

ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ

УДК 355.23 : [615.851.13 + 159.9]

А.Г. Чудиновских

О РОЛИ ПРОФЕССОРОВ КАФЕДРЫ ДУШЕВНЫХ И НЕРВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ И ИХ УЧЕНИКОВ В СТАНОВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ В РОССИИ

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

В становлении отечественной психологии ведущая роль принадлежит профессорам кафедры душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии (Медико-хирургической академии, Санкт-Петербург). «История русской психологии сложилась таким образом, что первые экспериментальные исследования осуществили не специалисты-психологи (они упорно держались за умозрительную философскую психологию), а врачи» [24].

До второй половины XIX в. в Европе психология, в ее научном понимании, отсутствовала. Субъективная психология развивалась в русле философии и имела «основным методом исследования самонаблюдение и изучавшая психику других по аналогии с самим собой» [6]. Важнейшая роль в становлении психологии как самостоятельной науки принадлежит немецкому врачу-физиологу Вильгельму Вундту (1832–1920) и его труду «Основания физиологической психологии», вышедшему в 1874 г.» [22]. Именно в «первой в мире официальной психологической лаборатории В. Вундта, основанной в 1879 г. в Лейпциге (в 1889 г. на ее базе был создан Институт психологии)» [27], проходили стажировку русские психиатры, которые после возвращения организовали первые психологические лаборатории и заложили основы психологии в нашей стране.

Первая экспериментальная психологическая лаборатория при психиатрической клинике была создана в г. Казани В.М. Бехтеревым в 1885 г., а «к середине 90-х* годов такие лаборатории при психиатрических клиниках были организованы психиатрами почти во всех крупных городах России» [28]. Было бы правильнее называть эти лаборатории психофизиологическими, поскольку работа в них строилась на основе исследований В. Вундта. В лаборатории Казанского университета «проводились психометрические исследования больных, лиц, находящихся в гипнозе, измерялась скорость психических процессов в различное время дня, ис-

* Прим. ред. – 1890-х годов.

следовался объем памяти в его зависимости от скорости следования сигналов, их группировки и других переменных» [20]. После приезда в Санкт-Петербург, уже в 1894 г. В.М. Бехтерев представил мотивированное предложение на конференции Военно-медицинской академии об учреждении в академии особой кафедры психологии, в 1896 г. основал журнал «Обозрение психиатрии, неврологии, экспериментальной психологии и гипнотизма», где публиковались результаты психологических исследований, а в 1901 г. Бехтеревым и его учениками было организовано Русское общество нормальной и патологической психологии.

В.М. Бехтерев считал, что «психология – это наука о психической жизни вообще в широком смысле этого слова и поэтому она должна включать в свой состав такие области, как общая психология, индивидуальная психология, зоопсихология, общественная психология, патопсихология, военная психология, генетическая психология, история психологии» [21]. В.М. Бехтерев называл себя представителем объективной психологии, «однако, в отличие от И.М. Сеченова, который полагал необходимым изучать объективными методами именно психические процессы, Бехтерев считал возможным объективное изучение лишь внешне наблюдаемого, т. е. поведения (в бихевиористском смысле от англ. behaviour, behavior – поведение) и физиологической активности нервной системы» [9].

В.М. Бехтерев не ограничивался анализом только индивидуального поведения человека. «Признавая взаимосвязь поведения человека с поведением других людей, он поставил вопрос об объективном изучении этой взаимосвязи. Таким образом, он явился одним из основателей нового направления психологического исследования – социальной (или общественной) психологии» [11]. Он дал определение общественной психологии, перечислил круг ее задач, разработал оригинальные методы изучения социально – психологических процессов. «С именем В.М. Бехтерева связано становление отечественной психологии труда; под его непосредственным руководством развивается генетическая психология, центром которой становится Педагогический институт» [11].

Еще одно направление психологической науки – патопсихология начала складываться на рубеже XX в. «Именно психиатры, испытывавшие необходимость опоры в своей работе на данные психологических исследований, резко ощущали несостоятельность, непригодность для практических нужд субъективно-идеалистической психологии с ее интроспективным методом» [4]. В.М. Бехтерев «подчеркивал, что интроспекция и от здорового требует высокой интеллигентности. Душевнобольной же часто либо вообще не в состоянии сосредоточиться на своих субъективных переживаниях, либо может не посвящать в них врача по бредовым мотивам; иногда он намеренно или произвольно искажает, преувеличивает или уменьшает и даже отрицает болезненные проявления, симулирует и т. д. Рассказы же больного по выздоровлении утрачивают свежесть и

точность» [8], а потому не могут считаться достоверными. Психиатры чувствовали непригодность и метода «аналогии, проникновения», когда психолог «как бы становился на место больного, ибо представить себе (и соответственно передать) душевные переживания психически больного человека просто невозможно. Лечебная практика ставила задачи тонкой диагностики душевных заболеваний, и это послужило толчком к научным поискам, к экспериментально-психологическим исследованиям» [4].

Профессора, открывшие при клиниках психиатрии экспериментально-психологические лаборатории, изучали не только нарушения психической деятельности, но и особенности психики здорового человека, «поскольку полностью отдавали себе отчет в том, что разобраться в патологии можно, лишь хорошо зная норму» [24]. Поэтому становление патопсихологии шло в одном русле со становлением принципов и методов общей психологии, а первые патопсихологи были одновременно первыми представителями экспериментальной психологии. В.М. Бехтерев, как «родоначальник русской экспериментальной психологии и патопсихологии ... возглавил борьбу за объективные методы исследования психики» [4]. Он критиковал учебники психиатрии того времени с их художественными и часто фантастическими описаниями субъективного состояния душевнобольных, предлагая опираться только на точные данные объективного исследования. Патопсихологические исследования В.М. Бехтерева первоначально считал составной частью психиатрии, однако уже в начале XX в. он вычленил патопсихологию как «особую отрасль психологической науки, имеющей свой предмет исследования и выполняющей специфические задачи» [7]. Патопсихологические исследования, проводившиеся В.М. Бехтеревым и его учениками, позволили выявить качественные и количественные особенности нервно-психической деятельности отдельных больных, а также динамику психических расстройств в зависимости от изменения условий (влияние музыки, света, цвета, физического труда и различных лечебных факторов). Все это способствовало улучшению диагностики и лечения. Обобщение соответствующих материалов давало возможность подметить особенности, характерные для того или иного психоза, психологическую структуру душевных заболеваний, что выдвигалось психиатрией как насущная задача дифференциального диагноза» [4].

Рефлексология как научное направление разрабатывалась в начале XX в. В.М. Бехтеревым и его учениками. В основе нового научного направления были описанные В.М. Бехтеревым в 1891 г. рефлексы, которые он называл сочетательными. В настоящее время более распространен термин «условные рефлексy», приоритет открытия которых связывается с именем И.П. Павлова. Термин «условный рефлекс» предложил сотрудник И.П. Павлова, доктор Толочинов, который описал эти рефлексy в 1902 г. у

собак. Сам И.П. Павлов впервые упоминает об условных рефлексах в 1904 г., причем у него не было уверенности в правильности этого термина [23].

Использовавшаяся на собаках слюновыделительная методика условных рефлексов И.П. Павлова «действительно была неинформативна в клинике, в отличие от двигательной методики Бехтерева. Именно Бехтерев широко внедрил сочетательные (условные) рефлексы в клиническую практику для решения диагностических и экспериментальных вопросов, например, выявления симуляции» [15]. В клинике душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии начинается активное изучение сочетательных рефлексов как животных, так и сначала здоровых, а затем и душевнобольных людей.

В конечном итоге именно тот смысл, который вкладывался в термин «объективная психология», был заменен на термин «рефлексология». Отвергнув субъективную психологию, В.М. Бехтерев ставит задачу создания новой психологии, базирующейся на строго объективном методе изучения психики. Основной единицей анализа нервно-психической деятельности у него становится рефлекс, рассматриваемый как универсальный динамический механизм, лежащий в основе всех реакций человека. Деятельность человека представляет собой сумму рефлексов, различающихся по сложности и характеру, особенностям организации. Психология заменяется рефлексологией» [9].

Следующим этапом развития рефлексологического направления было создание В.М. Бехтеревым коллективной рефлексологии. «Признавая взаимосвязь поведения человека с поведением других людей, он поставил вопрос об объективном изучении этой взаимосвязи. Таким образом, он явился одним из основателей нового направления психологического исследования – социальной (или общественной) психологии» [21], и «сформировал психологический компонент биопсихосоциального подхода к изучению человека» [3]. В 1920–1921 гг. после выхода «Коллективной рефлексологии», В.М. Бехтерев подвергся резкой критике. Появились работы, которые отмечали, что В.М. Бехтерев «делает свою рефлексологию всеобщей наукой, причем ему, конечно, чуждо всякое историко-материалистическое понимание, и он все это старается построить на данных рефлексологии и биологии. Бехтерев попытался выправить Маркса и подвести биологическую категорию под все сложные социальные отношения, в том числе под торговлю, финансы и прочие экономические факторы» [5].

В годы советской власти в общественных науках господствовала марксистско-ленинская идеология. Идеи Маркса были объявлены «единственно верными», произведения «классиков» повсеместно изучались и цитировались, допустить, чтобы законы общества изучались на основе каких-либо других подходов, вряд ли было возможно. Поэтому, несмотря на попытки В.М. Бехтерева в работе «Психология, рефлексология и мар-

ксизм», подвести марксистскую идеологическую базу под свои исследования, коллективная рефлексология подверглась жесткой критике за «идеализм, механицизм и излишнюю биологизацию социальной жизни». Обвинение В.М. Бехтерева в «идеализме» было абсурдно, поскольку он стоял на четких материалистических позициях, поэтому ему был дан ярлык «примитивного материалиста». Назвать его «антимарксистом» тоже было неудобно, поскольку против марксизма в своих работах он не выступал. Поэтому рефлексология в официальных документах называлась «псевдомарксистским течением типа бехтеревщины в психологии».

После смерти В.М. Бехтерева рефлексология, как научное направление, перестала существовать. Более того – с ним активно боролись. Многочисленные ученики Владимира Михайловича продолжали свои фактически рефлексологические исследования в рамках другого направления – физиологии высшей нервной деятельности, не предпринимая попыток связывать их с общественными науками. Термин «сочетательные рефлексы» вышел из употребления и большинству специалистов эти рефлексы знакомы как «условные».

Практически одновременно с В.М. Бехтеревым И.А. Сикорский организовал психологическую лабораторию в Киеве [28]. Широко известны были его монографии, посвященные психологии: «Значение мимики в диагностике помешательства» (1877), «Опыт объективного исследования состояний чувства (с кратким указанием на объективные признаки мысли и воли)» (1903), «Педагогическая психология» (1907), «Душа ребенка (с кратким описанием души животных и души взрослого человека, с 17-ю рисунками)» (1909), «Психологические основы воспитания и обучения» (1909), «Начатки психологии (с 20 фигурами в тексте)» (1909), «Даровитость и талантливость в свете объективного исследования (по данным психофизических коррелятивов)» (1912), «Психологическая борьба с самоубийством в юные годы» (1913), «Книга жизни. Психологическая хрестоматия для школы и для жизни» (1931).

За учебник «Всеобщая психология с физиогномикой в иллюстрированном изложении» Военно-медицинская академия удостоила И.А. Сикорского в 1904 г. премии имени Юшенова в размере 3400 рублей. «Из всех представителей отечественной медицинской психологии конца XIX – начала XX столетия именно Сикорский достиг наиболее существенных результатов в области изучения человеческого общения. Сикорский создал оригинальную методику изучения психических состояний посредством анализа речевых актов, выражения лица, движений и положений тела, изменений физиологических отправлений и т. д.» [30]. Эту методику он называл «физиогномикой» – наукой распознавания характеров по внешности. Термин «физиогномика» в XX в. вышел из употребления.

Одним из самых интересных психиатров своего времени был однокашник В.М. Бехтерева по Военно-медицинской академии и близкий его

товарищ В.Ф. Чиж – «первый из русских врачей-психиатров, применивший эксперимент в своих клинико-психологических исследованиях, и один из основоположников психологической теории личности и индивидуальности» [13]. В.Ф. Чиж был участником первых международных конгрессов по психологии, составлял обзоры сочинений по психологии в дореволюционных психиатрических журналах, и был редактором первого русского издания «Физиологической психологии» известного немецкого психиатра и психолога Теодора Цигена в 1893 г. «Наиболее полное знакомство В.Ф. Чижа с идеями и экспериментальными методами физиологической психологии произошло во время его стажировки в Психологическом институте В. Вундта в 1884 г.

Вскоре после возвращения в Петербург, в 1885 г., В.Ф. Чиж опубликовал монографию «Научная психология в Германии». В этой работе излагалась история немецкой психологии за столетие, показаны корни концепции и методического арсенала школы В. Вундта, подробно изложены методы психометрии и психофизики» [13]. Вступив в должность главного врача больницы святого Пантелеймона в Петербурге, В.Ф. Чиж выписал из Лейпцига аппаратуру для психофизических и психометрических исследований. В 1886 г. он опубликовал результаты экспериментального исследования «Апперцептивные процессы у душевнобольных», выполненного в созданном при больнице психологическом кабинете. Это было первое экспериментально-психологическое исследование, проведенное в России в русле взглядов В. Вундта. Кроме того, в начальный период профессорской деятельности В.Ф. Чижа в Юрьеве под его руководством был защищен ряд диссертаций на степень доктора медицины по экспериментальной психологии.

Результаты своих двадцатилетних теоретических разработок и лабораторных исследований В.Ф. Чиж отразил в монографии «Методология диагноза». Теоретическую разработку проблем личности и индивидуальности В.Ф. Чиж начал в конце 1880-х годов, когда опубликовал в журнале «Вестник психиатрии» работу «Элементы личности». Дальнейшее развитие эта концепция получила в работах «Нравственность душевнобольных», «Педагогика как искусство и как наука» и некоторых других. В работе «Биологическое обоснование пессимизма» В.Ф. Чиж наряду с биологическими, рассматривал ряд психологических вопросов, «что явилось значительным вкладом в развитие теории личности и индивидуальности» [13].

Значительный вклад в становление отечественной психологии внес А.Ф. Лазурский. Этот вклад был бы гораздо весомее, но, к сожалению Александр Федорович рано (в возрасте 43 лет) скончался. В 1895 г. В.М. Бехтерев открыл при клинике душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии психологическую лабораторию. А.Ф. Лазурский начал заниматься в этой лаборатории еще студентом, а после окончания академии с 1898 г. стал ею заведовать. В 1896 г. он уже публикует в

«Неврологическом вестнике» рефераты экспериментальных работ из немецких психологических журналов и результаты своего первого экспериментального исследования. В 1897 г. А.Ф. Лазурский опубликовал первую теоретическую статью, в которой формулирует задачи индивидуальной психологии и методы их изучения [18].

После основания в 1904 г. В.М. Бехтеревым журнала «Вестник психологии» А.Ф. Лазурский являлся редактором раздела экспериментальной психологии. Впоследствии он фактически возглавил это периодическое издание. «Признанием заслуг А.Ф. Лазурского в области экспериментальной психологии явилось избрание его ученым секретарем созданного В.М. Бехтеревым и И.П. Павловым Русского общества нормальной и патологической психологии, а также почетным членом Московского общества экспериментальной психологии» [12].

Будучи одним из организаторов Психоневрологического института, А.Ф. Лазурский в 1909 г. организовал и возглавил в нем психологическую лабораторию, которая со временем превратилась в центр по изучению психической активности в эксперименте. «Начав преподавание в институте с курса общей психологии, исследователь в 1911 г. настоял на его объединении с курсом экспериментальной психологии» [19]. А.Ф. Лазурский был одним из организаторов Всероссийских съездов по психологии и педагогике. Он создал «Программу исследования личности», а к 1910 г. создал новое направление в изучении личности – «Метод естественного эксперимента». А.Ф. Лазурский «выдвинул концепцию отношений личности, выделил индивидуальную психологию как особую область исследований, создал основы научной характерологии и разработал классификацию личностей» [12].

Весомый вклад в становление отечественной психологии внесли ученики А.Ф. Лазурского, выполнившие в психологической лаборатории клиники душевных и нервных болезней академии свои диссертации: М.И. Аствацатуров «Клинические и экспериментально-психологические исследования речевой функции», А.В. Ильин «О процессах сосредоточения (внимания) у слабоумных душевнобольных». Ученик А.Ф. Лазурского М.Я. Басов считался одной «из ключевых фигур в создании психологии отношений» [1]. «По линии Лазурского – Басова вел свою научную родословную известный исследователь проблем личности и индивидуальности В.С. Мерлин» [19]. Обязанности секретаря Русского общества нормальной и патологической психологии кроме А.Ф. Лазурского исполнял В.В. Срезневский, диссертация которого также была посвящена медицинской психологии.

Медицинской психологии у В. Вундта обучался и В.М. Нарбут, опубликовавший после возвращения из-за границы книгу «Психологическая лаборатория клиники в Гиссене». Г.Е. Шумков, которого считают одним из основателей военной психологии, впервые попытался приме-

нить психологию в деле воспитания и подготовки войск. Он исследовал влияние на психику боевой обстановки, ожидания боя, эмоциональное состояние после боя, чувство тревоги, панику и ее причины. Значительная роль в развитии нейропсихологии принадлежит ученице А.Г. Иванова-Смоленского Н.Н. Трауготт.

В советской психологии наиболее заметный след оставил В.Н. Мясищев. «Многолетние усилия учеников В.М. Бехтерева, прежде всего В.Н. Мясищева, увенчались успехом – психология, в особенности после образования в 1962 г. проблемной комиссии «Медицинской психологии» при АМН СССР, стала признаваться важной теоретической и прикладной дисциплиной для медицины» [1]. В том же 1962 г. состоялось решение Ученого совета МЗ РСФСР, в результате которого при Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева был создан координационный научно-методический центр «для обеспечения руководства и координации исследований по медицинской психологии и патофизиологии высшей нервной деятельности в учреждениях Минздрава РСФСР» [2].

Учеником В.М. Бехтерева Б.Г. Ананьевым была «разработана модель человекознания как науки, в которой психология выполняла функцию связующего междисциплинарного звена ... Б.Г. Ананьевым были продолжены работы В.М. Бехтерева в области изучения разных периодов формирования и развития человека – заложены основы онтопсихологии (науки о целостном жизненном цикле человека) ... Работы В.М. Бехтерева в области ощущений были продолжены в школе Б.Г. Ананьева в рамках исследований о природе и значении чувственного отражения. Это позволило сформулировать концепцию о полимодальном, многоуровневом механизме пространственной ориентации и о «горизонтальном» контуре нейропсихологического регулирования» [31].

После ухода из кафедры психиатрии Военно-медицинской академии Б.Д. Лысков посвятил свою работу психологическим исследованиям. Он организовал первую в стране специализацию «Юридическая психология» с разработкой программы и лекционного курса, с 1992 г. он заведовал кафедрой социальной адаптации и психологической коррекции личности, а в 2000 г. возглавил вновь организованную на факультете психологии Санкт-Петербургского государственного университета кафедру психологии поведения и превенции поведенческих аномалий.

На кафедре психиатрии Военно-медицинской академии преподавание медицинской психологии началось во второй половине 1960-х годов. Курс медицинской психологии преподавался на практических занятиях по психиатрии. Первым руководителем этого курса был А.Л. Зюбан. В 1974 г. с приходом на кафедру психиатрии Военно-медицинской академии О.Н. Кузнецова была создана лаборатория медицинской психологии. О.Н. Кузнецов разработал курс лекций по военно-медицинской психологии, изданный в 1980 г. в виде монографии, и проводил практические за-

нения по этому предмету в рамках цикла психиатрии. С 1993 г. медицинская психология стала преподаваться слушателям Военно-медицинской академии в виде отдельного предмета на 4-м курсе.

Созданная О.Н. Кузнецовым лаборатория медицинской психологии стала на кафедре центром научной работы курсантов и слушателей. Олег Николаевич воспитал много учеников, ставших психиатрами, многие из них посвятили свои исследования в области медицинской психологии. Например, ученик О.Н. Кузнецова В.И. Курпатов и соавторы И.Ф. Дьяконов и Э.В. Бондарев в 1995 г. разработали учебное пособие «Медицинская психология в практике военного врача». С 2004 г. преподавание медицинской психологии для слушателей Военно-медицинской академии было переведено на 3-й курс. Основами для ее изучения стали разработанные в 2005 г. Б.В. Овчинниковым в соавторстве с И.Ф. Дьяконовым и А.И. Колчевым учебные пособия «Медицинская психология», «Основные методы психологической диагностики в практике врача» и «Основы клинической психологии и медицинской диагностики».

В конце XIX в. у отечественных психиатров наблюдался большой интерес к суггестивной психотерапии, в частности, к гипнотерапии. Профессора кафедры душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии поддерживали дружеские отношения с французским психиатром Жаном Шарко, который приезжал в Санкт-Петербург и идеи «гипнотизма» которого оказали на них большое влияние. С 1887 г. в «Вестнике клинической и судебной психиатрии и неврологии» под редакцией И.П. Мержеевского стали печататься подробные обзоры, раскрывающие не только медицинское, но и юридическое и педагогическое значение гипнотизма и способствующие распространению в отечественной психиатрической практике суггестивных методов лечения.

В январе 1889 г. в Санкт-Петербурге проходил III съезд Общества русских врачей памяти Н.И. Пирогова. Из восемнадцати сообщений на секции неврологии, работой которой руководил И.П. Мержеевский, наиболее оживленные прения вызвали доклады по гипнотизму. В «Вестнике клинической и судебной психиатрии и неврологии» за 1889 г. были опубликованы доклады учеников И.П. Мержеевского С.Н. Данилло «О терапевтическом и судебно-медицинском значении гипнотизма» и А.А. Токкарского «К вопросу о вредном влиянии гипнотизирования». Там же В.М. Бехтерев описал случаи излечения навязчивых идей самовнушением в начальных периодах гипноза и подчеркивал эффективность применения постгипнотических внушений с целью лечения навязчивостей.

В журнале «Вестник клинической и судебной психиатрии и неврологии» С.Н. Данилло систематически на протяжении нескольких лет публиковал обзоры работ по гипнотизму. В этот период интерес к гипнозу был характерен не только для медиков, но и для широкой общественности. Появилось множество артистов, дающих коммерческие сеансы гип-

ноза. Эти представления не имели отношения к медицине и нередко наносили пациентам вред. И.П. Мержеевский выступал за ограничение широкого распространения гипноза за пределами медицины, против использования гипнотического метода с целью увеселения публики на концертах и представлениях. Со страниц «Вестника клинической и судебной психиатрии и неврологии» он предложил законодательно запретить публичные гипнотические представления.

В.М. Бехтерев одним из первых русских психиатров стал использовать в лечении душевных болезней гипноз, доказав на практике его эффективность. В таких работах как «К вопросу о врачебном значении гипноза» (Казань, 1893), «Лечебное значение гипноза» (СПб., 1900), «Гипноз, внушение и психотерапия и их лечебное значение» (СПб., 1911) Бехтерев подробно разбирает ряд теоретических вопросов, дает широкий круг клинических показаний к применению гипноза в лечебных целях. Он справедливо утверждал, что гипноз, внушение и психотерапия применимы не только при функциональных заболеваниях нервной системы, как истерия и различные психоневрозы, но также могут быть показаны при органических заболеваниях нервной системы.

Свою оригинальную психотерапевтическую школу создал в Харькове ученик В.М. Бехтерева К.И. Платонов. «Его работа "Слово как физиологический и лечебный фактор" явилась первой попыткой патологически проанализировать некоторые приемы психотерапии» [29]. К.И. Платонов дал научное обоснование гипноза и психотерапии, разработал психопрофилактический метод обезболивания родов [25]. Развитие психотерапии в Харькове продолжил ученик К.И. Платонова – И.З. Вельвовский. После войны он возглавил Харьковскую психотерапевтическую школу и стал создателем и первым председателем Харьковского общества психотерапии, психопрофилактики и психогигиены. В 1962 г. И.З. Вельвовский создал в институте усовершенствования врачей первую в истории мировой медицины штатную кафедру психотерапии, психогигиены и психопрофилактики. Он был также создателем и научным руководителем Всесоюзного научно-методического центра по внедрению психотерапии и деонтологии в практику курортологии, а в Харьковском научно-исследовательском институте неврологии и психиатрии организовал первый в СССР научно-методический центр по психотерапии [14].

После революции в стране некоторое время активно изучалось другое направление психотерапии – психоанализ. Этот интерес можно объяснить тем, что некоторые руководители страны (из окружения Льва Троцкого) были увлечены психоанализом Зигмунда Фрейда и поощряли эти исследования. «Важнейшим событием в истории отечественного психоанализа было учреждение в 1922 г. Русского психоаналитического общества» [17]. Одним из молодых исследователей был ученик В.П. Осипова Г.Ю. Малис, который «еще в 1924 г. в возрасте 20 лет, будучи студентом

3-го курса, написал монографию «Психоанализ коммунизма» об использовании психоаналитических идей для формирования нового человека и построения коммунизма» [16]. Вскоре психоанализ был назван «буржуазным учением», а работы З. Фрейда и его учеников фактически до конца XX в. находились под запретом. Публиковались только работы, посвященные критике психоанализа. Г.Ю. Малис был дважды арестован, а «Психоанализ коммунизма» до 1990-х годов был заключен в спецхран [16].

Первый опыт лечения детей-«невропатов» с использованием психоанализа в Советской России принадлежит Т.А. Розенталь, начавшей в 1919 г. работать в этой области знаний в Институте Мозга (Петроград) под руководством В.М. Бехтерева. Несколько позже, в 1921 г., для этих целей в Москве был организован первый в мире психоаналитический институт-лаборатория по изучению детского возраста, получивший впоследствии название «Международная солидарность». В основе проводившихся в институте-лаборатории мероприятий лежала идея о важности для нормального воспитания ребенка учета его сексуальности и необходимости гармоничного развития. «В самой России работа "Международной солидарности" привлекла пристальное внимание не только деятелей науки, но и представителей руководящих органов – А.В. Луначарского, А.С. Бубнова, Н.И. Троцкую, О.Ю. Шмидта. Отчасти это объясняется тем обстоятельством, что воспитанники Дома были преимущественно выходцами из семей руководящих партийных и советских работников. Действительно, в Доме в то время воспитывались Василий Сталин, дети М.В. Фрунзе, сын Артема и др. По мнению создателей "Международной солидарности", высокопоставленные родители не могли из-за чрезмерной занятости должным образом воспитывать своих детей» [17].

В советское время различные направления психотерапии активно разрабатывались за рубежом, но они не соответствовали марксистско-ленинской идеологии и поэтому в нашей стране неизменно подвергались критике. В этих условиях новое направление в советской психотерапии создал ученик В.М. Бехтерева В.Н. Мясищев. Возглавляя в Ленинградском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева клинику пограничных форм и неврозов, он исследовал типы личности и характера, проблему отношений человека в норме и патологии. В своих монографиях «Современное представление о неврозах» (1956) и «Личность и неврозы» (1960) он создал клинико-психологическую теорию неврозов и разработал систему патогенетической психотерапии при этих заболеваниях [26]. Поскольку В.Н. Мясищев возглавлял институт им. В.М. Бехтерева, это учреждение стало ведущим в стране в разработке психотерапевтического направления.

Ученик П.А. Останкова и В.П. Осипова А.М. Свядощ в 1959 г. предложил психотерапевтическую методику «угашения» условной связи. Эта методика лечения невротических симптомов, особенно фобий, при

которых возникший патологический условный рефлекс угашают многократным повторением сходных или более слабых условнорефлекторных раздражителей по сравнению с теми, которые его первоначально вызвали. В 1960 г. А.М. Свядощ разработал информационную теорию неврозов и психотерапии. В 1963 г. он модифицировал метод аутогенной тренировки (методика Свядоща – Ромена), а в 1982 г. разработал верификационную концепцию внушения.

Становление современной концепции психотерапии и медицинской психологии в стране можно связать с приходом в Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева выпускника Военно-морской медицинской академии Б.Д. Карвасарского. С именем Б.Д. Карвасарского связан «новый этап эволюции ленинградской школы с появлением новой терапевтической системы, получившей название личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. Она включала в себя концепцию личности как систему отношений индивида с окружающей средой, биопсихосоциальную концепцию неврозов, сочетание индивидуальной и групповой форм психотерапии, направленных на достижение позитивных личностных изменений и коррекцию нарушенной системы отношений» [10]. Это позволяет утверждать, что в нашей стране «ведущая роль в развитии психотерапии во второй половине XX века принадлежит ленинградской – Санкт-Петербургской психотерапевтической школе» [10].

В 2001 г. организованную Б.Д. Карвасарским кафедру психотерапии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования возглавил питомец кафедры психиатрии Военно-медицинской академии профессор В.И. Курпатов. В настоящее время широкой публике известен как психотерапевт и его сын – Курпатов Андрей Владимирович, который начинал заниматься в научном кружке на кафедре психиатрии Военно-медицинской академии под руководством О.Н. Кузнецова.

Во второй половине XX в. в стране были созданы различные отрасли психологии, направления в психотерапии, организованы кафедры и научные школы. Психология перестала быть наукой, тесно связанной с медициной. Психотерапия выделилась в отдельную специальность. Тем не менее, не следует забывать, что у истоков отечественной психологии и психотерапии стояли ученые кафедры душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии и их ученики.

Литература

1. *Акименко М.А.* История института имени В.М. Бехтерева (на документальных материалах) / М.А. Акименко, А.М. Шерешевский. – СПб. : Изд. Психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева, 2000. – Ч. 2. – 296 с.

2. *Акименко М.А.* Психоневрология – научное направление, созданное В.М. Бехтеревым / М.А. Акименко // *Обозрение психиатрии и мед. психологии.* – 2004. – № 1. – С. 20–22.

3. *Акименко М.А.* В.М. Бехтерев – основоположник биопсихосоциальной концепции болезней в психоневрологии / М.А. Акименко // *Бехтеревские чтения на Вятской земле : материалы всерос. конф.* – М. : Киров, 2005. – Ч. 2. – С. 38–43.

4. *Белозерцева В.Я.* Значение школы В.М. Бехтерева в становлении патопсихологии / В.Я. Белозерцева // *Журн. невропатологии и психиатрии.* – 1973. – Т. 73, вып. 12. – С. 1879–1883.

5. *Беляев Б.В.* Проблема коллектива и его экспериментально-психологического изучения / Б.В. Беляев // *Психология.* – 1929. – Т. 2, вып. 2. – С. 179–213.

6. *Бехтерев В.М.* Объективная психология и ее предмет / В.М. Бехтерев // *Вестн. психологии, криминальной антропологии и гипнотизма.* – 1904. – вып. 9. – С. 650–661.

7. *Бехтерев В.М.* Психика и жизнь / В.М. Бехтерев. – СПб., 1904. – С. 24.

8. *Бехтерев В.М.* Об экспериментально-объективном исследовании душевнобольных / В.М. Бехтерев, С.Д. Владычко. – СПб., 1911. – С. 13.

9. *Бехтерев Владимир Михайлович* // *Бехтеревские чтения на Вятской земле : материалы всерос. конф.* – М. : Киров, 2005. – Ч. 2. – С. 10–23.

10. *Васильева А.В.* Становление отечественной психотерапии в качестве самостоятельной медицинской дисциплины во второй половине XX века : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Васильева А.В. ; [С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 2004. – 25 с.

11. *Владимир Михайлович Бехтерев* – выдающийся ученый XX века // *Бехтеревские чтения на Вятской земле : материалы всерос. конф.* – М. : Киров, 2005. – Ч. 2. – С. 24–37.

12. *Журавель В.А.* Роль А.Ф. Лазурского в создании отечественной медицинской психологии / В.А. Журавель // *Журн. невропатологии и психиатрии.* – 1977. – Т. 77, вып. 6. – С. 920–923.

13. *Журавель В.А.* Владимир Федорович Чиж как психолог (1855–1922): малоизвестные страницы жизни и научного творчества: (к 150-летию со дня рождения) : часть I / В.А. Журавель // *Обозрение психиатрии и мед. психологии.* – 2005. – № 1. – С. 27–29.

14. *Илья Захарович Вельвовский* // *Журн. невропатологии и психиатрии.* – 1981. – Т. 81, вып. 11. – С. 1740–1741.

15. *Канторович Н.В.* Владимир Михайлович Бехтерев / Н.В. Канторович // *Сов. здравоохранение Киргизии.* – 1957. – июль-август. – С. 3–8.

16. *Касько А.Ф.* 100-летие Георгия Юрьевича Малиса (1904–1961) / А.Ф. Касько // *Независимый психиатр. журн.* – 2005. – № 1. – С. 94–96.

17. *Колупаев Г.П.* Очерки истории отечественной общей и военной психиатрии / Г.П. Колупаев. – М. : ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, 2005. – 453 с.
18. *Лазурский А.Ф.* Современное состояние индивидуальной психологии / А.Ф. Лазурский // *Обозрение психиатрии, неврологии и эксперим. психологии.* – 1897. – № 5. – С. 351.
19. *Левченко Е.В.* Александр Федорович Лазурский / Е.В. Левченко // *Обозрение психиатрии и мед. психологии.* – 1995. – № 3. – С. 136–145.
20. *Ломов Б.Ф.* Начало развития экспериментальной психологии в России / Б.Ф. Ломов // *Психол. журн.* – 1986. – Т. 7, № 3. – С. 18–25.
21. *Нуреев И.Т.* Вклад Владимира Михайловича Бехтерева в развитие отечественной психологической науки / И.Т. Нуреев // *Бехтеревские чтения на Вятской земле : материалы всерос. конф.* – М. : Киров, 2005. – Ч. 2. – С. 103–111.
22. *Овчинников Б.В.* Основы клинической психологии и медицинской диагностики / Б.В. Овчинников, И.Ф. Дьяконов, А.И. Колчев, С.А. Лытаев. – СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2005. – 320 с.
23. *Павлов И.П.* Лекции о работе больших полушарий мозга // *Собр. соч. : в 6 т. / И.П. Павлов.* – 2-е изд., доп. – М. : Л. : Изд-во Акад. наук СССР, 1951. – Т. 4. – С. 39.
24. *Петровский А.В.* История советской психологии / А.В. Петровский. – М., 1967. – 64 с.
25. *К.И. Платонов:* (к 80-летию со дня рождения и 55-летию врачебной, научной, педагогической и общественной деятельности) // *Журн. невропатологии и психиатрии.* – 1959. – Т. 59, вып. 4. – С. 510.
26. *Поворинский Ю.А.* В.Н. Мясищев (Психоневролог. К 60-летию со дня рождения и 34-летию науч.-исслед., пед. и обществ. деятельности) / Ю.А. Поворинский, Б.А. Лебедев // *Журн. невропатологии и психиатрии.* – 1953. – Т. 53, вып. 12. – С. 979.
27. *Рамуль К.А.* Из предыстории экспериментальной психологии / К.А. Рамуль // *Вопр. психологии.* – 1968. – № 4. – С. 157–160.
28. *Рохлин Л.Л.* Жизнь и творчество выдающегося русского психиатра В.Х. Кандинского / Л.Л. Рохлин. – Чехов : Чехов. полигр. комбинат, 2004. – 288 с.
29. *Трауготт Н.Н.* Учение И.П. Павлова и советская психиатрия / Н.Н. Трауготт // *Журн. невропатологии и психиатрии.* – 1967. – Т. 67, вып. 11. – С. 1689–1693.
30. *Шерешевский А.М.* Иван Алексеевич Сикорский (К 150-летию со дня рождения) / А.М. Шерешевский // *Обозрение психиатрии и мед. психологии.* – 1992. – № 2. – С. 78–80.
31. *100-летие развития* экспериментальной психологии в России : итоги конференции // *Психол. журн.* – 1986. – Т. 7, № 3. – С. 157–165.

АНАЛИЗ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ С ПОЗИЦИЙ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОГО ПОДХОДА

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

3. Фрейд неоднократно признавался в том, что он мог свободно постулировать любую концепцию, пока наука не опровергла ее или не признала негодной. С течением времени, однако, чисто умозрительное решение Фрейдом проблемы человеческой психики приходило в вопиющее противоречие с накапливающимися научными фактами, что обусловило вначале ревизию, а затем и реформирование психоанализа с возникновением множества его модификаций. В России работа по преодолению фрейдизма была проделана еще в 1930-е годы, когда В.Н. Мясищевым [3] была разработана патогенетическая психотерапия, а в 1970-е годы на ее основе создана личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова [2]. Тем не менее, профессор С. Ледер – большой друг и в прошлом частый гость Института им В.М. Бехтерева – называл патогенетическую психотерапию не иначе, как «советский психоанализ»! В какой степени это заявление соответствует истине, к какому направлению мировой психотерапии следует отнести патогенетическую психотерапию, и каковы перспективы дальнейшего ее развития – вот те вопросы, на которые мы пытаемся ответить.

В.Н. Мясищев отвергал основные, неприемлемые для научного объяснения положения Фрейда: основанную на инстинктах теорию личности, пансексуализм, антагонизм сознания и бессознательного. Что же касается таких понятий психоанализа, как вытеснение, перенос, сопротивление, сублимация и др., то в неопубликованной статье 1949 г. В.Н. Мясищев обращает внимание на внутренние противоречия психоанализа, постоянно подчеркивая сочетание в этих концепциях «истинного и ложного», «проницательности и слепоты», «сильной и слабой стороны». Им отмечаются «большие заслуги» психоанализа в открытии этих явлений и в то же время «чрезмерная переоценка» их. Собственно говоря, не феномены, открытые Фрейдом, а их метафорическая трактовка вызывала несогласие В.Н. Мясищева, ибо ученому-психологу трудно выйти за рамки строгой академической науки.

Анализ эволюции психоанализа от ортодоксального фрейдизма до патогенетической психотерапии В.Н. Мясищева позволяет выделить три этапа в «преодолении фрейдизма».

1-й этап – отказ от родового бессознательного. Ревизия ортодоксального психоанализа эго-психологами, отказ от таких архаических теорий, как миф о первобытной орде, теории о врожденном изначальном

языке, филогенетических воспоминаниях и родовом бессознательном. Ревизия касалась функций Эго и шла в двух направлениях. Одно разрабатывало фрейдовскую идею о защитных механизмах как функции Эго. Это направление возглавила Анна Фрейд. Другое занималось вторичными функциями Эго: рациональным мышлением и действиями, восприятием, вниманием, познанием, памятью и т. п. Глава этого направления – Хайнц Гартман. Ревизованный психоанализ – шаг в направлении отказа от теории инстинктивных сексуально-агрессивных влечений.

2-й этап – отказ от врожденных бессознательных психических структур – это реформация психоанализа неофрейдистами. Карен Хорни, Гарри Салливен и Эрих Фромм принесли в жертву то, что ортодоксальные аналитики и аналитики-ревизионисты считали основой фрейдизма: врожденные воспоминания, структуры и предопределения. Отказ от чрезмерного подчеркивания биологического происхождения психических явлений. Признание культурных и социальных факторов в происхождении неврозов. Отказ от предпосылок, сделавших психоанализ инстинктивной и генетической психологией: отказ от теории либидо; теории инстинкта смерти; теории предопределяющей роли детства с его инфантильно-сексуальными фазами; концепции нарциссизма; эдипова комплекса и т. п.

3-й этап – отказ от универсализации бессознательных комплексов. В этом заключается принципиальное отличие патогенетической психотерапии от неофрейдизма как предшествующего этапа преодоления фрейдизма. Патогенной основой невроза, по Мясичеву, является конфликт, который возникает в тех случаях, когда жизненные обстоятельства затрагивают особо значимые, эмоционально насыщенные отношения личности. Индивидуальные особенности таких отношений обуславливают ее невыносимость в той или иной ситуации. В каждом конкретном случае конфликт имеет индивидуальное, конкретное содержание, выявление которого очень важно для психотерапии.

Представители ревизованного и реформированного психоанализа, так же как и теоретики объектных отношений, не смогли преодолеть последнего заблуждения фрейдизма: они пытались за внешним многообразием причинных факторов психических расстройств найти «единый стержень», который они, однако, односторонне переоценивали и генерализовывали. Это образование они называли по-разному: «эдипов комплекс», «комплекс неполноценности», «базальная тревога», «задержанный симбиотический комплекс» и т. п. Этот основной комплекс, будучи врожденным, или детерминированным социо-культурными факторами, фатально противостоит социуму как силе, враждебной человеку и его потребностям. Патогенетический психотерапевт изначально не наполняет отношения и конфликты каким-либо конкретным содержанием; наполнение их конкретным содержанием происходит в процессе психотерапии, это содержание психотерапевт черпает из анализа реальных жизненных отно-

шений пациента, что и является одной из важнейших задач патогенетической психотерапии; конечная же ее цель – реконструкция нарушенной системы отношений пациента, его перевоспитание. Кстати отметим, что в начале своей деятельности Фрейд описывал случаи, в основе которых лежат конфликты реального, а не мифологического содержания, случаи, при которых вскрыты истинные, а не вымышленные и навязанные пациентам, причины заболевания.

По нашему убеждению, многие из описанных в рамках психоаналитических концепций комплексы, освобожденные от биологических, архаических, иррациональных пут, могут рассматриваться как частные случаи нарушенных отношений. В силу этого патогенетическая психотерапия по сути своей должна стать интегративной, ибо на ее язык, как говорил В. Лаутербах [7], может быть переведено основное содержание большинства личностно-ориентированных систем западной психотерапии. Является ли патогенетическая психотерапия разновидностью психоанализа?

С психоаналитической точки зрения патогенетическая психотерапия была рассмотрена и оценена Исидором Зиферштейном. Зиферштейн с 1959 по 1971 г. неоднократно приезжал из Соединенных Штатов в Россию, в Институт им. Бехтерева и, познакомившись с патогенетической психотерапией, сразу оценил ее как динамическую или раскрывающую психотерапию. В течение 1963–1964 гг. он провел несколько месяцев на отделении неврозов, ежедневно наблюдая за психотерапевтическим лечением нескольких пациентов. До этого в течение двух лет, участвуя в исследовательском проекте «Изучение психотерапевтического процесса», он наблюдал психоанализ и психоаналитическую психотерапию в Институте психиатрических и психосоматических исследований в Лос Анджелесе. Сравнение этих двух наблюдений вскрыли некоторые специфические характеристики патогенетической психотерапии, а результаты были опубликованы в Соединенных Штатах в 1976 г. в книге «Психиатрия и психология в СССР» [8]. Его наблюдения представляют для нас особый интерес, не только потому, что они отражают взгляд профессионального психоаналитика-исследователя процесса психотерапии, но и потому, что это единственно существующее описание способа проведения патогенетической психотерапии. Итак, обратимся к его клиническим наблюдениям и тем выводам, к которым он приходит.

Речь идет о пациентке 34 лет, которая приехала на лечение в Институт им. Бехтерева из другого города. Наблюдение длилось на протяжении всего периода ее госпитализации в течение 2,5 мес. Проведено 38 терапевтических сессий. Основные жалобы: приступы слабости, головокружения, «дурноты», ощущения «ватных ног», которые начались три года назад и в результате которых развился страх выходить из дома одной. Терапевтом была пожилая сотрудница отделения с многолетним стажем психотерапевтической работы. Шестая сессия оказалась решающей. В хо-

де сессии наблюдателю стало очевидно, что терапевт тщательно продумала стратегию анализа и постоянно двигалась в нужном направлении. Задача терапевта осложнялась чрезмерной разговорчивостью и обстоятельностью пациентки, что служило сильным средством сопротивления пациентки целям психотерапии. По этой причине сессия длилась 1 ч 45 мин. Однако, несмотря на сопротивление, был достигнут значительный терапевтический прогресс и рост осознания пациентки, что явилось поворотным пунктом в ее выздоровлении.

Терапевт начала сессию, спросив пациентку, занимается ли она, будучи учительницей, воспитательной работой. Это сразу создало позитивную атмосферу, в которой пациентка с радостью и гордостью очень обстоятельно начала рассказывать о двух случаях ее успешной работы с двумя наиболее трудными учениками. Терапевт затем искусно подвела пациентку к заключению о том, что личность человека может меняться не только в раннем возрасте, но и позднее время на протяжении жизни. Исходя из этого, терапевт подвела пациентку к переоценке тех личностных черт, которые с точки зрения пациентки стоит изменить (эта тема уже затрагивалась на предыдущей сессии).

Пациентка воскликнула: «Я забыла упомянуть главный недостаток – ревность!» В связи с этим она вспоминает инцидент, когда подруга не пригласила ее на футбольный матч, а пошла с другой подругой. После этого она не разговаривала с ней целый год. В этом месте терапевт дает решающую генетическую интерпретацию: она соединяет представленную черту пациентки с ее ревностью к младшему брату, который родился, когда ей было пять лет, и когда она не могла отказаться от привилегированной позиции единственного ребенка. Здесь терапевт сослалась на материал, который был получен раньше, а именно, на то, что пациентка «случайно» наступила на руки брата, как тот начал ползать. То, что эта интерпретация попала в цель, демонстрируется тем, что пациентка начала продуцировать подтверждающие ассоциации: например, она вспоминает, как насильно поворачивала лицо бабушки к себе, когда та заговаривала с другими людьми, вместо того, чтобы уделять исключительное внимание пациентке.

Далее терапевт привязывает это к актуальной жизненной проблеме, которую пациентка считает главным источником ее болезни, – неразрешимой, как ей кажется, борьбе «не на жизнь, а на смерть» с родственниками мужа. Терапевт утверждает, хотя несомненно родственники мужа очень трудные люди, тем не менее ревность пациентки и ее желание, чтобы муж полностью принадлежал ей, играет главную роль в ее конфликте с ним, и, особенно, в том, что пациентка так остро и такими сильными невротическими симптомами реагирует на этот конфликт. Терапевт предлагает пациентке научиться жить в одном городе даже с такими «плохими людьми», как родные ее мужа, вместо того чтобы страдать от невротиче-

ских симптомов. В этом месте сопротивление пациентки, которое до этого скрывалось под маской сотрудничества и выражалось в чрезмерной разговорчивости и обстоятельности, принимает открытую, сознательную форму. Лицо пациентки принимает жесткое, неподвижное выражение. Она мрачно смотрит вниз, отказывается поднять глаза на терапевта, плачет от досады, гнева, жалости к себе. Как и на протяжении предшествующих сессий, она с сильным чувством заявляет, что ни при каких обстоятельствах не примирится с «этими людьми», что скорее уйдет от мужа, или переедет с мужем и ребенком в другой город. Она повторяет, что родные мужа оказывают на него дурное влияние, что с их подсказки он даже начал бить ее и ребенка, чтобы показать, кто в доме хозяин. Стало ясным, что эта сессия задела фундаментальную черту ее характера, лежащую в основе невроза. Попытка показать, что ее болезнь детерминирована изначально особенностями ее личности, а не внешними обстоятельствами или другими людьми, и что избегание этих обстоятельств не решит ее проблему, вызвало крайнее сопротивление. Она решительно отказывается обсуждать любые аспекты примирения с родственниками мужа.

И для патогенетического психотерапевта, и для американского психоаналитика, – комментирует Зиферштейн, – этот тип сопротивления становится сильной преградой, которую нельзя преодолеть в одну или две сессии. Но здесь есть различия в подходах преодоления сопротивления. Как патогенетический психотерапевт завершает сессию в этом случае? Сознавая, что произошла перемена в климате, что пациент теперь имеет негативное отношение к терапевту и терапии, терапевт решает по первому побуждению возратить позитивные чувства пациента. Эти побуждения начинаются на этой шестой сессии и продолжаются на последующих. Видя, что пациентка очень расстроена, врач смотрит на нее с любовью, треплет за руки и говорит с большим чувством: «Я совсем истощила Вас, бедняжка!» Затем берет руки пациентки в свои и в характерной манере приближает их к себе, таким образом, приближая пациентку, и почти принуждая ее поднять взгляд, говорит: «Завтра мы детально обсудим, как наилучшим образом наладить жизнь с мужем и ребенком, не касаясь этих ужасных конфликтов с его родственниками» (обещание помощи и руководства). Терапевт завершает сессию поддерживающим и ободряющим заявлением: «Ваш муж любит Вас и Вы любите его», и она опять треплет руки пациентки и с любовью смотрит ей в глаза. Однако последнее слово за пациенткой. Она готова согласиться, что муж любит ее, но сомневается в последней части заявления терапевта: «Предположим, я люблю мужа. Я просто не могу примириться с такими людьми, как его родители и сестра».

Борьба между сопротивлением пациентки и попытками терапевта преодолеть его продолжаются несколько сессий. Один пример: на следующей сессии терапевт сообщает пациентке, что утром она возьмет ее первой на беседу. Это своего рода предложение мира, уступка потребно-

сти пациентки в особом признании. Но сопротивление пациентки усиливается. Она противится, жалуясь на более сильное головокружение. Она рассказывает сон: «Я видела похоронную процессию. Женщина лежала в гробу с поднятой в воздухе рукой и к ним были подведены электроды». Ассоциация: «Женщина умерла в результате электроэнцефалографии». Пациентке делали ЭЭГ как раз перед шестой сессией, и она говорит: «Это лечение убьет меня!» Терапевт не интерпретирует, но противодействует: «Вы социально сознательный и активный человек. Вы занимаетесь воспитанием молодежи, через которую мы обретаем бессмертие!» Наблюдатель отмечает, что патогенетические психотерапевты не интерпретируют сновидения вербально, но обращаются к его латентному содержанию, как в этом примере.

Подытоживая, Зиферштейн следующим образом классифицирует виды вмешательства патогенетического психотерапевта.

1. Усилия, направленные на поддержку позитивного терапевтического отношения, предоставления пациентке заботы, внимания, уважения и высокой оценки ее позитивных качеств. Например, в 12-й сессии пациентка жалуется, что директор школы, в которой она работает, создает трудности для нее. Так, он написал ей, что она не должна отсутствовать в школе в связи с лечением больше одного месяца, иначе она должна предоставить специальную справку от врача. Психотерапевт обыгрывает это обстоятельство, говоря, что директор высоко ценит ее и поэтому оказывает давление, чтобы она скорее вернулась в школу. Здесь опять терапевт работает с сопротивлением пациентки. Пациентка же противится этому мотиву, ссылаясь на высказывание одного врача о том, что у нее слабая нервная система и ей лучше оставить такую напряженную деятельность, как преподавание в школе, и перейти на работу в библиотеку. Терапевт в ответ выражает изумление и уверяет ее, что будет большой потерей, если она оставит профессию учителя.

2. Усилия по оказанию помощи пациентке путем прямых советов и руководства действиями, направленными на совладание с ее жизненными проблемами. Это включает, например, детальное обсуждение того, как пациентка реагирует и как она должна реагировать, когда друзья сообщают ей о порочащих ее замечаниях родственников мужа.

3. Интерпретации невротического поведения и симптомов и конфронтация сопротивлению пациентки психотерапии. Например, когда терапевт показывает пациентке, что она не сотрудничает в психотерапии, пациентка протестует, заявляя, что, напротив, она прилагает максимум усилий к сотрудничеству. Пациентка приводит в качестве доказательства, что когда она была в другой больнице, она охотно соглашалась на все инъекции, хотя очень боится уколов. Тогда терапевт говорит, что пациентка меньше сопротивляется физической боли от соматического лечения, чем психической боли, связанной с осознанием.

Из этих трех видов интервенции первые два наиболее характерны, по мнению наблюдателя, для патогенетической психотерапии. Перечисленные усилия терапевта оказываются эффективными. Постепенно терапевт достигает своей цели – восстановления позитивного отношения и значительного уменьшения сопротивления пациентки. В результате спустя 2,5 мес после начала лечения пациентка была выписана со значительным симптоматическим улучшением, более теплым отношением к мужу и более разумным отношением к родственникам мужа. Катамнестические сведения, полученные по письмам пациентки через 12 лет после выписки, показывают, что достигнутые результаты сохраняются.

Американские психотерапевты, – сообщает далее наблюдатель, – применили бы те же три типа вмешательства: поддержку, перевоспитание и интерпретацию. Но они в большей степени акцентировали бы третий элемент – интерпретацию. В случае психоаналитического лечения акцент почти исключительно ставился бы на интерпретации; поддержка же и перевоспитание использовались бы в очень малых и непрямо выраженных дозах. Главное усилие в работе с сопротивлением пациентки было бы направлено на конфронтацию с пациенткой, с тем фактом, что она сопротивляется; психоаналитик показывал бы снова и снова множество форм ее сопротивления, интерпретируя затем значение и источники сопротивления. Например, на седьмой сессии терапевт спрашивает пациентку, размышляла ли она над тем, что обсуждалось на седьмой сессии. Пациентка отвечает отрицательно, ссылаясь на слова терапевта о том, что обсуждение будет продолжено на следующий день. Точно так же, когда пациентке сообщили, что принимаемое ею лекарство (Phenigamma) отменяется из-за выявленных побочных действий, она говорит: «Тогда это значит, что теперь у меня вообще не будет никакого лечения!», таким образом, полностью отрицая психотерапию как форму лечения.

Американский аналитически ориентированный психотерапевт скорее всего конфронтировал бы пациентку с этими свидетельствами ее сопротивления. Сновидение о женщине, убитой ЭЭГ, вероятно, было бы использовано, чтобы показать пациентке ее смертельный страх перед терапией. Дальнейшие ассоциации могли бы привести к открытию страха возмездия (убийства) со стороны матери за враждебные чувства к брату. Наконец, интерпретация переноса могла бы быть сформулирована так: «Вы хотите быть единственным ребенком терапевта», подкрепленная примерами проявления чувства обиды, злобы, возмущения и конкуренции с другими пациентами. «Так же, как Вы хотите быть единственным ребенком Ваших родителей и родителей мужа, Вы хотите быть центральной фигурой, находясь между Вашим мужем и Вашими родителями, и между Вашим мужем и его родителями». Главный симптом пациентки – чувство головокружения и дереализации, вероятно, был бы проинтерпретирован как отказ от принятия существующей реальности, в которой она – одна

среди многих, и как желание через болезнь заставить мир быть другим, повернуть жизнь вспять, к тому времени, когда брата еще не было, и она была единственным ребенком в семье.

Характеризуя патогенетическую психотерапию, Зиферштейн, прежде всего, обращает внимание на активность психотерапевта. Занимая позицию эксперта, психотерапевт в ответе за все в течение всего курса терапии. Проводя психотерапию, терапевт решает после первых двух-трех исследовательских сессий, какие у пациента главные проблемные области. Затем он обсуждает с пациентом цели лечения и направляет содержание и форму каждой сессии, так чтобы систематически разбирать каждую проблему по очереди.

Психотерапевт верит, что на врача лежит ответственность за создание позитивного климата – климата, в котором пациент развивает доверие, уважение и любовь к доктору. Если климат не позитивный или пациент развивает негативные чувства, то это расценивается как результат допущенных врачом ошибок. Врач ответственен за активные действия, направленные на вызов или возвращение позитивных чувств пациента. Поэтому патогенетический психотерапевт очень активен в предоставлении пациенту эмоциональной поддержки и повышении самоуважения пациента. Доктор без колебаний дает пациенту совет и оказывает помощь в решении текущих проблем. Его усилия по реконструкции нездоровой структуры личности включают активное перевоспитание; пациенту предлагаются те ценности и стандарты поведения, которые считаются правильными, реалистичными и социально желаемыми.

Комментируя приведенные наблюдения американского психотерапевта, отметим следующее:

1) за прошедшие полвека произошли существенные изменения, которые коснулись как патогенетической психотерапии, так и психоанализа. Эти изменения связаны с широким распространением и признанием гуманистических принципов отношения «терапевт – пациент». В результате ассимиляции этих принципов патогенетическая психотерапия отказалась от директивности, а психоанализ стал использовать эмпатию и другие составляющие «триады Роджерса» в качестве действенных лечебных факторов психотерапии;

2) интерпретация – патогенетический анализ предупреждает против поспешных толкований. Отказ от несвоевременных интерпретаций – принципиальная позиция патогенетической психотерапии, которая и привела уже в наше время к широкому внедрению в практику патогенетической психотерапии гештальт-экспериментов. «Мы считаем, – пишет Е.К. Яковлева, – что не следует врачу самому разьяснять больному причины развития у него заболевания, особенно, не следует это делать поспешно, желательно добиться понимания их самим больным. Нельзя подлинное объяснение, основанное на глубоком понимании патогенеза невроза, под-

менить внешними и скороспелыми разъяснениями, что, к сожалению, нередко делается». Говоря о возможной интерпретации сновидения пациентки американскими психоаналитиками, Зиферштейн, сам того не ведая, показывает, как, исходя из ограниченного набора психоаналитических схем, психоаналитик «навязывает» пациенту определенное знание, связанное с переживаниями человека в раннем возрасте (например, открытие страха убийства матерью, – во что пациентка должна поверить).

Отказ от интерпретаций как возможных собственных проекций интерпретатора и как навязывание готовых универсальных схем – один из основных принципов гештальт-терапии. Вместо техники свободных ассоциаций с последующей их интерпретацией в понятиях психоаналитических инфантильно-сексуальных концепций, мы используем психодраматические техники гештальт-терапии, допуская, когда это необходимо, осторожную интерпретацию в рамках реальных жизненных отношений;

3) перенос – под этим термином вслед за С. Кратохвилем [6] мы понимаем «проекции прошлого опыта», подчеркивая тем самым, что переносятся не только инфантильно-сексуальные чувства, а самый широкий спектр отношений. В психоанализе понятие «проекция» используется как защитный механизм, посредством которого человек приписывает другим людям свои мысли, чувства и поступки, заведомо для них не характерные. Проекция предохраняет человека от чувства подавленности и тоски, которые могут возникнуть вследствие внутреннего конфликта. Кратохвил же применяет понятие «проекции прошлого опыта» не в приведенном узком, психоаналитическом смысле, а в значении известном в психологии под названием «проективные методы», когда пациенту предлагается «неопределенно стимульный материал», в котором так или иначе отражаются различные давние переживания пациента, и он реагирует на него, исходя из своего прошлого опыта.

Близка нам и позиция Хорни [5], которая рассматривает анализ переноса как «подробное изучение взаимоотношений между пациентом и аналитиком в целях выяснения характера отношений пациента с другими людьми». Отношения терапевт-пациент рассматриваются нами как реальные, но в этих отношениях отражается прежний опыт и срабатывают привычные эмоциональные стереотипы и способы поведения. Такое толкование, на наш взгляд, способствует демистификации «переноса» и техник, направленных на его усиление и развитие в лечебных целях «трансферентного невроза». Как и в отношении других феноменов, возникающих в процессе психотерапии, и описанных психоаналитиками, перенос не является обязательной ступенью психотерапевтического процесса. Если в реальных отношениях «терапевт – пациент» замечаются переносные элементы, проекции прежних переживаний, тогда, естественно, их необходимо проанализировать. Гораздо важнее не принимать реальные отноше-

ния между терапевтом и пациентом за переносные с последующим навязыванием пациенту анализа вымышленных связей.

Б.Д. Карвасарский [2] считает, что в отличие от психоанализа, при личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии речь идет о расширении сферы осознаваемого не на основе прямого анализа бессознательного и его антагонистического взаимодействия с сознанием, а посредством поиска связей между разобщенными прежде в сознании больного представлениями, точной вербализации неясных переживаний и понятий. Кроме того, в психоанализе смысл нового знания, понимания с помощью интерпретаций в определенной мере «навязываются» пациенту психоаналитиком, который исходит из довольно ограниченного набора жестких схем, прямо или косвенно связанных с сексуальностью человека в течение всей его жизни, особенно в раннем возрасте. При личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии пациент в сотрудничестве с психотерапевтом реконструирует самосознание, оставаясь в мире реальных событий и понятий.

Итак, является ли патогенетическая психотерапия психоанализом? Отвечая на этот вопрос в рамках той схемы, которой придерживалась Хорни, отвечая на тот же вопрос, надо сказать так: «Ответ зависит от того, что считать главным в психоанализе. Если представлять, что психоанализ складывается из всех теорий, выдвинутых Фрейдом, тогда то, что представляет патогенетическая психотерапия, не психоанализ. Далее, если считать, что основу психоанализа составляет метод, предназначенный для осознания бессознательных процессов, который включает подробное изучение жизни пациента и особенностей его личности, интерпретацию, конфронтацию, анализ сопротивления и переноса, то, безусловно, психоанализ оказал заметное влияние на метод патогенетической психотерапии».

Патогенетическая психотерапия пришла на смену психоанализу, о ее родстве с ним напоминают некоторые общие позиции: признание роли бессознательных психических процессов в детерминации мыслей, чувств и поведения человека; признание ряда психологических явлений, открытых Фрейдом – вытеснения, сублимации, сопротивления, переноса и др.; использование в практике психотерапии некоторых элементов психоаналитического метода. В практическом отношении сходство, как показал Зиферштейн, заметно невооруженным глазом, однако, теоретические основы психоанализа и патогенетической психотерапии настолько разнятся методологически, что отнесение патогенетической психотерапии к разновидности психоанализа вызывает сомнение. Дело в том, что сам вопрос об отнесении к психоанализу не совсем корректен, поскольку психоанализ развивался в направлении преодоления «фрейдизма». К концу жизни, – пишет Уэллс [4], – Фрейд, радуясь популярности своей системы в Соединенных Штатах, горько сетовал на то, что ее серьезно «выхолостили». Последовательность этапов «выхолощивания», или «преодоления фрей-

дизма», предстает в следующем виде: ортодоксальный психоанализ («фрейдизм») – ревизованный психоанализ («классический») – реформированный психоанализ («неофрейдизм», «неопсихоанализ») – патогенетическая психотерапия. В этой цепи система Хорни, например, является промежуточным этапом преодоления, патогенетическая же психотерапия – завершающим. Таким образом, патогенетическую психотерапию надо воспринимать как «преодоленный психоанализ». Патогенетическая психотерапия преодолела не только заблуждения классического психоанализа, но и вскрыла «основной дефект», характерный для всех динамических систем, будь то индивидуальная психология Адлера, анализ Хорни, интерперсональная психотерапия Салливена, динамическая психиатрия Аммона и др.

Патогенетическая психотерапия – это развивающаяся система, открытая для интеграции с другими методами на основе ее теоретических основ, целей и задач. Интегрировав групповую динамику, что позволило ей расширить терапевтический потенциал для реконструкции нарушенной системы отношений, она преобразилась в личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова. Современный этап характеризуется движением в направлении создания интегративной модели личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии [1].

Литература

1. *Александров А.А.* Психотерапия : учеб. пособие / А.А. Александров. – СПб. [и др.] : Питер, 2004.
2. *Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова // Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб. [и др.] : Питер, 2000.*
3. *Мясищев В.Н.* Личность и неврозы / В.Н. Мясищев. – Л., 1960.
4. *Уэллс Г.* Крах психоанализа / Г. Уэллс. – М., 1968.
5. *Horney K.* New Ways in Psychoanalysis / K. Horney. – New York : Norton, 1939.
6. *Kratochvil S.* Skupinova psychoterapie neuros / S.Kratochvil. – Praha : Avicenum, 1978.
7. *Lauterbach W.* Psychotherapie in der Sowjetunion / W. Lauterbach. – Munchen-Wien-Baltimore : Urban & Schwarzenberg, 1978.
8. *Psychiatry and Psychology in the USSR / S.A. Corson [et al.]. – Plenum Press, 1976.*

ПСИХОТЕРАПИЯ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

Научно-исследовательский центр, кафедра кожных и венерических болезней
Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Более чем у 80 % больных, страдающих хроническими дерматозами, заболевание развивается после стрессорных воздействий, а в клинической картине у них наблюдаются различные психогенно обусловленные нарушения и расстройства нервной системы [1]. В связи с чем, нами разработана модель комплексного лечения больных психогенно обусловленных хронических дерматозов, включающая психотерапию пограничной психической патологии.

Основными направлениями применяемого нами комплексного лечения являются психотерапия, психофармакологическая и психологическая коррекция, и физиотерапевтические методы воздействия на нервно-психическую сферу.

Все больные хроническими дерматозами получали традиционную терапию в соответствии с клинической формой заболевания [5], кроме этого возникает необходимость применения медикаментозных средств для ускорения компенсаторно-адаптационных процессов и нормализации состояния нервной системы. Для этого применяются транквилизаторы, нейролептики, антидепрессанты, психостимуляторы, ноотропы, психоэнергизаторы, актопротекторы, антигипоксанты, витамины.

Применение препаратов этих фармакологических групп позволяет получить следующие эффекты: нормализации психоэмоциональной сферы, устранение астено-невротической или астено-депрессивной симптоматики; ускорение процессов адаптации к новым условиям труда, внешней среды; ускорение процессов реабилитации после воздействий, вызывающих развитие хронической усталости и экстремальных факторов [2].

Психофармакологическая коррекция осуществляется по трем основным направлениям в зависимости от механизма регулирующего воздействия. Первое направление связано с использованием психофармакологических средств для снижения чрезмерной возбудимости подкорковых структур, уменьшения активности ЦНС и нормализации нейромедиаторного обмена, вызванных стрессом. Это достигается применением транквилизирующих препаратов различного действия (грандаксин, фенибут, пирроксан, атаракс), нейролептиков (эглонил, сонапакс), антидепрессантов (триптико, иксел, леривон) [4].

Второе направление преследует цель повышения возбудимости ЦНС, находящейся в угнетенном состоянии вследствие утомления, связанного нагрузками и заболеванием. В этих случаях назначаются психостимуляторы и тонизирующие препараты (этимизол, энерион, ацефен, бромантан, кордиамин, экстракт элеутерококка, китайский лимонник) [4].

Третье направление – использование препаратов, действующих преимущественно через метаболические звенья, обеспечивая оптимальность расходования функциональных резервов организма. Этой задаче в наибольшей мере отвечают актопротекторы, ноотропы, антигипоксанты, адаптогены, витамины, мелатонин (бемитил, пирацетам, глиатилин, церебролизин, яктон, олифен, элеутерококк, женьшень, мильгамма, мелатонин) и психоэнергизаторы (меклофеноксат, тонибрал, мефексамид, деанол, адеметионин) [4].

Препараты метаболического действия не имеют выраженного прямого психотропного эффекта, требуют достаточно продолжительного применения, однако действие их более устойчиво, продолжительно и сопровождается комплексом благоприятных сдвигов в физиологических, биохимических, иммунных системах, что способствует повышению резистентности организма к широкому спектру неблагоприятных условий, коррекции утомления, повышению адаптационных резервов.

В комплексном лечении больных такими наиболее распространенными хроническими дерматозами как атопический дерматит, экзема, псориаз, гипергидроз, хроническая крапивница мы применяем «дневные» транквилизаторы – грандаксин, фенибут, пирроксан, атаракс, афобазол, оказывающие выраженное стресспротекторное, вегеторегилирующее действие, противотревожный и антидепрессивный эффекты; атипичные нейролептики – эглонил, сонапакс, оказывающие «регулирующее» влияние на ЦНС, антидепрессивный и стимулирующий эффекты; антидепрессанты – тритико – ингибитор обратного захвата серотонина, оказывающий антидепрессивное действие и нормализующий сон эффект, иксел – антидепрессант самого широкого действия, с минимальными побочными эффектами, устраняющий дефицит нейропластичности [1].

Вторым направлением лечения является психотерапия. Целью применения психотерапии является оптимизация психических функций, функционального состояния человека, отклонений от оптимального уровня его индивидуально-психологических особенностей. Наиболее известными психокоррекционными методиками являются рациональная психотерапия, логотерапия, психология самореализации, позитивная психотерапия, когнитивная терапия, рационально-эмотивная психотерапия, психотерапия «здравым смыслом», патогенетическая психотерапия, основанная на теории отношений личности В.Н. Мясищева, аутотренинг, поведенческая терапия, нейролингвистическое программирование, психодрама, трансактный анализ, биологическая обратная связь, суггестивные, психо-

аналитические, поведенческие, феноменологически-гуманистические методики, используемые в индивидуальной и групповой формах [1].

Выбор конкретной методики зависит от характера и уровня психологических нарушений, индивидуально-психологических особенностей пациента и навыков врача. В комплексном лечении больных психогенно обусловленными хроническими дерматозами, применяется курс занятий по системной поведенческой психотерапии, разработанной в Городском психотерапевтическом центре на базе клиники невротиков имени И.П. Павлова и органично включающей в себя наиболее эффективные элементы большинства основных психокоррекционных методик.

Психотерапевтические техники направлены на изменение основных аспектов поведения, рассмотренных в трудах И.М. Сеченова, И.П. Павлова, А.А. Ухтомского и Л.С. Выготского: снижение хронического мышечного напряжения; формирование спонтанности и естественности дыхательных актов; торможение перцепции времени и пространства; устранение дезадаптивных динамических стереотипов и формирование благодаря этому других стереотипов, способствующих адаптации человека; новых требований к себе и окружающему миру, иной идентичности субъекта своей социальной роли, новой иерархичности ролевых отношений [2, 3].

Третьим направлением лечения у дерматологических пациентов является физиотерапевтическое воздействие на центральную нервную систему – транскраниальная электростимуляция (ТЭС). Последним поколением аппаратов ТЭС является «Трансаир», где стимуляция проводится прямоугольными электрическими импульсами тока частотой 77 Гц и длительностью ($3,75 \pm 0,25$) мс в сочетании с постоянной составляющей тока 2 мА. При транскраниальной электростимуляции происходит воздействие на антиноцицептивные структуры головного мозга. Помимо опиоидэргического, активируются также серотонинэргический и холинэргический механизмы регуляции функций головного мозга. В результате формируются антистрессовый, анальгетический, вегеторегулирующий, иммуномодулирующий, антиаллергический, противозудный и репаративно-регенеративный лечебные эффекты ТЭС [6].

Психотерапия проводится нами в специально оборудованном кабинете клиники кожных и венерических болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова специалистами дерматологами, прошедшими переподготовку по психиатрии и психотерапии, что позволяет дифференцировать патологию психотического уровня, требующую лечения совместно с психоневрологами.

Нами проведена оценка эффективности комплексного лечения военнослужащих больных хроническими дерматозами, связанными со стрессом, с применением психотерапии в сравнении с традиционной терапией. Анализ динамики психологического состояния, состояния вегетативной нервной системы, индексов атопического дерматита и псориаза

(SCORAD) и (PASI), индекса шкалы симптомов дерматологических больных (ДИШС), дерматологический индекс качества жизни больных хроническими дерматозами (ДИКЖ) у больных атопическим дерматитом, истинной экземой, псориазом, гипергидрозом и хронической крапивницей в процессе лечения свидетельствует о достоверно большей эффективности комплексного лечения, что позволяет сократить сроки лечения на 5–7 дн. При анализе отдаленных результатов в течение года частота обострений в группах комплексного лечения в 1,5–2,0 раза ниже, чем в группах традиционной терапии.

Таким образом, психологическая коррекция и психотерапия являются основой современной стратегии комплексного лечения больных с психогенно обусловленными хроническими дерматозами, а разработанная нами модель комплексного лечения больных данной категории демонстрирует свою эффективность и может быть предложена для внедрения в стационарах дерматологического профиля.

Литература

1. *Введение* в психосоматическую дерматологию: учеб.-метод. рекомендации / А.В. Сухарев, Р.Н. Назаров, А.В. Стаценко, О.И. Бондарь. – СПб., 2006. – 39 с.

2. *Коваленко А.П.* Реабилитация больных с заболеваниями и травмами нервной системы / А.П. Коваленко. – М. : ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, 2006. – 303 с.

3. *Курпатов А.В.* Руководство по системной поведенческой психотерапии / А.В. Курпатов, Г.Г. Аверьянов. – М. : ОЛМА Медиа Групп, 2006. – 576 с.

4. *Машковский М.Д.* Лекарственные средства: в 2 т. / М.Д. Машковский – 14-е изд., испр. и доп. – М. : Новая Волна, 2002. – Т. 2. – 608 с.

5. *Самцов А.В.* Кожные и венерические болезни / А.В. Самцов, В.В. Барбинов. – СПб. : ЭЛБИ, 2002. – 314 с.

6. *Транскраниальная электростимуляция: экспериментально-клинические исследования* / под ред. В.П. Лебедева. – СПб., 2001. – 528 с.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ЭТАПЫ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ, ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КОТОРЫХ СВЯЗАНА С ВОЗДЕЙСТВИЕМ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Реализация психокоррекционных реабилитационных мероприятий у лиц, осуществляющих свою деятельность в экстремальных (создающих витальную угрозу) условиях может быть эффективной при совместной деятельности специалистов в области психофизиологии, социальной и медицинской психологии [1, 3, 4].

Психокоррекционные реабилитационные мероприятия лицам, участвующим в локальных вооруженных конфликтах (ликвидации чрезвычайных ситуаций), проводятся с учетом этапов деятельности: предбоевого, боевых действий и реабилитационного [2].

В предбоевом периоде основной задачей является оценка психического здоровья и состояния морально-психологического климата в воинских коллективах, готовящихся к ведению боевых действий, с проведением, при необходимости, индивидуальной психокоррекции. Эти функции выполняют психологи и психофизиологи. Задачей же командиров в данный период является повышение профессионального уровня, так как существует прямая зависимость между уровнем профессиональной подготовки военнослужащих и частотой негативных психологических реакций у них, и рациональное распределение военнослужащих по результатам психофизиологического обследования.

В период боевых действий медико-психологическая помощь оказывается психоневрологами отдельных медицинских батальонов (ОМедБ), медицинских отрядов специального назначения (МОСН), госпиталей. Целесообразно создание мобильных групп, в которые необходимо включить психотерапевта и психофизиолога.

Мероприятия психологической коррекции в боевой обстановке проводятся специалистами нештатной медико-психологической группы объединения и направлены они на купирование нервно-психического напряжения и избыточной тревожности, повышение самооценки, формирование чувства значимости для окружающих и осознание социальной поддержки. Основными методами психологической коррекции на данном этапе являются групповая рациональная психотерапия, активная и пассивная мышечная релаксация с элементами суггестии. По возможности военнослужащим предоставляется дополнительное время для сна.

Фармакологическая коррекция в боевых условиях направлена на снижение уровня тревоги, нормализацию сна, повышение уровня профес-

сиональной работоспособности военнослужащих. Фармакологическая коррекция проводится начальником медицинской службы части, прошедшим соответствующую подготовку. Наибольший эффект на данном этапе отмечается при сочетанном использовании методов психологической и фармакологической коррекции.

После окончания боевых действий по результатам психофизиологического обследования, оценки резервных возможностей организма с использованием нагрузочных проб выявляются группы риска, которым проводится курс психоэмоциональной разгрузки, а при необходимости – амбулаторное или стационарное лечение.

Медико-психологическая и психосоциальная реабилитация военнослужащих, участвовавших в локальных боевых действиях, направлена на:

- активное формирование положительной мотивации на проведение реабилитационных мероприятий, вовлечение комбатантов в этот процесс;
- лидеров-военнослужащих, ранее участвовавших в боевых действиях, с формированием у них навыков социальной работы с сослуживцами;
- специальную подготовку медперсонала, которая раскрывает особенности акцентуаций личности у военнослужащих, клинику и лечение психических расстройств на фоне личностных изменений;
- формирование атмосферы доверия и сотрудничества, с предоставлением необходимой информации и возможности выбора реабилитационного направления;
- комплексный характер реабилитационных программ (психосоматическое обследование, оздоровление, социальная поддержка и пр.).

Опираясь на принципы единства психосоциальных и биологических методов воздействия, проведение реабилитационных мероприятий военнослужащим характеризуется следующими положениями:

1) участники боевых действий подразделяются на группы: психически здоровые; лица с пограничными нервно-психическими расстройствами; лица с аддиктивным поведением; лица с психосоматической и соматической патологией;

2) основой психической дезадаптацией участников боевых действий являются различные проявления посттравматических стрессовых расстройств;

3) психофизиологическая реабилитация использует основные положения современной интегративной концепции. В ее основе лежит положение о том, что преодоление стресса – это процесс, в котором индивидумом совершаются копинг-стратегии: а) изменить или ликвидировать проблему; б) уменьшить ее интенсивность, изменив точку зрения на нее; в) облегчить ее воздействие отвлечением на что-либо или использованием других способов преодоления (транквилизаторы, алкоголь, физические нагрузки и т. д.). Если личность, сталкиваясь со стрессором, не может использовать привычный стереотип действия или реакций, возникает ситуа-

ция, требующая активного преодоления или использования социальной поддержки.

Психокоррекционные мероприятия с участниками боевых действий могут осуществляться в виде личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, психотерапии с симптоматической направленностью и эмоционально-волевой тренировки.

К наиболее эффективным методам симптоматической психотерапии относятся различные варианты нейролингвистического программирования и самовнушения. Личностно-ориентированная психотерапия обычно используется в форме индивидуальной психотерапии, основной целью которой является изучение личности пациента, оценка и коррекция неадекватных эмоциональных и поведенческих стереотипов, определяющих нарушение психологического и социального функционирования. При этом у военнослужащих фиксируются нарушения в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сфере.

По окончании основных мероприятий реабилитационной программы проводятся обязательное определение оценки состояния трудоспособности и выдача рекомендаций по поддержанию трудоспособности и боеспособности на достигнутом уровне; осуществляется рациональное трудоустройство; назначается программа мер по предупреждению развития возможных посттравматических стрессовых расстройств и психогенно обусловленных заболеваний.

Таким образом, реабилитационная программа конечной своей целью имеет ресоциализацию военнослужащего. При этом процесс реабилитации носит поэтапный характер, с постепенным возрастанием в комплексе реабилитационных мероприятий мер психолого-социальной помощи.

Литература

1. Жеглов В.В. Сохранение работоспособности плавсостава ВМФ : руководство / В.В. Жеглов, И.А. Сапов, В.С. Щеголев. – М. : Воениздат, 1990. – 192 с.

2. Загрядский В.П. Физиологические основы повышения боеспособности военных специалистов / В.П. Загрядский. – Л., 1972. – 66 с.

3. Маклаков А.Г. Психофизиологические детерминанты динамики посттравматического периода моряков, перенесших катастрофу в северных широтах / А.Г. Маклаков, С.В. Чермянин // Актуальные вопросы патофизиологии экстремальных состояний : материалы науч. конф. / ред. В.О. Самойлов ; Воен.-мед. акад. – СПб., 1993. – С. 163.

4. Матюхин В.А. Психофизиологические аспекты вахтового труда / В.А. Матюхин, С.Г. Кривошеков // Эмоции и поведение: системный подход. – М., 1984. – С. 197–199.

ДИНАМИКА ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ

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

Хронизация ишемии мозга и тревожных расстройств ведет к дезадаптации, снижению профессиональной трудоспособности, ранней инвалидизации большой части населения, что подтверждается показателями здоровья последних лет [5]. Актуальными остаются вопросы не только профилактики цереброваскулярных заболеваний, но и эффективного и безопасного патогенетического лечения в аспекте влияния на аффективные и когнитивные расстройства, сопутствующие им [1, 2].

Особый интерес представляет применение новых лекарственных средств, относящихся к антидепрессантам ингибиторам обратного захвата серотонина и норадреналина [4]. Установлена способность препаратов этой группы положительно влиять на нейропластичность, что особенно важно для терапии дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) с тревожно-депрессивными и когнитивными расстройствами.

В настоящее время особое внимание уделяется повреждению нейромедиаторных систем, как одному из основных патогенетических механизмов, участвующих в развитии когнитивных нарушений при тревожно-депрессивных состояниях, что имеет важное практическое значение для разработки новых направлений терапии. В развитии аффективных и когнитивных нарушений при ДЭ могут принимать участие практически все основные транзиттерные системы, что, вероятно, влияет на выраженность когнитивного дефицита.

Среди препаратов, потенциально способных повлиять на аффективные и когнитивные функции при сосудистых заболеваниях мозга, в соответствии с современными представлениями, необходимо рассматривать средства с нейромедиаторной активностью. Для исследования был выбран антидепрессант «Симбалта» – сбалансированный селективный ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина.

Материалы и методы

В соответствии с протоколом исследования предусматривалась двухмесячная терапия больных симбалтой в дозе 60 мг/сут. Эффективность терапии анализировалась по субъективной оценке эффективности и переносимости лечения по опроснику жалоб, шкале депрессий «Центра эпидемиологических исследований» (CES-D), комплексу общего клиническо-

го впечатления, включающего осмотр невролога, психодиагностическое исследование. Кроме того в специальной таблице фиксировались нежелательные явления. Комплекс исследований проводился в два этапа и повторялся при окончании терапии.

Шкала CES-D включает 20 пунктов, каждый из которых определяет субъективную частоту симптомов депрессии от 0 до 3 баллов. При интерпретации данных учитывался суммарный балл по всем пунктам шкалы. По результатам теста были выделены экспериментальные группы: 1-я группа – 0–17 баллов (норма) и 18–26 баллов (легкая депрессия); 2-я группа – 26–30 баллов (депрессия средней тяжести); 3-я группа – 31 балл и выше (тяжелая депрессия).

Было отобрано 35 пациентов с ДЭ (30 женщин и 5 мужчин), добровольно принявших участие в исследовании. Критериями включения в исследование были наличие аффективных нарушений, депрессии и/или тревоги у пациентов с ДЭ, а также отсутствие у них противопоказаний для назначения симбалты.

Диагноз дисциркуляторная энцефалопатия (167.8 МКБ-10) соответствовал отечественным клиническим критериям классификаций [1, 3, 6] и был подтвержден кроме клинического неврологического осмотра дополнительными методами обследований (КТ, МРТ, УЗДГ БЦА), предшествовавших проводимому исследованию. ДЭ I стадии была диагностирована в 57,1 %, II – в 34,3 %; III – в 8,6 % случаях.

Из переживаний, испытанных пациентами за последний год, чаще всего, как их причина указывались конфликты в семье (25,7 %) и смерть близких (31,4 %), реже проблемы на работе (11,4 %), собственное заболевание (5,7 %). Длительность депрессивного эпизода составила ($24,4 \pm 5,1$) мес. Предшествующую терапию антидепрессантами получали 14,3 % пациентов.

В неврологическом статусе на первое место выступали пирамидный (52,8 %) и атактический (42,8 %) синдромы, псевдобульбарный синдром встречался у 21,4 % пациентов, у 15,8% выявлялась рассеянная органическая симптоматика.

Возраст пациентов, варьировал от 30 до 75 лет, составляя в среднем ($50,9 \pm 1,78$) года. 77,8 % больных имели те или иные соматические заболевания; в среднем ($2,6 \pm 1,1$) диагноза на одного больного. Преобладала патология сердечно-сосудистой системы (68,7 %).

В процедуру экспериментально-психологического обследования вошли психодиагностические методики, направленные на изучение особенностей памяти, внимания, мышления, эмоционально-личностных качеств и психодиагностическое собеседование. Для изучения когнитивных процессов применялась шкала памяти Векслера: «Запоминание 10 слов»; «Диагностика оперативной памяти»; «Выделение существенных признаков»; «Исключение лишнего». Эмоционально-личностные особенности личности изучались при помощи: Шкалы самооценки уровня реактивной

и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина; 8-цветового теста М. Люшера; шкалы для оценки депрессии Зунга (ШОД Зунга); опросника депрессивности Бека (Beck Depression Inventory – BDI).

Для статистической обработки данных исследования использовался пакет статистических программ Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение

Клиническая оценка результатов лечения. При первичном неврологическом осмотре пациентами наиболее часто предъявлялись жалобы на головные боли, нарушения сна, плохую переносимость психических и физических нагрузок, сужение сферы общения и круга интересов, фиксации на проблемах, подавленность, тревожные опасения, снижение памяти, рассеянность.

При исследовании структуры субъективной симптоматики до и после лечения выявлено, что наиболее часто встречались жалобы на утомляемость, головные боли, нарушения сна. Большое число больных в нашем исследовании имели выступающие на первый план нарушения памяти.

На фоне лечения значительная положительная динамика частоты отмечена в структуре следующих показателей самочувствия: повышенной утомляемости, снижения трудоспособности, бессонницы, головных болей, ухудшения памяти и внимания, вялости, «комка» в горле, выпадения волос, болей в спине, болей в сердце, что было подтверждено критерием Вилкоксона при парном сравнении (табл. 1). При оценке жалоб по окончании лечения наблюдалось достоверное снижение частоты и выраженности как психоэмоциональных, так и соматических жалоб.

Таблица 1

Динамика симптомов самочувствия при лечении симбалтой

Показатель самочувствия	До лечения		После лечения		Положительные изменения		Р-значения Вилкоксона
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	
Повышенная утомляемость	30	85,7	8	30,8	18	69,2	0,000
Снижение трудоспособности	23	65,7	11	42,3	11	42,3	0,010
Бессонница	24	68,5	11	42,3	11	42,3	0,023
Головные боли	24	68,5	5	19,2	14	53,8	0,003
Ухудшение памяти и внимания	16	45,7	9	34,6	10	38,5	0,005
Вялость	25	71,4	9	34,6	13	50,0	0,001
«Комок» в горле	20	57,1	12	46,2	13	50,0	0,025
Выпадение волос	12	34,3	6	23,1	7	26,9	0,018
Боли в спине	19	54,3	9	36,0	11	44,0	0,011
Боли в сердце	12	33,3	2	7,7	10	38,5	0,005

Клиническая картина была представлена преимущественно аффективными нарушениями (депрессивными, тревожными, дистимическими), соматовегетативными, когнитивными на фоне двигательных, чувствительных, координаторных и других органических синдромов, соответствующих проявлениям дисциркуляторной энцефалопатии. Депрессия проявлялась в основном соматизированным ее вариантом; преобладали астенические синдромы: быстрая истощаемость, сенситивность, гиподинамия, ассоциативная заторможенность на фоне общего соматического дискомфорта, снижения трудоспособности, повышенной утомляемости.

Средний балл по шкале CES-D при первом посещении был ($26,7 \pm 1,1$) балла, что свидетельствовало о депрессии средней тяжести, после лечения он снизился до ($17,9 \pm 1,4$) балла (сравнения по критерию Вилкоксона $p < 0,0001$), что соответствовало легкой степени депрессии, а выраженность депрессивных проявлений значительно уменьшилась (рис. 1). Наиболее значимые изменения в динамике в сторону улучшения состояния отмечены у пациентов с более тяжелыми депрессивными нарушениями.

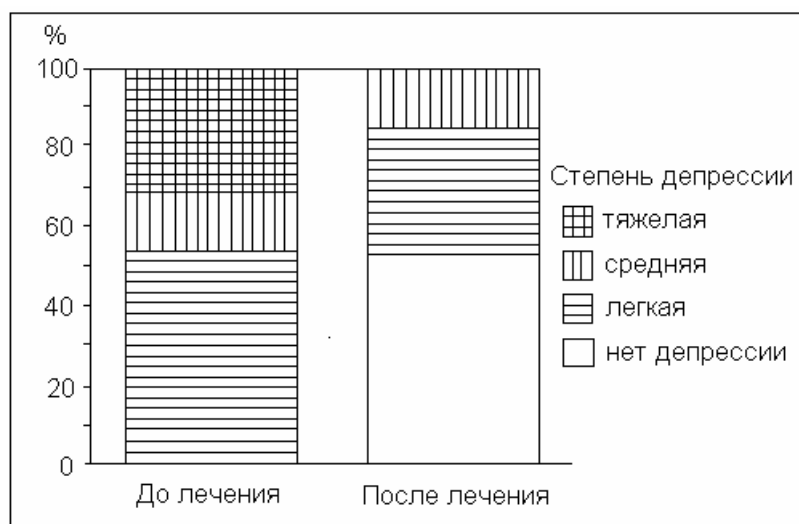


Рис. 1. Структура депрессии до и после лечения симбалтой.

При оценке самочувствия пациентом по 10-бальной визуальной аналоговой шкале (ВАШ) средний показатель в баллах до лечения составил ($6,2 \pm 0,2$) балла, после лечения – ($4,2 \pm 0,3$) балла ($p < 0,0001$).

Субъективные критерии эффективности лечения выявили ее положительную оценку у 84,8 % больных; 15,2 % отметили отсутствие положительных эффектов и ухудшение. Переносимость как отличную, хорошую и удовлетворительную отметили в целом 90,6 % пациентов, плохую – 9,6 %. Переносимость как отличная, хорошая и удовлетворительная отмечена врачами объективно в 91,9 % случаев. Продолжить лечение после двухмесячного курса выразили желание 45,7 % больных.

Трое пациентов из 35 (8,7 %) преждевременно закончили лечение из-за побочных эффектов. В число побочных эффектов входили тошнота, сухость во рту и запоры.

Результаты психодиагностического исследования. При первичном обследовании было установлено, что все пациенты были правильно ориентированы во времени и пространстве, проявляя достаточный уровень психического контроля, однако в некоторых случаях критика к своему состоянию была снижена. При этом все обследуемые были стойко ипохондрически фиксированы. Наряду с астеническими нарушениями у большинства больных определялся высокий уровень ситуационной и личностной тревожности (табл. 2).

Таблица 2

Уровень тревожности до и после лечения симбалтой, (M ± m)

Уровень тревожности	До лечения	После лечения	P-значение Вилкоксона
Актуальная тревожность по Люшеру	6,35 ± 2,36	4,43 ± 2,54	0,0001
Ситуационная тревожность по Спилбергеру-Ханину	51,71 ± 9,45	39,09 ± 8,60	0,001
Личностная тревожность по Спилбергеру-Ханину	54,58 ± 10,01	48,17 ± 8,75	0,0001

После проведенного лечения данные личностной тревожности остались на уровне высоких показателей, а реактивная тревожность снизилась, из чего можно предположить, что актуальная ситуация воспринимается пациентами уже как благоприятная, не несущая «угрозы» их самооценке и самоуважению. Показатели уровня ситуационной тревожности по тесту М. Люшера также снизились (см. табл. 2).

Эмоциональное состояние в момент исследования характеризовалось отчетливым ощущением психологического дискомфорта, внутренней напряженности, озабоченности, беспокойства, нервозности, постоянной готовностью к восприятию отрицательных сигналов извне, неудовлетворенностью актуальной жизненной ситуацией, тревожной оценкой перспективы, сниженной самооценкой. По данным ВДИ и ШОД Зунга эмоциональные компоненты депрессии преобладали над ее соматическими проявлениями (табл. 3). Отмечалась достаточно выраженная склонность к формированию идей недостаточной ценности своей личности и чувства вины.

Межличностные отношения характеризовались ощущением недостаточной принятости окружающими, поисками эмоциональных контактов, удовлетворяющих чувство безопасности, помощи и поддержки. Выражена «социальная реакция защиты». Тревожность в максимальной степени проявлялась в сфере социальных отношений, социальная среда рас-

смаивалась испытуемыми как основной источник напряженности и неуверенности в себе.

Таблица 3
Выраженность депрессии до и после лечения симбалтой, (M ± m)

Уровень депрессии	До лечения	После лечения	P-значение Вилкоксона
C-A (BDI)	10,94 ± 4,35	4,22 ± 2,78	0,0003
S-P (BDI)	7,48 ± 2,66	4,30 ± 3,57	0,017
Общий показатель по тесту Бека	19,26 ± 6,39	8,52 ± 5,78	0,0003
Общий показатель по тесту Зунга	58,20 ± 8,77	46,26 ± 4,61	0,0008

После проведенного лечения абсолютное большинство обследуемых отмечало изменение общего состояния в виде повышения фона настроения, снижения интенсивности или исчезновения психологических переживаний, сопровождающих депрессивный аффект, ощущений психологического дискомфорта, беспокойства, социальной беспомощности. Настроение имело более ровный, устойчивый характер, уровень активности, работоспособности, интересов (эмоциональной вовлеченности), а также самооценки и уверенности в будущем субъективно оценивался достаточно позитивно. Заметно снизилась зависимость от положительных оценок окружающих и потребность в их поддержке и одобрении. По данным BDI можно судить о значительном снижении уровня выраженности когнитивно-аффективных и соматических компонентов депрессии. По результатам ШОД Зунга также было отмечено снижение уровня депрессии (см. табл. 3).

Важно отметить, что уменьшение выраженности депрессии наблюдались у пациентов с изначально разными степенями выраженности депрессивных расстройств (рис. 2).

До лечения у пациентов отмечались аффектогенные и органические изменения познавательной деятельности – ослабление как концентрации, так и переключения внимания, трудности в отделении главного от второстепенного, были подтверждены результатами обследования особенностей памяти, внимания, мышления. Выявлены выраженные нарушения всех видов памяти, из которых особенно низкими показателями отличались характеристики кратковременной механической (в среднем 46 % от максимальных значений при норме ≥ 80 %), словесно-логической (42 %), оперативной (60 %) и зрительной памяти (65 %). Относительно сохранными представлялись функции долговременной памяти.



Рис. 2. Данные шкалы депрессии Зунга до и после лечения.

Мыслительная деятельность осуществлялась на уровнях от легкой до значительной степени снижения процессов обобщения, сравнения и классификации с преобладанием оперирования конкретными понятиями на основе непосредственных представлений о них. Конкретность мышления, непонимание абстракции обнаруживались в том, что больные вместо задачи обобщения и выделения существенных признаков пытались идти по пути практического использования и ситуационного увязывания предметов, что свидетельствует о снижении уровня процессов анализа и синтеза. Выявлялась частичная невозможность сохранения алгоритма действий при выполнении длинного ряда задач, неравномерность распределения произвольного внимания, неспособность выполнить зачастую элементарные задания, что указывало на выраженные нарушения динамики мыслительной деятельности. Результаты исследования когнитивных функций свидетельствовали о сформировавшемся психоорганическом синдроме у большинства пациентов.

После лечения пациенты правильно и быстро воспринимали инструкции, были нацелены на успешное выполнение заданий, проявляя достаточно высокий уровень мотивации на достижение успеха, не испытывая при этом чувства усталости, которое было значительно выражено до приема антидепрессанта. В познавательной сфере выраженные положительные изменения встречались при исследовании словесно-логической (воспроизведение рассказов) и кратковременной памяти. Например, на рис. 3, 4 отмечается увеличение показателей кратковременной («Воспроизведение автоматизированных рядов») и оперативной («Диагностика оперативной памяти») памяти после лечения по сравнению с исходными.

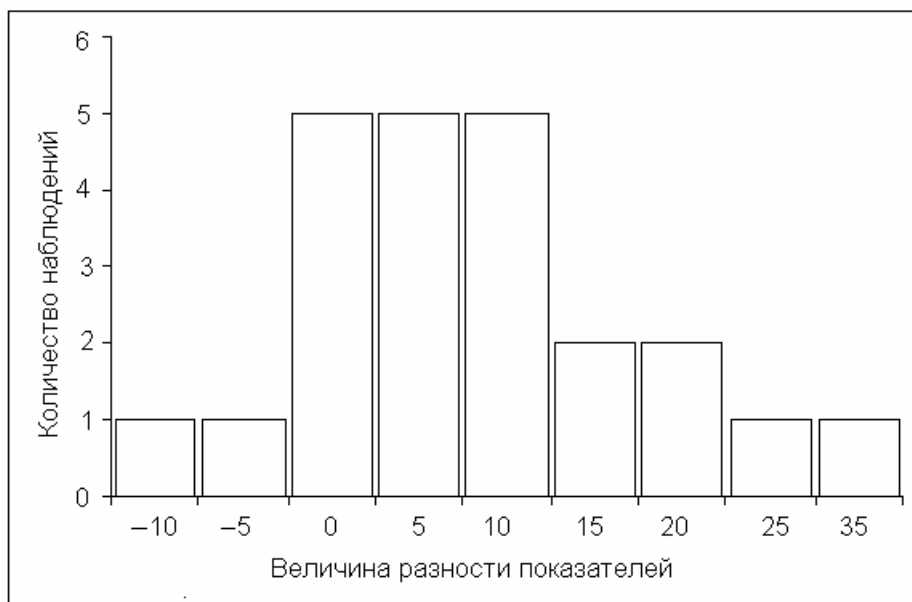


Рис. 3. Показатели кратковременной памяти в результате терапии симбалтой.

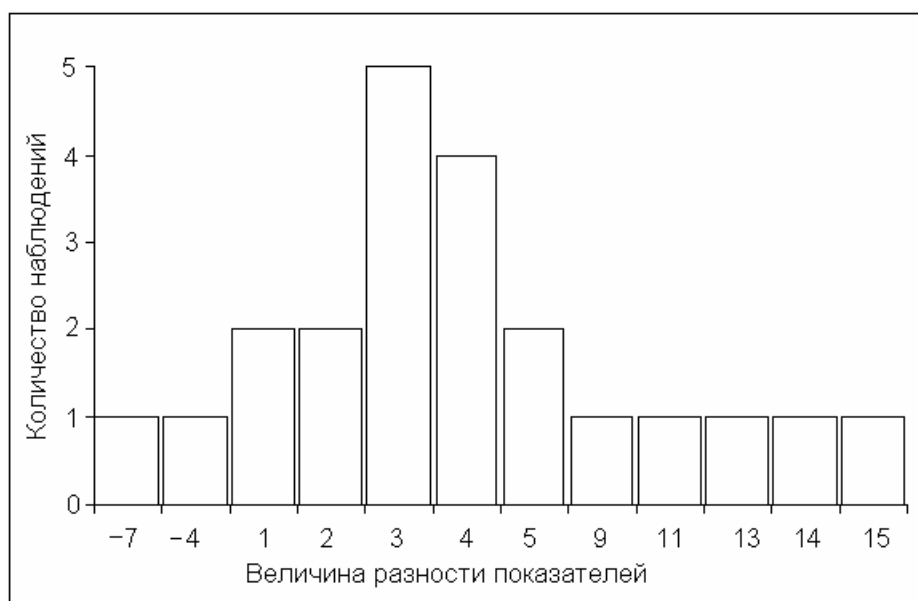


Рис. 4. Показатели оперативной памяти в результате терапии симбалтой.

Положительная динамика наблюдалась при выполнении методик, измеряющих мыслительную деятельность («Исключение лишнего»), хотя в целом показатели мнестической сферы и аналитико-синтетических процессов продолжали оставаться в пределах от значительной до легкой степени снижения по конкретному типу.

В результате адекватного восприятия инструкций в процессе выполнения заданий обследуемые сохраняли устойчивый способ решения поставленных задач, проявляя настойчивость и целеустремленность. По-

лученные данные свидетельствуют о выраженном улучшении функций произвольного внимания, таких как распределение, концентрация, устойчивость и мотивационный компонент, что отразилось на состоянии общей психической работоспособности.

Таким образом, положительная динамика после лечения симбалтой была отмечена не только в субъективных ощущениях пациентов, выражающихся в улучшении качества жизни, характеристик когнитивных функций, снижении или редукции тревожных и депрессивных реакций, более устойчивом, уравновешенном рисунке поведения, отсутствии повышенной чувствительности, рефлексивности, социальной зависимости, конформности и сверхконтроля, что способствовало свободной саморегуляции, но и в объективной оценке результатов экспериментально-психологического обследования.

В соответствии с данными психодиагностических методик можно говорить о достоверно значимом улучшении качества кратковременной механической, оперативной памяти, показатели которой напрямую зависят от уровня сохранности аттенционных функций.

Улучшение вышеуказанных параметров памяти, а также повышение общей психической работоспособности, достаточная равномерность и устойчивый способ решения поставленных задач, целеустремленность в выполнении заданий свидетельствуют о выраженном улучшении качества распределения, концентрации, устойчивости и мотивационного компонента внимания. При этом без существенных изменений остались уровень личностной тревожности, как устойчивой характерологической черты, и показатели долговременной зрительной памяти.

В зарубежных работах по диагностике и оценке тяжести сосудистой депрессии основное место занимают шкалы и опросники. Некоторые шкалы доказали высокую чувствительность и специфичность в диагностике депрессии у больных инсультом. В наших исследованиях использование клинических критериев и шкалы (CES-D) на первом этапе исследования было, на наш взгляд, достаточным для диагностики и определения степени тяжести депрессии, а также для контроля состояния пациентов до и после лечения, что подтверждалось статистической достоверностью полученных результатов.

Результаты клинической беседы до и после лечения сопоставимы с показателями психодиагностических методик, что говорит о положительной динамике как субъективной оценки обследуемыми своего состояния, так и по критериям объективных данных экспериментальных исследований.

Полученные результаты исследования позволяют говорить о положительном действии препарата симбалта, эффективно влияющего на выраженность аффективных и когнитивных проявлений депрессии. Выявлено отчетливое улучшение функций кратковременной памяти, качественные характеристики которой тесно связаны с компонентами внимания. В

связи с этим представляется целесообразным в дальнейшем включать в процедуру психодиагностического исследования при наличии тревожно-депрессивной симптоматики у пациентов с ДЭ методики, направленные на изучение attentionной сферы.

Можно предположить, что повышение показателей методик, исследующих аналитико-синтетические процессы, следует расценивать как вторичный результат, на изменение которого, прежде всего, повлиял рост качества функций произвольного внимания, что требует дополнительных исследований, заключающихся в изучении attentionной сферы и выявлении корреляционной связи между показателями. На наш взгляд наиболее информативным представляется использование результатов психодиагностических методик по исследованию внимания. В процедуру психологического обследования целесообразно включить некоторые нейропсихологические методики, предназначенные для изучения когнитивной сферы.

Таким образом, доказана высокая клиническая эффективность лечения тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с ДЭ препаратом симбалта. Наиболее значимые положительные результаты выявлены у пациентов при выраженных тревожно-депрессивных нарушениях. Отмечена хорошая переносимость препарата.

В результате лечения наблюдалась достоверная положительная динамика – регресс когнитивных нарушений вследствие улучшения характеристик качества кратковременной и оперативной памяти, концентрации, устойчивости и мотивационного компонента внимания. Можно предположить патогенетическое действие симбалты на нейрохимические механизмы не только аффективных, но и когнитивных нарушений.

В соответствии с современными представлениями о нейрофизиологических, нейропсихологических, нейрохимических механизмах депрессии проведенные исследования позволяют считать симбалту патогенетически обоснованным, целесообразным, безопасным и эффективным препаратом для базовой фармакотерапии аффективных и когнитивных нарушений.

Литература

1. *Бурцев Е.М.* Дисциркуляторная (сосудистая) энцефалопатия / Е.М. Бурцев // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1998. – № 1. – С. 45–48.

2. *Левин О.С.* Диффузные изменения белого вещества (лейкоарейоз) и проблема сосудистой деменции / О.С. Левин, И.В. Дамулин // Достижения в нейрогерииатрии / под ред. Н.Н. Яхно, И.В. Дамулина. – М., 1997. – С. 189–231.

3. *Максудов Г.А.* Классификация сосудистых поражений головного и спинного мозга / Г.А. Максудов // Сосудистые заболевания нервной системы / под ред. Е.В. Шмидта. – М., 1976. – С. 11–19.

4. *Румянцева Г.М.* Применение коаксила для лечения аффективных нарушений при сосудистых заболеваниях головного мозга / Г.М. Румянцева, М.Г. Артюхова // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2005. – № 6.

5. *Челышева И.А.* Нейропсихологические и нейровизуализационные аспекты дисциркуляторной энцефалопатии в ракурсе структурно-функциональной модели головного мозга / И.А. Челышева, Н.С. Нагорный // Журн. неврологии и психиатрии. – 2005. – № 1.

6. *Шмидт Е.В.* Классификация сосудистых поражений головного и спинного мозга / Е.В. Шмидт // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1985. – № 9. – С. 1284–1288.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.89-008.44

*О.С. Карева, Т.Н. Цветкова, Г.И. Григорьев,
Р. Мизерене*

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАВИСИМОСТЯМИ

Международный институт резервных возможностей человека,
Санкт-Петербург;
Психотерапевтический кабинет, Паланга (Литва)

Одним из направлений, разрабатываемых в Международном институте резервных возможностей человека (МИРВЧ), является изучение психологического статуса пациентов с различными патологическими зависимостями, добровольно обратившихся за анонимной медико-психологической помощью [1, 3, 5-7]. В данной публикации предлагаются результаты исследования личностных особенностей больных алкоголизмом по сравнению с нормативной группой, а также больными героиновой наркоманией и игроманией, детально описанными ранее [4]. Там же приведено содержание оценочных категорий проективной психологической методики Hand-теста, избранной в качестве метода исследования [2].

По итогам обследования больных алкоголизмом II стадии рассмотрены следующие категории: Agg (агрессия), Dir (директивность), Aff (аффектация), Com (коммуникация), Dep (зависимость), F (страх), Ex (экзгибиционизм), Cris (калечность), Des (описание), Ten (напряжение), Act (активные безличные ответы), Pas (пассивные безличные ответы), Vas (галлюцинации), Fail (отказ от ответа). Рассчитан показатель I (склонность к открытой агрессии) и общее количество ответов (психологическая активность). Результаты проведенных расчетов и сравниваемые данные приведены в таблице.

Первые пять категорий Hand-теста являются основными показателями и отражают ведущие потребности личности и их иерархию. Agg и Dir представляют агрессивные тенденции личности, отражающие готовность к агрессивному поведению, нежелание приспособливаться к социальному окружению, и, как мы видим, выражены достаточно сильно у больных алкоголизмом, причем, в большей степени директивность, что свидетельствует о стремлении руководить, манипулировать окружающими, активно влиять на их поведение в свою пользу. Как видно из таблицы, этот показатель (Dir) у больных алкоголизмом значительно превышает норму, и является самым высоким среди всех групп сравнения.

*Значения категорий Hand-теста в нормативной группе
и у больных патологическими зависимостями (%)*

Показатель	Нормативная группа	Героиновые наркоманы	Игроманы, III стадия	Алкоголики, II стадия
Agg (агрессия)	7	14,4	15,3	11,1
Dir (директивность)	9	10,1	11,8	14,3
Aff (аффектация)	10	8,4	8,6	9,0
Com (коммуникация)	9	10,8	13,3	13,9
Dep (зависимость)	7	9,4	5,6	5,6
F (страх)	3	2,4	0,4	1,3
Ex (экзгибиционизм)	5	4,4	9,5	4,5
Сгip (калечность)	4	2,4	5,2	5,8
Des (описание)	3	5,1	3,3	6,9
Теп (напряжение)	0	2,2	0,5	3,4
Act (активные безличные ответы)	34	22,6	22	15,5
Pass (пассивные безличные ответы)	9	5,6	4,7	4,5
Bas (галлюцинации)	0	0	0	0,3
Fail (отказ от ответа)	0	1,8	0,4	4,5
I (склонность к открытой агрессии)	-10	-4,1	-0,4	-3,1
Общее количество ответов (психологическая активность)	24,3	20,7	21,5	15,8

Категории Aff, Com и Dep теста отражают тенденции личности, связанные с социальной кооперацией, ее стремление к сотрудничеству, активной позиции в социуме, эмоциональности. Эти тенденции составляют значительный процент в структуре личности обследуемых лиц с патологическими зависимостями. Высокая коммуникативность, свойственная больным алкоголизмом, представлена в основном категорией Com, с очень небольшим процентом Aff, что отражает определенный формализм во взаимоотношениях, отсутствие эмоциональной вовлеченности. Значение категории Com у больных алкоголизмом существенно превышает норму и является наиболее высоким среди представленных в таблице групп, в то время как значение категории Aff снижено по сравнению с нормой, что свойственно для всех групп больных, страдающих патологическими зависимостями. Достаточно низкое значение и в категории Dep, что может быть связано с дефицитом чувства социальной ответственности.

Такой показатель, как склонность к открытому агрессивному поведению определяется из соотношения агрессивных и направленных на социальное сотрудничество тенденций в поведении обследуемых. Главной

детерминантой открытого агрессивного поведения является недоразвитие социальных установок, а не наличие агрессивных тенденций. У больных алкоголизмом, несмотря на достаточно выраженные агрессивные тенденции, склонность к открытому агрессивному поведению невысока, так как агрессия гасится наличием представленных более ярко тенденций, направленных на социальную кооперацию, потребностью в общении, принятии социальным окружением. В то же время стоит отметить, что показатель открытой агрессии все-таки значительно выше, чем у нормативной группы. Сравнение с другими, представленными в таблице группами, показывает, что он несколько выше, чем у героиновых наркоманов, но ниже, чем у игроманов.

Значение категории F теста у больных патологическими зависимостями ниже, чем в нормативной группе, что свидетельствует о сниженной тревожности, как нежелания задумываться о последствиях своих поступков, предвидеть результаты своих действий. Пониженное значение в этой категории характерно и для других групп зависимых.

Показатель Eх теста коррелирует с истероидными чертами личности. В группе больных с алкогольной зависимостью он приближается к норме, так же как и в группе героиновых наркоманов, но ниже, чем у игроманов, где данные этой категории теста значительно превышают норму.

Стоит отметить высокое значение категории Сгip теста у больных алкоголизмом, которое не только значительно выше нормы, но и превышает показатели в этой категории в других группах больных с зависимостями. Высокий процент ответов этой категории отражает склонность к ипохондрии, повышенное внимание к своему физическому состоянию.

Высокий процент ответов в категории Des теста, как это наблюдается у больных алкоголизмом, характерен для невротиков, кроме того, свидетельствует об эмоциональной амбивалентности.

Количество безличных ответов (Act и Pas) значительно ниже у больных алкоголизмом, чем в нормативной группе, и также является самым низким показателем среди представленных в таблице групп. Это свидетельствует о повышенной восприимчивости, гиперчувствительности, тревожности представителей данной группы.

Еще один показатель, отличающий группу больных алкоголизмом от других представленных в таблице групп зависимых, – психологическая активность. Значение в этой категории ниже, чем в других группах, и много ниже нормы. Этот показатель отражает низкий энергетический потенциал и слабую степень активированности личности обследуемых.

Таким образом, характерными особенностями личности больных алкоголизмом по данным Hand-теста являются: выраженная директивность и стремление к руководству, манипулирование окружающими; высокая коммуникативность с определенным формализмом во взаимоотношениях и дефицитом чувств социальной ответственности; выраженная

тенденция к агрессии, которая компенсируется стремлением к социальной кооперации, потребностью в общении и понимании окружающими лицами; склонность к ипохондрии и невротизации; повышенная восприимчивость, гиперчувствительность и тревожность.

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. *Курбатова Т.Н.* Проективная методика исследования личности «Hand-test» : руководство по использованию / Т.Н. Курбатова, О.И. Муляр. – СПб. : Иматон, 1996. – 56 с.

3. *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.

4. *Мизерене Р.* Личностные особенности больных с игровой зависимость, выявленные по методике «Hand-тест» / Р. Мизерене, Е.А. Мильчакова, Н.В. Советная // Вестн. психотерапии. – 2007. – № 20(25). – С. 41–47.

5. *Мильчакова В.А.* Психологический статус героиновых наркоманов в динамике годовой ремиссии при оказании кризисно-реабилитационной помощи методом стрессовой психотерапии : автореф. дис. ... канд. психол. наук. / Мильчакова В.А. – СПб., 2004. – 24 с.

6. *Мильчакова Е.А.* Психологические особенности наркоманов с различным стажем героиновой зависимости при оказании кризисно-реабилитационной помощи с использованием эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии : автореф. дис. ... канд. психол. наук. / Мильчакова Е.А. – СПб., 2003. – 23 с.

7. *Результаты* изучения особенностей героиновых наркоманов по методике «HAND-TEST» / Г.И. Григорьев, А.С. Гусев, О.С. Карева [и др.] // Вестн. психотерапии. – 2001. – № 8(13). – С. 79–91.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ИХ КОРРЕКЦИЯ

Государственный научно-исследовательский испытательный институт
военной медицины, Москва;
Военный институт физической культуры, Санкт-Петербург;
Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко

Под эмоцией понимается переживание человеком своего отношения к какому-либо объекту или событию; рефлекторная психовегетативная реакция, связанная с проявлением субъективного пристрастного отношения (в виде переживания) к ситуации и ее исходу, и способствующая организации целесообразного поведения в этой ситуации [4].

Биологическая сущность эмоций заключается в их целесообразности. П.К. Анохин указывал, что эмоциональное реагирование способствует приспособительной деятельности живых организмов, устанавливая, по выражению К.К. Платонова, психическую связь с окружающим миром и самим собой. Целесообразность эмоций П.В. Симонов связывает с возможностью реализации жизненных потребностей.

Эмоции характеризуются: 1) знаком (положительным или отрицательным); 2) модальностью (качеством); 3) продолжительностью; 4) интенсивностью (силой); 5) подвижностью (быстротой смены эмоциональных состояний); 6) реактивностью (скоростью возникновения, выраженностью и адекватностью эмоционального отклика на внешние и внутренние стимулы); 7) степенью осознанности эмоций; 8) степенью произвольного контроля эмоций и т. д. [12].

Эмоциональное состояние – характеристика ответов (реакций, поведения) на психогенные факторы внешней и внутренней среды. При определении эмоционального состояния подчеркивается его большая длительность и устойчивость по сравнению с эмоциональными процессами.

Сила и время воздействия на человека различных факторов внешней и внутренней среды определяют оптимальные, параэкстремальные, экстремальные, паратерминальные и терминальные условия жизнедеятельности человека. При достаточно широкой распространенности в психологии и медицине понятий «экстремальные условия» и «оптимальные условия» до настоящего времени не определены достаточно четко.

Рассматривая эти определения с позиций адаптации живых организмом можно полагать, что оптимальными являются те условия жизнедеятельности, которые не требуют каких-либо чрезмерных напряжений и определяют быстрое восстановление функциональных резервов организ-

ма после внешних или внутренних воздействий. При оптимальных нагрузках функции организма регулируются экономично с ощущением чувства комфорта.

При параэкстремальных (околоэкстремальных) условиях отмечается приспособительная мобилизация функциональных резервов. Н.И. Наенко называет их оперативной напряженностью, В.Л. Марищук – оперативным напряжением, так как в соответствии со взглядами К.К. Платонова, напряженность (в отличие от напряжения) – это всегда негативное состояние [6, 8].

Если же воздействия со стороны внешней среды или возмущение функций во внутренней среде оказываются чрезмерно высокими, организм переходит на предельный уровень регуляции и тогда можно говорить об экстремальных условиях жизнедеятельности, об экстремальных факторах воздействия, о развитии экстремальной ситуации, о стрессе.

Экстремальные условия (лат. экстремум – крайние точки, критические состояния) – это крайне жесткие максимальные или минимальные условия, которые ведут к появлению функциональных состояний, определяемых как динамическое рассогласование, и обуславливают необходимость перестройки систем гомеостатического регулирования за счет максимальной мобилизации резервов организма. Степень напряжения адаптационного процесса (признаки частичной или полной дезадаптации) являются мерой экстремальности. Данный подход сопоставляет специфику раздражителя с физиологическими возможностями организма [15].

Экстремальность различных воздействий на человека определяется не только их силой, продолжительностью, но и также новизной, неожиданностью, непривычностью проявления. Иначе говоря, это факторы, к которым человек еще не адаптирован, и не готов действовать в их условиях. Экстремальные факторы в самом общем виде можно разделить на:

- 1) абиотические (географические, климатические, космические) и биотические (факторы флоры, фауны, антропогенные воздействия);
- 2) гомотропные (свойственные условиям Земли) и агомотропные (искусственно созданные человеком, например, продукты химического или физического производства);
- 3) эколого-профессиональные: физические, химические, биологические, информационные, семантические.

Если новизна является доминирующей характеристикой фактора, то он независимо от природы может быть отнесен в разряд информационно-семантических. К информационно-семантическим факторам близки социально-психологические (уровень и качество жизни, взаимоотношения в семье, в трудовом коллективе и т. д.) На рис. 1 представлена обобщенная классификация экстремальных факторов.



Рис. 1. Классификация экстремальных факторов
(адаптировано по Новикову В.С., Горанчуку В.В., 1997).

В течение профессиональной деятельности у специалистов, работающих в экстремальных условиях деятельности, могут возникать негативные эмоциональные состояния, среди которых наиболее значимыми являются эмоциональная напряженность, постравматическое стрессовое расстройство и эмоциональное выгорание. Международная классификация болезней и расстройств поведения 10-го пересмотра (МКБ-10) указанные расстройства соотносит с подразделами F-43 «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации» и Z-73 «Проблемы, связанные с трудностями управления своей жизнью» [7].

Процесс формирования негативных эмоциональных состояний можно представить в виде компонентной составляющей общего адаптационного синдрома (стресса по Г. Селье) [11]. На фоне воздействий экстремальных условий среды у специалистов формируется «эмоциональное напряжение» и «эмоциональная напряженность» (рис. 2). В этом периоде эмоциональный фон в структуре функциональных резервов значителен.

При дальнейших хронических воздействиях экстремальной среды формируется резистентность (сопротивляемость) к ним и происходит перераспределение функциональных резервов: «по уровню и ширине» [14]; минимум на второстепенное – «минимизация» [6]. В целях сохранения гомеостаза внутренней среды происходит расширение сферы экономии эмоций в функциональном состоянии для наиболее оптимального выполнения деятельности.



Рис. 2. Формирование эмоционального напряжения и эмоционального истощения в экстремальных условиях деятельности.

Экстремальное воздействие среды вызывает срыв гомеостаза, истощение (перенапряжение) функциональных резервов и эмоций. Эмоциональный фон в это время понижен (истощен) и состоит в основном из отрицательных эмоций. Возникает эмоционально-волевой антигуманный настрой (черствость, цинизм), возможно развитие психогенно обусловленных расстройств (см. рис. 2).

Чаще всего негативные эмоциональные состояния у специалистов экстремальных профессий протекают в виде *эмоциональной напряженности* (таксон F-43.25 МКБ-10) как ответная реакция на воздействие стрессоров средней и сильной интенсивности. Эмоциональная напряженность в экстремальных условиях может развиваться у 30–35 % даже у вполне подготовленных лиц.

Оценка экстремальных воздействий в сознании и определение индивидуального к ним отношения, могут вызвать эмоциональное возбуждение или эмоциональную напряженность. Под эмоциональной напряженностью (таксон F-43.25 МКБ-10) понимается состояние, характеризующееся временным понижением устойчивости психических и психомоторных процессов, падением работоспособности.

Восприятие ситуации в экстремальных условиях деятельности характеризуется у человека обычно чувством дискомфорта, сильного напряжения, перерастающего затем в перенапряжение и напряженность. Но при решении поставленных задач и достижении успеха путем выраженной мобилизации функциональных резервов, эмоции, сопровождающие

экстремальные условия труда, могут приобретать также ярко позитивную окраску, с выражением чувства радости и удовлетворения.

В отличие от эмоционального напряжения, являющегося адекватной ответной реакцией и способствующего выполнению поставленных задач, эмоциональная напряженность характеризуется комплексом негативных эмоционально-сенсорных, эмоционально-моторных и эмоционально-когнитивных проявлений, ухудшающих профессиональную деятельность (рис. 3) [5].



Рис. 3. Проявления эмоциональной напряженности по Марищуку В.Л. (1969).

По превалированию негативных проявлений различают три формы напряженности:

1) импульсивная (возбудимая) форма, связанная с чрезмерным возбуждением и понижением активности тормозного процесса, временным ухудшением дифференцировок. При этом преобладают ошибочные поспешные действия, проявляется суетливость;

2) тормозная («торпидная») форма обуславливается общей заторможенностью на основе развития охранительного торможения (из-за значительного понижения ресурсов нервной системы);

3) генерализованная («гипобулическая») форма, характеризуемая непредсказуемыми, паническими действиями, стремлением не бороться с опасностью, а избежать ее любым путем. При этом вероятны не логичные

решения, беспорядочное поведение, в том числе вероятны реверсивные действия («действия наоборот»), поступки вопреки здравому смыслу.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) (таксон 43.1 МКБ-10) – отставленная (от нескольких недель до 1–6 мес.) реакция на стрессовое событие или ситуацию, исключительно угрожающую или катастрофического характера, которое может вызывать стрессовое состояние почти у любого человека (чрезвычайная ситуация, серьезные несчастные случаи, наблюдения за насильственной смертью других лиц и т. д.) ведущее значение придается острому психоэмоциональному стрессу или серьезным травмам. В экономически развитых странах острые стрессовые расстройства, протекающие по типу ПТСР могут встречаться у 3 % населения, а у представителей опасных профессий – до 16 %.

Типичные признаки ПТСР состоят из эпизодов повторного переживания травмы в виде навязчивых воспоминаний (реминисценций), снов или кошмаров, возникающих на фоне хронического чувства «оцепенелости», эмоциональной притупленности, отчуждения от социального мира, уклонения от деятельности или ситуаций, напоминающих о психической (физической травме). Н.В. Тарабрина и соавт. [13] считают, что эта разновидность стрессовых расстройств включает в себя две взаимосвязанные подгруппы нарушений:

- симптомы вторжения в сознание образов, воспоминаний и эмоций, связанных с содержанием психотравмирующих обстоятельств, вызывающих сильный психологический дистресс у индивида;

- симптомы «избегания», проявляющиеся в стремлении и попытках настойчиво избегать мыслей, чувств, разговоров, лиц, мест и деятельности, вызывающих воспоминания о травме.

Кроме указанных общих признаков в структуру ПТСР может входить подгруппа «диссоциативных» симптомов, наблюдавшихся либо в период травмы, либо впоследствии: «притупление» эмоционального реагирования; сужение сознания об окружающем мире, дереализация (чувство нереальности окружающих вещей и явлений); деперсонализация (нарушение восприятия человеком себя); диссоциативная амнезия.

Эмоциональное выгорание (таксон Z-73.0 (burnout) МКБ-10) – выработанный личностью механизм психологической защиты в форме частичного исключения эмоций (понижения их энергетики) в ответ на хронические психотравмирующие воздействия средней или слабой интенсивности [1].

Считается, что эмоциональное выгорание представляет эмоциональный аспект психического истощения. Структурно-функциональный аспект анализа проблемы предполагает рассматривать психическое истощение в совокупности всех его уровней: эмоциональных, когнитивных, мотивационных, поведенческих и соматических проявлений. В.Е. Орел (2005) выделяет три основных фактора психического истощения: 1) пси-

хоэмоциональное выгорание; 2) цинизм, который в профессиях «субъект – субъектной» сферы обозначается как деперсонализация; 3) самооценка профессиональной эффективности.

Многочисленность исследований проблемы психического истощения, объясняется несколькими причинами [2]:

1) психическое истощение представляет собой вариант многофакторного производственного (рабочего) стресса, что позволяет изучать его как системную реакцию в целом;

2) последствия психического (профессионального) истощения оказывают существенное влияние на личную, внеслужебную жизнь «выгоревших лиц»;

3) последствия психического истощения неудовлетворительно сказываются на экономическом благополучии организации и ведут к потере кадровых ресурсов.

Обобщая результаты эмпирических исследований разных авторов можно выделить три группы факторов риска возникновения психического истощения: личностные, ситуативные и профессиональные [2, 3, 10, 17], знание которых может помочь проведению психопрофилактической работы (табл. 1).

Таблица 1

Факторы, влияющие на возникновение психического истощения [10]

Индивидуальные факторы	Организационные факторы
<i>Социально-демографические</i>	<i>Условия работы</i>
Возраст	Рабочие перегрузки
Пол	Дефицит времени
Уровень образования	Продолжительность рабочего дня
Семейное положение	
Стаж работы	
<i>Личностные особенности</i>	<i>Содержание труда</i>
Выносливость	Число клиентов
Локус контроля	Острота их проблем
Стиль сопротивления	Глубина контакта с клиентом
Самооценка	Участие в принятии решений
Тип поведения А	Самостоятельность в своей работе
Нейротизм (тревожность)	Обратная связь
Экстраверсия	
<i>Профессиональная мотивация</i>	<i>Социально-психологические</i>
Ценностные ориентации	Ролевой конфликт
Уровень притязаний	и ролевая амбивалентность
<i>Когнитивные процессы</i>	Социальная поддержка
Способности и интеллект	Обратная связь

Чаще всего синдром эмоционального выгорания развивается у представителей профессий «субъект – субъектных отношений» (табл. 2). Например, обобщенные данные показывают, что эмоциональное выгорание может наблюдаться у 20–40 % представителей указанных профессий.

Таблица 2

*Средние значения основных характеристик психического истощения
у представителей некоторых профессиональных групп
(по Maslach C., Jackson S., Leiter M., 1996)*

Профессиональная группа	Компонент психического истощения (%)		
	Эмоциональное выгорание	Деперсонализация	Редукция профессиональных достижений
Учителя школ	21,3	11,0	33,5
Преподаватели вузов	18,6	5,6	39,2
Социальные работники	21,4	7,5	32,8
Медицинские работники (врачи и медсестры)	22,2	7,1	36,5
Работники службы психического здоровья (психологи, психиатры, психотерапевты, санитары и др.)	16,9	5,7	30,9
Другие профессии (юрисконсульты, адвокаты, офицеры полиции)	21,4	8,1	36,4

Эмоциональное выгорание рассматривается как процесс, который начинается с напряжения, являющегося результатом противоречий между ожиданиями, идеалами и желаниями личности и требованиями повседневной жизни. Эмоции при синдроме эмоционального выгорания могут проявляться по типу агрессии и защитных установок (обвинение других, игнорирование своего участия в неудачах, отсутствие толерантности и способности к компромиссу, подозрительность, конфликты с окружением) и астенических состояний (постоянное чувство вины, снижение самооценки депрессии, безосновательные страхи, лабильность настроений, апатия, депрессия (см. рис. 2). Значительной деформации подвергается эмоционально-социальная сфера: появляются безразличие, одиночество, разочарование в жизни, возникают избегание неформальных контактов, тем, связанных с работой, отказ от хобби, скука и др.).

Подробное изучение факторов риска возникновения и процесса развития психического истощения позволяют разработать мероприятия по профилактике негативных эмоциональных состояний и управлению процессом эмоционального стресса. Например, Н.Е. Водопьянова и Е.С. Старченкова важное место в структуре мероприятий по предупреждению психического истощения отводят показателям качества жизни, удовле-

творенности жизнью и социальным окружением (рис. 4). Комплекс факторов, снижающих вероятность возникновения психического истощения и других негативных эмоциональных состояний в экстремальных ситуациях сведены в табл. 3 [2].



Рис. 4. Профилактика негативных эмоциональных состояний в профессиональной деятельности.

Таблица 3
Факторы, снижающие риск развития негативных эмоциональных состояний

Направленность	Фактор профилактики
Базисные личностные свойства	Общительность и социальная смелость (факторы <i>A</i> и <i>H</i> по Кэттеллу), высокая экспрессивность (фактор <i>F</i>), практичность (фактор <i>M</i>), средние значения конформизма и подозрительности (факторы <i>Q₂</i> и <i>L</i>), эмоциональная устойчивость (фактор <i>C</i>) адекватная самооценка (фактор <i>MD</i>), оптимизм, склонность к гипертимности как акцентуации характера, высокая мотивация саморазвития и профессионального роста. Тип поведенческой активности «Б»
Модели преодолевающего поведения в трудных или критических ситуациях	Просоциальные модели поведения (расширение социальных контактов, поиск социальной и профессиональной поддержки). Проблемно-ориентированные модели поведения – уверенные и активные действия, направленные на изменение ситуации и разрешение проблемы. Эмоционально сфокусированный копинг-дистанцирование, позитивная переоценка, рационализация, самоконтроль и самообладание. Владение широким репертуаром копинг-стратегий и гибкость их применения в соответствии с ситуацией
Стиль поведения в конфликтах	Ориентация на конструктивные способы разрешения конфликтов (компромисс, сотрудничество)

Направленность	Фактор профилактики
Коммуникативные умения	Креативность подхода к решению профессиональных задач, высокий уровень коммуникативных умений, умение формировать команду и воспитывать лидеров, умение влиять на других и понимание особенностей управленческого труда, высокий уровень управленческих умений

Таким образом, можно заключить, что у специалистов в экстремальных условиях деятельности могут формироваться негативные эмоциональные состояния, процесс развития которых можно представить в виде эмоциональной составляющей общего адаптационного синдрома. На начальных этапах стрессовой реакции возникают эмоциональное напряжение, эмоциональная напряженность. Через несколько недель после острого стресса развивается отставленная реакция на стрессовое событие или ситуацию – посттравматическое стрессовое расстройство, при хроническом развитии стресса слабой или умеренной интенсивности – эмоциональное выгорание.

В качестве коррекции развития негативных эмоциональных состояний у специалистов должны быть использованы мероприятия по повышению уровня и качества жизни, оптимизация профессиональной деятельности, программы личностного и профессионального роста, методы психопрофилактики и психокоррекции.

Литература

1. *Бойко В.В.* Энергия эмоций / В.В. Бойко. – СПб. [и др.] : Питер, 2004. – 474 с.
2. *Водопьянова Н.Е.* Синдром выгорания : диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – СПб. [и др.] : Питер, 2005. – 336 с.
3. *Евдокимов В.И.* Факторы риска формирования синдрома эмоционального выгорания у сотрудников Государственной противопожарной службы МЧС России / В.И. Евдокимов, Т.И. Шевченко // Вестн. психотерапии. – 2006. – № 19(24). – С. 74–84.
4. *Ильин Е.П.* Эмоции и чувства / Е.П. Ильин. – СПб. [и др.] : Питер, 2001. – 749 с.
5. *Марищук В.Л.* Напряженность в полете / В.Л. Марищук, К.К. Платонов, Е.А. Плетницкий. – М. : Воениздат, 1969. – 120 с.
6. *Марищук В.Л.* Поведения и саморегуляция человека в условиях стресса / В.Л. Марищук, В.И. Евдокимов. – СПб. : Сентябрь, 2001. – 260 с.
7. *Международная классификация болезней (10-й пересмотр).* Классификация психических и поведенческих расстройств / под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Л. Циркина ; ВОЗ. – СПб. : Оверлайн, 1994. – 300 с.

8. *Наенко Н.И.* Психология напряженности / Н.И. Наенко. – М. : МГУ, 1976. – 120 с.
9. *Новиков В.С.* Физиология экстремальных состояний / В.С. Новиков, В.В. Горанчук // Физиология летного труда / под ред. В.С. Новикова. – СПб. : Наука, 1997. – Гл. 12. – С. 220–237.
10. *Орел В.Е.* Синдром психического выгорания личности / В.Е. Орел ; Рос. акад. наук, Ин-т психологии. – М., 2005. – 329 с.
11. *Селье Г.* Очерки об адаптационном синдроме / Г. Селье. – М. : Медицина, 1960. – 254 с.
12. *Соловьева Л.С.* Психология экстремальных состояний / С.Л. Соловьева. – СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2003. – 127 с.
13. *Тарабрина Н.В.* Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы / Н.В. Тарабрина, Е.О. Лазебная // Психол. журн. – 1992. – Т. 13, № 2. – С. 14–29.
14. *Ушаков И.Б.* Функциональная надежность и функциональные резервы летчика / И.Б. Ушаков, П.М. Шалимов // Вестн. РАМН. – 1996. – № 7. – С. 26–31.
15. *Экология человека и профилактическая медицина : мегатезаурус – большой словарь-справочник* / И.Б. Ушаков [и др.]. – М. ; Воронеж : Воронеж, 2001. – 488 с.
16. *Юрьева Л.Н.* Профессиональное выгорание у медицинских работников формирование, профилактика, коррекция / Л.Н. Юрьева. – Киев : Сфера, 2004. – 271 с.
17. *Masiach C.* Maslach Burnout Inventory Manual / С. Masiach, S.E. Jackson, M.P. Leiter. – Palo Alto, California : Consulting Psychological Press [Inc.], 1996. – 52 p.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УСПЕШНОСТИ АДАПТАЦИИ СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ К УСЛОВИЯМ СЛУЖЕБНО- БОЕВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ *

Управление внутренних дел по Архангельской обл.;
Северный государственный медицинский университет, Архангельск;
Поморский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Архангельск

Введение

В последние годы сотрудники органов внутренних дел (ОВД) принимают активное участие в восстановлении конституционного строя и охране правопорядка на территории Чеченской Республики. Процесс адаптации сотрудников ОВД, прибывших из других регионов РФ на территорию Чеченской Республики к новым социально-психологическим, климатогеографическим и этническим условиям, с которыми сотрудники сталкиваются при выполнении оперативно-служебных задач, представляет значительные трудности [14].

Выполнение служебно-боевых задач у значительного числа сотрудников ОВД вызывает развитие состояний психической дезадаптации, приводит к социально-психологическим нарушениям жизнедеятельности, неблагоприятным личностным изменениям, которые в дальнейшем отрицательно сказываются на состоянии их здоровья, взаимоотношениях на службе и в быту [5, 13].

После командировки у участников боевых действий часто развиваются стрессовые расстройства, а также отмечаются пессимизм, недоверие к людям, потеря смысла жизни, конфликтность, агрессивность, алкоголизм, деструктивные формы поведения [2, 11, 12].

Поддержание оптимального уровня адаптации и социально-психологического статуса сотрудников ОВД, выполняющих оперативно-служебные и служебно-боевые задачи, а также восстановление и повышение их работоспособности является основной целью оказания психологической помощи на территории Северо-Кавказского региона [6].

В силу вышеизложенного, имеется необходимость углубления научных знаний о психологической адаптации сотрудников ОВД, а также разработки способов прогнозирования успешности адаптации сотрудников, прибывших из других регионов, к деятельности в Чеченской Республике.

* Работа выполнена при финансовой поддержке гранта РГНФ и Администрации Архангельской области по проекту № 07-06-48616 а/С.

Целью исследования явилось выявление особенностей психологической адаптации сотрудников ОВД и разработка способов определения успешности их адаптации к условиям служебно-боевой деятельности в Чеченской Республике.

Материал и методы исследования

Объектами исследования явились 64 сотрудника ОВД Чеченской Республики; из них 32 – проходили службу «по контракту» сроком на 1 год, и прибывшие из других регионов России, русской национальности (1-я группа) и 32 – «на постоянной основе», лиц чеченской национальности (2-я группа). Средний возраст обследованных составил в 1-й группе – $(32,6 \pm 1,3)$ и 2-й группе – $(30,9 \pm 1,1)$ лет.

Использовались клинико-anamnestический и экспериментально-психологический методы исследования (многоуровневый личностный опросник «Адаптивность», таблицы Шульте, опросник «Мини-мульти», «Опросник травматического стресса» И.О. Котенева, личностный опросник Кэттелла (16 PF), индивидуально-типологической опросник), а также метод анкетирования.

С помощью многоуровневого личностного опросника (МЛО) «Адаптивность» [5] изучались адаптационные возможности сотрудников на основе оценки психофизиологических и социально-психологических характеристик личности, отражающих интегральные особенности психического и социального развития. В правоохранительных органах МЛО применяется для решения задач профессионального психологического отбора и медико-психологического сопровождения сотрудников. Данный тест используется в повседневной деятельности психологов подразделений и работников отделов кадров с целью объективизации наблюдений о психологическом состоянии личного состава. Основой теста является представление об адаптации как о процессе активного приспособления индивида к условиям социальной среды, затрагивающего все уровни функционирования человека.

Для многопланового исследования личности нами был использован опросник «Мини-мульти», являющийся сокращенным вариантом Миннесотского многофакторного личностного опросника (ММРП), адаптированный Ф.Б. Березиным и М.П. Мирошниковым [10]. С помощью теста описывался многосторонний портрет человека, включающий помимо количественных и качественных характеристик, устойчивых профессионально важных свойств, большой спектр таких структурных компонентов личности, как мотивационная направленность, тип реагирования на стресс, защитные механизмы, фон настроения, степень адаптированности индивида, возможный тип дезадаптации и т. д. Опросник использовался также для оценки актуального психического состояния обследуемого. Опросник «Мини-мульти» содержит 71 вопрос, 11 шкал, из них 3 шкалы – оценочные.

С целью исследования устойчивости и переключения внимания была использована таблицы Шульте [1]. Обработка данных, полученных в ходе исследования сотрудников с помощью таблиц Шульте, включала определение следующих параметров внимания: психологической эффективности внимания, вработываемости, устойчивости.

Индивидуально-типологический опросник (ИТО) [10] использовался для определения ведущих индивидуально-типологических свойств и стиля межличностного поведения. Он применялся в виде опросника, состоящего из 90 утверждений. При интерпретации индивидуально-личностные особенности оценивались: в пределах нормы (3–4 балла); в рамках акцентуированной личности (5–7 баллов); в разных вариантах состояния дезадаптации (8–9 баллов). Исследовались шкалы: тревожности, лабильности, экстраверсии, спонтанности, агрессивности, ригидности, интроверсии, сензитивности.

Для оценки выраженности симптомов постстрессовых нарушений у сотрудников ОВД на основе критериев, содержащихся в DSM-IV применялся «Опросник травматического стресса» И.О. Котенёва [4]. Опросник состоит из 110 утверждений. Испытуемому предлагалось с помощью 5-балльной шкалы Лайкерта (от «абсолютно верно» до «абсолютно неверно») оценить каждое из утверждений в зависимости от его соответствия собственному состоянию. 56 пунктов являлись «ключевыми» для оценки выраженности симптомов постстрессовых нарушений, 15 пунктов входили в дополнительную «шкалу депрессии», 9 пунктов составляли три оценочных шкалы – «лжи», «аггравации» и «диссимуляции», позволяющие контролировать степень искренности испытуемого, его склонность подчёркивать тяжесть своего состояния или отрицать наличие психологических проблем.

Также, с целью всестороннего исследования личности был использован 16-факторный личностный опросник Р. Кэттелла (16 ФЛО, форма «А») [8], позволяющий подробно описать личностную структуру, вскрыть взаимосвязь отдельных свойств личности, выявить внутриличностные проблемы, найти компенсаторные механизмы для поддержания психического здоровья. Опросник представляет собой систему из 16 шкал, измеряющих различные полярные свойства личности.

Исследование проводилось в 2005–2006 гг. в Чеченской Республике. Для обработки результатов применялся пакет прикладных статистических программ STATISTIKA (версия 6.0) и стандартные расчетные методы [9]. Использовались корреляционный, кластерный и множественный регрессионный анализы.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ результатов МЛО «Адаптивность» выявил статистически значимые различия в обследованных группах (рисунок). В 1-й группе по

шкале «поведенческая регуляция» наблюдались низкие значения, говорящие о недостаточном развитии или устойчивости процесса регуляции поведения, а также вероятной склонности к нервно-психическим срывам и/или отсутствию адекватной самооценки.

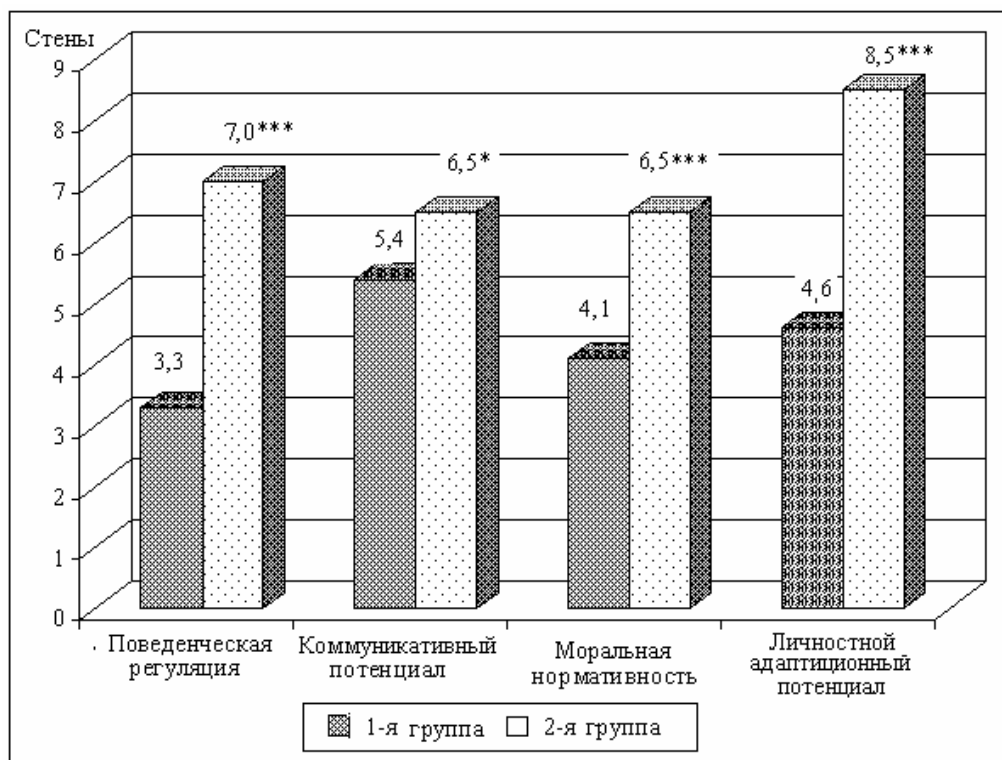


Рис. Особенности психической адаптации сотрудников ОВД по МЛО «Адаптивность» ($M \pm m$; стены).

Различия между группами достоверны: * – $p < 0,05$; *** – $p < 0,001$.

Как показало наблюдение, эксцессы чаще происходили при межличностном взаимодействии между сотрудниками-контрактниками. Показатель по шкале «коммуникативный потенциал» может свидетельствовать об умении строить отношения с окружающими людьми, но не выраженных на момент обследования в силу стрессовых состояний, усталости, монотонии в общении в одном и том же коллективе. Цифры по шкале «моральная нормативность» скорее говорят о несогласии с социальной ролью, поведением, которое навязывалось сотруднику, прибывшему выполнять служебные обязанности на контрактной основе. Нельзя утверждать, что респонденты 1-й группы не стремились соблюдать общепринятые нормы поведения, скорее всего, уровень социализации оказывался низким в виду языковых, культурных, а иногда и этнических отличий.

Полученные результаты позволили отнести респондентов 1-й группы ко II группе профессиональной пригодности (удовлетворительная боеготовность). Сотрудники, отнесённые к данной группе, как правило, об-

ладали признаками различных акцентуаций, которые в привычных условиях частично компенсированы и могли проявляться при смене деятельности, поэтому успех адаптации во многом зависел от внешних условий среды. Эти лица, скорее всего, имели невысокую эмоциональную устойчивость. Процесс социализации у них был осложнён, с возможными асоциальными срывами, проявлениями агрессивности и конфликтности. Результат обследования МЛЮ «Адаптивность» позволяет сделать предположение о недостаточно высоком уровне отбора, организованного на местах, для дальнейшего выполнения служебных обязанностей на контрактной основе в Северо-Кавказском регионе.

По шкале «поведенческая регуляция» респондентами 2-й группы были получены высокие результаты, говорящие о хорошем уровне нервно-психической устойчивости и поведенческой регуляции, адекватной самооценке и восприятии действительности. Результат по шкале «коммуникативные навыки» у сотрудников 2-й группы скорее свидетельствует не о высоком уровне развития коммуникативных навыков, а о культурных отличиях в поведении. Высокие показатели по фактору «моральная нормативность» указывают на ориентацию респондентов на соблюдение общепринятых норм поведения.

Полученные результаты позволили нам отнести обследуемых 2-й группы к I группе профессиональной пригодности. Они адекватно ориентировались в ситуации, легко адаптировались к новым условиям деятельности, обладали высокой эмоциональной устойчивостью. Наверное, можно говорить о своеобразном психологическом иммунитете, выработанном у местного населения за 10 лет войны.

В ходе корреляционного анализа была выявлена связь показателей адаптационных способностей сотрудников-контрактников с возрастом, то есть с возрастом у них увеличивались значения поведенческой регуляции ($r = 0,34$; $p \leq 0,05$), коммуникативного потенциала ($r = 0,41$; $p \leq 0,02$), моральной нормативности ($r = 0,36$; $p \leq 0,04$) и личностного потенциала социально-психологической адаптации ($r = 0,34$; $p \leq 0,05$), что говорило об увеличении с возрастом адаптивных возможностей.

Кластерный анализ результатов МЛЮ «Адаптивность» у сотрудников 1-й группы позволил выделить три кластера: 1-й кластер (15,63 %), характеризуется высокими значениями по шкалам поведенческой регуляции, коммуникативного потенциала, моральной нормативности и личностного потенциала социально-психологической адаптации ($9,67 \pm 0,23$) баллов; 2-й кластер (18,75 %) – средними значениями по всем шкалам адаптивности; 3-й кластер (65,62 %) – низкими значениями по всем шкалам. Таким образом, можно сказать, что среди сотрудников, работающих по контракту, большинство имели неудовлетворительный уровень адаптации.

Обследуемые 2-й группы имели несколько иные показатели. Среди полученных результатов можно было выделить два равных кластера: 1-й

кластер (50,0 %) – в него вошли сотрудники, обладающие хорошей адаптацией; 2-й кластер (50,0 %) – с низкой адаптацией, то есть около половины сотрудников 2-й группы имели нарушения адаптации.

Таким образом, среди сотрудников, прибывших из других регионов страны в Чеченскую Республику, около 2/3 имели признаки дезадаптации, у местных сотрудников такие признаки обнаруживаются у половины обследованных лиц. Явления дезадаптации у респондентов 1-й группы могут быть связаны с новыми климатическими, социо-культуральными, бытовыми условиями, а также с длительной оторванностью от семьи.

Поиск взаимосвязей показателя успешности адаптации и факторов, способствующих ей, проводился с помощью корреляционного и регрессионного анализа с построением регрессионного уравнения вида:

$$Y = a + b_1X_1 + b_2X_2 + \dots + b_nX_n, \quad (1)$$

где: Y – показатель успешности адаптации (усл. ед.)
 X_1, X_2, \dots, X_n – психологические характеристики;
 Y – зависимый признак (показатель успешности адаптации);
 b_1, b_2, \dots, b_n – коэффициенты регрессии [3, 7].

Для оценки зависимого признака, то есть показателя успешности адаптации (ПУА) сотрудников ОВД к служебно-боевой деятельности в Чеченской Республике, нами использовались данные наблюдения за поведением в служебной деятельности, опроса, анкетирования для выявления соматических жалоб, тестирования (МЛЮ «Адаптивность», индивидуально-типологический опросник, таблицы Шульте), на основании чего из всех сотрудников нами были выделены в 1-й группе 21,9 % сотрудников и во 2-й – 37,2 %, показатели которых находились в границах нормы и свидетельствовали об оптимальном уровне адаптации.

1. Модель определения показателя успешности адаптации по клинико-личностному профилю сотрудников ОВД, прибывших из других регионов, к служебно-боевой деятельности в Чеченской Республике. В ходе выполнения множественного регрессионного анализа нами было построено регрессионное уравнение, позволяющее прогнозировать величину успешности адаптации по измеряемым психологическим показателям теста «Мини-мульти». Для этого из психологических показателей были отобраны независимые признаки, имеющие значимую корреляционную связь с показателем успешности адаптации и не имеющих таких связей друг с другом. В эти показатели вошли шкалы: депрессии (Dp), истерии (Hy), психопатии (Pp), паранояльности (Pn), психастении (Pa), шизоидности (Sch) и гипомании (Hm).

В результате проведенного регрессионного анализа получено следующее уравнение зависимости ПУА от психологических показателей:

$$\text{ПУА (усл. ед.)} = 5,85 - 0,072Dp + 0,022Hy - 0,031Pp + \\ + 0,014Pn + 0,029Pa - 0,088Sch - 0,010Hm, \quad (2)$$

где: ПУА – показателя успешности адаптации,
Dp, Hy, Pp, Pn, Pa, Sch, Hm – показатели шкал теста «Мини-мульти».

Если ПУА составляет более 1,06 усл. ед., то он оценивается как хороший уровень адаптации, если меньше – как низкий уровень.

Ограничение модели: сотрудники ОВД, имеющие при тестировании по тесту Мини-мульти значения, находящиеся в интервале: Dp от 29 до 54 Т-баллов; Hy – от 29 до 55; Pp – от 27 до 47; Pn – от 14 до 50; Pa – от 42 до 68; Sch – от 42 до 62; Hm – от 19 до 56 Т-баллов.

Все коэффициенты уравнения значимы на уровне 95 % ($p < 0,05$), коэффициент множественной корреляции $R = 0,957$. Уравнение объясняет 91,6 % ($RI = 0,916$) вариаций зависимости, то есть большую часть выборки, что является достаточным для достоверности модели.

Таким образом, по данной модели можно определить величину ПУА по клинико-психологическим показателям, полученным в ходе тестирования. Описанная регрессионная модель показывает взаимосвязь данных психологических показателей и позволяет судить о величине адаптированности, используя тест «Мини-мульти».

2. Модель определения показателя успешности адаптации по психологическим характеристикам сотрудников ОВД, прибывших из других регионов, к служебно-боевой деятельности в Чеченской Республике. Нами было построено регрессионное уравнение, позволяющее прогнозировать величину ПУА по психологическим показателям 16-факторного личностного опросника Кэттелла. В эти показатели вошли: фактор L (подозрительность – доверчивость), фактор I (мягкосердечность – суровость), фактор O (гипотимия – гипертимия).

$$\text{ПУА (усл. ед.)} = 0,049 - 0,099L + 0,161I - 0,078O, \quad (3)$$

где: ПУА – показателя успешности адаптации,
L, I, O – показатели шкал 16 ФЛЮ.

Если ПУА составляет более 0,53 усл. ед., то он оценивается как хороший уровень адаптации, если меньше – как низкий уровень.

Ограничение модели: сотрудники ОВД, имеющие при тестировании по тесту Кэттелла значения, находящиеся в интервале: фактор L – от 1 до 6 баллов; фактор I – от 3 до 7; фактор O – от 1 до 5 баллов.

Все коэффициенты уравнения значимы на уровне 5 % ($p < 0,05$). Уравнение объясняет 72,2 % ($RI = 0,722$) вариаций зависимости, то есть большую часть выборки, что является достаточным для достоверности модели.

3. Модель определения показателя успешности адаптации по факторам травматического стресса у сотрудников ОВД, прибывших из других регионов, к служебно-боевой деятельности в Чеченской Республике. Нами также была построена модель, позволяющая прогнозировать величину ПУА у сотрудников 1-й группы по факторам опросника Котенева. В эти факторы вошли: фактор Ag (аггравация), фактор D (симптомы «гиперактивации», шкала посттравматических расстройств), фактор d (симптомы «избегания»), фактор e (симптомы «гиперактивации», шкала острых стрессовых расстройств).

$$\text{ПУА (усл. ед.)} = 0,679 + 0,025\text{Ag} - 0,025\text{D} + 0,045\text{d} - 0,145\text{e}, \quad (4)$$

где: ПУА – показателя успешности адаптации,
Ag, D, d, e – показатели шкал опросника Котенева.

Если ПУА составляет более 0,61 усл. ед., то он оценивается как хороший уровень адаптации, если меньше – как низкий уровень.

Ограничение модели: сотрудники ОВД, имеющие при тестировании по опроснику Котенева значения, находящиеся в интервале: фактор Ag – от 38 до 69 баллов; фактор D – от 33 до 69; фактор d – от 29 до 78; фактор e – от 18 до 29 баллов.

Все коэффициенты уравнения значимы на уровне 95 % ($p < 0,05$). Уравнение объясняет 83,4 % ($RI = 0,834$) вариаций зависимости, то есть большую часть выборки.

4. Модель определения показателя успешности адаптации по психологическим характеристикам сотрудников ОВД Чеченской Республики, работающих на постоянной основе, к служебно-боевой деятельности. У сотрудников 2-й группы модель определения ПУА по психологическим показателям 16-факторного личностного опросника Кэттелла: фактор Н (смелость – робость), F₂ (тревожность – приспособленность).

$$\text{ПУА (усл. ед.)} = -0,772 + 0,559\text{H} - 0,420\text{F}_2, \quad (5)$$

где: ПУА – показателя успешности адаптации,
H, F₂ – показатели шкал 16 ФЛЮ.

Если ПУА составляет более 0,62 усл. ед., то он оценивается как хороший уровень адаптации, если 0,61 и меньше – как низкий уровень.

Ограничение модели: сотрудники ОВД, имеющие при тестировании по тесту Кэттелла значения, находящиеся в интервале: фактор H – от 4 до 9 баллов, фактор F₂ – от 5 до 9.

Все коэффициенты уравнения значимы на уровне 95 % ($p < 0,05$). Уравнение объясняет 68,5 % ($RI = 0,682$) вариаций зависимости, то есть большую часть выборки, что является достаточным для достоверности модели.

5. Модель определения показателя успешности адаптации по факторам травматического стресса сотрудников ОВД Чеченской Республики, работающих на постоянной основе, к служебно-боевой деятельности. Нами было построено регрессионное уравнение, позволяющее определить ПУА адаптации по факторам «Опросника травматического стресса И.О. Котенева»: фактор D (симптомы «гиперактивации» – шкала посттравматических расстройств), фактор d (симптомы «избегания»), фактор e (симптомы «гиперактивации» – шкала острых стрессовых расстройств).

$$\text{ПУА (усл. ед.)} = 2,514 - 0,044D - 0,035d + 0,085e, \quad (6)$$

где: ПУА – показателя успешности адаптации;
D, d, e – показатели шкал опросника Котенева.

Если ПУА составляет более 0,62 усл. ед., то он оценивается как хороший уровень адаптации, если 0,61 усл. ед. и меньше – как низкий уровень.

Ограничение модели: сотрудники ОВД, имеющие при тестировании по опроснику Котенева значения, находящиеся в интервале: фактор D – от 36 до 66; фактор d от 35 до 63; фактор e – от 14 до 30 баллов.

Все коэффициенты уравнения значимы на уровне 95 % ($p < 0,05$). Уравнение объясняет 83,3 % ($RI = 0,833$) вариаций зависимости, то есть большую часть выборки, что является достаточным для достоверности модели.

Таким образом, разработанные способы определения успешности адаптации сотрудников ОВД к условиям служебно-боевой деятельности позволяют прогнозировать успешность адаптации по психологическим показателям для выявления сотрудников с низкой успешностью адаптации.

Выводы

1. Среди сотрудников, прибывших из других регионов страны в Чеченскую Республику, около 2/3 имеют признаки дезадаптации, у местных сотрудников такие признаки обнаруживаются у 50 % лиц.

2. Явления дезадаптации у респондентов, прибывших из других регионов страны, могут быть связаны с новыми климатическими, социокультуральными, бытовыми условиями, а также с длительной оторванностью от семей.

3. Разработанные способы определения успешности адаптации сотрудников ОВД к условиям служебно-боевой деятельности позволяют прогнозировать успешность адаптации по психологическим показателям для выявления сотрудников с низкой успешностью адаптации с целью своевременного проведения профилактических мероприятий и, как следствие, снижение развития психосоциальной дезадаптации, постстрессовых психических и соматических нарушений.

Литература

1. *Бурлачук Л.Ф.* Словарь-справочник по психодиагностике / Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов – СПб. [и др.] : Питер, 1999. – 254с.
2. *Дмитриева Т.Б.* Транзиторные психотические состояния у комбатантов, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством / Т.Б. Дмитриева, Г.В. Василевский, Г.А. Фастовцов // Рос. психиатр. журн. – 2003. – № 3. – С. 13.
3. *Калинина В.Н.* Математическая статистика / В.Н. Калинина, В.Ф. Панкин – М. : Высшая школа, 1994. – 208с.
4. *Котенёв И.О.* Психологические реакции работников милиции в чрезвычайных обстоятельствах и постстрессовые состояния: предупреждение и психологическая коррекция / И.О. Котенёв // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 1996. – №1(3). – С. 76–84.
5. *Организация психологического обеспечения деятельности сотрудников органов внутренних дел в экстремальных условиях : метод. пособие / под ред. В.М. Бурыкина. – М. : ГУК МВД России, 2004. – 240 с.*
6. *Организация психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел : метод. пособие / под ред. М.И. Марьина. – М. : ГУК МВД России, 2002 – 270 с.*
7. *Реброва О.Ю.* Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва – М. : МедиаСфера, 2002. – 312 с.
8. *Рукавишников А.А.* Факторный личностный опросник Р. Кеттелла (метод. руководство) / А.А. Рукавишников, М.В. Соколова. – СПб. : Психодиагностика, 2000. – 104 с.
9. *Сидоренко Е.* Методы математической обработки в психологии / Е. Сидоренко. – СПб. : Речь, 2000. – 346 с.
10. *Собчик Л.Н.* Введение в психологию индивидуальности / Л.Н. Собчик. – М. : Ин-т прикладной психологии, 2001. – 480 с.
11. *Соловьев И.В.* Посттравматический синдром: причины, условия, последствия. Оказание психологической помощи и психореабилитация / И.В. Соловьев. – М., 2000. – 109 с.
12. *Столяренко А.М.* Прикладная юридическая психология / А.М. Столяренко. – М. : Юнити, 2001. – 639 с.
13. *Тарабрина Н.В.* Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы / Н.В. Тарабрина, Е.О. Лазебная // Психол. журн. – 1992. – № 2. – С. 14–29.
14. *Човдырова Г.С.* Введение в практическую экстремальную патопсихологию / Г.С. Човдырова. – М. : ВНИИ МВД России, 2002. – 31 с.

ВОЗМОЖНОСТИ СУДЕБНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРОТИВОЗАКОННОГО ПСИХИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Кафедра правовой психологии и судебной экспертизы
Саратовской государственной академии права

Проблема психического воздействия людей друг на друга в процессе общения является предметом исследования многих научных отраслей знаний: философии, психологии, психиатрии, психотерапии, педагогики, лингвистики, юриспруденции и других наук. В последние годы способы применяемого психического воздействия все чаще становятся предметом психологических [12], психолого-психиатрических [11], психиатрических, социально-кибернетических, религиоведческих [3, с. 44], лингвистических и психолингвистических судебно-экспертных исследований [8, с. 21, 22; 10, с. 250–252]. Поскольку при этом судебными экспертами анализируется воздействие, осуществляемое психически здоровыми субъектами в отношении психически здоровых лиц [14], особое значение приобретает исследование возможностей и ограничений судебно-психологической экспертизы (СПЭ) психического воздействия, оказываемого на граждан.

В литературе для определения воздействия на психику в криминальных целях используются разные понятия: «психическое» [4, 6], «психологическое» [15], «психотерапевтическое» [11]. В целях выработки единого подхода к использованию психологических терминов В.Ф. Енгальчев предложил любое нефизическое воздействие одной личности на другую, признаки процесса или конечный результат которого можно обнаружить, обозначать термином «психическое воздействие», частным случаем которого является «психологическое воздействие». Под психологическим воздействием, по мнению автора, следует понимать преднамеренное и целенаправленное вмешательство в процессы психического отражения действительности [5]. На наш взгляд, проблема единого содержательного наполнения используемых терминов на сегодняшний день далека от разрешения. В этой связи, в рамках данной статьи, в качестве рабочего используется понятие «психического воздействия», поскольку употребление понятия «психологический» более приемлемо в отношении определения научной сферы или ее методов (психология, судебно-психологическая экспертиза), на что указывает корень «лог» (знание). Описание психики, ее структур, процессов, функций, свойств, полнее отражается словом «психический».

По мнению О.Р. Онищенко, «общим предметом экспертизы психологического воздействия является установление наличия (или отсутствия) признаков психологического воздействия и результатов его влияния на психическую деятельность» [12]. Исходя из этого, в задачи судебно-экспертного исследования должно входить определение любых проявлений психического воздействия, изменяющего состояние психики его объекта. Заметим, однако, что общение как форма межличностного взаимодействия не встречается без взаимного влияния людей друг на друга. Само присутствие другого человека уже невольно изменяет психическое состояние и поведение окружающих, однако такое психическое воздействие может и не стать предметом СПЭ. В этой связи предложенное определение представляется слишком общим.

Конкретнее по этому вопросу высказался В.Ф. Енгальчев. В задачи данной экспертизы, по его мнению, входит «выявление следов противозаконного вторжения в сферу психической деятельности личности» [5]. Таким образом, СПЭ психического воздействия назначается в тех случаях, когда внедрение в психику человека имеет юридическое (уголовно-, гражданско-, административно-правовое) значение и запрещается законом. Результаты такого воздействия проявляются в негативных последствиях для здоровья, социального статуса и/или финансово-имущественного положения [6].

Проблема дифференциации правомерных и противозаконных видов психического воздействия не получила еще достаточного освещения как в правовой науке, так и в юридической психологии. В психологической литературе неправомерное психическое воздействие нередко отождествляется с понятием психического насилия. Так, А.Р. Ратинов пишет: «Правомерное воздействие отличается от психического насилия наличием у подвергнутого воздействию лица свободы выбора той или иной позиции ... При насилии же человек существенно ограничен или вообще лишен возможности выбирать для себя линию поведения» [13, с. 163]. Вслед за А.Р. Ратиновым В.Ф. Енгальчев называет уголовно наказуемыми те виды психического воздействия, в которых проявляется насилие над свободной волей личности [4]. Данная позиция соответствует подходу к понятию насилия, существующему в отечественной уголовно-правовой доктрине, согласно которому под психическим насилием понимается «умышленное и общественно опасное воздействие на психику человека, осуществляемое против или помимо его воли информационным путем и способное подавить свободу волеизъявления или причинить ущерб психическому здоровью» [3, с. 39].

Выделение критериев, позволяющих дифференцировать насильственные и ненасильственные методы психического воздействия является важной проблемой в судебно-психологической экспертологии. От выбора различительных критериев зависит направление выполняемого конкрет-

ного судебно-экспертного исследования и характер заключительных выводов эксперта.

«Основным критерием, – пишет В.Ф. Енгалычев, – неправомерного психического воздействия на личность служит ограничение ее свободы осознанного выбора поведения» [6]. М.М. Коченов психическим насилием над личностью считал те средства воздействия, которые направлены на принуждение ее к совершению нежелательных для нее поступков [9, с. 65]. Здесь главное смысловое дополнение к предыдущей мысли состоит, на наш взгляд, в том, что под влиянием психического насилия личность не просто ограничена в выборе поведения: в своих действиях она реализует чужие интересы. Происходит, как пишет Л.В. Алексеева, «снижение субъектности реципиентов» [1, с. 325].

В обычной жизни детерминантами поведения могут быть внутренние личностные образования, а могут быть и внешние причины. Определение источника активности позволяет дать ответ на вопрос, является ли данный поступок закономерным для личности, обусловленным ее системой потребностей и ценностей, или он не соотносится с ней, порожден мотивами, внешними по отношению к устойчивой мотивационной системе личности. Наличие свободы выбора в поведении приводит к актуализации личностной мотивации. Поведение, подчиненное требованиям внешней необходимости, которые не приняты личностью в качестве внутренних побудителей, носит ситуационный характер вынужденности, принужденности.

В литературе предлагается на основании такого различительного критерия, как ограничение свободы выбора поведения, одни виды психического воздействия относить к категории противозаконных, а другие – правомерных методов влияния на психику. Условно назовем такой подход дизъюнктивным. Так, в следственной деятельности, по мнению А.Р. Ратинова, наибольшее соответствие уголовно-процессуальным и морально-этическим нормам имеет такая форма психического воздействия, как метод убеждения [13, с. 163–171]. Действительно, убеждение основывается на системе логических доказательств, предполагает осознанное отношение к передаваемой информации как для того, кто ее передает, так и для того, кто ее воспринимает. Реципиент критично и взвешенно усваивает информацию и обладает необходимой степенью свободы при формировании собственного мнения и поведения.

В свою очередь, к насильственным методам психического воздействия А.Р. Ратинов относит угрозы, уговоры, шантаж, обещание предоставить льготы и вознаграждение за желательное поведение, создание обстановки, из которой человек может видеть лишь единственный выход, внушение, гипноз, ложь, обман [13].

В.Ф. Енгалычевым была предпринята попытка создать классификацию форм психического насилия, устанавливаемых при проведении СПЭ. Он выделил три вида неправомерного психического воздействия на лич-

ность: принуждающее, внушающее и побуждающее. Если первые два вида автор считает непосредственно уголовно наказуемыми, поскольку они представляют насилие над свободной волей личности, то психологическая и правовая оценка третьего вида зависит от обстоятельств конкретного дела [4].

При проведении СПЭ психического воздействия дизъюнктивный подход позволяет решать диагностические задачи следующим образом. Так, экспертами устанавливаются признаки таких примененных методов психического воздействия, как принуждения или внушения. Из этого автоматически следует, что в анализируемых случаях использовались насильственные приемы влияния на психику. Например, при рассмотрении уголовных дел, возбужденных в отношении мошеннической деятельности в форме финансовых пирамид, экспертами нередко выявляется использование элементов нейролингвистического программирования, которое базируется на применении внушения. В подобных случаях, как правило, делается экспертный вывод о невозможности потерпевших сознательно руководить своим поведением в результате оказанного на них психического воздействия.

Анализ конкретных заключений судебно-психологических экспертиз психического воздействия показывает, что в методике их проведения целесообразнее, может быть, использование подхода, условно называемого нами конъюнктивным. Принцип конъюнктивизма не позволяет одни методы однозначно относить к насильственным, а другие – к ненасильственным способам психического воздействия. Это происходит потому что при реализации данного принципа учитываются не один, а несколько различительных признаков для установления характера влияния на психику, а также – психологический контекст (целевой, мотивационно-ценностный и др.) осуществления межличностного взаимодействия при оказании психического давления.

Как и любые средства внецелевого контекста их использования методы воздействия безоценочны и нейтральны. Существуют жизненные ситуации, когда свобода личности ограничивается применением методов влияния на психику, названных при дизъюнктивном подходе насильственными. Вместе с тем, анализ показывает, что их использование направлено на достижение конструктивных целей, а наступившие последствия благоприятны для лица, на которого было оказано воздействие. Примеры тому можно обнаружить в области педагогики, психотерапии, бизнесе и т. д. Так, родители заставляют ребенка готовить уроки вместо желанной прогулки, онкологическому больному не говорят правды о реальном диагнозе и уверяют в скорой поправке, а психотерапевты используют в лечебных целях гипноз. Насильственными данные методы становятся тогда, когда человек, на которого оказывается воздействие, эгоистически используется как средство для достижения чуждых ему целей. В результате

совершенных им под влиянием психического воздействия поступков для него наступают негативные последствия: наносится вред его здоровью, или ухудшается финансовое положение или нарушаются иные его права и законные интересы. С психологической точки зрения и в первом, и во втором случае мы имеем дело с манипулятивным психическим воздействием. Однако манипуляции сознанием и поведением первого порядка носят конструктивный, а второго – деструктивный характер. Лишь в последнем варианте методы влияния на психику должны оцениваться как насильственные.

Из вышесказанного следует, что обнаружение применения принуждения, внушения или побуждения средствами СПЭ означает установление факта использования методов психического насилия лишь в том случае, если определены деструктивность целей их употребления и наступление в результате этого негативных для жизнедеятельности человека последствий.

Другое уточнение касается утверждения о неперенной причинно-следственной связи использования методов, названных при дизъюнктивном подходе насильственными, и ограничения или отсутствия свободы волеизъявления лиц, подвергшихся такому воздействию. По нашему мнению, выделенные виды воздействия не всегда ведут к ограничению свободы, а, следовательно, являются насильственными. Представляется, что решение вопроса об отнесении их к насильственным в конкретных случаях зависит от определения источника мотивации поступков, совершаемых человеком при оказании на него психического воздействия. При насилии она носит чуждый личности характер, а его поведение служит средством для удовлетворения интересов воздействующей стороны.

Сопоставим, например, метод убеждения с такими «насильственными» методами воздействия, как уговоры, обещание льгот за определенное поведение. Представим, что в процессе уговоров и обещаний человек начинает понимать целесообразность и выгоду предлагаемой ему линии поведения и в результате взвешенного и критичного анализа принимает ее. В этом случае уговоры и обещания не могут расцениваться как методы психического насилия. Они представляют разновидности метода убеждения. Так, из анализировавшихся нами материалов уголовных дел, возбужденных в связи с мошеннической деятельностью в форме финансовых пирамид, известно, что на устраиваемых бизнес-семинарах их организаторы объясняли приглашенным схему, действуя по которой можно «делать деньги, ничего при этом не делая». Для этого приглашенным необходимо было внести вступительный денежный взнос, а затем уже в качестве представителя организации убеждать других людей также стать членами данной организации. В случае успеха за каждого вновь вступившего полагались денежные выплаты. Для той части людей, которые поняли и приняли данные условия добывания денег, сочли их возможными и реализовали в своем поведении, нельзя говорить, что в отношении их по-

действовали какие-либо насильственные методы. Смысл и значение предложенных им действий соответствовал мотивационно-смысловой системе их личности.

То же можно сказать в отношении принуждения. При его осуществлении человеку прямо предписывается или его заставляют совершить нежелательные для него поступки. При этом он ясно понимает и осознает то, чего от него добиваются. Специфична и мотивация совершаемых поступков: под влиянием принуждения она носит ситуационный характер. Вместе с тем нельзя не отметить, что реакции на внешние требования могут быть различными. У одних они вызывают сопротивление и стремление настоять на своем во что бы то ни стало, у других – приводят к внешним уступкам и послушанию без внутреннего согласия с требованиями. Третьи уступают в поведении посторонним требованиям, внутренне приняв их и согласившись с ними. В третьем случае внешние требования осмысливаются и включаются человеком в собственную мотивационно-смысловую иерархию, преобразуются в личностные мотивы, которые и осуществляют регуляцию поведения, т. е. речь идет о собственно волевой регуляции, или о свободе как осознанной и принятой личностью необходимости. В этой связи о принуждении как примененном насильственном методе психического воздействия можно говорить только в отношении второй позиции. В первом случае можно утверждать лишь о предпринятой, но не удавшейся попытке насильственного воздействия. В третьем варианте принуждение не может быть отнесено к разряду насильственных методов, поскольку здесь мы имеем дело с реализацией собственно волевого поведения.

Психическое насилие может осуществляться и минуя сознание воспринимающей стороны в форме внушающего воздействия. Оно представляет вторжение в психику человека и прививание посторонних ему идей, однако происходит это незаметно для него. Специфика внушения состоит в неравенстве сторон: коммуникатор осознанно стремится сформировать нужные ему установки у реципиента, а тот бессознательно их усваивает и солидаризируется с позициями коммуникатора. Под влиянием внушения человек совершает поступки, полагая, что действует исходя из собственных соображений. Несмотря на то что такое поведение внешне представляется как свободное волеизъявление, на самом деле оно не обладает необходимой степенью свободы, являясь по сути вынужденным, навязанным извне. Однако, если человек предварительно предупрежден о внушающем воздействии и его целях и дает на него свое согласие, тогда влияние на психику, определяемое заранее оговоренными целями, не может считаться насильственным.

Однозначной оценки не может быть и в отношении побуждения. Так, побуждающее воздействие состоит в стимуляции человека к действиям без влияния на содержание этих действий [4]. К этой группе можно

отнести использование неблагоприятно сложившейся или искусственно созданной для человека ситуации, а также его мотивов. Ему «редко предъявляются ультиматумы типа «делай то-то и то-то, или будешь страдать от последствий своего поведения». Скорее он сам предвидит последствия неподчинения или неумения угодить людям, имеющим возможность применить к нему санкции. И это предвосхищение, без всяких угроз с чьей-либо стороны действует в качестве постоянной мотивации» [16, с. 311]. Несмотря на отсутствие явных форм устрашения, здесь знаком насилия является тот факт, что человек видит только один выход из сложившегося положения, а поступки, совершаемые им в угоду другим лицам, не отвечают его интересам. В случае же, когда под влиянием побуждения сознательно совершаемые им поступки соответствуют как интересам воздействующей стороны, так и его ценностно-мотивационной системе, применяемый метод воздействия не должен оцениваться как насильственный.

Таким образом, однозначно оценить отдельные методы психического воздействия (принуждение, внушение, уговоры, угрозы и др.) как насильственные не представляется возможным. О таких методах можно утверждать лишь как о потенциально насильственных. В конкретных случаях при определенных условиях этот потенциал может быть реализован. В этой связи, какие бы методы психического воздействия на человека ни выявлялись при проведении СПЭ, без специального исследования его индивидуально-личностных особенностей и наступивших в результате такого воздействия изменений его психического состояния, повлиявших на его последующее поведение, экспертного вывода об оказанном на него психическом насилии быть не должно.

Случаи, в которых применяется СПЭ психического воздействия, достаточно разнообразны. Впервые в отечественной практике она была использована в 1974 г. для установления неправомерного влияния со стороны следователя на участвующих в деле лиц [8, с. 21–22]. В настоящее время такого рода исследования относятся к числу наиболее распространенных и апробированных. Методики экспертиз, проводимых по другим категориям уголовных и гражданских дел, в настоящее время находятся на стадии разработки. В последние годы они стали использоваться по делам, возбужденным в отношении организаторов религиозных и псевдорелигиозных образований [2, 3], а также по делам о расследовании мошенничества в форме финансовых пирамид [11, 12]. Известен доказательственный потенциал СПЭ и по гражданским делам о признании недействительной сделки, совершенной лицом под воздействием психического насилия [17].

Анализ литературы и собственной экспертной практики позволяет выделить, по крайней мере, три подхода в построении методики данного вида судебно-психологического экспертного исследования. Первый мож-

но показать на примере экспертиз психического воздействия, оказанного на допрашиваемое лицо, следователем или третьими лицами. Алгоритм экспертизы включает решение следующих задач:

1) установление наличия или отсутствия признаков неправомерного психического воздействия на допрашиваемое лицо;

2) обязательное определение в ходе экспериментально-психологического обследования его интеллектуальных, личностных, эмоционально-волевых особенностей, а также склонности к фантазированию и внушающему воздействию [7, с. 146–152].

В качестве объекта для определения наличия признаков неправомерного психического воздействия на подследственного могут анализироваться фонограммы или видеозаписи допроса. По сути, на наш взгляд, предлагается применять контент-анализ материалов дела, где единицами анализа служат признаки правомерного и неправомерного психического воздействия, а единицами счета – речевые или образные их проявления. При анализе речевой деятельности все высказывания следователя классифицируются на объективные и внушающие, устанавливается их удельный вес и взаимное соотношение. Наличие в речи следователя подавляющего числа внушающих конструктов свидетельствует о значимости оказываемого внушающего воздействия. Общий показатель, отражающий их удельный вес в сочетании со степенью их суггестивности, позволяет сделать вывод о значительном или незначительном внушающем воздействии на допрашиваемое лицо со стороны следователя, осуществленное в ходе допроса. Окончательный экспертный вывод об оказанном на подследственного неправомерном психическом воздействии делается на основании учета установленных индивидуально-психологических особенностей подэкспертного лица и характера оказанного на него психического давления [7, с. 146–152].

Второй подход к построению методики экспертного исследования психического воздействия, на наш взгляд, реализуется в рамках авторской экспертизы и носит преимущественно комплексный психолого-лингвистический характер. От первого подхода его отличает отсутствие в алгоритме методики анализа самого оказываемого на личность психического воздействия. Специфика состоит в поиске с помощью судебной экспертизы, по выражению В.Ф. Енгальчева, «следов противозаконного вторжения в сферу психической деятельности личности» [6]. Впервые данный подход был использован в 1974 г. для исследования показаний подозреваемого, который впоследствии отказался от своего признания, заявив, что оно выполнено под диктовку. Комплексная психолого-лингвистическая экспертиза была выполнена Б.А. Серебрянниковым, В.И. Батовым, Е.М. Никиреевым и А.К. Панфиловым. Перед экспертами были поставлены вопросы о том, мог ли подозреваемый самостоятельно составить приобщенные к материалам дела тексты, и могли ли эти тексты быть

написаны им под диктовку. Экспертиза состояла из двух частей – экспериментально-психологической и лингвистической. В результате психологического исследования были установлены особенности познавательной деятельности подэкспертного лица. Психолингвистическое исследование включало сопоставительный лингвистический анализ текстов документов (с применением методов математической обработки данных), составленных подозреваемым, а также текстов его показаний. В результате экспертизы пришли к выводу, что некоторые документы подозреваемый самостоятельно составить не мог, так как в текстах отчетливо прослеживалось участие других лиц [8, с. 21–22].

Алгоритм предложенной методики имеет принципиальное сходство с методическим построением автороведческих психолого-лингвистических экспертиз, проводимых в последние годы. В них с помощью экспериментально-психологического исследования устанавливается уровень интеллектуального развития, особенности устной и письменной речи, индивидуально-психологические особенности предполагаемого автора документа. В ходе лингвистического анализа определяется его вербальный стереотип, проявляемый на смысловом и языковом (лексическом, стилистическом) уровнях, и выявляется присутствие (отсутствие) речевой специфики авторского стиля в текстах документов, имеющих юридическое значение. Общий экспертный вывод о возможности составления документа неким лицом под влиянием психического давления делается на основании результатов психологического анализа обстоятельств дела, экспериментально-психологического обследования индивидуально-личностных особенностей подэкспертного лица и лингвистического исследования текстов документов [7, с. 152–156].

Второй подход к построению методики СПЭ психического воздействия был применен нами в проводившейся посмертной психологической экспертизе по делу о признании недействительной сделки купли-продажи квартиры. Восемидесятилетняя А., тяжело страдавшая онкологическим заболеванием, решила завещать свою квартиру соседке К., согласившейся ухаживать за ней. Об этом А. говорила соседям и комиссии психиатров, освидетельствовавших ее. Однако на другой день после освидетельствования вместо завещания в присутствии нотариуса она оформила договор купли-продажи квартиры с Б. – матерью К., проживавшей с К. в одной квартире. В договоре купли-продажи отмечалось, что право собственности Б. «... ограничено, А. предоставлено право проживания в квартире с момента ее купли-продажи, срок окончания не ограничен».

В процессе проведения экспертизы возникло предположение, что А. изменила свое первоначальное решение завещать квартиру под влиянием психического воздействия заинтересованных лиц. Объектом экспертизы служили материалы дела. В силу того, что экспертиза являлась посмертной, непосредственно выявить наличие психического воздействия, а так-

же провести экспериментальное исследование индивидуально-личностных особенностей А. было невозможно. Не представлялось также возможным и исследование «следов» психического воздействия через обнаружение особенностей речевого стереотипа А. в документе, поскольку текст договора купли-продажи носил стандартный характер. В связи с изложенной спецификой данного дела мы вынуждены были искать «следы» возможного психического насилия над А. в значении наступившего результата сделки. Сама сделка анализировалась как поступок А. с точки зрения ее целесообразности и мотивосообразности. В результате психологического анализа материалов дела был сделан следующий вывод: несмотря на то, что по правовому значению характер сделки в виде завещания отличается от договора купли-продажи, по личностному смыслу (по А.Н. Леонтьеву) для А. данные сделки были тождественны. В том и другом случае А. проживала до конца жизни в своей квартире, а после ее смерти владельцем стала бы мать К., что позволяло К. решить ее квартирную проблему. То, что изменение первоначально предполагавшегося способа достижения цели А. произошло не без влияния К. очевидно: тяжело больная А. не нуждалась в столь сложной комбинации. Однако окончательное решение (оформление купли-продажи) носило компромиссный характер: А. получила необходимый ей уход от К., а К. – гарантии, что А. не изменит своего решения оставить ей свою квартиру. Таким образом, не исключалось применение психического воздействия на А. со стороны К., однако оно не носило насильственного характера, поскольку результат сделки соответствовал мотивационно-потребностной системе А., а воздействие (если оно и было) заключалось не в том, чтобы заставить А. совершить поступок, последствия которого были бы вредны для нее, а касалось наиболее удобного для К. способа юридического оформления приобретения квартиры в собственность.

Алгоритм методики экспертиз, условно отнесенных нами к третьей группе, ограничивается только исследованием самого психического воздействия. Отсутствие экспериментально-психологического изучения психических особенностей лица, подвергшегося такому воздействию, обусловлено тем, что объектом воздействия в таких случаях выступает большая группа людей. Так, для оценки способов психического воздействия в религиозных организациях основным материалом анализа является собственно религиозное богослужение. Последнее рассматривается в единстве основных его компонентов: организации фона воздействия, вербального и невербального уровней подаваемой информации. Определение деструктивности характера религиозного богослужения осуществляется через анализ соотношения внушающих и убеждающих приемов психического воздействия [2].

Принципиальное сходство имеет предложенный нами алгоритм судебно-психологического экспертного определения деструктивности влия-

ния на аудиторию негативных сообщений, содержащихся в средствах массовой информации, применяемый по делам о защите чести, достоинства и деловой репутации путем установления характера соотношения внушения и заражения, с одной стороны, и убеждающих приемов психического воздействия, – с другой. Если отрицательные сведения сообщаются декларативно и бездоказательно и рассчитаны, главным образом, на снижение осознанности восприятия и критичности мышления аудитории, что не стимулирует личностного и духовного роста людей, а углубляет конфликт их базовых психических структур, то такую информацию следует рассматривать как наносящую наибольший вред ее потребителям.

К этой же группе можно отнести принцип построения методики экспертизы психического воздействия по делам о функционировании финансовых пирамид. Количество потерпевших по данной категории дел исчисляется десятками или сотнями, поэтому исследование их индивидуально-психологических особенностей хотя и целесообразно, однако практически не выполнимо. В этой связи алгоритм экспертного исследования может включать только анализ примененного воздействия на психику людей [1, с. 509–517]. По нашему мнению, эксперт, проанализировавший только особенности воздействия без исследования психики лиц, подвергшихся такому воздействию, может прийти лишь к выводу о предпринятой попытке повлиять на психику и поведение людей.

Таким образом, СПЭ психического воздействия назначается в тех случаях, когда насильственное внедрение в психику человека имеет юридическое значение. В ее задачи входит обнаружение как признаков психического насилия в оказываемом воздействии, так и осуществленного негативного влияния на психическое состояние и поведение человека в юридически значимых ситуациях.

Литература

1. *Алексеева Л.В.* Психология субъекта и субъекта преступления / Л.В. Алексеева. – Тюмень : Изд-во Тюмен. гос. ун-та, 2004.
2. *Асланян В.И.* Исследование способов психологического воздействия в религиозных концессиях / В.И. Асланян // Психология и практика. – Ярославль, 1998. – Т. 4, вып. 1. – С. 13–14;
3. *Бурковская В.А.* Криминальный религиозный экстремизм: уголовно-правовые и криминологические основы противодействия : автореф. дис. ... д-ра юрид. наук / Бурковская В.А. – М., 2006.
4. *Енгальчев В.Ф.* Диагностика психического воздействия в процессе судебно-психологической экспертизы / В.Ф. Енгальчев // Методы психологии : материалы II Всерос. науч. конф. по психологии Рос. психологич. об-ва. – Ростов н/Д, 1997. – С. 96–98.
5. *Енгальчев В.Ф.* Психологическое воздействие в правоохранительной деятельности / В.Ф. Енгальчев // Прикладная юридическая пси-

хология / под ред. А.М. Столяренко. – М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2001. – С. 378–384.

6. *Енгальчев В.Ф.* Судебно-психологическая экспертиза психического воздействия // В.Ф. Енгальчев // Энциклопедия юридической психологии / под ред. А.М. Столяренко. – М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2003. – С. 198.

7. *Енгальчев В.Ф.* Судебно-психологическое исследование фонограмм и видеозаписей / В.Ф. Енгальчев, С.С. Шипшин // Судебно-психологическая экспертиза : метод. руководство. – Калуга : Обнинск. – М., 1997.

8. *Коченов М.М.* Судебно-психологическая экспертиза / М.М. Коченов. – М., 1977.

9. *Коченов М.М.* Введение в судебно-психологическую экспертизу / М.М. Коченов. – М., 1980.

10. *Леонтьев А.А.* Основы психолингвистики / А.А. Леонтьев. – М. : Смысл ; СПб. : Лань, 2003.

11. *Менделевич В.Д.* Экспертная оценка суггестивного воздействия (по материалам психолого-психиатрических заключений о деятельности бизнес-клубов) [Электронный ресурс] / В.Д. Менделевич // <http://www.ppar.ru/journal/?section=forensic.htm>. 23/01/2007, вход свободный.

12. *Онищенко О.Р.* Возможности судебно-психологической экспертизы при оценке психологического воздействия // Использование психологических знаний в интересах правосудия : материалы науч.-практ. конф. – Екатеринбург : Урал. гос. юрид. акад., 2006. – С. 103–109.

13. *Рапинов А.Р.* Судебная психология для следователей / А.Р. Рапинов. – М., 1967.

14. *Рапинова Н.А.* Возможности применения социально-психологических методов в экспертном исследовании. Юридическая психология : сб. науч. тр. / Н.А. Рапинов, Е.И. Сулимовская ; под ред.: Г.Х. Ефремовой, О.Д. Ситковской. – М., 2001. – Вып. 2. – С. 63–73.

15. *Секераж Т.Н.* О судебно-психологической экспертизе психологического воздействия // Современное состояние и перспективы развития новых направлений судебных экспертиз в России и за рубежом : материалы междунар. науч.-практ. конф. / Т.Н. Секераж. – Калининград, 2003. – С. 195–201;

16. *Хекхаузен Х.* Мотивация и деятельность : в 2 т. / Х. Хекхаузен. – М. : Педагогика, 1986. – Т. 1.

17. *Холопова Е.Н.* Посмертные судебно-психологические экспертизы по гражданским делам / Е.Н. Холопова // Сиб. юридич. вестн. – 2005. – № 1. – С. 74–76.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева;
Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко

Введение

В последние годы во всем мире термин «качество жизни» (КЖ) используется довольно широко. В постиндустриальных странах рост интереса к КЖ является показателем стремления к развитию целостного взгляда на индивида в медицине и в социальных науках. Например, сотрудниками Санкт-Петербургского научно-исследовательского института им. В.М. Бехтерева в 1998 г. создана шкала для определения КЖ больных эндогенными психозами [5]. Субъективные шкалы КЖ сфокусировались на тех сферах жизненного благополучия респондентов, изменения в которых происходили как в результате различных заболеваний, так и вследствие применяемых медицинских вмешательств.

Под КЖ обычно понимается – система жизненных ценностей, характеризующих созидательную деятельность, структуру потребностей и условий развития человека и общества, удовлетворенность людей жизнью, социальными отношениями и окружающей средой [3, 8]. Основные структурные компоненты КЖ представлены на рис. 1.



Рис. 1. Основные компоненты КЖ (адаптировано по [3, 8]).

ВОЗ определяет КЖ как «восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами». Определение КЖ близко понятию «счастья» – состоянию удовлетворенности повседневной жизнью в целом, общей оценкой удовлетворенности прошлым и настоящим, частотой и продолжительностью положительных эмоций [1].

Концепция КЖ позволяет на новом этапе прогресса медицины еще раз обратиться к важнейшему принципу терапевтического процесса – «лечить не болезнь, но больного», указывается, что КЖ пациентов определяет [6]:

- главную цель лечения при заболеваниях, не ограничивающих продолжительность жизни;
- дополнительную цель лечения при заболеваниях ограничивающих продолжительность жизни (главной целью в этом случае будет увеличение продолжительности жизни);
- единственную цель лечения пациентов в инкурабельной стадии заболевания.

Количество исследований КЖ, связанного со здоровьем, в различных отраслях здравоохранения резко возросло. Только за 1997–2003 гг. опубликовано более 1500 статей, посвященных этой проблематике. Ежегодно увеличивается количество научных работ, связанных с КЖ психических больных. Внимание врачей и психологов все больше фокусируется не на отдельной болезни и ее симптомах, а на пациенте как целостной личности со всеми его жизненными заботами и проблемами [10].

Значимое место в структуре психических расстройств (до 57 %) занимают невротические расстройства. В сложившейся ситуации крайне необходимо продолжение изучения этиологии и патогенеза невротических расстройств, а также разработка более эффективных способов их профилактики, диагностики и лечения. Исследование КЖ больных невротическими расстройствами могут помочь оценить субъективную неудовлетворенность основными аспектами жизни респондента и вскрыть причины внутри- и межличностного конфликта, лежащего в основе невротического механизма.

Особую значимость у этих больных имеет исследование стресс-преодолевающего поведения, или копинг-поведения (рис. 2), как результата взаимодействия копинг-стратегий и копинг-ресурсов. Термин «coping» впервые применил L. Murphy в 1962 г. в исследованиях способов преодоления детьми требований, выдвигаемых экстремальными условиями развития. Копинг он определил, как «некую попытку создать новую ситуацию, будь она угрожающей, опасной, ставящей в неловкое положение, или радостной и благоприятной». Копинг – это стремление индивида решить определенную проблему, которое, с одной стороны, следует по-

нимать как врожденную манеру поведения, а с другой – приобретенную, дифференцированную форму поведения (владение собой, сдержанность и др.) [12].



Рис. 2. Структурные компоненты копинг-поведения (адаптировано по [7, 9]).

Наиболее известная модель копинг-поведения в рамках когнитивной теории стресса и копинга разработана R.S. Lazarus [11, 13], описавшего ключевую роль психических факторов в регулировании результатов поведения. Эта концепция базируется на связи стресса и копинга. R.S. Lazarus считал, что взаимодействие среды и личности регулируется двумя процессами: когнитивной оценкой и копингом, в связи с чем выделяются два вида когнитивной оценки – первичная и вторичная. Первичная оценка определяется степенью воспринимаемой угрозы, свойствами стрессорных факторов, психологическими особенностями индивида. Она позволяет сделать выводы об оценке ситуации как угрожающей или как ситуации изменения. Вторичная оценка критически дополняет первичную и определяет, какими методами можно влиять на негативные события и их исходы, т. е. на процесс выбора механизма и ресурсов преодоления стресса. После когнитивной оценки ситуации индивид приступает к разработке механизмов преодоления стресса, иными словами, к копинг-процессу, который включает когнитивные мыслительные процессы с целью адаптации.

Активизация адаптивных копинг-ресурсов является существенным терапевтически ориентированным фактором при невротических расстройствах, а также одним из общих факторов психотерапии в системе лечения и реабилитации других психических и психосоматических расстройств [4, 9]. Таким образом, изучение совокупности КЖ больных неврозами и копинг-поведения может дать возможность для более глубокого понимания пато- и саногенных механизмов адаптации.

Материал и методы исследования

Объект исследования составили результаты субъективной оценки КЖ у 80 больных с невротическими расстройствами (48 женщин и 32 мужчин). В качестве контрольной группы использованы исследования 67 человек одинакового возраста и рода занятий (36 мужчин и 31 женщина), представляющие группу практически здоровых лиц [2].

КЖ больных неврозами изучалось с помощью опросника ВОЗ КЖ-100, разработанного на базе отделения внебольничной психиатрии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. Копинг-поведение респондентов исследовалось с помощью методики Копинг-тест-Lazarus.

Для статистической обработки материала использована 12-я версия программы SPSS for Windows

Полученные результаты и их анализ

Показатели основных сфер КЖ у мужчин и женщин, больных невротическими расстройствами, значимых различий не выявили. Однако можно заметить некоторые тенденции: мужчины несколько выше, чем женщины оценивают КЖ в «духовной сфере», чем в «сфере социального взаимодействия».

Установлены различия в оценке КЖ в некоторых сферах у больных и здоровых респондентов. Они заключаются в том, что здоровые респонденты (мужчины и женщины) по сравнению с больными неврозами более всего довольны КЖ в сфере «физического функционирования». Анализ с помощью U-критерия Манна-Уитни показал, что указанные различия являются значимыми (для мужчин этот показатель равен $u = 365$; $p \leq 0,01$, для женщин – $u = 465$; $p \leq 0,01$). Удовлетворенность КЖ в сфере «физического функционирования» у здоровых лиц занимает 1-й ранг в системе ценностей, а у больных – только 6-й ранг.

В то же время здоровые мужчины и женщины по сравнению с больными неврозами отмечают более низкие показатели удовлетворенности КЖ в сфере «психологического функционирования». Анализ с помощью критерия Манна-Уитни показал, что указанные различия являются значимыми (для мужчин этот показатель равен $u = 377$; $p \leq 0,01$, для женщин –

$u = 502$; $p \leq 0,01$). И это при том, что в системе ценностей у здоровых лиц эта сфера занимает 2-й ранг, а у больных – 5-й ранг.

Здоровые респонденты оценивают значимо ниже, чем больные удовлетворенностью сферой «окружающей среды». Анализ с помощью U-критерия Манна-Уитни показал, что указанные различия для мужчин составляют $u = 412$; $p \leq 0,05$, для женщин – $u = 566$; $p \leq 0,05$).

Исследование оценки КЖ у больных невротическими расстройствами по субсферам теста ВОЗ КЖ-100 и сравнение аналогичных оценок у практически здоровых лиц позволили более глубоко и локально рассмотреть возможные причины невротического механизма.

Распределение удовлетворенности КЖ в различных субсферах у больных мужчин и женщин также в основном совпадает. Однако есть некоторые различия. Хуже всего оценивалось мужчинами, больными неврозами, КЖ в субсферах «отрицательные эмоции», «боль, дискомфорт», «энергия и усталость». Эти субсферы, в первую очередь, стали мишенью для проведения психотерапевтической работы у больных неврозами, при необходимости с привлечением фармакологических препаратов.

Женщины больные невротическими расстройствами ниже всего оценивали КЖ в субсферах «сексуальная активность», «отрицательные эмоции», «энергия и усталость», «боль, дискомфорт».

Из полученных нами данных следует, что мужчины и женщины по-разному отвечают на психотравмирующую ситуацию. На основании чего и психотерапевтические программы для лечения этих групп респондентов составлялись с учетом гендерных различий.

Анализ полученных данных исследования больных неврозами мужчин и женщин и контрольной группы выявили различия в субъективной оценке некоторых субсфер КЖ.

Мужчины из контрольной группы менее всего оценивали КЖ в сферах «медицинская и социальная помощь», «энергия и усталость»; женщины – в сферах «медицинская и социальная помощь», «отрицательные эмоции». Полученные результаты свидетельствуют, что исследованные здоровые люди при необходимости не имеют возможности своевременно получать быстро и качественно медицинскую помощь, в том числе и психотерапевтическую.

Мы предполагаем, что оценка КЖ мужчин и женщин, больных неврозами зависит от выбора копинг-стратегий. Из данных сведенных в табл. 1 видно, что у мужчин больных невротическими расстройствами копинг-стратегия «дистанцирование» отрицательно коррелирует с духовной сферой. Это позволяет предположить, что мужчины, больные невротическими расстройствами, пытаясь планировать решение проблем в области личных убеждений, терпят неудачу и прибегают к другому копингу – «дистанцирование», который в свою очередь только усугубляет невротический механизм и снижает субъективную оценку КЖ. Других значимых

корреляционных связей между сферами и механизмами копинг-стратегиями у мужчин больных невротическими расстройствами не было обнаружено.

Таблица 1

Корреляционные связи между копинг-стратегиями и сферами у мужчин

Копинг-стратегия					Сфера качества жизни
Дистанцирование	Планирование решения проблем	Принятие ответственности	Положительная переоценка	Бегство	
	0,448	0,395			Физическая сфера
	0,370	0,522			Психологическая сфера
	0,378	0,353		-0,438	Уровень независимости
		0,386			Социальные отношения
-0,354			0,546		Духовная сфера

Здесь и в табл. 2. П/жирным шрифтом отмечены значения здоровых респондентов; указаны только статистически достоверные данные ($p < 0,05$).

Здоровые респонденты решают возникшие проблемы с помощью адаптивных копинг-стратегий, что позволяет им высоко оценивать свое КЖ в области почти всех выделенных сфер (см. табл. 1).

Результаты взаимоотношений показателей КЖ и копинг-стратегий у женщин представлены в табл. 2. Как видно из данных табл. 2, у женщин больных невротическими расстройствами копинг-стратегия «самоконтроль» положительно коррелирует со сферой «психологического функционирования». Это означает, что больные невротическими расстройствами женщины чаще пытаются скрыть свои чувства, что приводит к дезадаптации личности. Они ищут утешения или пытаются найти помощи у окружающих людей (см. табл. 2). Только выслушав мнения близких людей, они начинают предпринимать действия, направленные на изменение ситуации. Реже женщины, больные невротическими расстройствами, справляются со сложившейся ситуацией с помощью ее положительной переоценки, еще реже дистанцируются и в меньшем количестве случаев принимают ответственность на себя.

Здоровые женщины в стрессовой ситуации чаще предпочитают копинг-стратегию «планирование решений проблемы» в области задач «социальных отношений» и «психологической сферы». Также установлено, что по основным сферам удовлетворенности КЖ выявлены положительные корреляционные связи с адаптивными копинг-стратегиями, и отрицательные – с неадаптивными (см. табл. 2).

Таблица 2

Корреляционные связи между копинг-стратегиями и сферами КЖ у женщин

Копинг-стратегии						
Планирование решения проблемы	Принятие ответственности	Положительная переоценка	Поиск соц. поддержки	Самоконтроль	Бегство	Сферы жизни
					-0,615	Физическая сфера
0,493			0,299	0,340		Психологическая сфера
					-0,464	Уровень независимости
0,531						Социальные отношения
0,470	0,361	0,379				Окружающая среда
		0,440			-0,375	Духовная сфера

Выводы

В ходе эксперимента удалось выявить, во-первых, разницу между субъективной оценкой КЖ больных неврозами мужчин и женщин, отличающуюся от показателей контрольной группы. Во-вторых, разницу в стилях адаптации экспериментальной и контрольной групп, что позволило более локально и глубоко оценить причинно-следственные связи между копинг-стратегиями и КЖ, что может обуславливать возникновение и особенности течения невротических расстройств.

Полученные данные способствуют более эффективному планированию и построению психотерапевтических программ у больных с невротическими расстройствами с учетом гендерных различий и оценкой удовлетворенности КЖ.

Литература

1. *Аргайл М.* Психология счастья / М. Аргайл. – М. : Прогресс, 1990. – 332 с.
2. *Волкова О.Н.* Исследования качества жизни здоровых людей и стратегий совладания в гендерном аспекте // О.Н. Волкова, Е.Г. Коссова, Е.И. Чехлатый // Вестн. психотерапии. – 2005. – № 13(18). – С. 65–75.
3. *Евдокимов В.И.* Качество жизни: оценка и системный анализ / В.И. Евдокимов, И.Э. Есауленко, О.И. Губина. – Воронеж : Истоки, 2007. – 240 с.
4. *Методика* исследования копинг-поведения у больных неврозами (в связи с задачами оценки эффективности психотерапии) : усовершенствованная медицинская технология : метод. пособие / Б.Д. Карвасарский, В.А. Абабков, А.В. Васильева [и др.] ; С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. – СПб., 2006. – 20 с.

5. *Методология* и проблемы создания и использования измерительных инструментов качества жизни психически больных / Г.В. Бурковский, [и др.] // Психосоциальная реабилитация и качество жизни. – СПб., 2001. – С. 80–93. – (Сб. науч. тр. С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева ; т. 137).

6. *Новик А.А.* Исследование качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова ; под ред. Ю.Л. Шевченко. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 304 с.

7. *Рыбников В.Ю.* Теоретическое обоснование и психологические механизмы (модель) копинг-поведения субъекта профессиональной деятельности / В.Ю. Рыбников, Е.Н. Ашанина // Мед.-биол. и соц.-психол. проблемы безопасности в чрезв. ситуациях. – 2008. – № 1. – С. 68–73.

8. *Ушаков И.Б.* Качество жизни и здоровье человека / И.Б. Ушаков – Воронеж : Истоки, 2005. – 130 с.

9. *Чехлатый Е.И.* Совладающее поведение у больных неврозами лиц с преневротическими нарушениями и в социальных группах повышенного риска нервно-психических расстройств : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Чехлатый Е.И. – СПб., 2007. – 58 с.

10. *Шмуклер А.Б.* Проблема использования понятия «качество жизни» в психиатрии / А.Б. Шмуклер // Соц. и клин. психиатрия. – 1996. – № 1. – С. 100–104.

11. *Lazarus R.S.* Psychological stress and coping process / R.S. Lazarus. – New York : McGraw, 1966. – 29 p.

12. *Murphy L.B.* Coping, vulnerability and resilience in childhood // Coping and adaptation / eds.: G.V.Coelho. D.A. Hamburg, J.E. Adams. – New York : Basic Books, 1974. – P. 121–143.

13. *Lazarus R.S.* Coping and adaptation / R.S. Lazarus, S. Folkman // The handbook of behavioral medicine / eds. W.D. Gentry. – New York : Guilford, 1984. – P. 282–325.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 372.8 : [316.6 + 159.9]

А.А. Павленко

РЕАЛИЗАЦИЯ ИДЕЙ ГУМАНИСТИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПЕДАГОГИКИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Кафедра гуманитарных и социально-экономических дисциплин
Военной академии связи им. С.М. Буденного, Санкт-Петербург

В XX в. сформировалось направление в психологии и педагогике, которое характеризовалось желанием познать природу индивидуального развития, углублённым интересом к субъективному миру личности. В качестве основной цели сторонники этого направления ставили развитие активности и индивидуальности личности. Данное направление в психологии получило название «гуманистическая психология», а в педагогике – «гуманистическая педагогика».

Гуманистическая психология возникла в качестве альтернативы бихевиоризму и фрейдизму, делающим основной упор на зависимость индивида от его прошлого, тогда как главная особенность личности, согласно гуманистической психологии, заключается в устремленности в будущее, к свободной реализации своих потенций (Г. Олпорт), творческих сил (А. Маслоу), в укреплении веры в себя (К. Роджерс), в самореализации и самоактуализации личности. Гуманистическая психология своим главным предметом рассматривает личность как уникальную целостную систему, которая представляет собой не нечто заранее данное, а открытую возможность самоактуализации, присущую только человеку.

Гуманистическая педагогика представляет собой направление в теории и практике образования, разрабатывающее вопросы индивидуального развития, личностного становления и позитивной самореализации субъектов образования [1]. Гуманистическая педагогика обосновывается и анализируется в трудах таких российских ученых как К.А. Абульханова-Славская, Ш.А. Амонашвили, В.С. Библер, Б.М. Бим-Бад, Е.В. Бондаревская, Л.П. Буюева, С.Г. Вершловский, О.С. Газман, В.В. Давыдов, Л.В. Занков, С.А. Расчетина, В.В. Сериков, В.А. Сухомлинский, Е.Н. Шиянов, И.С. Якиманская и зарубежных исследователей: Д. Байярд, Г. Винекен, Д. Дьюи, А. Иллич, Л. Кольберг, Р. Миллер, М. Монтессори, А. Нейл, П. Петтерсен, П. Фрайери, С. Френе, Д. Хассард.

В широком смысле понятие «гуманистический» является производным от слова «гуманизм» (от лат. «humanus» – человеческий, человек-

ный), которое означает человечность человека: любовь к людям; высокий уровень психологической терпимости (толерантности); мягкость в человеческих отношениях; уважение к личности и ее достоинству; признание права человека на свободное развитие и позитивную самореализацию.

Первичным по отношению к понятию «гуманизм» является понятие «гуманность», в котором отражается одна из важнейших черт личности, заключающаяся в готовности и стремлении помогать другим людям, оказывать уважение, проявлять заботу, соучастие, без которых невозможно существование человеческого рода. Гуманность понимается в психологии как качество личности, представляющее собой совокупность нравственно-психологических характеристик личности, выражающих осознанное и сопереживаемое отношение к человеку как к высшей ценности.

Гуманизм оформился как система ценностных ориентаций, в центре которых лежит признание человека в качестве высшей ценности. Гуманизм сегодня – это совокупность идей и ценностей, утверждающих универсальную значимость человеческого бытия в целом и отдельной личности в частности.

На современном этапе развития общества гуманизм как определенная система ценностных ориентаций и установок получает значение общественного идеала. Человек рассматривается как высшая цель общественного развития, в процессе которого обеспечивается создание условий для полной реализации всех его потенций, достижения гармонии в социально-экономической и духовной сфере жизни, наивысшего расцвета конкретной человеческой личности.

В современной гуманистической психологии акцент делается на целостное универсальное понимание человеческой личности. Эта универсальность осмысливается как гармоническое развитие ее интеллектуальных, духовно-нравственных и эстетических потенций.

С позиций гуманистической педагогики конечная цель обучения и воспитания состоит в том, чтобы каждый человек мог стать полноценным субъектом познания, деятельности и общения, т. е. свободным, самостоятельным существом, ответственным за происходящее в этом мире. Гуманизация воспитания определяется тем, насколько оно создает предпосылки для самореализации личности, раскрытия заложенных в ней задатков, ее способности к свободе, ответственности и творчеству [2].

В настоящее время в качестве важнейшего принципа развития общества и личности рассматривается гуманизация образования. Данный принцип отражает современные общественные тенденции, утверждает полисубъектную сущность современного понимания развития личности и образовательного процесса. Основным смыслом образования в этом случае становится развитие личности, активизация её познавательного, духовного, деятельностного потенциала. Гуманизацию образования в самом общем плане можно охарактеризовать как построение отношений участ-

ников образовательного процесса на основе взаимоуважения к личности друг друга. При этом сущностью образовательного процесса становится достижение целенаправленного превращения социального опыта в опыт личный.

Гуманизация образования обуславливает установление связей сотрудничества между участниками образовательного процесса, педагогом и обучающимся. Она предполагает единство общекультурного, социально-нравственного и профессионального развития личности. Этот процесс приобретает оптимальный характер, когда обучающийся выступает субъектом обучения (воспитания, образования) [3].

Важной частью и средством гуманизации образования является его гуманитаризация. Выделяют два аспекта гуманитаризации образования:

- увеличение в содержании образования знаний о человеке, человечестве и человечности, выявление гуманитарной составляющей всех учебных предметов (достигается в процессе построения учебного плана и определения содержания соответствующих учебных предметов);

- улучшение качества преподавания гуманитарных предметов, преодоление сциентистского подхода (например, когда преподавание литературы превращается в обучение литературоведению).

Одна из важных задач при этом – гуманизация преподавания негуманитарных предметов, гуманизация процесса подготовки и профессиональной деятельности специалистов негуманитарного, в частности, управленческого, технического, инженерного профиля. Данную задачу, как показывает анализ теории и практики, можно решить путем выделения в каждом учебном предмете вузовской подготовки одних и тех же частей общечеловеческой культуры, чтобы любой учебный курс реализовывал функцию формирования творческих способностей обучающихся, их духовной сферы, ценностных, гуманистических ориентаций.

С содержательной стороны реализация идей гуманистической психологии и педагогики в профессиональной подготовке и деятельности современных специалистов означает осмысление, освоение и проявление участниками (руководителями, преподавателями, обучающимися, работниками) процесса профессиональной подготовки (образования) и деятельности общечеловеческих, гуманистических ценностей.

Гуманистические ценности при этом необходимо рассматривать в двух взаимодополняющих друг друга смыслах. Во-первых, это ценности, значимые не для какого-то узкого, ограниченного круга людей, а для всего человечества. При этом особенности их выражения зависят от специфики культурно-исторического развития той или иной страны, ее религиозных традиций, типа цивилизации. Во-вторых, данные ценности – это исторически и социально нелокализуемое понятие. Они носят постоянный, непреходящий характер, выступая в качестве идеала, регулятивной идеи, образца поведения для всех людей [4].

В то же время, следует учитывать, что при определении целей воспитания каждое общество в большей или меньшей степени ориентируется на свои традиционные ценности и в этом заключается важное средство сохранения культурного и национального своеобразия, самоидентификации нации.

Среди основных идей гуманистической психологии и педагогики можно выделить следующие идеи:

- природосообразности индивидуального развития: комплиментарность индивидуальных черт; самооценность каждого периода жизни и взаимосвязи этих периодов; уникальность, незаменимость и непредопределенность жизненного пути;

- субъективного восприятия времени жизни и субъектности познающего сознания: познание как понимание; образовательный выбор; социальная ситуация развития;

- диалогичности природы человека: ценностно-смысловое равенство участников педагогического процесса, культурная обусловленность личностного становления;

- открытости образования и многообразия форм, средств и сфер воплощения гуманистических идей в педагогической действительности.

Необходимо отметить, что идеи гуманистической психологии и педагогики в профессиональной подготовке и деятельности современных специалистов могут быть реализованы в соответствующих формах обучения, воспитания, профессионального и личностного развития, подготовки и профессионального взаимодействия, которые предполагают высокую степень индивидуализации и дифференциации, делают акцент на формировании активности и инициативности личности обучающегося (работника), на формировании отношений участников этих процессов на основе принципов сотрудничества, успеха и субъект – субъектного подхода.

Анализ положений гуманистической психологии и педагогики позволяет соотнести их с тремя, наиболее идейно близкими им, моделями образования:

- 1) педагогической антропологии (понимание человека как целостности, где духовно-душевное неразрывно связано с телесностью; ядром педагогической антропологии выступает образ человека, который строится исходя из биологической недостаточности человека, его открытости и становления в процессе воспитания и обучения; сюда относятся концепции личностно-ориентированного и проблемно-эвристического обучения);

- 2) экзистенциально-диалогической теории, усматривающей смысл и основания педагогического процесса в межличностных связях, во взаимозависимости Я и Ты и характеризующей образование как симметричную коммуникацию между учителем и учениками; модель представлена, прежде всего, концепциями в рамках коммуникативного и культурологического подходов;

3) теории непрерывного образования (отказ от формальной иерархии традиционной системы образовательных институтов; реорганизация образования на принципах таких подходов как «образование через вариативные институты сообщества» и «образование на протяжении всей жизни»).

Ценностные особенности реализации идей гуманистической психологии и педагогики в профессиональной подготовке и деятельности современных специалистов могут быть наглядно представлены в сопоставлении указанных идей с авторитарной (функционально-нормативной, рационально-технократической) доктриной социального заказа на подготовку специалистов [5].

Основой такого сопоставления могут являться типичные для педагогической действительности критерии постановки цели, выбора средств их осуществления, оценки результатов функционирования педагогической системы, среди которых: критерий взаимоотношений обучающего и обучаемого (равенство – императивность); критерий теоретического осмысления средств достижения педагогических целей (творчество – догматизм); критерий практического подхода к организации педагогического процесса (свобода – регламентация); критерий содержательности учебной деятельности (интеграция – специализация); критерий организации жизненного пространства (создание/преобразование – использование/присутствие).

В качестве основных путей реализации в профессиональной подготовке и деятельности современных специалистов идей гуманистической психологии и педагогики можно выделить:

- содействие личностному развитию специалистов инженерного профиля как субъектов профессионального образования, деятельности и общения на основе единства интеллектуальной, эмоционально-чувственной и волевой сфер, которое призвано обеспечить психологическое, физическое и интеллектуальное здоровье человека;

- ориентацию специалистов инженерного профиля на приобретение в процессе профессиональной подготовки и реализацию в ходе трудовой деятельности гуманистических нравственных ценностей, гуманистической направленности личности, её ориентации на культурные ценности общества, что предполагает формирование иерархии ценностных ориентаций личности, осмысление человеком собственной жизни и обретение позитивной жизненной позиции через освоение культуры;

- обеспечение ценностно-смыслового равенства участников процессов профессиональной подготовки, деятельности и общения, которое акцентирует феномен диалогичности природы человека и предполагает, что человек обретает своё Я только во взаимодействии с другими людьми, опираясь на реальность различий между Я и Ты;

- личностную ориентацию процессов подготовки, обучения, воспитания, профессионального общения, которая предполагает, что педагог, работник видит и ценит в партнере по образованию, деятельности, обще-

нию уникальную личность и последовательно добивается того, чтобы он также видел личность в самом себе, а так же в каждом из окружающих его людей;

- творческое применение многообразия форм и способов воплощения идей гуманистической психологии и педагогики в профессиональной подготовке и деятельности специалистов инженерного профиля.

Таким образом, проведенный анализ показывает, что с учетом тенденций развития общества, науки и образования является актуальной, теоретически и практически значимой научно-практической психолого-педагогической разработкой путей и условий реализации идей гуманистической психологии и педагогики в профессиональной подготовке и деятельности современных специалистов.

Литература

1. *Амонашвили Ш.А.* Размышления о гуманной педагогике / Ш.А. Амонашвили. – М. : Изд. дом Шалвы Амонашвили, 1995. – 496 с.

2. *Бездухов В.П.* Гуманистическая направленность учителя / В.П. Бездухов. – Самара : Изд-во СамГПУ, 1997. – 172 с.

3. *Берулава М.Н.* Теория и практика гуманизации образования / М.Н. Берулава. – М. : Гелиос АРВ, 2000. – 340 с.

4. *Гуманистические тенденции в развитии непрерывного образования взрослых в России и США* / под ред. М.В. Кларина, И.Н. Семенова. – М. : ИТПиМИО РАО, 1994. – 189 с.

5. *Соколова Н.Д.* Гуманистические идеи в педагогических теориях, системах и технологиях / Н.Д. Соколова. – Шадринск : Изд-во Шадрин. пед. ин-та, 1999. – 93 с.

КОМАНДНЫЙ ФАКТОР В ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Восточно-Европейский институт психоанализа, Санкт-Петербург

Введение

Перспективы развития российской психиатрии вызывают горячие дискуссии в обществе. Например, Т.Б. Дмитриева (2007) на заседании общественного совета по вопросам психического здоровья указывает, что развитие психиатрической помощи пойдет в сторону ее «амбулаторизации», основным компонентом которой видится расширение психотерапевтической помощи. Это ставит перед психиатрической и психотерапевтической службами важные задачи, решение которых невозможно без эффективной кадровой политики. Полагаясь на собственный опыт, можно с уверенностью сказать, что создание хорошей терапевтической команды – это нечто большее, чем просто достаточное количество хорошо подготовленных специалистов.

В статье представлен подход к формированию команды в коллективе дневного стационара психоневрологического диспансера (ПНД). Целью статьи явилось желание показать, что при хорошей организации работы отделения удастся не только выполнять задачи на высоком профессиональном уровне, но, что не менее важно, разрешать проблему профессиональной деформации личности специалистов. Создание высокопрофессионального коллектива психиатров, психологов и психотерапевтов, оказывающих помощь психиатрическим пациентам, представляется не простой, но вполне осуществимой задачей. В нашем отделении психотерапевтической работе уделяется много внимания, поэтому уместно говорить о созданной команде, как о психотерапевтической.

Исторически сложилось, что в дневном стационаре психотерапевтическая работа зародилась еще в начале 90-х гг. прошлого века, на фоне общего интереса к психологии и психотерапии. Интерес к ней активно поддерживался как врачами и психологами отделения, так и руководством ПНД. С этого времени на отделении активно работала психотерапевтическая группа с больными дневного стационара (преобладали пациенты с диагнозом шизофрения) и клуб бывших пациентов «Ступени», в котором с пациентами занимались рисованием, вокалом, гимнастикой, музыкотерапией. Работа психотерапевтической группы, а также индивидуальная психотерапевтическая и психокоррекционная помощь больным отделением, положительно отражалась на состоянии пациентов [4].

Вместе с тем, только с 2005 г. стало возможным говорить о коллективе дневного стационара как об эффективной группе специалистов. Пси-

хиатры, психотерапевты и психологи отделения стали сплоченным сообществом, основанным на взаимопомощи и уважении. Если проанализировать составляющие эффективной работы, или почему определенное количество людей перешло в новое качество – «команду», то условно их можно разделить на четыре направления: личная терапия и образование, интервизии и супервизии, личные качества специалистов, взаимодействие со средним и младшим персоналом.

Личная терапия и образование

Базисным фактором профессиональной эффективности является подготовленный, то есть «хорошо пролеченный» психотерапевт в ходе собственного тренингового психоанализа (или другого направления психотерапии). Это особенно важно при работе с нарушенными пациентами, так как они вызывают сильные чувства в контрпереносе¹. Если психотерапевт плохо понял себя в ходе личной терапии, то существует опасность, что контрперенос из сильнейшего союзника станет мощным противником терапии. В работе с тяжело нарушенными пациентами необходимо иметь для самого психотерапевта постоянный анализ, поэтому все специалисты стационара имеют собственную индивидуальную и/или групповую терапию.

Врачи и психологи отделения прошли различную школу, главным образом классического психоанализа, гештальт-терапии, рациональной психотерапии, системной терапии и др. К сожалению, в рамках перечисленных подходов не удалось оказывать существенной поддержки психически больным или эффект был непродолжительным. Поэтому с течением времени (примерно десятилетия) основной терапевтической моделью стал современный психоанализ, который положительно зарекомендовал себя в практике отделения [2, 3]. Почему указанный подход имеет преимущества для лечения² душевно больных – тема для отдельного разговора. Но в нескольких словах можно сказать, что современный психоанализ рассматривает тяжело нарушенного пациента (с психотической симптоматикой, зависимостями, расстройствами характера и др.), как человека не способного проявить агрессию и направляющего эту агрессию на самого себя, что вызывает в личности целый каскад изменений, кажущихся, на первый взгляд, необратимыми. Техники современного психоанализа позволяют перенаправить агрессию с Эго пациента на психотерапевта. Этот процесс происходит постепенно в течение нескольких лет, за счет специальных методик (техник), которые помогают пациенту вербализировать свою агрессию в рамках кабинета. Отсюда становится понятным, что в силу этих

¹ Контрперенос – совокупность бессознательных реакций аналитика на личность анализируемого и особенно его перенос.

² Возможно, утверждение, что психоаналитическая модель или ее модификация является «способом лечения» душевно больных, вызовет несогласие коллег. Для автора, тем не менее, этот подход является важным звеном психиатрической помощи, сопоставимым по эффективности с фармакотерапией в ремиссии заболевания.

негативных чувств пациента, психотерапевт подвержен профессиональному выгоранию и профессиональной деформации личности. Вот почему вопрос психопрофилактики специалистов данного профиля особенно важен [1]. В ходе этого терапевтического процесса неконструктивные формы защиты пациента постепенно меняются на более адаптивные, уменьшается выраженность психических нарушений, растет социализация.

Интервизии³ и супервизии⁴

Хорошее образование и опыт теряют свою ценность в процессе работы, если нет возможности «настраивать» себя на нужный профессиональный лад, так как пациенты постоянно оказывают эмоциональное воздействие и «сбивают» эти настройки. Необходимо понимать и исправлять собственные ошибки, преодолевать сложности в работе с пациентами тем более, что эти сложности всегда в той или иной степени резонируют с проблемами самого терапевта. Для решения этого вопроса важным средством поддержки, кроме собственной терапии, является супервизия. В дневном стационаре удалось организовать постоянные еженедельные супервизии с иностранным коллегой, используя Интернет (программа Skype). До этого была возможность получать супервизии только 2–3 раза в год, когда приезжал наш наставник.

Указанные супервизии проходят в группе, состоящей из 8–12 человек, длительностью 1½ часа. Важной особенностью данных супервизий является их фокусная направленность на решение конкретной проблемы, что позволяет за одну сессию дать совет всем участникам группы. К тому же каждый специалист имеет уникальную возможность учиться на чужих ошибках. Несмотря на то, что подробного разбора каждого случая не проводится, подобный подход в супервизии доказал свою эффективность, если психотерапевт следовал рекомендациям супервизора.

Однако и до этого при отсутствии регулярных супервизий использовались интервизии. Они были организованы в виде еженедельных сборов Балинговской группы⁵ и интервизий, базирующихся на системной модели так называемые расстановки⁶. Балинговская группа в нашей работе имеет свою модификацию и представляет собой полуторачасовой разбор случая, точнее, разбор сложностей в работе психотерапевта (психолога, врача) с пациентом. Докладчик описывает случай и формулирует за-

³ Интервизия - представление психологической помощи в среде коллег, равных по опыту, статусу; супервизия без супервизора.

⁴ Супервизия - форма консультирования психотерапевта в ходе его работы более опытным, коллегой, позволяющая психотерапевту систематически видеть, осознавать, понимать и анализировать свои профессиональные действия и свое профессиональное поведение.

⁵ Балинговская группа – рабочие группы врачей, а также психологов и психотерапевтов, для обучения психотерапии под руководством опытных психоаналитиков.

⁶ Расстановка – психотерапевтическая модель Б. Хелленгера, основанная на расстановке в пространстве психотерапевтического кабинета внутреннего образа отношений (с людьми, желаниями, симптомами, системами и др.), использующая для этого других людей (т. н. заместитель) или предметы.

прос к коллегам, как правило, просьбу о помощи в отношении данного пациента или своих чувств по отношению к нему. По очереди задаются вопросы, на которые отвечает докладчик. В финале заявитель запроса снова его формулирует и получает рекомендации по решению проблемы. При этом дискуссия не проводится, докладчик принимает сказанное как частное мнение каждого и использует его настолько – насколько считает нужным. При этом сам пациент, естественно, не участвует в разборе.

Расстановка, используемая для краткосрочной семейной терапии, нашла у нас неожиданное применение – метод стал использоваться для интервью. Расстановка формально похожа на психодраму, однако, важным фактором является исследование чувств (перенос, контрперенос) участников. Это позволяет в наглядной форме (в прямом смысле слова – динамике движений заместителей⁷, мимики, эмоций) увидеть особенности отношений и переживаний в системах «пациент – психотерапевт», «пациент – семья» и др. Заявитель проблемы выбирает себе терапевта из присутствующих лиц, который руководит ходом процесса. После самой расстановки проходит обсуждение, где есть место свободному обмену мнениями и дискуссии.

Личные качества терапевта

Описание следующей составляющей формирования команды является наиболее сложным, но не указывать на нее – значит упустить важное. Можно сказать, что в команде нет случайных людей, для которых медицина, психотерапия – только интересная работа или труд, за который платят деньги. Это всегда нечто большее, если угодно – призвание (невозможность заниматься другим делом, пусть и более привлекательным). Наличие определенных человеческих качеств обуславливает, войдет ли человек в коллектив, или нет. Не всегда решающим фактором является его профессиональный уровень. Если попытаться выделить некую результирующую характеристику, то можно сказать, что решающим качеством является способность к сотрудничеству. Это означает для каждого члена команды право сказать, быть услышанным и понятым, а также потребность услышать и понять другого. Указанное качество позволяет команде осуществлять обмен мнениями без давления и подавления, проявлять творчество, без которого невозможна лечебная практика. Проходит год – два прежде чем кто-то принимается в команду. За это время можно понять, соответствует ли рассматриваемый специалист неписанным требованиям.

Возможно, главным следствием такого подбора персонала является отсутствие зависти в команде, а присутствует конкуренция, как желание сделать лучше свою работу и помочь сделать ее лучше коллеге. Взаимо-

⁷ Заместитель – лицо в расстановке, которое выполняет заданную роль («клиент», «психотерапевт», «симптом», «мать клиента» и т. д.).

помощь является искренней и обыденной частью нашего взаимодействия. Конечно, в команде бывают конфликты, но они разрешаются открыто, не с целью найти правых и виноватых, а уяснить, почему мы не всегда хорошо понимаем друг друга. Может быть, мы так же неправильно понимаем и наших пациентов? Указанное уже имеет непосредственное отношение к нашему профессионализму.

Еще одним дополнительным фактором, который позволяет восстанавливать психологическую форму сотрудника и снимать последствия острого и хронического стресса, является физическая активность. К сожалению, этот ресурс используется нерегулярно отдельными сотрудниками, несмотря на его доступность и эффективность. Так, еженедельный трехразовый полуторачасовой физический тренинг способен хорошо снимать психическое напряжение, увеличивать «кабинетную» работоспособность специалиста на 2–3 ч в день.

Взаимодействие со средним и младшим персоналом

Врачи (психиатры, психотерапевты) и психологи являются ядром коллектива, именно для них использовалось понятие «команда». Кроме того, на отделении есть еще средний, младший персонал, социальные работники и проблема эффективного взаимодействия с ними существует, и они также подвергаются отрицательному эмоциональному влиянию со стороны пациентов. Однако в силу своего профессионального образования, которое недооценивает указанное влияние, у них меньше ресурса, чтобы противостоять этому процессу.

Для увеличения эффективности взаимодействия с данной частью коллектива проводятся еженедельные собрания всего состава дневного стационара. Их формальной целью является обсуждение поведения и состояния пациентов вне кабинета врача (в палате, комнате отдыха, столовой, на занятиях в клубе и т. д.), а также решение текущих вопросов. Попутно решается не менее важная задача – вербализация недовольства друг другом, непонимания, конфликтов и т. п. Это позволяет снизить напряжение на отделении между сотрудниками. Можно с уверенностью сказать, что в формировании негативных процессов у медсестер, санитарок, социальных работников лежат, в том числе и контрпереносные чувства, «наведенные» пациентами. Стоит отметить, что если ранее эта часть персонала негативно относилась к предложению профессиональной поддержки (например, групповой терапии), то теперь они принимают данное предложение. И этот ресурс мы сейчас стараемся реализовать.

Заключение

Основой нашей работы, без сомнения, остаются клинические и фармакологические аспекты, без которых невозможна сегодняшняя психиатрия. Использование современных препаратов, активная инфузионная терапия, комплексное ведение больного (психиатр, психотерапевт, терапевт, физиотерапевт, социальный работник и др.), клинические разборы для нашего отделения являются рутинной практикой, как и для других стационаров и полустационаров. Но придание психиатрическому отделению психотерапевтической составляющей работы существенно обогатило и привнесло качественные изменения в его функционирование.

В ходе организации работы отделения сложилось мнение, что решение проблемы эффективной психиатрической и психотерапевтической помощи во многом лежит над самой системой (лечебное учреждение, образование, отношениями врач-пациент). Основным фундаментом эффективной работы видится в формировании терапевтической команды, в тех четырех аспектах, которые были перечислены выше. Такая организация работы позволяет параллельно решать проблему профессиональной деформации личности специалистов, используя в качестве ресурса характер и особенности дополнительного образования врачей и психологов. На примере коллектива дневного стационара психоневрологического диспансера Санкт-Петербурга, можно утверждать, что это возможно в современных, не самых простых для отечественной психиатрии, условиях.

Литература

1. Решетников М.М. Одержимость и паранойя / М.М. Решетников // Фрейд З. Одержимость дьяволом. Паранойя. – СПб. : Вост.-Европ. ин-т психоанализа, 2006. – С. 5–24.
2. Спотниц Х. Современный психоанализ шизофренического пациента: теория, техника / Х. Спотниц. – СПб. : Вост.-Европ. ин-т психоанализа, 2004. – 296 с.
3. Стерн Х. Кушетка: ее значение и использование в психотерапии / Х. Стерн. – СПб. : Вост.-Европ. ин-т психоанализа, 2002. – С. 188–206.
4. Федоров Я.О. Психотерапия пограничного пациента: случай из практики / Я.О. Федоров // Вестн. психотерапии. – 2006. – № 16(21). – С. 32–46.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА КУРСАНТОВ ВОЕННО-УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

Российский университет кооперации, Химкинский филиал;
Санкт-Петербургский государственный университет
физической культуры им. П.Ф. Лесгафта

Психологическая подготовка военнослужащих предусматривает формирование готовности к успешному выполнению функциональных обязанностей в экстремальных условиях. Её результатом является повышение психологической и физической устойчивости к воздействию различных негативных (в том числе экстремальных) факторов современной войны и учебно-боевой деятельности. У военнослужащего воспитываются высокие морально-боевые качества, позволяющие более эффективно реализовать свои военно-профессиональные знания, навыки и умения.

В аспектах психологической подготовки может быть рассмотрен феномен неспецифической устойчивости, как способности противостоять самым различным психотравмирующим и другим неблагоприятным воздействиям труда, среды и обитания. Это укладывается в понятие «общего адаптационного синдрома» или стресса в его стадии «повышенной резистентности» [13]. Но далее, как отмечается в ряде наших публикаций [7-9, 11], в процессе развития этого состояния, устойчивость к факторам, непосредственно связанным со стрессором, временно сохраняется, но лишь компенсаторно. Одни показатели удерживаются на относительно высоком уровне и даже могут повышаться за счёт других показателей по механизму перераспределения функциональных резервов. Так, тестирование показателей абстрактного мышления у летного состава свидетельствует о его значимом ухудшении, а переключение внимания, выполнение профессиональных действий по пилотированию самолетом поддерживаются на высоком уровне [7-9].

Рассматриваемое состояние эмоциональной напряженности оказалось идентичным стрессу, поскольку у летчиков выявлялось повышение экскреции стероидных гормонов, падение иммунной реактивности [7, 9, 10]. В то же время, проведение специальной физической тренировки в кроссах, спортивных играх, прикладных гимнастических упражнениях, способствовало предупреждению или существенному ослаблению развития стресса в его негативной стадии (ди-стресса). Таким образом, с помощью физических упражнений решались задачи психологической подготовки [8]. Подобные сведения с привлечением других контингентов были получены Е.Н. Курьянович (2003), А.Н. Лункиным (2003), Н.В. Строгановым (1974) [3, 5, 14].

В исследованиях с привлечением курсантов общевоинского учебного заведения [4] проводилась «обкатка» танками, после чего выполнялось метание гранат в цель, контрольные упражнения на координацию движений и тестирование заданиями на оперативную память и восприятие пространственных признаков. В итоге первой «обкатки», результаты в метании гранат снизились от $(3,81 \pm 0,06)$ до $(2,65 \pm 0,10)$ балла ($p < 0,01$). Оценки по упражнениям на координацию движений ухудшились на 52 %, по оперативной памяти – на 33 %, на восприятие пространственных признаков – на 29 %. После семестрового периода специальной физической тренировки, вновь на фоне «обкатки» танками все тестируемые показатели возросли на 12,5–35,2 %.

В другом эксперименте стрессором явился прыжок с 5-метровой вышки ночью в воду в низ ногами. Учитывались внешние проявления эмоций, поведенческие реакции, а так же результаты тестирования в обычной обстановке и непосредственно перед прыжком. Негативные изменения в результатах тестирования оказались близкими к тем, что были при «обкатке» танками.

Затем была проведена специальная физическая тренировка с привлечением двух экспериментальных и контрольных групп (в каждой два классных отделения по 23–27 человек). Как и принято, контрольная группа (КГ) занималась по обычной программе. В экспериментальных группах (ЭГ-1 и ЭГ-2) на занятиях по физической подготовке, помимо обычных упражнений осуществлялись: кросс в лесу на 3 км в темное время суток; тренировка по рукопашному бою и выполнение вольных и парных упражнений в зале с затемненными окнами (в полутьме); преодоление препятствий на фоне утомления (после кросса на 1 км); транспортировка в воде раненого. Кроме того, в ЭГ-2 применялось освоение упражнений на мышечную релаксацию. После тренировки в конце семестра результаты ЭГ-1, особенно ЭГ-2, превосходили то, что было получено в КГ, в том числе по рукопашному бою, преодолению полосы препятствий и при психологическом тестировании.

Например, ЧСС перед прыжком в КГ было $(118,0 \pm 1,2)$ уд./мин, в ЭГ-1 и ЭГ-2 – $(96,0 \pm 0,8)$ уд./мин и $(94,0 \pm 0,8)$ уд./мин соответственно; различия между ЭГ и КГ – $p < 0,01$. Средние показатели психологического тестирования были следующими: в КГ $(2,25 \pm 0,15)$ баллов, в ЭГ-1 и ЭГ-2 соответственно $(3,40 \pm 0,10)$ и $(3,59 \pm 0,12)$ баллов. Преимущество ЭГ перед КГ статистически значима ($p < 0,01$). Оценки за выполнение приёмов рукопашного боя в затемнённом зале: в КГ $(3,12 \pm 0,17)$ баллов; в ЭГ-1 и ЭГ-2 соответственно $(3,65 \pm 0,10)$ и $(3,70 \pm 0,10)$ балла. Преимущество экспериментальных групп перед контрольной группой также статистически значимо. Позитивный перенос определился от тренировок ЭГ по рукопашному бою в затемненном зале и ночных кроссов, способствующих общей адаптации курсантов к действиям в темноте.

Высокий эффект позитивного влияния физической тренировки на психические познавательные процессы определен также в экспериментах, проводимых с привлечением курсантов первокурсников ВИФКа [1]. Стимулировалось состояние эмоционального стресса путем выполнения прыжков в воду с 7-метровой вышки. Одним из условий испытания являлось отсутствие опыта в таких упражнениях. Перед прыжками оценивались внешние проявления эмоций, проба Ромберга, поведенческие реакции. Кроме того, непосредственно перед прыжком и сразу после выхода из воды оценивалось запоминание десяти слов, а через 8–10 мин группами по 3–4 человека курсанты тестировались заданиями на кратковременную память, оперативную память и переключение внимания по красно-черным таблицам [12].

При наличии выраженных внешних проявлений эмоций, резком понижении статико-кинетической устойчивости и ярких вегетативных реакциях (ЧСС, АД), при ухудшении координации движений (по пробе Ромберга) диагностировалось развитие эмоциональной напряженности. Отмечено, что из 82 обследованных курсантов, достаточно выраженные показатели эмоционального стресса были определены у каждого третьего участника эксперимента. В ряде случаев отмечались особо негативные проявления: в 3,2 % было выявлено оживление рефлексов орального автоматизма; в 17,4 % проявление заметной скованности; в 19,2 % сильный тремор; в 21,0 % резкое нарушение пробы Ромберга; 11,0 % сумели после прыжка в воду воспроизвести из 10 только 0–3 слова. Через 8–10 мин тестирование показало ухудшение оперативной памяти на 12 %, переключение внимания на 16,5 %. В ряде случаев ЧСС повышалась до 130–140 уд./мин. и были выявлены изменения диаметра зрачка около 1 мм, чаще в сторону расширения (симпатический эффект).

Корреляционный анализ всех зарегистрированных показателей позволил выявить значимые взаимосвязи между внешними проявлениями эмоций, вегетативными и поведенческими реакциями и устойчивостью психических познавательных процессов. На следующем этапе исследований А.А. Алябьева (2008), курсанты были ознакомлены с упражнениями на мышечную релаксацию, специальными дыхательными упражнениями, методикой самоконтроля за внешними проявлениями эмоций и приёмами их устранения в плане преодоления эмоциональной напряженности [1]. При повторном контрольном воздействии упомянутым стрессором установлено значимое понижение, как внешних проявлений эмоций, вегетативных реакций, так и улучшение показателей психологического тестирования.

Оценки за мимику перед прыжком, по сравнению с предшествующим обследованием в прыжке с вышки, повысились на 7,5 %. Оценки за преодоление скованности – на 8,7 %; проба Ромберга улучшилась на 5,8 %; улучшились оценки за двигательную координацию на 3,8 %. Дан-

ные тестирования оперативной памяти повысились на 13 %, а переключения внимания – на 4,5 %.

Таким образом, с помощью применения физических упражнений решились задачи психологической подготовки по улучшению эмоциональной устойчивости. Повышение уровня развития ряда психических познавательных процессов путём специальной физической тренировки обосновывалось и апробировалось неоднократно в авиации, космонавтики, на флоте и в других видах Вооружённых сил. Были определены возможности целенаправленной тренировки в распределении и переключении внимания, в восприятии пространственных признаков, координации движений, коррекции быстроты действий, оптимизации оперативной памяти [2, 5, 6, 14].

Важную роль психологическая подготовка играет и в спорте, и в физическом совершенствовании представителей различных силовых структур, студентов, учащихся. Психологическая подготовка должна проводиться в единстве с морально-патриотическим воспитанием, формированием любви к Родине, стремлении защищать её интересы, ответственности за порученное дело, уверенности в своих силах, способности противостоять панике. В аспектах решения морально-патриотических задач, специально направленные физические упражнения компенсируются с вербальными воздействиями патриотического содержания, акцентированием внимания на спортивной этике. В таком аспекте можно говорить о единой морально-патриотической и спортивной подготовке.

Литература

1. *Алябьев А.А.* Некоторые вопросы совершенствования эмоциональной устойчивости в ходе учебного процесса по физической культуре / А.А. Алябьев, Е.В. Князева, В.Л. Марищук ; Ун-т сервиса и экономики // Инновационные технологии в системе образования : материалы науч.-практ. конф. – СПб., 2008. – С. 7–10.

2. *Горелов А.А.* Основы специальной физической подготовки лётного состава / А.А. Горелов. – СПб. : ВИФК, 1993. – 144 с.

3. *Курьянович Е.Н.* Психолого-педагогическая коррекция психофизиологических показателей и личностных качеств курсантов в учебном процессе ВИФКа / Е.Н. Курьянович, В.Л. Марищук, О.А. Чурганов // Военная и экстремальная психиатрия. – СПб. : ВМедА, 2003. – С. 106–108.

4. *Логинов О.Н.* Формирование у курсантов общевойскового ВУЗа методических умений в проведении психологической подготовки с будущими подчинёнными с применением физических упражнений: автореф. дис. ... канд. пед. наук / Логинов О.Н. – СПб. : ВИФК, 2000. – 19 с.

5. *Лункин А.Н.* Повышение эффективности профессионального образования слушателей ВУЗов МВД России, путем применения средств

физической подготовки / А.Н. Лункин ; С-Петербур. ун-т МВД России. – СПб., 2003. –178 с.

6. *Макаров Р.Н.* Методические рекомендации по физической и физиологической подготовке лётного и курсантского состава гражданской авиации / Р.Н. Макаров. – М. : Воздуш. транспорт, 1988. – 344 с.

7. *Марищук В.Л.* Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса / В.Л. Марищук, В.И. Евдокимов. – СПб. : Сентябрь. – СПб., 2001. – 259 с.

8. *Марищук В.Л.* Напряжённость в полёте / В.Л. Марищук, К.К. Платонов, Е.А. Плетницкий. – М. : Воениздат. – М, 1969. – 120 с.

9. *Марищук В.Л.* Некоторые данные о стресс-реакциях у членов лётных экипажей при длительных полётах / В.Л. Марищук, З.Н. Лебедева, М.С. Серёгин // Особенности труда и быта лётного состава, осуществляющего длительные полёты : материалы воен.-науч. конф. – Л. : ВМедА, 1965.

10. *Марищук В.Л.* Об эмоциональных реакциях членов лётных экипажей вертолётов в полётах / В.Л. Марищук, Т.Е. Львова, В.И. Савищев ; в/ч 64688 // Изучение особенностей деятельности лётных экипажей вертолётов. – М., 1971. – С. 55–57.

11. *Марищук В.Л.* Вопросы морально-психологической подготовки личного состава Советской Армии и ВМФ / В.Л. Марищук. – Л. : ВИФК, 1988. – 40 с.

12. *Марищук В.Л.* Психодиагностика в спорте/ В.Л. Марищук, Л.К. Серова, Б.М. Блудов// Просвещение. – М, 2005.учебное пособие.

13. *Селье Г.* Стресс без ди-стресса / перевод с англ./ Г. Селье.- М.Прогресс.1982. – С. 128.

14. *Строганов Н.В.* Физическая тренировка, как средство повышения профессиональной эффективности штурмана / В.Л. Марищук, Н.В. Строганов. – Челябинск : ЧВВАУШ, 1974. – 186 с.

**НАУКОВЕДЕНИЕ.
ОРГАНИЗАЦИЯ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

**БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ КНИГ
ПО СТАТИСТИЧЕСКИМ МЕТОДАМ
В СФЕРЕ МЕДИЦИНЫ И ПСИХОЛОГИИ**

Редколлегия и редакционный совет журнала обращает внимание научных сотрудников и практикующих специалистов на более активное применение средств и методов доказательной медицины и психологии в научных работах и опытно-практических разработках, в связи с чем предлагается библиографический список книг, опубликованных на русском языке в 1975–2007 гг. (в основном в 2000–2007 гг.), по статистическим методам обработки результатов исследований. Библиографическое описание содержит шифр хранения документа в фондах Российской национальной библиотеки (РНБ).

Медицина

1. Агаков В.Г. Элементы высшей математики в биологии и медицине (дифференциальное исчисление) : учеб. пособие / В.Г. Агаков, А.А. Васильев, Ю.Я. Максимов ; Чуваш. гос. ун-т им. И.Н. Ульянова. – Чебоксары : Изд-во Чуваш. ун-та, 2002. – 105 с. ISBN 5-7677-0605-0. Тираж 300 экз. Шифр хранения в РНБ: 2003–3/4101.

2. Анализ медицинских данных государственного статистического наблюдения / В.М. Дорофеев, И.А. Красильников, И.В. Машкова [и др.] ; Мед. информ.-аналит. центр. – СПб. : СПбМИАЦ, 2002. – 131 с. ISBN 5-7997-0407-X. Тираж 400 экз. Шифр хранения в РНБ: 2003–3/6334.

3. Анализ статистических данных с использованием электронной таблицы Excel : [метод. пособие] / Н.П. Пупырев, Н.В. Трухачева ; Алт. гос. мед. ун-т. – Барнаул : Алт. гос. мед. ун-т, 2006. – 67 с. ISBN 5-9505-0116-0. Тираж 766 экз. Шифр хранения в РНБ: 2006–4/37192.

4. Антипенко Э.С. Выбор статистических методов в медицинских исследованиях : идеи и понятия / Э.С. Антипенко, А.Э. Антипенко. – М. : Компания Спутник+, 2007. – 114 с. ISBN 978-5-364-00422-2. Тираж 100 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007–3/14638.

5. Балантер Б.И. Введение в математическое моделирование патологических процессов / Б.И. Балантер, М.А. Ханин, Д.С. Чернавский ; Акад. мед. наук СССР. – М. : Медицина, 1980. – 263 с. Тираж 3400 экз. Шифр хранения в РНБ: 80–5/2595.

6. Банержи А. Медицинская статистика понятным языком : вводный курс / А. Банержи ; пер. с англ. под ред. В.П. Леонова. – М. : Практ. ме-

дицина, 2007. – 287 с. ISBN 978-5-98811-087-3. Тираж 2000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007–3/28429; У Р11(2)0/Б-230; М₁ Р11(2)2/Б-230.

8. Беллман Р.Э. Математические методы в медицине / пер. с англ. А.Л. Асаченкова, Н.А. Шальной ; под ред. Л.Н. Белых. – М. : Мир, 1987. – 200 с. Тираж 12000 экз. Шифр хранения в РНБ: 87–5/1723.

9. Бойко А.Т. Актуальные вопросы статистики здравоохранения / Бойко А.Т., Грибанова Т.Н., Телешева Т.Ю. – Екатеринбург : Екатеринбург, 2000. – 295 с. – (Медицина). ISBN 5-88464-023-4. Тираж 500 экз. Шифр хранения в РНБ: 2000–3/13024.

10. Большая энциклопедия Кирилла и Мефодия : 84 500 энциклопедических статей, 26000 мультимедиа-иллюстраций, 755 аудиофрагментов, 9 ч звучания, 530 видеофрагментов, 6,5 ч видео, 1600 цитат из первоисточников, более 10000 объектов в интерактивном географическом атласе мира и регионов РФ [и др.] [Электронный ресурс] / Кирилл и Мефодий. – С изм. и доп. – М. : Кирилл и Мефодий : Нью Медиа Дженерейшн, 2005. – 10 электрон. опт. диск (CD-ROM) : цв., зв. – 12 см. – (Современная универсальная Российская энциклопедия) (Знания обо всем) (Лидер среди энциклопедий) (Бестселлер). – Загл. с коробки. Шифр хранения в РНБ: CD 2006–3/86.

11. Булаев М.П. Математика: теория вероятностей и математическая статистика : учеб. пособие : для студентов спец. 061100, 021700 и 021100, аспирантов и слушателей ФПДО / Булаев М.П., Дорошина Н.В., Дмитриева М.Н. ; Рязан. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова. – Рязань : Изд-во Рязан. гос. мед. ун-та, 2002. – 205 с. ISBN 5-8423-0052-4. Тираж 100 экз. Шифр хранения в РНБ: 2004–3/3835.

12. Бурого В.А. Статистические методы медико-экологического картирования / В.А. Бурого, Т.В. Бурого. – Владивосток : Изд-во ДВГА-ЭУ, 2003. – 239 с. ISBN 5-93362-184-6. Тираж 100 экз. Шифр хранения в РНБ: 2004–3/4195.

13. Бююль А. SPSS: искусство обработки информации : [пер. с нем.] / А. Бююль, П. Цефель. – Platinum Edition. – М. [и др.] : DiaSoft, 2005. – 602 с. ISBN 5-93772-133-0. Тираж 1000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2006–7/428.

14. Вараксин А.Н. Статистические модели регрессионного типа в экологии и медицине / А.Н. Вараксин ; Урал. гос. техн. ун-т, Ин-т пром. экологии УрО РАН. – Екатеринбург : Гощицкий, 2006. – 255 с. ISBN 5-98829-005-1. Тираж 200 экз. Шифр хранения в РНБ: 2006–5/8064.

15. Воробьев С.А. Математическая обработка результатов исследований в медицине, биологии и экологии / С.А. Воробьев, А.А. Яшин ; Тул. гос. ун-т, НИИ новых мед. технологий. – Тула : ТулГУ, 1999. – 120 с. ISBN 5-7679-174-0. Тираж 150 экз. Шифр хранения в РНБ: 2000–3/18742.

16. Гельман В.Я. Электронная таблица Excel для врачей : учеб. пособие / В.Я. Гельман ; С.-Петербург. мед. акад. последиплом. образования. – СПб., 2000. – 58 с. Тираж 500 экз. Шифр хранения в РНБ: 2001–4/2686.

17. Герасевич В.А. Компьютер для врача : самоучитель / В.А. Герасевич. – 2-е изд. – СПб. : БХВ-Петербург, 2004. – 488 с. ISBN 5-94157-427-4. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2004–7/4455; У Р.с/Г-370.

18. Герасимов А.Н. Математические модели в биологии, экологии и медицине : учеб. пособие / А.Н. Герасимов ; Моск. гос. инж.-физ. ин-т (техн. ун-т). – М. : МИФИ, 1998. – 40 с. ISBN 5-7262-0190-6. Тираж 100 экз. Шифр хранения в РНБ:99–4/11056.

19. Герасимов А.Н. Медицинская статистика : учеб. пособие : для студ. мед. вузов / А.Н. Герасимов. – М. : Мед. информ. аг-во, 2007. – 475 с. ISBN 5-89481-456-1. Тираж 5000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007–5/7320; У Р11(2)0/Г-371; М₁ Р11(2)2/Г-371.

20. Гланц С. Медико-биологическая статистика / С. Гланц ; пер. с англ. Ю.А. Данилова ; под ред. Н.Е. Бузикашвили, Д.В. Самойлова. – М. : Практика, 1999. – 459 с. ISBN 5-89816-009-4. Тираж 5000 экз. Шифр хранения в РНБ: 99–5/4942; М₁ Рс/Г-526; М₂ Р.в6/Г-526.

21. Граунт Д. Начала статистики населения, медицинской статистики, математики страхового дела / Дж. Граунт, Э. Галлей ; пер. с англ. О.Б. Шейнина. – Берлин, 2005. – 133 с. ISBN 3-938417-22-6. Шифр хранения в РНБ: 2006–7/1635.

22. Гуляев Ю.П. Математические модели биомеханики в медицине : учеб. пособие для студентов мех.-мат. фак. / Ю.П. Гуляев, Л.Ю. Коссович ; Саратов. гос. ун-т им. Н.Г. Чернышевского. – Саратов : Изд-во Саратов. ун-та, 2001. – 49 с. ISBN 5-292-02754-5. Тираж 100 экз. Шифр хранения в РНБ: 2002–4/9857.

23. Гура А.Н. Вопросы эпидемиологии и причинно-значимых связей при алергодерматозах у детей и подростков Тюменской области по результатам методов математического многофакторного анализа / Гура А.Н. ; Тюмен. гос. мед. акад. – Тюмень : Вектор бук, 2000. – 43 с. ISBN 5-88131-131-0. Тираж 100 экз. Шифр хранения в РНБ: 2002–4/2285.

24. Денисов А.Б. Математика и основы теории патологии / А.Б. Денисов ; Алт. гос. мед. ун-т. – Барнаул : Алт. гос. мед. ун-т, 2005. – 79 с. Тираж 200 экз. Шифр хранения в РНБ: 2005–4/26233.

25. Диагностика состояния человека: математические подходы / А.В. Богомолов, Л.А. Гридин, Ю.А. Кукушкин, И.Б. Ушаков. – М. : Медицина, 2003. – 461 с. ISBN 5-225-04130-2. Тираж 1000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2004–5/751.

26. Жидкова О.И. Медицинская статистика : конспект лекций / О.И. Жидкова. – М. : Eksmo education, 2007. – 159 с. – (Экзамен в кармане) (Хит сезона). ISBN 978-5-699-22138-7. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007–3/28487.

27. Зайцев В.М. Прикладная медицинская статистика : учеб. пособие для студ. мед. вузов / В.М. Зайцев, В.Г. Лифляндский, В.И. Маринкин. – Изд. 2-е. – СПб. : Фолиант, 2006. – 426 с. ISBN 5-93929-135-X. Шифр хранения в РНБ: 2006–5/1856; М₁ Р.с/3-177; У Р11(2)02/3-177.

28. Иванов Ю.И. Статистическая обработка результатов медико-биологических исследований на микрокалькуляторах по программам / Иванов Ю.И., Погорелюк О.Н. – М. : Медицина, 1990. – 217 с. ISBN 5-225-00681-7. Тираж 17 000 экз. Шифр хранения в РНБ: 91–3/524.

29. Кадырова Н.О. Теория вероятностей и математическая статистика : статистический анализ данных : учеб. пособие [по направлениям 553100 «Техническая физика» и 553120 «Медицинская и биоинженерная физика»] / Н.О. Кадырова, Л.В. Павлова, И.Е. Ануфриев ; С.-Петерб. гос. политех. ун-т. – СПб. : Изд-во СПбГПУ, 2004. – 53 с. Тираж 100 экз. Шифр хранения в РНБ: 2006–4/2193.

30. Кант В.И. Математические методы и моделирование в здравоохранении. – М. : Медицина, 1987. – 222 с. Тираж 7500 экз. Шифр хранения в РНБ: 88–3/1093.

31. Каргин С.В. Вероятностное классифицирование: методология, статистика, приложения / С.В. Каргин ; Смолен. гос. мед. акад. – Смоленск : СГМА, 1998. – 74 с. ISBN 5-87349-014-7. Тираж 500 экз. Шифр хранения в РНБ: 2002–4/5955.

32. Карп В.П. Вычислительные методы анализа временных рядов в биологии и медицине : учеб. пособие / В.П. Карп ; Моск. гос. ин-т радиотехники, электроники и автоматики (техн. ун-т). – М. : МИРЭА, 2002. – 87 с. ISBN 5-7339-0350-3. Тираж 150 экз. Шифр хранения в РНБ: 2002–4/8697.

33. Карпушкина С.А. Применение Microsoft Excel для статистического анализа данных медико-биологических исследований : учеб. пособие / С.А. Карпушкина. – Саранск : Изд-во Мордов. ун-та, 2001. – 150 с. Тираж 300 экз. Шифр хранения в РНБ: 2002–3/3146.

34. Климовицкий В.Г. Применение математической статистики в медико-биологических исследованиях / В.Г. Климовицкий, А.В. Колодежный, Н.А. Вертыло. – Донецк : Донеччина, 2004. – 216 с. ISBN 966-556-562-1. Тираж 300 экз. Шифр хранения в РНБ: 2004–3/11646.

35. Ключин Д.А. Доказательная медицина : применение статистических методов / Д.А. Ключин, Ю.И. Петунин. – М. [и др.] : Диалектика, 2008. – 315 с. ISBN 978-5-8459-1321-0. Тираж 1000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008–7/1802.

36. Комаров Ю.М. Введение в курс математической статистики в медицине и биологии : (обзор истории, методов и методик) / Комаров Ю.М., Медик В.А. ; НПО «Медсоцэкономинформ», Новгород. гос. ун-т им. Я. Мудрого. – В. Новгород, 1997. – 190 с. Тираж 1000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2002–5/81.

37. Корнеев А.М. Использование методов кластерного анализа для дискретных величин : учеб. пособие : [для студ. специальности «АСОиУ» «Инженерное дело в медико-биологической практике»] / А.М. Корнеев ; Липец. гос. техн. ун-т. – Липецк : Липец. гос. техн. ун-т, 2006. – 56 с. ISBN 5-88247-280-6. Тираж 200 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007–4/19806.

38. Косых Н.Э. Информационные модели распространения социально значимых заболеваний : [(на примере онкоэпидемиологии Хабаровского края)] / Н.Э. Косых, С.З. Савин, А.Ю. Десятов. – Хабаровск : Дальнаука, 2006. – 70 с. – (Препринт / Рос. акад. наук, Дальневост. отд-ние, Вычисл. центр ; № 99). Тираж 100 экз. Шифр хранения в РНБ: 2006–4/33147.

39. Краткие основы математики для решения конкретных задач медицины и биологии : пособие для студентов 1 курса лечеб. и стоматол. фак. / В.В. Мещанинова [и др.] ; С.-Петербур. гос. мед. ун-т им. И.П. Павлова. – СПб. : Изд-во СПбГМУ, 2000. – 61 с. Тираж 600 экз. Шифр хранения в РНБ: 2001–4/10077.

40. Кулаичев А.П. Методы и средства анализа данных в среде Windows STADIA 6.0 : [соврем. статистика и разносторон. графика просто и удобно для тысяч пользователей в науке, технике, образовании, экономике, бизнесе, медицине и др. обл.] / А.П. Кулаичев. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Информатика и компьютеры, 1998. – 269 с. ISBN 5-89573-021-3. Тираж 1000 экз. Шифр хранения в РНБ: 98–8/875.

41. Курс лекций по дисциплине «Теория статистики» : для студ. фак. экон. и упр. здравоохранением / сост. Святова О.В. ; Курск. гос. мед. ун-т. – Курск : Курск. гос. мед. ун-т, 2005. – 154 с. ISBN 5-7487-0929-5. Тираж 100 экз. Шифр хранения в РНБ: 2005–3/29636.

42. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel : эксперим. исслед. Клинич. испытания. Анализ фармац. рынка / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. – 2-е изд., доп., с магнит. носителем. – Киев : МОРИОН, 2001. – 407 с. – (Медицина и статистика). ISBN 966-7632-33-4. Тираж 2000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2002–7/1118; М₁ Р.с/Л-240.

43. Лапко А.В. Статистические методы моделирования и принятия решений в развивающихся медико-биологических системах / А.В. Лапко, О.М. Новиков, Л.С. Поликарпов ; АН СССР, Сиб. отд-ние, Краснояр. науч. центр. – Новосибирск : Наука, 1991. – 223 с. ISBN 5-02-029908-1. Тираж 1000 экз. Шифр хранения в РНБ: 91–5/2888.

44. Лукьянова Е.А. Анализ данных : метод. пособие для лаборат. работ по мед. информатике (статистика) : для студ. специальностей «Лечебное дело» и «Фармация» / Е.А. Лукьянова, Т.В. Ляпунова, О.В. Манкаева. – М. : Изд-во Рос. ун-та дружбы народов, 2006. – 91 с. ISBN 5-209-01964-0. Тираж 200 экз. Шифр хранения в РНБ: 2006–4/28361.

45. Максимов Г.К. Доказательная медицина и общественное здоровье / А.Г. Максимов, Т.Г. Максимова, Г.К. Максимов ; С.-Петерб. гос. ун-т экон. и финансов. – СПб. : Изд-во СПбГУЭФ, 2001. – 159 с. ISBN 5-7310-1496-5. Тираж 200 экз. Шифр хранения в РНБ: 2003–3/3527.

46. Малашонок Г.И. Эффективная математика: моделирование в биологии и медицине : учеб. пособие / Г.И. Малашонок, Е.В. Ушакова ; Тамб. гос. ун-т им. Г.Р. Державина. – Тамбов : ТГУ, 2001. – 45 с. Тираж 60 экз. Шифр хранения в РНБ: 2002–4/11365.

47. Малета Ю.С. Математические методы статистического анализа в биологии и медицине / Ю.С. Малета, В.В. Тарасов ; Моск. гос. ун-т им. М.В. Ломоносова. – М. : Изд-во МГУ, 1982. – 179 с. Тираж 500 экз. Шифр хранения в РНБ: 82–5/3359.

48. Малета Ю.С. Непараметрические методы статистического анализа в биологии и медицине / Ю.С. Малета, В.В. Тарасов ; Моск. гос. ун-т им. М.В. Ломоносова. – М. : Изд-во МГУ, 1982. – 178 с. Тираж 500 экз. Шифр хранения в РНБ: 82–5/6013.

49. Математические методы в медико-биологических исследованиях. Элементы математической статистики независимых переменных : [метод. указания] / Муромцев К.К., Булова Т.В. ; Ленингр. педиатр. мед. ин-т. – Л. : Ленуприздат, 1991. – 123 с. Тираж 500 экз. Шифр хранения в РНБ: 91–3/6576.

50. Математические методы современной биомедицины и экологии / В.И. Афромеев, А.А. Протопопов, В.П. Фильчакова, А.А. Яшин ; Тул. гос. ун-т, НИИ новых мед. технологий. – Тула : ТулГУ, 1997. – 223 с. ISBN 5-7679-0097-3. Шифр хранения в РНБ: 2000–3/15838

51. Математические навыки : [учеб. пособие / науч. ред. В.Ю. Халатов ; Колледж им. Грента МакЮэна (г. Эдмонтон, Канада)]. – М. : ГЭОТАР-Мед, 2001. – 34 с. (Серия учебной литературы «Образование Медсестер» ; модуль 20). ISBN 5-9231-0137-8. Тираж 1000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2002–8/288.

52. Матус П.П. Математическое моделирование в биологии и медицине : аннотац. справ. / П.П. Матус, Г.П. Рычагов. – Минск : Беларус. навука, 1997. – 207 с. ISBN 985-08-0057-7. Тираж 500 экз. Шифр хранения в РНБ: С К–1/7345.

53. Медведев Л.Н. Биометрия : практ. рук. по математическому статистическому анализу биомедицинских данных : учеб. пособие для студ. пед. ун-тов / Л.Н. Медведев. – Красноярск : Ред.-изд. отдел КГПУ, 2004. – 325 с. ISBN 5-85981-022-9. Тираж 88 экз. Шифр хранения в РНБ: 2005–5/9630.

54. Медик В.А. Математическая статистика в медицине : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений, обучающихся по специальностям «Лечебное дело», «Сестринское дело», «Педиатрия», «Медико-профилактическое дело», «Стоматология», «Фармация», «Статистика», «Прикладная математика и информатика» / В.А. Медик, М.С. Токмачев. –

М. : Финансы и статистика, 2007. – 798 с. ISBN 978-5-279-03195-5. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007–7/3309; У Р.в6/М-422.

55. Медик В.А. Математическая статистика в медицине и биологии / Медик В.А., Токмачев М.С. ; Новгород. гос. ун-т им. Я. Мудрого. – Новгород, 1998. – 242 с. Тираж 1000 экз. Шифр хранения в РНБ: 99–5/5226.

56. Медик В.А. Статистика в медицине и биологии : руководство : в 2 т. / В.А. Медик, Б.Б. Фишман, М.С. Токмачев ; под ред. Ю.М. Комарова ; Рос. акад. мед. наук, Сев.-Зап. отд-ние, Новгор. гос. ун-т им. Я. Мудрого. – М. : Медицина. – Т. 1 : Теоретическая статистика. – 2000. – 454 с. ISBN 5-225-04630-4. Тираж 1000 экз. ; Т. 2 : Прикладная статистика здоровья. – 2001. – 351 с. ISBN 5-225-04155-8. Тираж 1000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2001–7/2198.

57. Медицинская статистика : учеб. пособие : [для студ. 5 курса спец. 060800 «Экон. и упр. на предприятии(здравоохранение)» днев. формы обучения] / С.Л. Петросян, Е.В. Ефанова, Г.Ф. Салова, О.Г. Николаев ; Воронеж. гос. техн. ун-т. – Воронеж : Воронеж. гос. техн. ун-т, 2003. – 263 с. Тираж 150 экз. Шифр хранения в РНБ: 2004–3/2160.

58. Медицинская статистика, организация санитарно-статистического исследования : стат. табл. Относит. показатели. Динам. ряды. Граф. изображения : метод. рекомендации / Е.Н. Жбанова ; Твер. гос. мед. акад. – Тверь : ТГМА, 2001. – 15 с. Тираж 150 экз. Шифр хранения в РНБ: 2002–4/2481.

59. Методические указания к применению ЭВМ для статистических расчетов в медико-биологических исследованиях : для студ. 1-го курса мед. ин-тов / В.А. Дяков, И.И. Хаимзон ; Минздрав УССР, Респ. метод. каб. по высш. и сред. мед. образованию. – Киев : Минздрав УССР, 1987. – 23 с. Тираж 2000 экз. Шифр хранения в РНБ: 88–4/20750.

60. Многофакторное планирование и анализ в медико-биологических исследованиях / В.И. Попов, В.Н. Карпов, И.Б. Ушаков [и др.] ; Гос. науч.-исслед. испытат. ин-т воен. медицины, Воронеж. гос. мед. акад. – Воронеж : ВГУ, 2000. – 67 с. ISBN 5-9273-0005-7. Тираж 1000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2001–8/1829.

61. Морозов Ю.В. Основы высшей математики и статистики / Ю.В. Морозов. – М. : Медицина, ... (Учеб. лит. для студ. мед. вузов)

• 1998. – 231 с. ISBN 5-225-00972-7. Тираж 5000 экз. Шифр хранения в РНБ: 98–5/1183; Т₁ В11/М-801.

• 2-е изд. – 2004. – 231. ISBN 5-225-04852-8. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2005–5/9638.

62. Новиков Д.А. Статистические методы в медико-биологическом эксперименте : (типовые случаи) / Д.А. Новиков, В.В. Новочадов ; Волгогр. науч. центр РАМН [и др.]. – Волгоград : Изд-во ВолГМУ, 2005. – 83 с. ISBN 5-9652-0011-0. Тираж 150 экз. Шифр хранения в РНБ: 2005–4/26310.

63. Основные принципы применения статистического анализа в ме-
дико-биологических исследованиях : [пособие для врачей] / В.К. Фролков,
А.Ф. Бабякин, В.М. Погорельский [и др.] ; Ессентук. центр. воен. санато-
рий, Исслед. лаб. воен. курортологии. – Ессентуки, 1997. – 38 с. Тираж
270 экз. Шифр хранения в РНБ: 2000–8/1405.

64. Основы высшей математики и математической статистики :
учеб. для вузов : для студентов мед. и фармацев. вузов / И.В. Павлушков,
Л.В. Розовский, А.Е. Капутьцевич [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа,

• 2005. – 422 с. – (Серия XXI век) ISBN 5-9704-0014-9. Тираж 1500
экз. Шифр хранения в РНБ: 2005–5/6079.

• 2-е изд., испр. – 2006. – 422 с. ISBN 5-9704-0245-1. Тираж 1000 экз.
Шифр хранения в РНБ: 2006–5/8826.

• 3-е изд., испр. – 2007. – 422 с. ISBN 978-5-9704-0376-1. Тираж 2000
экз. Шифр хранения в РНБ: 2007–5/2758; Ю В11/О-75.

65. Основы математической статистики : учеб. пособие / Булаев
М.П., Дорошина Н.В., Кондрашова М.Н., Шангина Е.Л. ; Ряз. гос. мед. ун-
т им. И.П. Павлова. – Рязань : Ряз. гос. мед. ун-т, 2000. – 121 с. ISBN 5-
8423-0013-3. Тираж 70 экз. Шифр хранения в РНБ: 2002–3/11818.

66. Основы статистического анализа в медицине : учеб. пособие :
для студ. мед. вузов / Чернов В.И., Есауленко И.Э., Семенов С.Н., Сере-
женко Н.П. ; Воронеж. гос. мед. акад. им. Н.Н. Бурденко. – Воронеж,
2003. – 112 с. ISBN 5-9273-0411-7. Тираж 1000 экз. Шифр хранения в
РНБ: 2003–3/29905.

67. Основы теории вероятностей и математической статистики : по-
собие для студ. стомат. фак. и фак. высш. сестринского образования / Д.В.
Соколов, В.А. Марущак ; С.-Петербур. гос. мед. ун-т им. И.П. Павлова. –
СПб. : Изд-во СПбГМУ, 2007. – 56 с. Тираж 300 экз. Шифр хранения в
РНБ: 2008–4/3936.

68. Оценка результатов статистического исследования : метод. ре-
комендации / К.А. Эхте ; Твер. гос. мед. акад. – Тверь : ТГМА, 2001. – 15
с. Тираж 150 экз. Шифр хранения в РНБ: 2002–4/2478.

69. Петри А. Наглядная статистика в медицине : пер. с англ. / А.
Петри, К. Сэбин. – М. : ГЭОТАР-Мед, 2003. – 141 с. – (Экзамен на отлич-
но). ISBN 5-9231-0269-2. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2003–
8/989; М₁ Р11(2)2/П-300; М₂ Р11(2)02/П-304.

70. Плавинский С.Л. Биостатистика: планирование, обработка и
представление результатов биомедицинских исследований при помощи
системы SAS / С.Л. Плавинский ; С.-Петербур. мед. акад. последиплом. об-
разования. – СПб. : СПбМАПО, 2005. – 559 с. ISBN 5-98037-053-6. Тираж
1000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2006–7/6138; У Р.в6/П-370; М₁ Р.с/П-370.

71. Платонов А.Е. Статистический анализ в медицине и биологии:
задачи, терминология, логика, компьютерные методы / Платонов А.Е. ;

Рос. акад. мед. наук. – М. : Изд-во РАМН, 2000. – 50 с. ISBN 5-7901-0022-8. Тираж 1000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2001–4/5817.

72. Прикладная статистика здоровья. – М. : Медицина : Шико, 2001. – 351 с. ISBN 5-225-04155-8. Тираж 1000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2001–7/2198.

73. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения : учеб. пособие для мед. вузов : учеб. для студ. мед. вузов / В.З. Кучеренко [и др.]. – 4-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 245 с. ISBN 978-5-9704-0594-9. Тираж 2000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007–3/34947.

74. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва – [3-е изд.]. – М. : МедиаСфера, 2006. – 305 с. ISBN 5-89084-013-4. Шифр хранения в РНБ: 2007–3/76.

75. Рябухина Е.А. Медицинская статистика и информатика : учеб. пособие для студ. мед. специальностей / Е.А. Рябухина, О.А. Гущина. – Саранск : Изд-во Мордов. ун-та, 2005. – 118 с. – (Учеб. Мордов. ун-та). ISBN 5-7103-1353-Х. Тираж 200 экз. Шифр хранения в РНБ: 2006–3/24440.

76. Сабанов В.И. Статистика учреждений здравоохранения : учеб. пособие : для студ. мед. вузов / В.И. Сабанов, Н.П. Багметов, Г.О. Вотинцева. – Ростов/Д : Феникс, 2008. – 157 с. – (Медицина). ISBN 978-5-222-12562-5. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008–3/10034.

77. Салдадзе А.Д. Теория вероятностей и математическая статистика : (для студ. I курса мед. фак.) : сб. задач / А.Д. Салдадзе ; Астрахан. гос. мед. акад. – Астрахань : Астрахан. гос. мед. акад., 2006. – 32 с. Шифр хранения в РНБ: 2006–4/28149.

78. Сергиенко В.И. Математическая статистика в клинических исследованиях / В.И. Сергиенко, И.Б. Бондарева. – М. : ГЭОТАР-Мед, ...

• 2000. – 255 с. ISBN 5-9231-0039-8. Тираж 1000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2005–5/949.

• [2-е изд., перераб. и доп.]. – 2006. – 303 с. ISBN 5-9704-0197-8. Тираж 4000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2006–3/20721; У Р.в6/С-323.

79. Статистические методы обработки результатов медико-биологических исследований : учеб.-метод. пособие / Лисицын В.И. [и др.] ; Новгород. гос. ун-т им. Я. Мудрого. – В. Новгород : Новгород. гос. ун-т, 2006. – 33 с. Тираж 300 экз. Шифр хранения в РНБ: 2006–4/23558.

80. Статистические, оптимизационные и логистические модели в стратегическом планировании регионального здравоохранения / Н.А. Рыжков, Д.Н. Верзилин, Г.М. Дзуцев [и др.] ; С.-Петербург. гос. ун-т экон. и финансов. – СПб., 2005. – 142 с. ISBN 5-7310-2042-6. Тираж 200 экз. Шифр хранения в РНБ: 2006–3/14431.

81. Тукшаитов Р.Х. Основы динамической метрологии и анализа результатов статистической обработки : (биология, медицина, химия, физика) / Р.Х. Тукшаитов. – Казань : Мастер Лайн, 2001. – 282 с. ISBN 5-93139-104-5. Тираж 500 экз. Шифр хранения в РНБ: 2002–3/25663.

82. Тукшаитов Р.Х. Основы оптимального представления статистических показателей на графиках, диаграммах и в таблицах : (физика, химия, техника, биология и медицина) / Р.Х. Тукшаитов ; Казан. гос. энергетич. ун-т. – Казань : Казан. гос. энергетич. ун-т, 2006. – 227 с. ISBN 5-89873-182-2. Тираж 500 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007–3/6818.

83. Уткин В.А. Статистические технологии в медицинских исследованиях / В.А. Уткин ; Гос. НИИ куртологии. – Пятигорск : Изд-во ГНИИК, 2002. – 213 с. ISBN 5-86351-030-1. Тираж 550 экз. Шифр хранения в РНБ: 2003–8/524; М₁ Рс/У-847.

84. Учебное пособие по дисциплине «Социально-экономическая статистика» для студ. фак. экон. и управления здравоохранением / сост. Святова О.В. ; Курск. гос. мед. ун-т. – Курск : Изд-во Курск. гос. мед. ун-та, 2007. – 350 с. ISBN 978-5-7487-1184-5. Тираж 100 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008–3/1162.

85. Федорина Т.А. Комплексный подход к оценке погрешностей, возникающих при использовании методов количественного анализа в гистологических исследованиях : учеб. пособие / Т.А. Федорина, Г.В. Недугов ; Самар. гос. мед. ун-т, Науч.-образоват. центр доказат. медицины. – Самара : Содружество Плюс : Сам. гос. мед. ун-т, 2004. – 47 с. ISBN 5-98556-025-2. Тираж 200 экз. Шифр хранения в РНБ: 2005–4/18995.

86. Фролов В.Н. Управление в биологических и медицинских системах : учеб. пособие / В.Н. Фролов ; Воронеж. гос. техн. ун-т. – Воронеж : ВГУ, 2001. – 327 с. ISBN 5-7731-0060-6. Тираж 200 экз. Шифр хранения в РНБ: 2002–3/12479.

87. Хафизьянова Р.Х. Математическая статистика в экспериментальной и клинической фармакологии / Р.Х. Хафизьянова, И.М. Бурыкин, Г.Н. Алеева. – Казань : Медицина, 2006. – 373 с. ISBN 5-7645-0312-4. Тираж 1000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007–7/6278.

88. Юнкеров В.И. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований / В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев ; Воен.-мед. акад. – СПб. : ВМедА : ЭЛБИ-СПб, 2002. – 267 с. ISBN 5-94277-011-5. Тираж 1500 экз. Шифр хранения в РНБ: 2003–3/6372.

Психология

89. Александров Г.Н. Математические методы в психологии и педагогике : (учеб. пособие) / Г.Н. Александров, А.Ю. Белогуров ; Сев.-Осет. гос. ун-т им. К.Л. Хетагурова, Ин-т практ. психологии и социологии. – Владикавказ : Изд-во Сев.-Осет. гос. ун-та, 1997. – 302 с. ISBN 5-8336-0093-6. Тираж 500 экз. Шифр хранения в РНБ: 98–3/6754.

90. Аникина В.Г. Математические методы в психологии : учеб. пособие для вузов / Аникина В.Г. ; Орлов. гос. ун-т, 2006. – 154 с. Тираж 100 экз. Шифр хранения в РНБ: 2006–3/26620.

91. Артемьева Е.Ю. Вероятностные методы в психологии / Е.Ю. Артемьева, Е.М. Мартынов ; Мос. гос. ун-т им. М.В. Ломоносова. – М. : МГУ, 1975. – 206 с. Тираж 1350 экз. Шифр хранения в РНБ: 75–5/2065.

92. Баянов И.М. Статистическая обработка результатов психолого-педагогических исследований : учеб. пособие / Баянов И.М., Усманов С.М. ; Башк. ин-т развития образования, Бирс. гос. пед. ин-т. – Уфа : БИРО, 2001. – 134 с. ISBN 5-7159-0321-1. Тираж 500 экз. Шифр хранения в РНБ: 2002–3/11359.

93. Беребин М.А. Применение пакета статистических программ STATGRAPHICS в психологических исследованиях : учеб. пособие / М.А. Беребин ; Юж.-Урал. гос. ун-т. – Челябинск : Изд-во ЮУрГУ, 2002. – 91 с. ISBN 5-696-02587-0. Тираж 100 экз. Шифр хранения в РНБ: 2004–4/8386.

94. Благинин А.А. Математические методы в психологии и педагогике : учебное пособие : [для студентов высших учебных заведений, обучающихся на факультетах психологии и педагогики] / А.А. Благинин, В.В. Торчило ; Ленингр. гос. ун-т им. А.С. Пушкина. – СПб. : Ленингр. гос. ун-т, 2006. – 84 с. ISBN 5-8290-0589-1. Тираж 2000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008–4/975.

95. Васанов А.Ю. Первичная обработка данных психологического исследования : учеб.-метод. пособие по курсу «Математические методы в психологии» / А.Ю. Васанов ; Моск. гуманит. ун-т, Каф. общ. психологии и истории психологии. – М. : Изд-во Моск. гуманитар. ун-та, 2006. – 54 с. ISBN 5-98079-149-3. Тираж 100 экз. Шифр хранения в РНБ: 2006–4/32363.

96. Гласс Д. Статистические методы в педагогике и психологии : пер. с англ. / Д. Гласс, Д. Стенли ; общ. ред. Ю.П. Адлера. – М. : Прогресс, 1976. – 495 с. Тираж 19 000 экз. Шифр хранения в РНБ: 76–5/4306.

97. Горицкий Ю.А. Практикум по статистике с пакетами STATGRAPHICS, STATISTICA, SPSS : учеб. пособие по курсу «Математ. статистика» : [для студентов всех фак.] / Ю.А. Горицкий, Е.Е. Перцов ; Моск. энергет. ин-т (техн. ун-т). – М. : Изд-во МЭИ, 1997. – 83 с. ISBN 5-7046-0229-0. Тираж 300 экз. Шифр хранения в РНБ: 98–4/2717.

98. Горохова Р.И. Методы математической статистики в психолого-педагогических исследованиях : учеб.-метод. пособие / Р.И. Горохова, Т.В. Чеснокова ; Марийс. гос. пед. ин-т им. Н.К. Крупской. – Йошкар-Ола : МГПИ, 2004. – 66 с. Тираж 100 экз. Шифр хранения в РНБ: 2005–4/13463.

99. Граничина О.А. Статистические методы психолого-педагогических исследований : учеб. пособие / О.А. Граничина ; Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена. – СПб. : РГПУ, 2002. – 52 с. ISBN 5-8064-0593-1. Тираж 100 экз. Шифр хранения в РНБ: 2003–4/8081.

100. Долгов Ю.Н. Методы математической обработки данных в социально-психологических исследованиях : учеб.-метод. пособие для студ. психол. специальностей вузов / Ю.Н. Долгов ; Балаш. фил. Сарат. гос. ун-та им. Н.Г. Чернышевского. – Балашов : Николаев, 2005. – 54 с. ISBN 5-94035-236-7. Тираж 100 экз. Шифр хранения в РНБ: 2006–4/16490.

101. Ермолаев-Томин О.Ю. Математическая статистика для психологов : учеб. : учеб.-метод. пособие / О.Ю. Ермолаев-Томин ; Моск. психол.-социал. ин-т. – 2-е изд., испр. – М. : Моск. психол.-социал. ин-т : Флинта, 2003. – 335 с. – (Библиотека психолога). ISBN 5-89502-310-X (МПСИ); ISBN 5-89349-361-3 (Флинта). Тираж 5000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2003–3/8517; Т1 В17/Е-741.

102. Ильин В.А. Высшая математика : учеб. для студ. вузов, обучающихся по направлениям «Экономика» ... «Психология», «Социология», «Биология» [и др.] / В.А. Ильин, А.В. Куркина ; Моск. гос. ун-т им. М.В. Ломоносова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Проспект : Изд-во Моск. ун-та, 2007 [2006]. – 591 с. (Классический университетский учеб.) ISBN 5-482-01282-4; 978-5-482-01282-6. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007–5/1634.

103. Каган Е.С. Выявление взаимосвязей в психологических явлениях : учеб. пособие / Е.С. Каган, И.С. Морозова, Т.А. Невзорова ; Кемер. гос. ун-т. – Кемерово : КемГУ, 2002. – 80 с. ISBN 5-8353-0116-2. Тираж 200 экз. Шифр хранения в РНБ: 2003–4/6820.

104. Каган Е.С. Применение методов теории статистического вывода в психологических исследованиях : учеб. пособие / Е.С. Каган ; Кемер. гос. ун-т. – Кемерово : Кемер. гос. ун-т, 2005. – 112 с. – (Учебная литература КемГУ). ISBN 5-8353-0266-5. Тираж 200 экз. Шифр хранения в РНБ: 2005–3/27458.

105. Кутейников А.Н. Математические методы в психологии : [учеб.-метод. пособие] / А.Н. Кутейников. – СПб. : Речь, 2008. – 170 с. ISBN 5-9268-0676-3. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008–3/10403.

106. Лупандин В.И. Математические методы в психологии : учеб. пособие для студентов вузов / В.И. Лупандин ...

• 2-е изд., испр. и доп. – Екатеринбург : Изд-во Гуманит. ун-та, 1997. – 118 с. ISBN 5-7741-0013-8. Тираж 500 экз. Шифр хранения в РНБ: 99–3/6017.

• 3-е изд., перераб. – Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2002. – 206 с. ISBN 5-7996-0148-3. Тираж 500 экз. Шифр хранения в РНБ: 2003–3/28695.

107. Львов В.М. Математические методы обработки экспериментальных исследований в эргономике, инженерной психологии и психологии труда : учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Эргономика» / В.М. Львов ; Ин-т эргономики и соц.-экон. тех-

нологий (ИЭСЭТ). – Тверь : Триада, 2004. – 83 с. ISBN 5-94789-082-8. Тираж 900 экз. Шифр хранения в РНБ: 2005–4/35626.

108. Манеров В.Х. Математическое обеспечение психологических исследований : [учеб. пособие для вузов по направлению 540600 (050600) «педагогика»] / В.Х. Манеров ; Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена. – СПб. : Изд-во РГПУ, 2005. – 144 с. Тираж 500 экз. ISBN 5-0864-0986-4. Шифр хранения в РНБ: 2006–3/11919.

109. Марков В.Н. Математические методы в психологии: основания статистического анализа : учеб. пособие / В.Н. Марков ; Рос. акад. гос. службы при Президенте Рос. Федерации. – М. : Изд-во РАГС, 2007. – 128 с. Тираж 300 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007–3/24489.

110. Мартыненко Г.Я. Многопараметрический статистический анализ результатов ассоциативного эксперимента / Г.Я. Мартыненко, Г.А. Мартинович. – СПб. : Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2003. – 25 с. – (Научные доклады / С.-Петерб. гос. ун-т). ISBN 5-288-03107-Х. Тираж 60 экз. Шифр хранения в РНБ: 2005–7/2623.

111. Математические методы в психологии : практикум / сост. Сергеева С.Г. ; Новгор. гос. ун-т им. Я. Мудрого. – В. Новгород : НовГУ, 2005. – 19 с. Тираж 300 экз.

112. Математические методы в психологии : сборник задач / сост. И.Н. Нестерова ; Вост. ин-т экономики, гуманитар. наук, упр. и права. – Уфа : Вост. ун-т, 2003. – 118 с. Тираж 500 экз. Шифр хранения в РНБ: 2005–3/8752.

113. Математические методы в психологии : учеб. пособие / О.Г. Берестнева, А.М. Уразаев, Е.А. Муратова [и др.] ; Том. гос. пед. ун-т [и др.]. – Томск : Изд-во ТГПУ, 2001. – 301 с. (Учебные пособия по педагогике и психологии). ISBN 5-89428-070-2. Тираж 250 экз. Шифр хранения в РНБ: 2001–3/11679.

114. Математические методы в психологии : учеб.-метод. указания / сост. С.Г. Тарасов ; С.-Петерб. гос. ун-т. Фак. психологии. – СПб. : СПбГУ, 1998. – 54 с. Тираж 100 экз. Шифр хранения в РНБ: 2000–4/5086.

115. Молчанова Я.В. Математическая обработка данных в социально-психологическом исследовании: ключевые моменты и «подводные камни» : применение кластер. анализа к данным реал. соц.-психол. исслед. / Я.В. Молчанова. – М. : МАКС-пресс, 2002. – 39 с. ISBN 5-317-00427-6. Тираж 500 экз. Шифр хранения в РНБ: 2002–4/11538.

116. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования : анализ и интерпретация данных : учеб. пособие / А.Д. Наследов. – СПб. : Речь, ...

• 2004. – 389 с. Тираж 5000 экз. ISBN 5-9268-0275-7. Тираж 500 экз. Шифр хранения в РНБ: 2005–7/1020.

• 2-е изд., испр. и доп. 2006. – 389 с. Тираж 5000 экз.

• 3-е изд., стер. 2006. – 389 с. ISBN 5-9268-0275-X ; ISBN 5-9268-0275-7. Тираж 5000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007–7/2351.

117. Основы теории вероятностей и математической статистики для психологов : учебное пособие по курсу: «Математические методы в психологии» / сост. Гареев Е.М. ; Моск. гос. открытый пед. ун-т им. М.А. Шолохова, Фил. в г. Уфе. – Уфа : Изд-во филиала МГОПУ, 2004. – Ч. 1. – 59 с. ISBN 5-98061-023-5. Тираж 250 экз.

118. Паршина С.В. Математическая статистика в психологии : учеб. пособие / С.В. Паршина ; Юж.-Ур. гос. ун-т. – Челябинск : Изд-во ЮУрГУ, 1999. – 85 с. ISBN 5-696-01309-0. Тираж 100 экз. Шифр хранения в РНБ: 2000–4/1337.

119. Применение математических методов в психологии : [основы применения, многомерные методы] : учеб. пособие / А.Д. Наследов, С.Г. Тарасов ; С.-Петербур. гос. ун-т. – СПб. : Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2001. – 207 с. ISBN 5-288-03012-X Тираж 500 экз. Шифр хранения в РНБ: 2006–3/745.

120. Психодиагностика : введ. в науч. психол. исслед. с элементами математ. статистики. – 2001. – 630 с. ISBN 5-691-00112-4. Тираж 200 000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2000–5/3543.

121. Романко В.К. Статистический анализ данных в психологии : учеб. пособие : для студ. высш. учеб. заведений, обучающихся по направлению и специальностям психологии / В.К. Романко; Моск. гор. психол.-пед. ун-т. – М.: Ред.-изд. центр психол. и пед. лит., 2006. – 270 с. ISBN 5-94051-016-7. Тираж 1500 экз. Шифр хранения в РНБ: 2006–5/8631.

122. Рубцова Н.Е. Статистические методы в психологии : учеб. пособие : для студ. высш. учеб. заведений, обучающихся по направлению и специальностям психологии / Н.Е. Рубцова, С.Л. Леньков. – [Изд. 2-е, перераб. и доп.]. – М : Психология, 2005. – 359 с. ISBN 5-93692-062-3. Тираж 2000. Шифр хранения в РНБ: 2005–3/30284

123. Рубцова Н.Е. Статистический анализ психологических данных на компьютере : учеб. пособие / Н.Е. Рубцова ; Твер. гос. ун-т. – Тверь : ТвГУ, 2002. – 111 с. ISBN 5-7609-0189-3. Тираж 100 экз. Шифр хранения в РНБ: 2002–3/26795.

124. Савотченко С.Е. Статистика в Excel : учеб. пособие для студ. социал.-психол. и естественнонаучных специальностей [для студ. 2-го курса по дисциплинам «Математика и информатика», «Информационные технологии», «Компьютерный практикум»] / С.Е. Савотченко, Т.Г. Кузьмичева. – Белгород : Белаудит, 2002. – 101 с. ISBN 5-7414-0052-3. Тираж 112 экз. Шифр хранения в РНБ: 2006–3/27826.

125. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии / Е.В. Сидоренко. – СПб. : Речь, 2007. – 349 с. ISBN 5-9268-0010-2. Тираж 2000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007–3/11077.

126. Созонова М.С. Математические методы в психологии : учеб. пособие / М.С. Созонова ; Tobol. gos. ped. in-t im. D.I. Mendeleeva. – Tobolsk : TGPI, 2006. – 172 c. ISBN 5-85944-202-5. Тираж 100 экз. Шифр хранения в РНБ: 2006–3/18505.

127. Суходольский Г.В. Математические методы в психологии / Г.В. Суходольский. – Харьков : Гуманитар. центр, 2004. – 282 с. ISBN 966-95859-6-1. Тираж 1000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2006–3/32264.

128. Суходольский Г.В. Основы математической статистики для психологов : учеб. для студентов вузов, обучающихся по направлению и спец. «Психология» / Г.В. Суходольский ; С.-Петерб. гос. ун-т. – Изд. 2-е, перераб. и доп. – СПб. : Изд-во СПбГУ, 1998. – 460 с. ISBN 5-288-01489-2. Тираж 700 экз. Шифр хранения в РНБ: 2000–5/1838.

130. Тимошенко А.И. Математические методы исследования в психологии : учеб. пособие / А.И. Тимошенко : Иркут. гос. ун-т. – Иркутск : ИГУ, 2006. – 207 с. Тираж 100 экз. ISBN 5-9624-0066-6. Шифр хранения в РНБ: 2006-3/13155.

131. Уродовских В.Н. Многомерные методы анализа в психологии : учеб. пособие / В.Н. Уродовских ; Липец. гос. техн. ун-т. – Липецк : ЛГТУ, 2002. – 78 с. ISBN 5-88247-074-9. Тираж 200 экз. Шифр хранения в РНБ: 2002–4/10793.

132. Хохлова Н.И. Математические методы в психологии : учеб. пособие / Н.И. Хохлова ; Сургут. гос. ун-т ХМАО, Фак. психологии. – Сургут : Изд-во СурГУ, 2003. – 67 с. ISBN 5-89545-152-17. Тираж 100 экз. Шифр хранения в РНБ: 2006–4/604.

133. Шакурова З.А. Основы математической статистики для психологов : учеб. пособие / З.А. Шакурова ; Юж.-Ур. гос. ун-т, Фак. психологии. – Челябинск : Изд-во Юж.-Урал. гос. ун-та, 2000. – 34 с. ISBN 5-696-01753-3. Тираж 150 экз. Шифр хранения в РНБ: 2002–4/2896.

134. Швецова С.В. Прикладная статистика для психологов : учеб. пособие / С.В. Швецова ; Яросл. гос. ун-т им. П.Г. Демидова. – Ярославль : ЯрГУ, 2003. – 130 с. ISBN 5-8397-0293-5. Тираж 100 экз. Шифр хранения в РНБ: 2004–3/9121.

135. Шушерина О.А. Математические методы в психологии : учеб. пособие для студентов специальности 020400 Психология всех форм обучения / О.А. Шушерина ; Сиб. гос. технол. ун-т. – Красноярск : СибГТУ, 2004. – 144 с. Тираж 300 экз. Шифр хранения в РНБ: 2006–3/3055.

В.И. Евдокимов

РЕФЕРАТЫ

Чудиновских А.Г. О роли профессоров кафедры душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии и их учеников в становлении медицинской психологии и психотерапии в России // Вестник психотерапии. – 2008. – № 26(31). – С. 9–22.

Рассматриваются исторические аспекты влияния ученых кафедры душевных и нервных болезней Военно-медицинской (Медико-хирургической) академии (Санкт-Петербург) на становление и развитие медицинской психологии и психотерапии в России. Отмечается, что деятельность ученых кафедры и их учеников в значительной степени способствовала научному и организационному оформлению различных отраслей психологии и направлений в психотерапии. Они организовали первые кафедры, основали научные школы, подготовили первых специалистов по этим направлениям.

Ключевые слова: медицинская психология, психотерапия, история медицины, Военно-медицинская академия.

Александров А.А. Анализ патогенетической психотерапии с позиций психодинамического подхода // Вестник психотерапии. – 2008. – № 26(31). – С. 23–33.

Представлен анализ патогенетической психотерапии с позиций психодинамического подхода, прослеживаются основные этапы ее развития и трансформация в личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию с последующим формированием интегративной модели.

Ключевые слова: психоанализ, патогенетическая психотерапия, личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, интегративная психотерапия.

Назаров Р.Н. Психотерапия стрессовых расстройств у больных хроническими дерматозами // Вестник психотерапии. – 2008. – № 26(31). – С. 34–37.

В работе рассмотрены вопросы комплексного лечения больных с психогенно обусловленными хроническими дерматозами, такими как экзема, псориаз, атопический дерматит, гипергидроз, хроническая крапивница. Применение психотерапии, направленной на устранение психологических и вегетативных расстройств у больных, при комплексном лечении данных хронических дерматозов достоверно сокращает сроки лечения и количество рецидивов в течение года.

Ключевые слова: хронические дерматозы, стресс, психотерапия, транскраниальная электростимуляция.

Парцерняк С.А., Кустов В.Д., Леонтьев О.В. Организационные этапы психофизиологической реабилитации лиц, деятельность которых связана с воздействием экстремальных факторов // Вестник психотерапии. – 2008. – № 26(31). – С. 38–40.

Представлена концепция проведения психокоррекционных реабилитационных мероприятий лицам, участвующим в локальных вооруженных конфликтах (ликвидации чрезвычайных ситуаций), с учетом этапов деятельности: предбоевого, боевых действий и реабилитационного.

Ключевые слова: Экстремальные условия деятельности, психокоррекция, реабилитация, военнослужащие.

Ржеусская Г.В., Листопадов Ю.И. Динамика тревожно-депрессивных расстройств пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией на фоне лечения антидепрессантами // Вестник психотерапии. – 2008. – № 26(31). – С. 41–51.

Проведена оценка эффективности лечения и динамики тревожно-депрессивных расстройств при использовании препарата из группы антидепрессантов «Симбалта» – селективного ингибитора обратного захвата серотонина и норадреналина. Доказана клиническая эффективность лечения аффективных расстройств с регрессом когнитивных нарушений. Исследования позволяют считать препарат эффективным для базовой фармакотерапии аффективных и сопутствующих им когнитивных нарушений сосудистого генеза.

Ключевые слова: тревожно-депрессивный синдром, когнитивные нарушения, психодиагностика, антидепрессант, симбалта.

Карева О.С., Цветкова Т.Н., Григорьев Г.И., Мизерене Р. Личностные особенности больных алкоголизмом с патологическими зависимостями // Вестник психотерапии. – 2008. – № 26(31). – С. 52–55.

Инструментарием выбора для определения значимых переживаний личности больных с патологическими зависимостями являются проективные тесты. Особенности личности больных алкоголизмом, выявленные при помощи Hand-теста, являются: выраженная директивность и стремление к руководству, манипулированию окружающими; высокая коммуникативность с определенным формализмом во взаимоотношениях и дефицитом чувств социальной ответственности; выраженная тенденция к агрессии, которая компенсируется стремлением к социальной кооперации,

потребностью в общении и понимании окружающими лицами; склонность к ипохондрии и невротизации; повышенная восприимчивость, гиперчувствительность и тревожность.

Ключевые слова: алкоголизм, психологическая диагностика, проективные тесты, Hand-тест.

Евдокимов В.И., Марищук В.Л., Губин А.И. Эмоциональные состояния в экстремальных условиях деятельности и их коррекция // Вестник психотерапии. – 2008. – № 26(31). – С. 56–66.

В экстремальных условиях деятельности могут формироваться негативные эмоциональные состояния, процесс развития которых можно представить в виде эмоциональной составляющей общего адаптационного синдрома (эмоциональное напряжение и эмоциональная напряженность, посттравматическое стрессовое расстройство, эмоциональное выгорание). В качестве коррекции эмоциональных состояний должны быть использованы мероприятия по повышению уровня и качества жизни, оптимизация профессиональной деятельности, программы личностного и профессионального роста, методы психопрофилактики и психокоррекции.

Ключевые слова: стресс, экстремальные ситуации, эмоции, эмоциональное напряжение, эмоциональная напряженность, посттравматическое стрессовое расстройство, эмоциональное выгорание.

Сложеникин А.П., Сидоров П.И., Новикова И.А. Определение успешности адаптации сотрудников органов внутренних дел к условиям служебно-боевой деятельности в Чеченской Республике // Вестник психотерапии. – 2008. – № 26(31). – С. 67–76.

Проведенное психологическое исследование установило, что среди сотрудников органов внутренних дел, прибывших из других регионов страны в Чеченскую Республику, около 2/3 имеют признаки дезадаптации, у местных сотрудников такие признаки обнаруживаются у 50 % лиц. Явления дезадаптации у респондентов, прибывших из других регионов страны, могут быть связаны с новыми климатическими, социокультуральными, бытовыми условиями, а также с длительной оторванностью от семьи. Разработаны способы определения успешности адаптации сотрудников органов внутренних дел к условиям служебно-боевой деятельности, позволяющие определить успешность адаптации по психологическим показателям с целью своевременного проведения профилактических мероприятий.

Ключевые слова: психологическая адаптация, стресс, психологическая диагностика, сотрудники органов внутренних дел.

Южанинова А.Л. Возможности судебно-психологической экспертизы противозаконного психического воздействия // Вестник психотерапии. – 2008. – № 26(31). – С. 77–88.

В статье обсуждаются возможности использования судебно-психологической экспертизы для установления примененных способов противозаконного психического воздействия на людей. Выделяются признаки психического насилия как судебно-психологического экспертного понятия. Рассматривается специфика методик экспертных исследований психического воздействия в зависимости от предмета, объекта судебной экспертизы, а также – категорий уголовных и гражданских дел.

Ключевые слова: судебно-психологическая экспертиза, психическое воздействие, психическое насилие, алгоритм методики судебно-психологической экспертизы.

Чехлатый Е.И., Волкова О.Н., Ценных Е.А. Оценка качества жизни и копинг-поведения у больных невротическими расстройствами // Вестник психотерапии. – 2008. – № 26(31). – С. 89–96.

Выявлены различия результатов субъективной оценки качества жизни у больных с невротическими расстройствами ($n = 80$) и контрольной группы ($n = 67$) по сферам опросника ВОЗКЖ-100 и копинг-стратегий поведения. Полученные данные показывают механизм невротизации личности и могут быть использованы для более целенаправленной психотерапии и оценки ее эффективности.

Ключевые слова: качество жизни, адаптация, копинг-ресурсы, больные невротиками.

Павленко А.А. Реализация идей гуманистической психологии и педагогики в профессиональной подготовке и деятельности современных специалистов // Вестник психотерапии. – 2008. – № 26(31). – С. 97–102.

В статье обосновываются возможность, целесообразность, содержание и пути реализации идей гуманистической психологии и педагогики в профессиональной подготовке и деятельности современных специалистов. Реализация этих идей означает осмысление, освоение и проявление участниками (руководителями, преподавателями, обучающимися, работниками) процесса профессиональной подготовки (образования) и деятельности общечеловеческих, гуманистических ценностей.

Ключевые слова: гуманистическая психология, гуманистическая педагогика, профессиональная подготовка, индивидуальность.

Федоров Я.О. Командный фактор в организации работы психиатрического отделения // Вестник психотерапии. – 2008. – № 26(31). – С. 103–108.

Описывается подход к проблеме формирования психотерапевтической команды в психиатрическом отделении. Его основу составляют четыре фактора: личная терапия и образование; интервизии и супервизии; личные качества специалистов; взаимодействие со средним и младшим персоналом. Учет указанных факторов обеспечивает высокий уровень психиатрической и психотерапевтической помощи и предупреждает развитие профессионального выгорания специалиста.

Ключевые слова: психотерапия, интервизия, супервизия, психотерапевтическая команда, профессиональное выгорание.

Логинов О.Н., Алябьев А.А., Князева Е.В. Психологическая подготовка курсантов военно-учебных заведений // Вестник психотерапии. – 2008. – № 26(31). – С. 109–116.

Психологическая подготовка военнослужащих предусматривает формирование готовности к успешному выполнению функциональных обязанностей в экстремальных условиях. Рассмотрено применение физических упражнений для формирования профессионально значимых качеств и повышения психологической подготовки курсантов военно-учебных заведений.

Ключевые слова: психологическая подготовка, экстремальные условия, профессиональные качества, физические упражнения, военнослужащие.

Chudinovskikh A.G. On the role of professors of the Department of Mental and Nervous Diseases of Military Medical Academy and their disciples for a development of medical psychology and psychotherapy in Russia // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2008, No 26(31), P. 9–22.

Historical aspects of influence of academics from the Department of Mental and Nervous Diseases of the Military Medical (Medical Surgery) Academy (St. Petersburg) on formation and development of medical psychology and psychotherapy in Russia are discussed. It is noted that activities of the Department academics and their disciples facilitated research and organizational formation of different areas of psychology and psychotherapy approaches. They organized first departments, founded scientific schools, trained first professionals in these areas.

Keywords: medical psychology, psychotherapy, history of medicine, Military Medical Academy.

Aleksandrov A.A. An analysis of pathogenetic psychotherapy via psychodynamic approach // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2008, No 26(31), P. 23–33.

The article contains analysis of the pathogenetic psychotherapy from point of view of the psychodynamic approach. The author traces the main stages of its development: transformation into personality-oriented (reconstructive) psychotherapy with further formation of the integrative model.

Keywords: psychoanalysis, pathogenetic psychotherapy, personality-oriented (reconstructive) psychotherapy, integrative psychotherapy.

Nazarov R.N. Psychotherapy of stress-related disorders in patients with chronic dermatoses // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2008, No 26(31), P. 34–37.

In work questions of comprehensive treatment of patients with stress-related chronic dermatoses, such as eczema, psoriasis, atopic dermatitis, hyperhidrosis, chronic urticaria are considered. Application of psychotherapy targeted on elimination of psychological and autonomic disorders in patients during complex treatment of these chronic dermatoses significantly reduces terms of treatment and quantity of relapses within a year.

Keywords: chronic dermatoses, stress, psychotherapy, transcranial electrostimulation.

Partsernyak S.A., Kustov V.D., Leontiev O.V. Organizational stages of psychophysiological rehabilitation of individuals performing under influence of extreme factors // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2008, No 26(31), P. 37–40.

A concept of psychocorrection rehabilitation measures in individuals participating in local military conflicts (mitigation of emergency consequences) based on the stages of performance (pre-military, military activities and rehabilitation) is provided.

Keywords: extreme operating conditions, psychocorrection, rehabilitation, military men.

Rzheusskaya G.V., Listopadov Yu.I. Treatment of anxiety depressive disorders in patients with discirculation encephalopathy // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2008, No 26(31), P. 41–51.

The choice of the appropriate therapy for affective syndromes of discirculation encephalopathy in clinical practice is a difficult task. The assessment of the efficiency of management of anxiety depressive syndrome using one of the antidepressants ‘simbalta’, a selective inhibitor of re-uptake of serotonin

and noradrenaline. The clinical efficiency is proven for treatment of affective disorders with regression of cognitive disorders. The study shows the safety of use of this medication as well as its efficiency as a baseline therapy of affective and accompanying cognitive vascular disorders.

Key words: anxiety-depressive syndrome, cognitive disorders, psychological diagnostics, antidepressant, simbalta.

Kareva O.S., Tsvetkova T.N., Grigoriev G.I., Mizerene R. Personality characteristics of alcohol abusers with pathologic addiction // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2008, No 26(31), P. 52–55.

Projective tests are an instrument of choice for identification of significant personal experience in pathologic addicts. Personality features of alcohol abusers revealed via Hand-test include following: marked directiveness and craving for leadership, manipulating people around, high communicativeness with certain formality in relationship and lack of social responsibility; marked tendency to aggression compensated with social cooperation, need of communication and understanding by other people; inclination to hypochondria and neurotization; increased susceptibility, hypersensitivity and anxiety.

Keywords: alcohol abuse, psychological assessment, projective tests, Hand-test.

Evdokimov V.I., Marischuk V.L., Gubin A.I. Emotional states during performance under extreme conditions, and their correction // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2008, No 26(31), P. 56–66.

Performance under extreme conditions may result in occurrence of negative emotional states; their development can be presented as emotional component of general adaptation syndrome (emotional pressure and emotional strain, posttraumatic stress disorder, emotional burn-out). For correction of emotional states measures to increase life level and quality, professional performance optimization, programs of personality and professional growth, methods of psychoprevention and psychocorrection should be used.

Keywords: stress, extreme situations, emotions, emotional stress, post-traumatic stress disorder, emotional burn-out.

Slozhenikin A.P., Sidorov P.I., Novikova I.A. Evaluation of successful adaptation of officers of internal affairs agencies for settings of professional military activities in the Chechen Republic // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2008, No 26(31), P. 67–76.

Conducted psychological study has revealed desadaptation signs in two thirds of officers of internal affairs agencies arrived from other regions to the

Chechen Republic and 50 % local professionals. Desadaptation events in respondents arrived from other regions can be related to new climate, socio-cultural, living conditions, and also long-term separation from family. Methods have been developed to evaluate successfulness of adaptation in officers of internal affairs agencies for settings of professional military activities based on psychological parameters for timely adoption of prevention measures.

Keywords: psychological adaptation, stress, psychological assessment, officers of internal affairs agencies.

Yuzhaninova A.L. A potential of forensic psychological assessment of illegal psychical influence // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2008, No 26(31), P. 77–88.

A potential of forensic psychological assessment for ascertainment of methods used for illegal psychical influence upon people is discussed in the article. Criteria of psychical violence as a forensic psychological expert concept are distinguished. A specificity of expert judgment methodology used for investigation of psychical influence is considered based on subject and object of forensic assessment. Such specificity is also considered for different categories of criminal and civil cases.

Keywords: forensic psychological assessment, psychical influence, psychical violence, algorithm of forensic psychological assessment.

Chekhlaty E.I., Volkova O.N., Tsennykh E.A. Assessment of life quality and coping behavior in patients with neurotic disorders // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2008, No 26(31), P. 89–96.

Different results of subjective assessment of quality of life in patients with neurotic disorders (n = 80) and control group (n = 67) have been revealed according to the questionnaire WHOQL-100 and in behavior coping strategies. The data demonstrate a mechanism of personality neurotization and can be utilized for more targeted psychotherapy and its efficiency evaluation.

Keywords: quality of life, adaptation, coping resources, neurotic patients.

Pavlenko A.A. Implementation of ideas of humanistic psychology and education in vocational training and activities of professionals nowadays // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2008, No 26(31), P. 97–102.

The article gives a rationale for possibility, appropriateness, content and ways of implementation of ideas of humanistic psychology and education in vocational training and activities of professionals nowadays. Implementation of

these ideas involves understanding, adopting and displaying universal humanistic values by participants (leaders, teachers, tutees and employees) of vocational training (education) and activities.

Keywords: humanistic psychology, humanistic education, vocational training, individuality.

Fyodorov Ya.O. A team factor in work arrangement of a psychiatric ward // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2008, No 26(31), P. 103–108.

The paper describes approach to a problem of formation of the psychotherapeutic team in a psychiatric ward. There are four foundations behind this approach: personal therapy and education, permanent intervision and supervision, personal qualities of professionals, cooperation of doctors and psychologists with other medical staff. Combination of these foundations let solve two problems: to provide high professional level of psychiatric and psychotherapeutic care as well as the prevention of professional burnout.

Keywords: psychotherapy, intervision, supervision, psychotherapeutic team, professional burnout.

Loginov O.N., Alyabiev A.A., Knyazeva E.V. Psychological training of cadets of military colleges// “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2008, No 26(31), P. 109–113.

Psychological training of military men involves preparedness for successful professional performance under extreme conditions. A role of physical training for generating essential professional qualities and improvement of psychological background of cadets of military colleges is considered.

Keywords: psychological training, extreme conditions, professional qualities, physical training, military men.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Александров Артур Александрович – ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская академия последипломного образования» Росздрава, доктор медицинских наук профессор, заведующий кафедрой медицинской психологии, 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41, р.т. (812) 445-16-01 доб. 123, 125

Алябьев Александр Анатольевич – Санкт-Петербургский государственный университет физической культуры им. П.Ф. Лесгафта, соискатель кафедры психологии, 190121, Санкт-Петербург, ул. Декабристов, д. 35, м.т. +7 (911)749-72-82, e-mail: fsospb@yandex.ru

Волкова Ольга Николаевна – ООО «Юникс», врач-психотерапевт, 191002, Санкт-Петербург, ул. Разъезжая, д. 7, м.т. +7 (921)302-77-02, e-mail: volkovaolgaspb@mail.ru

Григорьев Григорий Игоревич – Оздоровительное учреждение «Международный институт резервных возможностей человека», доктор медицинских наук профессор, врач психотерапевт, директор института, 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11, р.т. (812) 513-67-97, e-mail: grigorijgi@hotmail.com

Губин Артем Иванович – Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, аспирант кафедры общей гигиены, 394622, г. Воронеж, ул. Студенческая, д. 10, e-mail: mailto:vpropov@vsma.ac.ru

Евдокимов Владимир Иванович – Государственный НИ испытательный институт военной медицины, доктор медицинских наук профессор, ведущий научный сотрудник, 125083, г. Москва, Петровско-Разумовская аллея, д. 12 А, e-mail: evdok@omnisp.ru

Карева Ольга Сергеевна – Оздоровительное учреждение «Международный институт резервных возможностей человека», медицинский психолог, 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11, р.т. (812) 513-67-97

Князева Екатерина Вячеславовна – Санкт-Петербургский государственный университет физической культуры им. П.Ф. Лесгафта, инструктор фитнес-клуба, 190121, Санкт-Петербург, ул. Декабристов, д. 35, д.т. (812) 303-32-79

Кустов Василий Дмитриевич – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кандидат медицинских наук, помощник начальника клиники нейрохирургии, 194175, Санкт-Петербург, ул. Клиническая, д. 6, р.т. (812) 292-33-45

Леонтьев Олег Валентинович – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, доктор медицинских наук доцент, доцент кафедры общественных наук, 194175, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, e-mail: lov63@inbox.ru

Листопадов Юрий Иванович – ФГУЗ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС России, кандидат медицинских наук, заместитель директора, 194044, Санкт-Петербург, ул. Лебедева, д. 4/2, р.т. (812) 541-86-96

Логинов Олег Николаевич – Химкинский филиал Российского университета кооперации, кандидат педагогических наук, доцент, и.о. директора филиала, 141420, г. Химки Московской области, микрорайон Сходня, ул. Октябрьская, д. 30, р.т. (495) 574-18-72

Марищук Владимир Лаврентьевич – Военный институт физической культуры, Заслуженный деятель науки РФ, доктор психологических наук профессор, профессор кафедры общественных наук, 194044, Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр. д. 63, р.т. (812) 292-31-61

Мизерене Рута – Психотерапевтический кабинет г. Паланга, доктор медицинских наук, врач психотерапевт, Литва, г. Кретинга, ул. Кестучио, д. 18, e-mail: meshkelis@yandex.ru

Назаров Роман Николаевич – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кандидат медицинских наук, кафедра кожных и венерических болезней, младший научный сотрудник научно-исследовательского центра, 194175, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, м.т. +7(812)982-89-17, e-mail: nazarov-roman@yandex.ru

Новикова Ирина Альбертовна – Поморский государственный ун-т им. М.В. Ломоносова, доктор медицинских наук профессор, профессор кафедры психологии, 163004, г. Архангельск, пр. Ломоносова, д. 2, р.т. (8182) 66-67-73, e-mail: ianovikova@mail.ru

Павленко Александр Анатольевич – Военная академия связи им. С.М. Буденного, соискатель кафедры гуманитарных и социально-экономических дисциплин, 198004, Санкт-Петербург, Тихорецкий пр., д. 3, м.т. +7 (921)742-89-93, e-mail: oe64@rambler.ru

Парцерняк Сергей Александрович – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, доктор медицинских наук профессор, заместитель начальника клиники военно-морской и госпитальной терапии по клинической работе, 194175, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, р.т. (812) 575-34-67

Ржеусская Галина Вячеславовна – ФГУЗ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС России, кандидат медицинских наук, заместитель НИО клинической неврологии, нейрофизиологии и сомнологии, 194044, Санкт-Петербург, ул. Лебедева, д. 4/2, р.т. (812) 595-63-63, доб. 277

Сидоров Павел Иванович – ректор Северного государственного медицинского университета, директор Института психологии и психоневрологии, академик РАМН, доктор медицинских наук профессор, 163000, г. Архангельск, Троицкий пр., д. 51, р.т. (8182) 28-57-91, e-mail: info@nsmu.ru

Сложеникин Андрей Павлович – Управлением внутренних дел по Архангельской области, начальник медицинской части Отряда милиции специального назначения криминальной милиции, 163000, г. Архангельск, ул. Воскресенская, д. 3, р.т. (8182) 21-64-30, e-mail: Andrey-Slozhenikin@yandex.ru

Цветкова Таисия Николаевна – Оздоровительное учреждение «Международный институт резервных возможностей человека», медицинский психолог, 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11, р.т. (812) 513-67-97

Ценных Елена Александровна – Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, аспирант кафедры общей гигиены, 394622, г. Воронеж, ул. Студенческая, д. 10, e-mail: mailto:vropov@vsma.ac.ru

Чехлатый Евгений Иванович – Психоневрологический НИИ им. В.М. Бехтерева, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения неврозов и психотерапии, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, р.т. (812) 567-33-04

Федоров Ян Олегович – Восточно-Европейский институт психоанализа, заведующий кафедрой пропедевтики психических заболеваний, 197198, Санкт-Петербург, П.С. Большой пр., д. 18 лит. А, р.т. (812) 235-28-57, e-mail: orthodox@mail.ru

Чудиновских Анатолий Геннадьевич – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, 194175, Санкт-Петербург, ул. Боткинская, д. 17, р.т. (812) 593-45-48, +7 (911)-955-88-85, e-mail: chag@yandex.ru

Южанинова Алла Леонидовна – ГОУ Высшего профессионального образования «Саратовская государственная академия права», кандидат психологических наук, доцент, заместитель заведующего кафедрой правовой психологии и судебной экспертизы, 410056, г. Саратов, ул. Вольская, д. 1, р.т. (8452) 29-91-71, e-mail: Juzhaninova-Alla@yandex.ru



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 редакцией профессора Г.И. Григорьева – 297 с.

В учебном пособии прослеживаются 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, 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 три 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 трех номеров 450 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