

# ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ

УДК 615.851 : 613.8

*Е.А. Мильчакова, Г.И. Григорьев*

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА ОСНОВЕ ДУХОВНО ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ФОРМЕ ЦЕЛЕБНОГО ЗАРОКА

Международный институт резервных возможностей человека, Санкт-Петербург

### *Введение*

В последние годы в мире и России отмечается резкое увеличение числа лиц с аддиктивным поведением и аддиктивными расстройствами личности (от лат. *addictus* – пристрастившийся к чему-либо, полностью преданный, зависимый, поработанный, лишенный). Одной из социально опасных аддиктивных форм поведения является игровая зависимость (лудомания), которая тесно связана с психопатологическими изменениями личности, нарушением социальных норм поведения, правонарушениями, самоубийствами [ 3 ].

По сведениям Российской академии наук в России около 700 тыс. человек страдают игроманией. По данным Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского (2007) каждый двадцатый россиянин может быть включен в группу риска игровой зависимости. По мнению О.Ю. Болдырева (2008), в Петербурге насчитывается около 50 тысяч человек, зависимых от азартных игр [ 1 ].

Проблема игровой аддикции является мультидисциплинарной, различные ее аспекты изучаются и рассматриваются в рамках социальных, медицинских, психологических, политических, юридических отраслей науки. Предметом изучения являются: социально-демографические и психологические факторы риска игровой аддикции; психологические и психофизиологические компоненты этой зависимости; виды помощи страдающим игроманией, в частности оценка их эффективности.

В числе различных методов и направлений помощи больным с зависимостями важное место занимают психотерапевтические и психокоррекционные методы комплексного воздействия на психику человека, ориентированные на формирование устойчивых паттернов социально-позитивного образа жизни через активизацию нравственных и духовных компонентов психики человека [ 4 ].

К числу этих методов относится метод духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока (ДОП ЦЗ) [ 2 ]. Многолетний

опыт практического применения показал его эффективность при алкоголизме, наркомании и зависимости от табака. В работах Г.И. Григорьева (2004), Г.И. Григорьева и соавт. (2007), В.Ю. Рыбникова, Г.И. Григорьева (2004) отмечена многокомпонентность и эффективность воздействия этого метода у пациентов с алкоголизмом и у наркоманов. Это дает основание полагать, что указанный метод может быть эффективным при оказании помощи лицам с игровой зависимостью [ 2, 5, 6 ].

Целью данной публикации стало представление социально-психологических и индивидуально-психологических особенностей личности, детерминирующих игровую зависимость у пациентов, добровольно обратившихся за медико-психологической помощью, и оценка эффективности ДОП ЦЗ при лечении игроманов.

### ***Материалы и методы исследования***

Анамнестические, социально-психологические и клинические характеристики больных игроманией исследовались с помощью специально разработанной расширенной анкеты. Она использовалась для обследования 158 пациентов, пролеченных в МИРВЧ по поводу игровой зависимости в период с 2000 до 2006 год.

Индивидуально-психологические особенности, психофизиологическое состояние и нейрофизиологические характеристики лиц с игровой зависимостью изучались с помощью комплекса общепринятых в психологической практике методик: беседы, наблюдения, анализа социально-демографических показателей, экспериментально-психологического обследования: тест Леонгарда-Смишека (28 человек); проективные психологические методики: Hand-тест (25 человек) и цветовой тест М. Люшера (36 человек); психологические экспресс-тесты, включенные в компьютерную программу «Оперативный контроль состояния» (ОКС): САН (сокращенный вариант), шкала реактивной тревожности Спилбергера–Ханина (сокращенный вариант), М. Люшера (28 попарных сравнений), рефлексометрические тесты «Реакция на движущийся объект» (РДО) и «Диагностика функционального состояния ЦНС».

Для оценки эффективности кризисно-реабилитационной психологической помощи после лечения за больными велось катамнестическое наблюдение. Из числа больных, пролеченных в 2000–2005 гг. (85 человек), составлена катамнестическая группа в количестве 63 человек (74,1 % от числа пролеченных лиц).

Для математико-статистической обработки данных использовались одномерные и многомерные методы (статистических группировок, статистического описания признаков, параметрических и непараметрических критериев оценки гипотез, корреляционный анализ).

### ***Результаты и их анализ***

По результатам исследования установлено, что более половины пациентов (62 %) представляли наиболее активную и трудоспособную часть населения в возрасте от 20 до 40 лет. Существенной особенностью больных игровой зависимостью является их высокий образовательный уровень – 43 % из них имели высшее и незаконченное высшее образование.

Достаточно большая прослойка пациентов, около четверти (24,3 %), были без определенных занятий, 31,4 % – занимались преимущественно интеллектуальным, 28,6 % – физическим трудом.

Среди причин, приведших пациентов к врачу-психотерапевту, 60 % опрошенных указали на то, что они попали в зависимость от игры и желают избавиться от нее. Однако только 37,1 % понимают опасность своего увлечения. Остальные лица назвали другие причины. Более половины опрошенных лиц (55,7 %) указали на то, что игровая зависимость стала для них образом жизни.

74,3 % опрошенных лиц помнят о том, когда, где и как они впервые стали играть в азартные игры. Положительное впечатление от первой игры получили 64,2 % респондентов, на этом фоне почти половина опрошенных (42,9 %) начали регулярно посещать игорные заведения.

55,7 % пациентов имели более чем трехлетний стаж игры. 51,4 % зависимых ко времени опроса посещали игорные заведения не реже одного раза в неделю. 85,7 % опрошенных лиц отметили увеличение ставок в игре, 58,6 % указали, что их ставки увеличились и не просто в разы, а на порядки. 85,7 % отметили, что с началом регулярного посещения игорного заведения у них возникли или обострились финансовые проблемы, что негативно отражалось на психоэмоциональном состоянии, на взаимоотношениях в семье и «вообще все стало плохо».

94,3 % лиц отметили, что родственники знакомы с их проблемами. В 45,7 % случаев родственники узнавали об игровой зависимости сразу же после ее возникновения, в 28,6 % случаев – через 1–3 года. Источником такой информации в 60,0 % случаев являлся сам игрок, в 17,1 % обнаруживалась пропажа денег. 68,6 % игроков отметили, что в проблемы их игровой зависимости посвящены и коллеги по работе, 75,0 % из которых данный факт осуждают.

Отрицательную оценку игре и ее последствиям дали 71,4 % пациентов. Тем не менее, 10,1 % пациентов нашли в ней возможности решения своих финансовых проблем.

Нормальное состояние во время игры было только у 22,9 % игроков. Возбужденное, азартное самочувствие во время игры наблюдалось у 54,3 % пациентов, в том числе 18,7 % отмечали чрезмерное, неуправляемое возбуждение, а 17,1 % лиц характеризовали свое самочувствие как зомбирование.

Игра уменьшала напряжение и снимала немотивированное возбуждение. 42,9 % пациентов чувствовали себя после игры нормально, спокойно, хорошо. Однако материальные проблемы, возникающие после игры, у 20,0 % обследованных вызывали депрессивное состояние, подавленность, дискомфорт, а у 42,9 % – отмечались в этом периоде суицидальные мысли.

57,1 % лиц в перерывах от игры отмечали нормальное, хорошее самочувствие, а у 27,2 % возникало непреодолимое желание играть, которое заканчивалось опустошенностью и депрессией. 80,0 % опрошенных играли на заемные средства, 18,6 % – заявили, что играют только на свои деньги. 54,3 % – признали, что часто играли на деньги компании. Уверенность в возможности отыграться после серьезного проигрыша высказали 82,9 % игроков. 48,6 % пациентов отметили, что могут играть несколько суток подряд.

70,0 % обратившихся за помощью из-за игры оказались в долгах. Эти долги превышали зарплату в разы у 42,9 % пациентов, а в десятки раз – у 24,3 %. Пытались прекратить игру 90,0 % пациентов. 18,6 % для этого обращались к врачам, а 12,9 % – к целителям. От 1 до 6 мес удавалось не играть 24,3 % пациентам.

Перерывы в игре чаще всего были обусловлены самостоятельным решением и поддержкой семьи (30,0 %), занятостью и отъездами (21,4 %), а также отсутствием денег (11,4 %). Наиболее частыми причинами, которые способствовали возобновлению игры, являлись сохранившаяся тяга к игре (18,6 %) или внешние причины, обуславливающие формирование игровой зависимости [желание решить финансовые проблемы (21,4 %), наличие денег (12,9 %), социальное окружение (5,7 %) и др.].

Таким образом, полученные данные позволили отметить ведущие социально-психологические характеристики больных зависимых от азартных игр, обратившихся за анонимной помощью: молодой возраст, социальная сохранность, высокий образовательный уровень.

В клинических проявлениях игровой аддикции обратившихся за лечением больных превалирует 3-летний стаж игры с посещением игорных заведений не реже одного раза в неделю, возникновение или обострение финансовых проблем (присутствие долгов, превышающих зарплату пациентов в разы и в десятки раз), негативное их отражение на психоэмоциональное состояние личности (развитие состояний депрессии, подавленности, дискомфорта, возникновение суицидальных мыслей) и на взаимоотношения в семье (наличие семейных скандалов, уходов из семьи, разводов). Также следует отметить высокую осведомленность родственников и коллег по работе о проблемах больных, сравнительно благополучный преморбидный период и большей частью неотягощенную наследственность.

Среди мотивов к лечению преобладает самостоятельное решение о необходимости лечения. Пациенты понимают, что у них сформировалась

зависимость от азартной игры. Само лечение у пациентов сопровождается постоянной и активной материальной, моральной и волевой поддержкой ближайшего окружения (родных и близких).

Эти данные целесообразно использовать при разработке и реализации индивидуальных и региональных программ по профилактике игромании, в том числе для формирования группы риска лиц, зависимых от азартных игр из числа молодежи.

Интересные данные получены при изучении индивидуально-психологических особенностей личности и психологического статуса игроков с помощью стандартизированных психодиагностических тестов.

Результаты психологического обследования по тесту Леонгарда–Смишека показали, что самый распространенный тип акцентуаций у этих больных – циклотимичный. Для них характерны смена гипертимных и дистимических состояний, а периоды оптимизма и активности сменяют пессимизм, подавленность, пассивность. Чуть реже встречающиеся типы акцентуаций – эмотивный и демонстративный. Главными особенностями эмотивной акцентуации личности являются высокая чувствительность и эмоциональность. Для личности демонстративного типа характерны стремление быть в центре внимания и событий, самовосхваление, фантазирование и приукрашивание событий.

Установлены различия личностных акцентуаций при формировании стадий заболевания. В стадии проигрышей выявляются акцентуации демонстративного и гипертимного типов, а для стадии разочарования на первый план выходят акцентуации по циклотимному и эмотивному типу. Это показывает, что на смену оптимизму, повышенной активности и демонстративности приходит психическое состояние с частой сменой настроения, лабильностью эмоций, повышенной чувствительностью. Также для этой стадии зависимости характерны акцентуации личности по экзальтированному и возбудимому типам. Личностям этих типов свойственны импульсивность, неконтролируемость поведения, низкая терпимость в общении, бурное, экзальтированное внешнее выражение эмоций, сочетающееся с внутренней впечатлительностью. Таким образом, результаты психологического обследования по тесту Леонгарда–Смишека позволили выявить не только ведущие типы акцентуаций личности пациентов с игровой зависимостью, но и определить комплекс информативных шкал этого теста, которые могут использоваться для диагностики стадии зависимости игроманов.

Психологический статус игроманов по данным Hand-теста характеризуется наличием скрытой агрессии, социальной и личностной дезадаптации, эмоциональной неуравновешенностью (с высоким уровнем невротизма), повышенной истероидностью. С переходом игровой зависимости в стадию разочарования качество агрессии меняется от скрытой (манипулирование) к более выраженной, открытой; повышается безразличие (ви-

димось коммуникативности при снижении ее эмоциональной составляющей); углубляется формализм в отношениях, проявляется нежелание задумываться над последствиями своих действий, просчитывать результаты своих поступков; усиливается тенденция ухода от реальности; углубляется личностная дезадаптация.

Данные, полученные по методике «Hand-теста», позволили не только выявить скрытые психологические реакции пациентов с игровой зависимостью, но и продемонстрировали достаточно высокую информативность и практичность этого теста для диагностики и мониторинга их психологических особенностей.

Использование проективной методики М. Люшера позволило описать обобщенный портрет пациентов с игровой зависимостью, для которых характерны: высокий уровень психического утомления и психического напряжения, низкий уровень работоспособности; наличие постоянного интенсивного стресса, повышенной тревожности, вызванные неудовлетворенными потребностями в эмоциональной сфере; снижение жизненной энергии; изменение эмоционального фона, характеризующегося повышенной раздражительностью, сверхвозбудимостью, ощущением беспомощности и разочарованности; компенсирующий тип поведения, выражающийся в настойчивом и неадекватном стремлении к независимости, увеличении активности путем волевых усилий, попытках добиться значительности и влияния.

Обобщенно можно заключить, что данные проективной цветовой психодиагностики позволили определить паттерн актуальных признаков психического состояния пациентов с игровой зависимостью и дать им вербальную психологическую характеристику.

Результаты оценки психофизиологического статуса игроманов по данным тестов РДО и «Диагностика функционального состояния ЦНС» показали снижение адаптационных возможностей и уровня функционального состояния ЦНС, высокую задействованность функциональных резервов ЦНС и их устойчивое истощение. Эти данные позволяют в наиболее общем виде понять нейрофизиологические механизмы разрушения личности у больных игроманией, но нуждаются в более детальном и комплексном их психофизиологическом анализе, что не входит в круг задач настоящего сообщения. Тем не менее, они указывают на высокую информативность и практичность (время обследования 5–8 мин) реализованных в автоматизированной системе «Оперативный контроль состояния» психофизиологических экспресс-тестов.

Эффективность метода ДОП ЦЗ при лечении пристрастия к азартным играм оценивалась по динамическим характеристикам годовой ремиссии, рассчитанным с помощью математико-статистического анализа времени жизни. Годовому катamnестическому обследованию подвергнуто 63 человека. Это те больные, которые после сеанса психотерапии посто-

янно посещали психолога, «закрепляли» зарок или обращались в МИРВЧ по семейным или другим проблемам, а также те больные, с родственниками которых удалось связаться по телефону.

Из числа катamnестически обследованных пациентов 9 человек (14,3 %) по тем или иным причинам из-под наблюдения ушли, 34 человека (54,0 %) сорвались – возобновили игру, а 20 человек сохранили состояние ремиссии. Таким образом, с учетом сорвавшихся и цензурированных доля пролеченных больных, сохранивших состояние ремиссии в течение года, составила 42 %.

Самым весомым аргументом в пользу сохранения годовой ремиссии больным игроманией является систематическое полноценное психотерапевтическое сопровождение ремиссии, особенно в начале ее становления. Наиболее благоприятный прогноз ожидается для больных, которые после сеанса ДОП ЦЗ будут соблюдать в течение 1 года оптимальный режим поддерживающей психологической помощи в рекомендуемом объеме не менее одного раза в месяц. Их шанс сохранить ремиссию в течение года почти в 40 раз выше по сравнению с больными, недооценивающими роль постоянной психологической поддержки.

### *Заключение*

Таким образом, подводя итог можно сказать, в настоящее время в России отмечается стремительный рост развития у населения игровой зависимости.

Ведущими социально-демографическими особенностями больных с игровыми зависимостями, добровольно обратившихся за медико-психологической помощью, являются: трудоспособный возраст, высокий образовательный уровень и низкая занятость. Основными социально-психологическими и клиническими характеристиками являются: трехлетний стаж игры с частым, не реже одного раза в неделю, посещением игорного заведения; быстрое развитие игровой зависимости; значительное увеличение ставок игры; игра на заемные средства или деньги компании; значительное превышение долгов над зарплатой; высокая осведомленность окружающих в семье и на работе о проблемах игромана с их осуждением; высокая отрицательная самооценка своей зависимости; уверенность в возможности отыграть после большого проигрыша.

Психологический статус больных с игровой зависимостью при обращении за помощью (до лечения и реабилитации) характеризуется:

- по тесту Леонгарда–Смишека – сочетанием различных акцентуаций характера (циклотимической, демонстративной, эмотивной и гипертивной);

- по Hand-тесту – эмоциональной неуравновешенностью, высоким уровнем невротизма, наличием скрытой агрессии со временем переходя-

щей в открытую, социальной и личностной дезадаптацией, повышенной истероидностью;

- по цветовому тесту Люшера – психическим утомлением и напряжением, постоянным и интенсивным эмоциональным стрессом, снижением жизненной энергии, повышенной раздражительностью, сверхвозбудимостью и ощущением беспомощности и разочарованностью;

- по тесту Спилбергера–Ханина – повышенной реактивной тревожностью.

- по данным тестов РДО и «Диагностика функционального состояния ЦНС» – снижением адаптационных возможностей и уровня функционального состояния ЦНС, высокой задействованностью функциональных резервов ЦНС и их истощением.

Метод ДОП ЦЗ является эффективным средством лечения больных с игровой зависимостью, обеспечивая годовую ремиссию более чем у 40 % пролеченных пациентов. Наиболее весомый вклад в формирование прогноза годовой ремиссии по мере снижения их значимости вносят такие факторы как: одновременный зарок от игры и приема алкоголя, последующий зарок в Церкви; срок воздержания от игры перед сеансом психотерапии; стадия заболевания; стаж игры и наличие долгов, которые значительно превышают заработок. При этом ведущая роль принадлежит систематической долговременной и полноценной психологической помощи в виде психокоррекции в период всей реабилитации и сопровождение ремиссии.

### *Литература*

1. *Болдырев О.Ю.* Игромания в России сегодня [Электронный ресурс] / О.Ю. Болдырев. – 2008 – <http://www.narkohelp.ru/doc.php?id=6393>, вход свободный.

2. *Григорьев Г.И.* Кризисно-реабилитационная помощь при наркоманиях на основе стрессовой психотерапии : дис. ... д-ра мед. наук / Григорьев Г.И. – СПб., 2004. – 463 с.

3. *Зайцев В.В.* Как избавиться от пристрастия к азартным играм. Психотерапевтическая программа лечения игровой зависимости / В.В. Зайцев, А.Ф. Шайдулина. – СПб. : Нева, 2003. – 125 с.

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

5. *Рыбников В.Ю.* Кризисно-реабилитационная помощь при наркоманиях / В.Ю. Рыбников, Г.И. Григорьев // Вестн. С.-Петербур. ун-та МВД России. – 2004. – № 18. – С. 40–51.

6. *Становление и организация духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей* : учеб. пособие / Г.И. Григорьев, С.Г. Григорьев, Н.В. Советная [и др.] ; под ред. Г.И. Григорьева. – 2-е изд. – СПб. : МИРВЧ, 2007. – 298 с.



## **АУТОГЕННАЯ ТРЕНИРОВКА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ И СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ**

Котласская центральная городская больница, Архангельская обл.

### ***Введение***

В течение 14 лет мы занимаемся психотерапией в поликлинике многопрофильной больницы. Значительное место в этой работе отводится групповой терапии, в частности, аутогенной тренировке (АТ) в группах.

Вначале занятия проводились по методике И. Шульца. В дальнейшем, для адаптации метода к конкретным формам и синдромам психопатологии, техника была изменена и последние 5 лет применяется в модифицированном виде.

В рамках данной работы предпринимается попытка оценить эффективность АТ при лечении больных невротическими и соматоформными расстройствами в амбулаторных условиях.

### ***Методика проведения занятий***

Пациенты для групповой психотерапии отбираются из числа лиц, приходящих на амбулаторный прием, иногда – во время консультаций в стационаре. Показания к групповой психотерапии на основе АТ являются:

- невротические расстройства (астенический, тревожный, тревожно-депрессивный синдромы);
- соматоформные расстройства (диссомнический синдром, хроническое болевое расстройство: головная боль, боль в спине, абдоминальная боль).

На занятия приглашаются пациенты обоего пола, возраст составляет от 18 до 55–60 лет. Большое внимание уделяется созданию мотивации к занятиям. Перед групповой работой с каждым будущим участником проводится индивидуальное собеседование, где объясняются цели группы и методы их достижения в процессе работы.

Количество пациентов в группе составляет от 8 до 12, психотерапевтическая сессия – 10 занятий. Занятия организуются три раза в 1 нед. Длительность каждого занятия – 1,0–1,5 ч. Помещение для групповой психотерапии оборудовано в цокольном этаже поликлиники, где обеспечивается относительная тишина. Пол застелен ковровым покрытием. В начале сессии психотерапевт и пациенты снимают обувь, и дальнейшее занятие проходит без обуви.

### *Стадии групповой сессии*

Описание хода собственно групповой сессии условно разделено на три стадии.

#### *I стадия (предварительная)*

На первом занятии психотерапевт проводит пациентов в комнату для занятий. Как правило, пациенты хорошо знакомы с психотерапевтом и нет необходимости представляться.

Психотерапевт кратко озвучивает цели и задачи группы доступным языком. Основной упор делается на то, что это обучающий курс. Он состоит из коллективных и индивидуальных занятий. Коллективные занятия проводятся через день в одно и то же время в течение 21–28 дн. Самостоятельное повторение занятий (собственно аутотренинг) в процессе обучающего курса рекомендуется проводить ежедневно не менее трех раз в день. Основная задача обучающего курса состоит в постепенном развитии у пациентов навыков самовоздействия [ 6 ].

До сведения пациентов доводится, каких результатов можно добиться регулярно и систематически занимаясь АТ: нормализация сна, стула; уменьшение и исчезновение болевых синдромов, симптомов тревоги; улучшение общего самочувствия, повышение иммунитета и т. п. Им важно понять, что «... базисные упражнения аутогенной тренировки в значительной степени только развивают способность и создают возможности для целенаправленного самовоздействия, играя роль "инструмента", которым нужно еще научиться пользоваться» [ 6 ]. Озвучивается принцип добровольности посещения группы, групповые правила и нормы.

Затем психотерапевт просит представиться всех членов группы. Предлагается назвать имя и дать краткую информацию о себе. Например: «Какие качества помогают Вам в общении?», «Что Вам нравится в себе больше всего?», «Что помогает Вам справляться с проблемами?» Подобные вопросы помогают раскрыться пациенту, создать доверительную атмосферу в группе.

Последующие занятия I стадии начинаются с краткого определения самочувствия членов группы. Каждый пациент в нескольких словах говорит о том, как он сейчас себя чувствует и насколько он готов к занятию.

Затем психотерапевт проводит с группой психогимнастические упражнения, мобилизующие внимание, интеллектуальную активность или помогающие снять усталость, создающие условия для эмоциональной разрядки. Чаще всего применяются следующие упражнения: «Ручеек», «Путанка», «Подарки», «Испорченный телефон» [ 3 ]. Также применяются упражнения на представление и визуализацию, например. «Закрывать глаза и в течение минуты представить себя каким-то животным (деревом, цветком и т. д.), затем рассказать о своих ощущениях».

## *II стадия (основная)*

В это время и проводится собственно АТ. Пациентам предлагается по желанию лечь на кушетку или остаться в кресле, принять удобную для занятия позу, закрыть глаза. После этого психотерапевт дает установку: «Итак, приняли удобную, свободную позу, настроились на приятный лечебный отдых. Приступаем к занятию ...» [ 6 ]. Пациентам внушаются формулы упражнений, которые условно можно разделить на следующие комплексы:

1) общее успокоение (приводится образ зеленого луга, песчаного пляжа и т.п.);

2) вызывание ощущений тепла и расслабления (вместо тяжести) в конечностях: верхних (по отдельности, в правой и левой руках) и нижних (также вначале в правой, затем левой ногах);

3) вызывание ощущений тепла в позвоночнике, расслабления окологрузовых мышц («Как будто бы сбросили тяжелый груз со своей спины...»);

4) вызывание ощущений тепла в солнечном сплетении, регуляция деятельности органов желудочно-кишечного тракта и малого таза;

5) регуляция ритма и частоты дыхания;

6) регуляция деятельности сердечно-сосудистой системы;

7) регуляция деятельности сосудов и коры головного мозга («Нормализуется кровоснабжение головного мозга, улучшается память, питание клеток головного мозга» и т. д.);

8) общее укрепление эмоционально-волевой сферы;

9) мобилизующие упражнения.

В нашей практике все эти комплексы упражнений проводятся, начиная с первого занятия на протяжении всего курса.

В результате проведенных упражнений пациент входит в так называемое «аутогенное состояние» – «специфический вид активности, направленность которой сознательно переносится с внешней на внутреннюю сферу интерорецептивных ощущений и интрапсихических взаимодействий» [ 6 ].

Именно во время аутогенного состояния наиболее действенно психотерапевтическое лечение, которое реализуется преимущественно с помощью приемов самовнушения, сенсорной репродукции, а также «развития способности к целенаправленной регуляции ... вегетативных и соматических функций на основе вербально-висцеральных и сенсорно-репродуктивно-висцеральных рефлексов» [ 6 ].

Специальные упражнения и психотерапевтические приемы выполняются после общего укрепления эмоционально-волевой сферы перед комплексом «мобилизация».

Применяются упражнения, способствующие гармонизации психического состояния и личностному росту. Прежде всего, это методика пси-

хосинтеза. По мнению Р. Ассаджиоли «практические занятия психосинтезом позволяют достичь совершенства в несовершенстве» [12].

Чаще всего применяются в группах и дают хороший эффект упражнения: «Диалог с внутренним источником мудрости», «Воспитание спокойствия», «Цветение розы» [12], «Лестница».

На заключительном занятии практически всегда используется упражнение «Освобождение»: пациенты сбрасывают в глубокую яму свои болезни, сомнения, неразрешимые проблемы и т.п. и засыпают яму землей, опавшей листвой, ветками.

Это упражнение позволяет подвести некоторый итог работе в группе и настроить участников на позитивное мышление и самостоятельную работу.

### *III стадия (заключительная)*

Это время предназначено для подведения итогов, анализа, результата встречи.

Каждый участник кратко рассказывает о своем самочувствии: Удалось ли ему достичь ощущений тепла и релаксации в теле, спокойствия? Были ли неприятные ощущения и чувства? Возникали ли внушаемые образы и картины?

Психотерапевт отвечает на вопросы пациентов, при необходимости дает объяснение возникающих психологических феноменов, поощряет членов группы за проявление активного отношения к своему состоянию. Дается мотивация к самостоятельной работе дома, напоминание о времени следующей встречи.

На последнем занятии помимо обычного содержания заключительной стадии проводятся итоги обучающего курса. Психотерапевт говорит об окончании коллективных занятий аутогенной тренировкой, самостоятельные занятия пациентам рекомендуется продолжать до 3–4 мес ежедневно. Для облегчения проведения таких занятий по желанию пациента дается аудиокассета с записью сеанса аутотренинга.

Психотерапевт просит пациентов высказать пожелания, предложения, претензии по проведению занятий «на будущее», которые им фиксируются и, возможно, реализуются в следующих группах.

### *Оценка эффективности*

По клиническим проявлениям пациенты разделены на 2 группы: 1-я – с тревожным и 2-я – с диссомническим синдромом. В каждой группе было по 60 человек (всего обследовано 120 человек). Каждая группа разделена на 3 подгруппы: «а» – лица, получающие только фармакотерапию; «б» – лица, получающие фармакотерапию и аутогенную тренировку; «в» – лица, получающие только аутогенную тренировку. В каждой подгруппе

было по 20 человек. Эффективность АТ оценивалась по выраженности клинических проявлений до начала лечения, через 1 и 3 мес лечения.

Оценка тревожного синдрома у пациентов проводилась в баллах по шкале Шихана. Две трети из числа обследуемых получали психофармакотерапию (антидепрессанты, транквилизаторы). Данные исследования представлены в табл. 1.

*Таблица 1*  
*Динамика уровня тревоги пациентов по шкале Шихана (балл)*

Период	Подгруппа		
	1а	1б	1в
До лечения	50	50	40
Через 1 мес от начала лечения	30	20	20
Через 3 мес от начала лечения	20	10	15

Как видно из табл. 1, 1в подгруппа изначально отличалась более низким уровнем тревоги (в среднем 40 баллов). Наилучший результат через 3 мес лечения был достигнут в 1б группе, получающей комплексное лечение (психофармакотерапия и АТ). Уровень тревоги здесь снизился на 80 % от исходного. Результаты лечения в 1а и 1в подгруппах приблизительно одинаковые: отмечается снижение уровня тревоги на 60 и 62,5 % соответственно.

Отмечена также эффективность АТ при лечении пациентов с диссомническим синдромом (табл. 2). Следует уточнить, что 2а и 2б подгруппы пациентов получали психофармакотерапию (снотворные, седативные препараты, транквилизаторы) в течение 1 мес с начала лечения, затем данные препараты были постепенно (в течение 1–2 нед) отменены.

*Таблица 2*  
*Динамика количества пациентов с нарушением сна (%)*

Период	Подгруппа		
	2а	2б	2в
До лечения	100	100	100
Через 1 мес от начала лечения	10	0	25
Через 3 мес от начала лечения	50	10	20

Наибольшая эффективность лечения была выявлена во 2б подгруппе: 18 пациентов, или 90 % восстановили сон. Во 2а группе после отмены фармакологических препаратов только у 10 пациентов (50 %) отмечалось

улучшение. Во 2в подгруппе сон был восстановлен в 80 % случаев, или у 16 пациентов.

### *Заключение*

Обобщая вышеприведенные данные, можно сделать вывод, что применение АТ у больных с невротическими и соматоформными расстройствами дает выраженный лечебный эффект, способствует личностному росту пациентов, развитию у них навыков самовоздействия и ответственности за свое функциональное состояние.

Следует отметить, что наилучшие результаты были достигнуты при сочетании занятий АТ и психофармакотерапии. Эффективность данного комплексного подхода была доказана при лечении пациентов с тревожным и диссомническим синдромами.

Использование этой методики в лечении больных невротизмом в амбулаторных условиях экономически оправдано благодаря ее доступности, краткосрочности, незначительным финансовым затратам, практическому отсутствию противопоказаний и побочных действий.

### *Литература*

1. *Бурно М.Е.* Справочник по клинической психотерапии / М.Е. Бурно. – М. : Рос. об-во медиков-литераторов, 1995. – 76 с.
2. *Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение.* / под ред. А.М. Вейна. – М. : МИА, 2003. – 779 с.
3. *Игры: обучение, тренинг, досуг* / под ред. В.В. Петрусинского. – М. : Новая школа, 1994. – 364 с.
4. *Карвасарский Б.Д.* Невротизм / В.Д. Карвасарский. – 2-е изд. – М. : Медицина, 1990. – 576 с.
5. *Курпатов А.В.* Психотерапевтическая диагностика тревоги / А.В. Курпатов / Вестн. психотерапии. – 2003. – № 9(14). – С. 44-54.
6. *Лобзин В.С.* Аутогенная тренировка / В.С. Лобзин, М.М. Решетников. – Л. : Медицина, 1986. – 290 с.
7. *Нюхалов Г.А.* Групповая психотерапия экзистенциальной направленности в системе лечения и реабилитации пациентов с эндогенными расстройствами / Г.А. Нюхалов, С.М. Бабин / Вестн. психотерапии. – 2006. – № 16(21). – С. 9-19.
8. *Пахомова И.В.* Эффективность сочетанного применения аутогенной тренировки и психофармакотерапии в восстановительном лечении больных синдромом раздраженного кишечника / И.В. Пахомова / Вестн. восстановит. медицины. – 2008. – № 2. – С. 55–58.
9. *Психогимнастика в тренинге* : каталог : в 2 / Макшанов С.И., Хрящева Н.Ю., Сидоренко Е.В. – СПб., 1993. – Ч. 1. – 106 с. ; Ч. 2. – 91 с.
10. *Рудестам К.* Групповая психотерапия : пер. с англ. / К. Рудестам. – СПб. : Питер, 1998. – 384 с.

11. *Свядоц А.М.* Неврозы (руководство для врачей) / А.М. Свядоц. – СПб. : Питер, 1998. – 448 с.
12. *Сборник практических занятий по психосинтезу* : пер. с англ. / сост. и ред. Дж. Томас. – Саратов : Эхо, 1996. – 31 с.
13. *Ташлыков В.А.* Психологическая защита у больных неврозами и с психосоматическими расстройствами / В.А. Ташлыков. – СПб. : МАПО, 1997. – 23 с.
14. *Умярова Р.С.* Смехотерапия / Р.С. Умярова // Моск. психотерапевт. журн. – 2008 – № 1 (56). – С. 137–143.
15. *Федоров А.П.* Групповая психотерапия при неврозах / А.П. Федоров, Э.Г. Эйдемиллер. – СПб. : МАПО, 1997. – 22 с.

# ПСИХОДИАГНОСТИКА И АКМЕОЛОГИЯ

УДК 159.019.32 : 616.89

*С.А. Осипова, В.И. Курпатов*

## ИЗМЕНЕНИЕ Я-СТРУКТУРЫ ЛИЧНОСТИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

При рассмотрении стрессоров как предрасполагающих факторов к возникновению психических расстройств, появляется необходимость оценки личности, как многоуровневой структуры, изменения в которой могут носить либо саногенный, либо патогенный характер. Исследование с помощью Я-структурного теста Аммона имеет в диагностике особое значение, так как тест дает представление о развитии центральных гуманфункций, расположенных в бессознательном ядре личности [ 1 ]. Учитывая то, что при развитии невротического расстройства патогенный конфликт вытесняется из сознания, способность исследовать бессознательные структуры дает данному тесту явные преимущества перед другими методами, исследующими личность. Кроме того, данная методика расценивает личность как динамическую индивидуальную систему, быстро реагирующую на изменение внутри- и межличностных отношений, и таким образом объективизирует изменения в системе отношений личности, психодинамические особенности больных, которые могут стать основными ориентирами для психотерапевтов при работе с депрессивными пациентами.

Модель уязвимости выдвигает гипотезу, что дисбаланс в структуре Я-концепции личности служит фактором риска для развития депрессивной симптоматики. В то же время в результате психической дезадаптации в психодинамической структуре личности наблюдается рассогласование её центральных бессознательных функций. Таким образом, появляются разногласия по поводу причинно-следственных взаимоотношений в представленной диаде. U. Orth, R.W. Robins и B.W. Roberts в лонгитудинальном перекрестном исследовании доказали, что низкое чувство собственного достоинства (включено в шкалу дефицитарного нарциссизма) является фактором предрасположенности к развитию депрессии, а депрессия не предсказывает последующие уровни чувства собственного достоинства [ 5 ]. Таким образом, результаты поддержали модель уязвимости, и все же в процессе развития депрессии нельзя исключать взаимного влияния данных факторов друг на друга и формирования «порочного круга».



Формирование невротической депрессии связано с приростом значений деструктивных и дефицитарных и снижением конструктивных шкал с выходом за рамки нормативного интервала. В нормативный диапазон полностью укладываются только шкалы сексуальности.

При развитии невротической депрессии в результате воздействия макрострессора оставались сохранными лишь единичные структуры личности. В частности, деструктивная агрессия, конструктивная тревога, конструктивная и деструктивная сексуальность. Остальные функции имеют значимые отклонения от нормы. Наиболее яркой характеристикой личностного дисбаланса являлось нарушение активности в сторону дефицита её проявлений ( $p < 0,01$ ).

Для таких пациентов были характерны пассивность, уход в себя, безучастность, отсутствие контактов с другими людьми и с самим собой. В то же время, высокие показатели по шкале деструктивного нарциссизма ( $p < 0,01$ ) говорили о том, что такая закрытость развивалась в связи с неспособностью принимать критику и эмоциональную поддержку окружающих. Такие пациенты склонны к нереалистичной самооценке, частым обидам и ощущению непонятности другими людьми. Значительное повышение показателей дефицитарного нарциссизма ( $p < 0,01$ ) доказывало негативное отношение к самому себе, отказ от собственных потребностей.

При развитии невротической депрессии на фоне хронического стрессора интактными остаются не только конструктивная и деструктивная шкалы сексуальности, но и деструктивная шкала внутреннего Я-отграничения. Этот факт говорит о достаточной сохранности доступа к сфере собственного бессознательного, о способности переживать различные эмоции и фантазии. Как и при макрострессоре, наиболее яркими изменениями являются рост дефицитарных активности ( $p < 0,05$ ) и нарциссизма ( $p < 0,01$ ). Помимо этого доминирует деструктивный страх за счет переоценки реальных угроз, что приводит к избеганию нового жизненного опыта (незнакомых ситуаций, новых контактов, альтернативных решений проблем) и способствует сохранению хронического стрессора, а также страх смерти или быть покинутым.

Личность больного невротической депрессией можно охарактеризовать следующим образом. Пациенты принимают пассивную жизненную позицию, отмечают спад активности, сужение круга интересов. Для восполнения недостатка активности, а также в связи с недостаточной взвешенностью поступков и принимаемых решений, повышенной тревожностью, пациенты начинают строить нереальные планы. Их невыполнение усиливает чувство собственного бессилия, неуверенности в себе, некомпетентности и ненужности, ощущение пустоты и одиночества, покинутости и скуки. Вместе с тем больные неспособны к установлению межличностных контактов, ведению продуктивного диалога и конструктивной дискуссии; избегают каких-либо конфликтов вследствие боязни разрыва

симбиотических отношений или из-за отсутствия необходимых навыков в разрешении конфликтов, а также вследствие недостатка навыков адекватного отреагирования эмоций в субъективно сложных ситуациях. Неспособность к достаточной концентрации усилий, невозможность адекватно воспринимать собственные чувства и потребности делают этих людей нечувствительными к эмоциям и потребностям других, замещению реального мира окружающих живых людей совокупностью собственных проекций. Функциональная недостаточность внутренней границы проявляется в нарушении взаимодействия с неосознаваемыми процессами, которые отражают «жесткое» подавление бессознательного, либо отсутствие достаточного интрапсихического барьера.

Эти данные согласуются с результатами исследования О.П. Стукалиной (2000), которая в качестве предикторов психогенной депрессивной симптоматики выделила следующие черты личности: ранимость, пассивность, заниженную самооценку, неуверенность в себе, инертность в принятии решений [ 2 ].

В процессе развития болезненного процесса повышенная тревожность сменяется характерным отсутствием реакции тревоги, как в необычных, так и в потенциально опасных ситуациях, склонностью к рискованным поступкам, игнорирующим оценку их вероятных последствий, тенденцией к эмоциональному обесцениванию важных событий, предметов и отношений, например, ситуаций расставания со значимыми другими, потерь близких и т. п. Такие лица обычно не испытывают трудностей в интерперсональных контактах, однако, устанавливающиеся отношения не имеют достаточной эмоциональной глубины. Фактически им недоступно истинное соучастие и сопереживание.

Наиболее значимыми личностными факторами, повышающими риск развития невротической депрессии в результате воздействия макро-стрессора являются повышение дефицитарных нарциссизма и агрессии, деструктивного внешнего Я-отграничения. т. е. неуверенность в себе, отказ от собственных интересов и потребностей, пассивность, стремление к самоизоляции. Среди отличительных черт отмечались также значимость для развития депрессивной симптоматики нереалистичности самооценки (повышение деструктивного нарциссизма) и зависимости от мнения и чувств других людей (повышение дефицитарного внешнего Я-отграничения).

Наиболее патогенными личностными изменениями для развития невротической депрессии в результате воздействия хронического стрессора обладают создание ригидного барьера относительно своих чувств и потребностей (повышение деструктивного внутреннего Я-отграничения) и пассивная жизненная позиция (повышение дефицитарной агрессии). Особенности изменений личности при хроническом дистрессе являются снижение способности адекватно перерабатывать тревогу, нарушения в

регулировании отношений между собой и окружающим миром, снижение способности восприятия своих чувств, снижение сексуального интереса, а также повышение разрушительной активности, направленной на себя и окружающих, обесценивание других людей (снижение конструктивной тревоги, внешнего Я-отграничения, сексуальности; повышение деструктивной агрессии). Эти данные согласуются с мнением Р. Веcker (1995, 1998) о том, что «душевное здоровье» характеризуется способностью справляться с внутренними и внешними требованиями [ 3, 4 ].

Отметим, что конструктивная сексуальность относится к саногенным механизмам для невротической депрессии, развившейся на фоне хронического стрессора, соответственно то, что ее снижение повышает риск развития депрессии, в очередной раз подчеркивает важность саногенных механизмов в преодолении хронического дистресса и профилактики депрессии.

### *Литература*

1. *Я-структурный* тест Аммона. Опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне : пособие для психологов и врачей / Ю.Я. Тупицын [и др.]. – СПб., 1998. – 70 с.

2. *Стукалина О.П.* Клинико-психологический анализ нарушений психического приспособления : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Стукалина О.П. – Новосибирск, 2000. – 23 с.

3. *Becker P.* Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle. Eine integrative Persönlichkeitstheorie und ihre klinische Anwendung / P. Becker. – Göttingen : Hogrefe, 1995. – 336 s.

4. *Becker P.* Special feature: a multifacet circumplex model of personality as a basis for the description and therapy of personality disorders / P. Becker // J. Personal. Disord. – 1998. – № 12(3). – P. 213–225.

5. *Orth U.* Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood / Orth U., Robins R.W., Roberts B.W. // J. Pers. Soc. Psychol. – 2008. – Vol. 95, N 3. – P. 695–708.

## **КОМПЛЕКСНАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ РЕЧИ**

Нижегородский государственный педагогический университет

### ***Введение***

Психическое развитие детей при задержке экспрессивной речи (ЗЭР) в силу сложности своей сущности в научной литературе рассматривается с разных позиций, среди которых ведущей можно считать трактовку его как сложного интегративного психического образования. В большинстве научных работ подчеркиваются проблемы аффективного или коммуникативного развития, обусловленные ЗЭР. Представляем обобщенные характеристики психологического портрета детей с ЗЭР, мешающие формированию полноценной личности и задерживающие формирование познавательных процессов:

1) активность – дети малоактивны, редко являются инициаторами общения, не задают вопросы, не заинтересованы в контакте, не умеют ориентироваться в ситуации общения;

2) речь – не оречевляются речевые ситуации, отмечаются речевой негативизм, неразвернутая монологическая и диалогическая речь, ограниченный словарный запас (сужение словарного запаса), бедность и качественное своеобразие деятельности, употребление слов в неточном значении, отсутствуют согласования слов, аграмматизмы (неадекватные грамматические формы), несформированность звуковой стороны речи, невыразительная речь;

3) эмоции – выявляется амимичность, замкнутость, раздражительность, неуверенность в своих силах (фиксированность на дефекте), агрессивность, тревожность;

4) коммуникация – отмечается смещение целей коммуникации, не ЗЭР является препятствием, а реакция ребенка, игнорирование собеседника, ребенку важно не рассказать, а высказаться и культура общения низкие, несформированность форм коммуникации (диалога и монолога);

5) общение – проявляется трудность в общении, снижается потребность в общении при сохранении ситуативно-делового общения.

В данном исследовании указанные компоненты рассматриваются в единой структуре отклоняющегося психического развития. Взаимодействия лингво-когнитивного, коммуникативного, аффективного и паралингвистического аспектов развития определяют системный подход к рассмотрению данного феномена как интегративного образования. Он пред-

ставляется наиболее продуктивным, так как все его компоненты взаимосвязаны и взаимообусловлены.

Анализ эмпирических данных касательно вариативности структуры отклоняющегося развития дает основания для выводов об индивидуально-типическом своеобразии его проявления, о возможностях психологической помощи ребенку в ранние сроки. Однако в имеющихся на данный момент исследованиях рассматриваются или только отдельные компоненты психического развития детей раннего возраста с ЗЭР, или посвящены они изучению отклоняющегося развития у детей старшего дошкольного возраста. Вопросы характера изменений, происходящих у детей с ЗЭР в возрасте до трех лет, остаются открытыми.

Научные факты убедительно свидетельствуют о негативных тенденциях психического развития у значительной части детей раннего возраста, что отражается на темпах развития психики в дошкольном периоде развития. Важно отметить, что причиной вторичных психических нарушений является психологическая реакция ребенка на ЗЭР.

В связи с этим, одним из факторов, снижающих потенциальные возможности ребенка с ЗЭР в психическом развитии, следует признать фактическое отсутствие ранней целенаправленной психологической помощи, прежде всего, вследствие недостаточной разработанности этого аспекта в коррекционной психологии в целом.

Цель настоящего исследования состояла в выявлении индивидуально-типического и индивидуального своеобразия отклоняющегося психического развития у детей с ЗЭР раннего возраста (2–3 лет), а также выяснении характера возрастной динамики и сдвигов, происходящих на границе этих возрастов – в период кризиса трех лет. Экспериментальное изучение предполагало рассмотрение общих и специфических закономерностей развития в условиях актуализации отдельных структурных компонентов отклоняющегося развития детей при ЗЭР.

### ***Методические аспекты проблемы***

Диагностическая работа с детьми с ЗЭР – одно из важнейших направлений практической деятельности логопсихолога. Отграничение ЗЭР от сходных состояний, а также одновременное изучение аффективно-коммуникативного развития ребенка, позволят более гибко строить психо-коррекционный процесс, учитывать степень выраженности ЗЭР одновременно с другими психологическими особенностями развития.

Авторские диагностические методики принципиально отличаются от методик других авторов, выстроенных на эмпирической основе, так как процесс изучения структуры отклоняющегося развития детей раннего возраста, предложенный нами опирается на коммуникативно-деятельностный подход, учитывает особенности слияния речевого мотива с предметным и базируется на ведущем виде деятельности детей в раннем воз-

расте. Сконструированный алгоритм изучения в процессе предметной деятельности является организационно-методическим принципом построения диагностической и прогностической работы, единства диагностической и коррекционной помощи детям раннего возраста с ЗЭР.

Охарактеризуем содержание основных методик, входящих в диагностический комплекс, который разработан для выявления структуры психического развития детей раннего возраста с ЗЭР, посредством последовательной актуализации рассмотренных компонентов.

Диагностический комплекс направлен на выявление индивидуально-типических и индивидуальных особенностей психического развития при ЗЭР, в диапазоне четырех уровней: от низкого – до высокого, отражающих потенции возраста (соответствующего возрастному эталону). Диагностические методики, направленные на выявление специфических закономерностей психического развития при ЗЭР, сконструированы на основе следующих положений:

- во-первых, мы исходили из того, что специфические закономерности психического развития при ЗЭР обуславливают взаимовлияние и взаимодействие лингво-когнитивного, коммуникативного, аффективного и паралингвистического компонентов, которые отражаются в индивидуально-типических и индивидуальных особенностях детей раннего возраста;

- во-вторых, в качестве важнейшей характеристики, пронизывающей все компоненты следует выделить регуляцию (речевую, аффективную, коммуникативную, паралингвистическую).

При разработке экспериментальной диагностической модели по отношению к детям раннего возраста и ее реализации мы руководствовались рядом принципиальных положений:

1) психологическая диагностика компонентов структуры отклоняющегося развития при ЗЭР детей раннего возраста должна строиться в русле коммуникативно-деятельностного подхода и носить комплексный характер;

2) изучение структуры важно проводить в аспекте развития актуализированных структурных компонентов (лингвистического, аффективного и коммуникативного), что расширяет возможности анализа отклоняющегося развития, поскольку позволяет вычлнить индивидуально-типологические и индивидуальные особенности, их динамику и обосновать взаимосвязь;

3) диагностика компонентов, взаимосвязь и взаимодействие как структуры должна предусматривать преемственность в его изучении у детей раннего и дошкольного возраста и соответственно базироваться на общих концептуальных подходах;

4) анализ результатов психологической диагностики должен строиться по принципу критериально-ориентированного оценивания, предпо-

лагающего учет количественных и качественных показателей по выделенным критериям;

5) экспериментальные методики должны носить прогностический характер, т. е. способствовать определению не только изменений в настоящее время, но и давать прогноз развития обследуемого ребенка на ближайшую перспективу;

6) разработанные критерии должны способствовать выделению возрастного норматива развития и уровней недоразвития лингвистического, аффективного и коммуникативного компонентов в составе структуры отклоняющегося развития. Уровень, показанный ребенком на момент обследования, характеризует зону его актуального развития, а следующий, вышележащий уровень – зону ближайшего развития.

Опираясь на вышеизложенные соображения и в соответствии с задачами исследования, мы сконструировали экспериментальную модель изучения психического развития детей раннего возраста с ЗЭР и нормативным развитием, включавшую в себя три блока диагностических занятий.

*Первый блок* предполагал выявление уровня развития экспрессивной речи и состоит из двух занятий. На первом занятии психолог знакомится с ребенком и родителями, выявляя вербальные и невербальные возможности общения ребенка со взрослыми. Затем предлагает посмотреть сказку про «Репку». Психолог показывает и рассказывает сказку, используя игрушки, постепенно вовлекая в этот процесс ребенка и родителей. По ходу сказки психолог не сразу показывает персонажей. Создает проблемные ситуации, выполняя задание, которое направлено на изучение активного лексикона детей для определения объема и качественного состава активного лексикона у детей.

В конце занятия психолог еще раз показывает и называет персонажей сказки, и просит назвать их вместе для выяснения возможностей ребенка в воспроизведении в речи слов. Затем родители получают домашнее задание подготовить совместный рассказ про «Репку».

На втором занятии родители с ребенком вместе рассказывают сказку, затем психолог предлагает поиграть, предлагая задание на исследование грамматического оформления речи и состояние словообразования.

*Второй блок* предполагал выявление уровня коммуникативного развития и состоит также из двух занятий. На первом занятии психолог предлагает помочь дедушке сорвать репку, позвать персонажей сказки, выявляя возможности ребенка в установлении контакта с персонажами сказки. Затем психолог от лица кошки спрашивает ребенка, выявляя возможности ребенка поддерживать диалог речевыми средствами. Оценивается степень сформированности «схемы беседы».

На втором занятии изучаются ориентации в позиции собеседника и его аргументации. Психолог ставит ребенка перед необходимостью узнать, почему дедушка не хочет тянуть репку, и убедить его в том, что он

должен сделать.

*Третий блок* предполагал выявление уровня аффективного развития в процессе наблюдения за предметной и игровой деятельностью по методикам «Многоуровневый аффективный профиль» «Аффективная проекция» с персонажами сказки «Репка». На первом занятии ребенку и родителям предлагается «песочный лист» и персонажи сказки, которые ребенок видел, но сам не мог взять, т. е. создавалась речепорождающая ситуация. Взрослый не должен был смотреть на ребенка (который все время пытался попасть в зону его зрительного восприятия), реагировать на прикосновения, жесты, он должен был реагировать только на звукоподражания или речь.

На втором занятии ребенку предлагают те же персонажи сказки и песочный лист (родителей просят не принимать участие в действиях ребенка). Психолог наблюдает за действиями ребенка, фиксируя результаты наблюдений.

По результатам проведения диагностических заданий испытуемые распределялись по уровням сформированности лингво-когнитивного, коммуникативного и аффективного компонентов, в соответствии со степенью выраженности выделенных показателей.

В то же время, специфичность разработанных нами методик, нацеленных на изучение структуры отклоняющегося развития детей раннего возраста с ЗЭР, в условиях актуализации лингво-когнитивного, коммуникативного и аффективного компонентов, потребовала введения дополнительных критериев, позволяющих оценить регуляторную функцию каждого из них, что потребовало введения дополнительных критериев (рис. 1). Например, мы полагали, что в основе психического развития детей лежит становление саморегуляции:

1) речевой, которая постепенно становится произвольной, поэтому ребенок сначала регулирует произнесение слов и фраз, постепенно овладевает нормами словоизменения, поправляя свою речь и овладевая к старшему дошкольному возрасту неосознанным, практическим уровнем освоения устной речи, что является базой для поступления в школу;

2) коммуникативной, которая позволяет вступать в контакт, применяя вербальные средства, поддерживать общение, понимая коммуникативные намерения собеседника, что происходит к старшему дошкольному возрасту, аргументировать свою игровую позицию, поддерживать диалог;

3) аффективной, которая связана с психической адаптацией, позволяет достигать гармонии, аффективно значимой цели, преодолевать препятствия, решать сложные задачи организации жизни индивида в обществе.

Расшифруем изображенную модель и представим ее более детально в единстве раннего и дошкольного возраста.



*Речевая регуляция.* На основании анализа качественных критериев в развитии экспрессивной речи в условиях нормативного психического развития авторы выделяют четыре уровня:

1-й – уровень номинативной активности характеризуется возникновением начального детского лексикона (первых общеупотребительных слов), в основе которых лежит регуляция операций произнесения слова. Внешние условия, языковая среда влияют на развитие сенсорно-перцептивных процессов. Ребенок слышит звуки, интонацию, слова взрослых, они вызывают яркую эмоциональную реакцию, закрепляются им в ходе гуления, лепета, формируются представления (уровень элементарных психолингвистических систем);

2-й – уровень речевых стереотипов характеризуется тем, что ребенок регулирует свои речевые действия, как правило, они включены в неречевую деятельность (предметную, игровую). Это уровень интегративных систем, он связан с определенным уровнем развития мышления, мотивации. Следует уточнить, что эгоцентризм ребенка раннего или дошкольного возраста, обуславливает слияние мотивации речевой и ведущего вида деятельности;

3-й – уровень речевой экспансии позволяет неосознанно овладеть всеми компонентами речевой системы (фонетикой, грамматикой, лексикой) в целях практического использования. В разных ситуациях взаимодействия ребенок поправляет неправильную речь самостоятельно, так как формируется «чутье языка» или важный компонент структуры речевой деятельности.

4-й – уровень речевого контроля характеризуется тем, что ребенок – старший дошкольник неосознанно регулирует речевую деятельность (ориентируется в речевой ситуации, планирует связное высказывание, реализует и контролирует его). Данный уровень формируется только к старшему дошкольному возрасту. (В предложенной схеме на рис. 1 он отсутствует).

Экспрессивная речь является частью уникальной, целостной, индивидуальной психики и во многом определяет успешную регуляцию жизнедеятельности. Поэтому коррекционная психология должна уделить особое внимание становлению речевой регуляции при ЗЭР.

Итоговый уровень сформированности психического развития детей раннего возраста при ЗЭР определялся качеством выполнения испытуемыми всего комплекса диагностических методик. Выведенные уровни приводились к стандартным баллам: 1 балл – 1-й уровень (выраженная ЗЭР); 2 балла – низкое проявление изучаемого качества, 4 балла – высокий уровень проявления изучаемого качества (отсутствие ЗЭР).

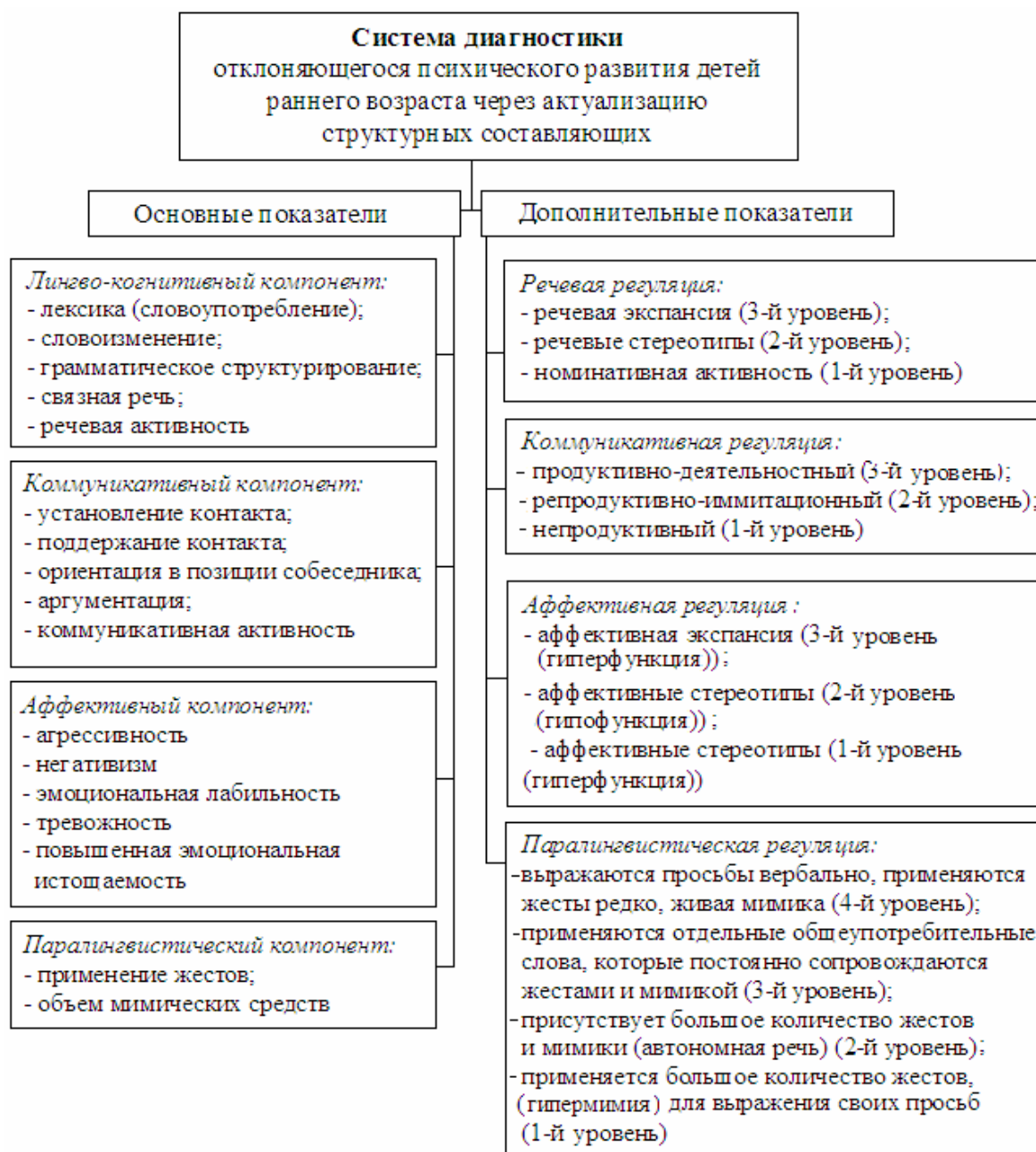


Рис. 1. Система диагностики отклоняющегося психического развития через актуализацию структурных составляющих.

### **Особенности лингво-когнитивного компонента**

Определив в качестве характерологических проявлений лингво-когнитивного компонента наличие у респондентов основных структурных параметров экспрессивной речи [лексики (словоупотребление), словоизменение, грамматическое структурирование и связное высказывание], необходимо конкретизировать линии анализа данного компонента.

Изучение индивидуально-типических особенностей лингво-когнитивного компонента детей с ЗЭР и выявление влияния на уровень развития данного компонента различных факторов (биологических и социаль-

ных) в соответствии с его характерологическими проявлениями требует введения двух линий анализа.

В связи с тем, что одной из характерологических составляющих является определение актуального состояния экспрессивной речи, поэтому первая линия анализа, очевидно, должна осуществляться через оценку и сравнение нормативного и отклоняющегося развития.

Первый блок эксперимента был направлен на изучение лингво-когнитивного компонента. В качестве метода исследования лингво-когнитивного компонента была использована методика «Многоуровневый анализ речи» (МАР) направленная на выявление уровня развития экспрессивной речи. При этом оценивались функциональные и структурные параметры, по которым можно судить об актуальном развитии первого компонента.

Лингво-когнитивный компонент изучался по следующим параметрам: лексика, словоизменение, грамматическое структурирование, связная речь. Учитывая важную особенность детей с ЗЭР (они не воспринимают изображение персонажей на картинках) традиционные средства диагностики были заменены игрушками персонажей сказки «Репка». Отнесение испытуемых к определенному уровню осуществлялось в соответствии с выделенными оценочными критериями.

Полученные данные анализировались с точки зрения их соответствия нормативному развитию экспрессивной речи детей третьего года жизни. Эталонное содержание понятия «нормативное развитие экспрессивной речи», сформированное с учетом обозначенных методологических подходов на основе психологических, лингвистических исследований, представляет собой перечень характерологических параметров, составляющих данное понятие.

Эталонное содержание данного понятия определяется как достижение возрастного оптимума в развитии экспрессивной речи, на определенном возрастном этапе. Так как на третьем году жизни происходят динамические изменения экспрессивной речи, разработаны критерии для детей раннего возраста с 2,0 до 2,6 и с 2,7 до 3,2 лет (табл. 2).

### ***Комплексный анализ структуры отклоняющегося развития***

Ключевым аспектом исследования являлось установление вектора изменений, происходящих в фазе интенсивного развития психики детей в раннем возрасте и на этапе перехода в дошкольный возраст. Сравнительный анализ отклоняющегося и нормативного развития позволяет выявить специфические закономерности психического развития детей в возрастном периоде 2–6 лет, связанные с переходом из одного возрастного этапа в другой.

Таблица 2

## Диагностические критерии лингво-когнитивного компонента ребенка

Возраст 2,0–2,6 года				
Параметр	Уровень ЗЭР			
	1-й (ЗЭР значительная)	2-й	3-й (ЗЭР незначительная)	4-й (ЗЭР отсутствует, нормальное развитие)
Лексика (словоупотребление).	Отсутствие в речи ребенка отдельных слов.	Звукоподражательные слова (например, «ав-ав» – собака; «му-му» – корова) и т. д.	Бедный словарный запас (20–30 слов). Лепетные слова.	Точное наименование. Отсутствие лексических трудностей. Словарный запас – 1000 слов. В речи преобладают имена существительные, но все больше появляется глаголов, прилагательных, уже есть местоимения и предлоги. Присутствуют слова не только чисто бытовой тематики, но и встречаются слова оценочного значения, слова-обобщения. Ребенок уже оперирует некоторыми родовыми понятиями.
Словоизменение.	Не сформировано.	Аграмматизмы.	Ребенок исправляет свои ошибки самостоятельно.	Почти полное отсутствие аграмматизмов. Уменьшительно-ласкательные суффиксы. Усвоение наиболее частотных окончаний, появляются формы косвенных падежей существительных: винительного, родительного, творительного, предложного, дательного, согласования в роде. Появление словотворчества. Появление местоимения «я».
Грамматическая структура.	Грамматические связи в предложении отсутствуют.		Фраза начинает оформляться грамматически, в соответствии с законами языка, а не способом простого приставления слов друг к другу.	
Связная речь.	Не сформирована.	Дети пользуются фразой из двух слов, появляется первое лицо глаголов и местоимение «я». После двух лет малыш уже способен воспринимать простые сказки, рассказы, отвечать на вопросы по их содержанию. Овладение родным языком протекает в виде усвоения различных по своей структуре предложений. Исходным моментом является односоставное предложение (1,8–2,1 мес). Разница между словом, обозначающим предмет, и односоставным предложением состоит в том, что последнее отражает		

		<p>глобально ту или иную ситуацию. Односоставные предложения соответствуют образу нерасчлененной ситуации и слиты с чувственно воспринимаемой ситуацией. Связи, которые устанавливаются ребенком между односоставным предложением и ситуацией деятельности, квалифицируются как образные. Таким образом, в односоставном предложении оказываются слитыми и субъект, и объект, и предикат. Этот период в развитии речи ребенка А.А. Леонтьев и А.М. Шахнарович называют допрограммным, или досинтаксическим, этапом формирования речи.</p> <p>Дальнейшее развитие предложения, по А.Н. Гвоздеву, состоит во все большем его усложнении в отношении количества включаемых элементов и разнообразия смысловых отношений этих элементов между собой. При этом сначала грамматические связи слов в этих предложениях отсутствуют, однако эти конструкции по своему содержанию представляют двусоставное предложение. Приведем образцы таких первых предложений: «Машина жжик» (звукоподражание сопровождается жестом) – <i>машина поехала</i>, «Папа кх, кх» – <i>papa кашляет</i>. В этих предложениях еще нет названий действий, но само действие уже осознается, выделяется и обозначается с помощью звукоподражаний. С соединения в предложении определенных элементов ситуации начинается формирование программы высказывания.</p>		
<i>Возраст 2,7–3,2 года</i>				
Параметр	Уровень ЗЭР			
	1-й	2-й	3-й	4-й уровень
Лексика (словопотребление).	Отсутствие звукоподражаний. Автономная речь. Нет общеупотребительных слов. Применяет большое количество указательных жестов.	Отсутствие в речи ребенка отдельных слов. Звукоподражательные слова (например, «ав-ав» – собака; «му-му» – корова) и т.д.	Искаженные (сокращенные) слова. Первые активно употребляемые ребенком слова характеризуются двумя основными особенностями: 1) резкими фонетическими различиями: а) слова, не похожие на слова взрослых; б) слова, представляющие собой обрывки слов взрослых, главным образом корни); в) слова, являющиеся искажениями слов взрослых, но сохраняющие общий их фонетический и ритмический рисунок; 2) многозначностью, т. е. в отнесенности не к одному, а к ряду предметов.	Точное наименование. Отсутствие лексических трудностей. К двум годам происходит резкий рывок в развитии активного словаря: он насчитывает около 300 слов. (По данным Ш. Бюлера эти показатели составляют от 27 до 707 слов).

Слово-изменение.	Отказ.	Неправильная форма слова или отказ.	Неправильная форма для данного задания, но имеющаяся в языке.	Правильная форма (множественное число существительных; винительный, предложный падеж; повелительное наклонение; 3-е лицо единственного числа настоящего времени). В два года дети могут уже почти не иметь аграмматизмов в речи, овладевают системой окончаний, включают в речь предлоги и начинают практически овладевать словообразовательными моделями.
Грамматическое структурирование.	Фраза начинает оформляться грамматически, способом простого приставления слов друг к другу.		Связь слов в предложении налажена с помощью окончаний и предлогов, употребляются союзы, используются все основные части речи.	
Связная речь.	—	—	Свертывание автономной речи. Связная речь ребенка на третьем году жизни только начинает формироваться. В начале года малыш строит короткие простые предложения, но затем начинает пользоваться сложносочиненными и сложноподчиненными предложениями. К концу третьего года ребенок овладевает ситуативной связной речью, то есть может рассказать о том, что он видел, что узнал, что он хочет. Передать же своими словами текст сказки дети еще не могут. Трехлетние дети в состоянии отгадывать несложные загадки. Появление эгоцентрической речи. Переход от ситуативной к контекстной речи.	

Итоговый уровень психического развития фиксировался на основе среднего балла по всему комплексу занятий. Мы сопоставили также средние арифметические показатели, полученные за выполнение каждой серии заданий у детей раннего возраста (2–3 года). Полученные значения наглядно иллюстрируют различия между возрастными категориями (табл. 2).

Анализ состояния компонентов структуры отклоняющегося психического развития детей раннего возраста с ЗЭР, проведенный в соответствии с разработанными теоретическими положениями, выступившими в качестве методологических основ при разработке и реализации данной части программы исследования, позволяет говорить о наличии общих закономерностей, выявленных при анализе нормативного развития, а также специфических индивидуально-типических и индивидуальных закономерностях, характерных для состояния вышерассмотренных компонентов

структуры психического развития, обусловленных воздействием биологических и социальных факторов и выраженностью ЗЭР.

*Таблица 2*

*Компоненты психического развития детей раннего возраста с ЗЭР и нормативным развитием, %*

Компонент	Уровень психического развития			
	1-й	2-й	3-й	4-й
Лингво-когнитивный (ЗЭР)	100	0	0	0
Лингво-когнитивный (норма)	0	38	62	0
Коммуникативный (ЗЭР)	79	21	0	0
Коммуникативный (норма)	0	27	73	0
Аффективный (ЗЭР)	82	18	0	0
Аффективный (норма)	13	64	23	0
Паралингвистический (ЗЭР)	87	13	0	0
Паралингвистический (норма)	19	79	2	0
Общее развитие (ЗЭР)	87	13	0	0
Общее развитие (норма)	8	52	40	0

Полученные данные характеризуют наличие специфических закономерностей психического развития детей раннего возраста с ЗЭР, в отличие от нормативного развития, в котором происходят очевидные изменения. Вывод о различиях в проявлении отклоняющегося и нормативного развития подтверждается статистическими расчетами по t-критерию Стьюдента, что говорит о закономерностях выявленных тенденций психического развития при ЗЭР, как интегративного образования.

Вместе с тем, экспериментальные данные одновременно убеждают и в том, что при отсутствии ранней целенаправленной психологической помощи подавляющая часть детей при переходе на этап дошкольного возраста, не достигнет возможного возрастного оптимума в развитии аффективно-коммуникативной сферы психики.

Динамика психического развития детей в раннем возрасте представлена на рис. 2. Уровень оптимальных потенций возраста, в сравнении с нормативным развитием у детей раннего возраста с ЗЭР не обнаружено. Лишь 13 % детей с ЗЭР раннего возраста показали 2-й уровень. Характерным для испытуемых раннего возраста с нормативным развитием явился 2-й (52 %) и 3-й уровни (40 %), однако при ЗЭР основным является 1-й уровень (87 %).

Таким образом, с одной стороны, полученные данные подтверждают положение, что психическое развитие при ЗЭР характеризуется задержкой аффективно-коммуникативного развития, в то время как норма-

тивное психическое развитие является позитивно развивающимся психическим образованием. С другой стороны, свидетельствуют о том, что в отсутствие ранней специальной психологической помощи обуславливает то, что подавляющая часть детей не достигает возможного возрастного норматива при переходе к дошкольному возрасту. Полученные результаты подтверждают выдвинутую нами гипотезу о необходимости ранней коррекционной помощи, направленной на аффективно-коммуникативное развитие детей с ЗЭР, в условиях семейно-центрированной модели.

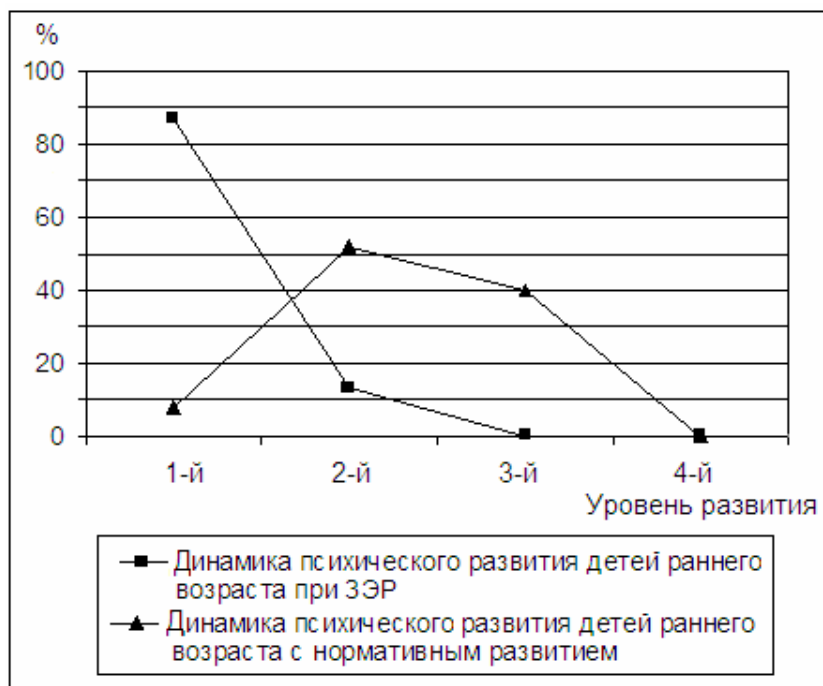


Рис. 2. Динамика психического развития в раннем возрасте.

Если говорить о типичных результатах, которые мы получаем до коррекционной работы с детьми, то они чаще всего следующие: 87 % детей раннего возраста с ЗЭР характеризуются очень низким уровнем развития экспрессивной речи (100 %), коммуникативного развития (79 %), своеобразием аффективной сферы (82 %).

### Заключение

Анализ актуального состояния психического развития детей раннего возраста с ЗЭР, осуществленный в ходе изучения состояния лингвокогнитивного, коммуникативного, аффективного, паралингвистического компонентов, позволил получить конкретные экспериментальные данные о состоянии отклоняющегося психического развития детей раннего возраста в условиях ЗЭР.

Изучение вторичных психологических особенностей у детей раннего возраста с ЗЭР позволило выявить общую структуру и возможные ва-



рианты психологического развития. На основе анализа эмпирических данных, раскрывающих актуальное развитие данной категории детей, были выделены три основных варианта:

*1-й* – характеризовался отсутствием экспрессивной речи (лингво-когнитивного компонента), при относительной сохранности эмоционального и коммуникативного компонента, то есть эти дети легко вступали в контакт с психологом, пытались взаимодействовать доступными им средствами (мимикой, жестами, телодвижениями), характеризовались положительным эмоциональным отношением, активностью, но не заинтересованностью. Дети спокойные, уравновешенные, редко конфликтующие. По мнению В.И. Лубовского закономерности развития аномального ребенка «имеют разную меру общности [ 2 ]. Одни характерны для всех форм аномального развития, другие объединяют лишь некоторые, третьи свойственны одному конкретному дефекту»;

*2-й* – ведущую роль занимали эмоциональные нарушения, (негативизм, агрессивность, тревожность, лабильность, обидчивость) недостаточная дифференциация эмоциональных состояний, несформированность эмоциональной саморегуляции и диалогическая форма речи.

*3-й* – преобладали коммуникативные проблемы – дети были скованы, напряжены, ситуация взаимодействия вызывала тревогу и страх. Отмечена пассивность, безынициативность, говорили тихим голосом (шепотом) не смотрели в сторону собеседника, не задавали вопросы, не обращались с просьбами.

Учет разработанных диагностических критериев ЗЭР детей в раннем периоде развития способствует оказанию им более эффективных психолого-педагогических воздействий в коррекционной работе логопедов.

### *Литература*

1. *Бюлер К.* Духовное развитие ребенка / К. Бюлер. – М. : Новая Москва, 1924. – 157 с.
2. *Лубовский В.И.* Общие и специфические закономерности развития психики аномальных детей / В.И. Лубовский // Дефектология. – 1971. – № 6. – С. 15–19.
3. *Трошин О.В.* Логопсихология : учеб. пособие / Трошин О.В., Жулина Е.В. – М. : Сфера, 2005. – 256 с.

## О РАЗВИТИИ ЭТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ЛИЧНОСТИ НА ОСНОВЕ ИХ ОБЩНОСТИ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РАЗНЫХ КОНФЕССИЙ

Военно-медицинская академия им. СМ. Кирова, Санкт-Петербург;  
Военный институт физической культуры, Санкт-Петербург

### *Методические аспекты проблемы*

Работая в аспектах воспитывающего обучения с иностранными курсантами по вопросу развития нравственных качеств, мы укрепились во мнении о единстве их сущности в различных религиозных учениях.

Мораль (нравственность как её аналог) – это особая форма общественного сознания, один из способов регуляции поведения человека. Она характеризует его отношение к обществу, государству, к другим людям, к семье, к самому себе. В ней отражается понимание и критерии добра – зла, справедливости – несправедливости, чести – бесчестия, коллективизма – эгоизма и др.

Неоднократные попытки разделения понятий «Мораль» и «Нравственность» достаточного логичного обоснования не получили. Другой вопрос состоит в том, что имеет свое место мораль, как обобщенное глобальное понятие для соответствующего общества или для конкретной широкой выборки людей, и мораль, присущая какому-то отдельному человеку или узкой группе людей, связанной, например, корпоративными интересами. В таких случаях правильнее говорить о мере соответствия данной индивидуальной (узко групповой) морали принятому обществом социальному эталону. Проявляющиеся рассогласования нередко говорят о нарушении общепринятых моральных норм.

Особое значение имеет нравственное сознание как высшая форма психического отражения действительности, способность человека к адекватному её восприятию с акцентом на этические стороны, оценку указанных ранее духовных категорий.

Существует родственное вышеуказанным терминам понятие – «Этика», как разносторонняя характеристика содержания морали (нравственности), является также учебной и теоретической дисциплиной, в содержание которой включены сведения об истоках, развитии, нормативах нравственного поведения, сущности нравственного сознания, нравственной оценки социальных явлений в мире, в обществе.

Все это связано с совестью как этической категорией, выражающей способность человека к адекватной моральной оценке своих намерений и поступков, нравственной за них ответственностью. Совесть существенно определяется духовностью, которая является личностным свойством, характеризующим проекцией сознания на отношение человека к высоким

моральным нормам, определяющим его оценки нравственных ценностей и соответствующие нравственные поступки по внутренним убеждениям, мотивам. В аспектах духовности такие оценки и поступки менее зависимы от внешних ситуационных факторов и, как правило, независимы от проявления корысти, личной сиюминутной выгоды.

В ряде случаев духовность определяется религиозными воззрениями и, рассматривая проблемы развития этических свойств, казалось бы, более всего следовало исходить из особенностей конфессиональной принадлежности. В то же время, работая с иностранными курсантами разных национальностей и изучая документы ряда религий, мы могли убедиться, что целый ряд узловых положений морали для представителей разных стран являются достаточно близкими. Так в отношении добра – зла, честности, справедливости заветы в Библии, Коране, в материалах буддийского учения, в Талмуде по сути своей являются однонаправленными.

В Библии: «Не делай себе кумира; почитай отца своего и мать свою; не убивай; не кради; не прелюбодействуй; не произноси ложного свидетельства; не желай дома ближнего твоего, жены ближнего твоего ...» и др. (Ветхий завет. Исход).

В Талмуде: воздержание от богохульства, грабежа, прелюбодеяния, кровопролития и др. (Талмуд. Тосевта Санхедрин).

В характеристике личности мусульманина разъясняется каким его хочет видеть Аллах: главное – нравственные качества в отношениях, как с отдельными людьми, так и с обществом в целом; высокая ответственность за воспитание детей, почтение к старшим, проявление доброты и великодушия, примирение мусульман между собой, прямота и честность, благие начала. Мусульманин должен стремиться к здоровому мышлению, пониманию сути вещей, что позволит двигаться от «преходящих благ» к вершинам блага, добра и света [ 5 ].

В буддийском учении: «Не убивать, не воровать, отказаться от чужих жен, воздержаться от всякой лжи, от зависти, от грубых и бессмысленных речей» и др. Особое внимание – к избавлению от эгоизма и страстей. (Нагарджуна. «Драгоценное ожерелье», а также сочинение Далай-ламы XIV и др.).

Некоторые сходства отдельных из перечисленных понятий можно найти и в индуизме, отразившем идеи перевоплощения душ с учётом их добродетельности и грешности (негативных свойств), а также в конфуцианстве, хотя главное в нём – подчинение младших старшим. Но и в конфуцианстве указывается, что в человеке присутствует два начала: первое – стремление к добру, а второе – подчинение чувственным соблазнам. Укреплять надо стремление к добру.

В «Нагорной проповеди Христа» воздаётся должное честности, справедливости, скромности, стремлению к добру, миру и другим общечеловеческим ценностям:

- «Счастливы те, кто чувствует ... жажду справедливости»;
- «Счастливы милосердные – с ними также поступят милосердно»;
- «Счастливы те, кто несет людям мир – они будут названы сынами божьими»;
- «Не преступай клятвы, но исполняй клятвы перед Господом твоим»;
- «Поступайте с людьми так, как хотите, чтобы они поступали с вами. В этом заключается весь закон и пророчество» (Библия. Новый завет.).

Библия предостерегает, что не надо рыть яму другому – сам в неё попадешь, и дает нравственные указания людям.

То же и в Коране:

- «... Аллах не запрещает Вам оказывать благодеяния и проявлять справедливость ...»;
  - «... Аллах любит справедливых»;
  - «Проявляй милосердие по отношению к тем, кто на земле, и проявит по отношению к тебе тот, кто на небесах»;
- «... да помилует Аллах того, кто проявляет великодушие» и др.

Библия, проповедуя добро, призывает к искренности, а не к внешнему впечатлению:

- «Не выставляйте Ваши праведные дела напоказ людям. Если Вы будете так поступать, то не получите никакой награды от небесного отца»;
- «Когда Вы даёте милостыню бедным, то не объявляйте об этом всем, как это делают лицемеры ..., чтобы их хвалили». Люди, демонстрирующие добро для внешнего эффекта, называются лицемерами. «Лицемера отличают собой три признака: если он рассказывает о чем-либо, то лжёт; если даёт обещание, то нарушает его; а если ему доверяют, то он поступит вероломно». «... Лицемеры окажутся на самом дне ада и никогда не найти тебе в них помощника».

Такие мысли выражены у Иоанна Златоуста (архиеп. Константинопольского) и у других толкователей Библии. Подобные же мысли мы находим как в Коране, так и у его толкователей (в частности у Зину Мухаммада бен Джамиля из дома хадисов в Мекке).

В различных религиях отражено стремление к дружной совместной деятельности, взаимопомощи, взаимответственности, отрицание эгоизма, что ныне укладывается в понятие коллективизма.

В мусульманстве: «Истинный мусульманин должен являться образцом добрососедства, добрых взаимоотношений, уважения к чувствам других людей ...», «... он испытывает любовь к своим братьям и друзьям и не проявляет по отношению к ним черствости, ... вероломства, ... проявляет искренность и не обманывает».

Буддизм призывает к разделению чужих страданий ... посредством помощи людям. Рассматривается вопрос о достижении такого уровня нравственных чувств, когда представление о собственных интересах ста-

новится стремлением к достижению интересов других людей (Далай-лама XIV).

В христианской морали такие взгляды также имеют свое место (проповедование помощи ближнему, поддержка в беде).

Все это укладывается в представления общечеловеческих ценностей, приемлемых представителями разных конфессий.

### *Заключение*

Сведения о нравственных ценностях, общие для всех религиозных верований, мы весьма лаконично включили в структуру занятий по психологии, педагогике (В.Л. Маришук), при изучении русского языка иностранными курсантами (Е.А. Клопова) и при проведении бесед с курсантами на темы дисциплины, рассматривая её как категорию нравственную (А.Ю. Клопов). Во всех случаях определялась тенденция к повышению дисциплинированности и мотивации к учебе, на основе этической их оценки, и повышался интерес к познанию моральных ценностей, в том числе к религиозным их истокам.

### *Литература:*

1. *Аль-Хашими М.А.* Личность мусульманина, в том виде, который стремится придать ей ислам с помощью Корана и Сунны / М.А. Аль-Хашими; пер. В.А. Нирша. – М.: Новатор, 2001. – 413 с.
2. *Библия.* Книги священного писания, Ветхого и Нового завета. – Хельсинки, 1995. – 294 с.
3. *Веселова Е.И.* Психологическая деонтология: мировоззрение и нравственность личности / Е.И. Веселова. – СПб. : СПбГУ, 2002. – 313 с.
4. *Далай-лама XIV.* Этика для нового тысячелетия / Далай-лама XIV ; пер. Т. Голубевой ; С.-Петер. центр тибетской культуры и информации. – СПб. : Нартанг, 2001. – 236 с.
5. *Зину Мухаммад бен Джамиль.* Достоинства пророка, да благословит его Аллах и приветствует: О высоких нравственных и этических нормах ислама / Зину Мухаммад бен Джамиль ; пер. В. Нирша ; Рос. фонд «Ибрагим Бин Абдулазиз Аль Ибрагим» – М., 1999. – 182 с.
6. *Златоуст Иоанн.* Избранные поучения: сб. поучений в применении к десяти заповедям Божьим / Иоанн Златоуст. – М. : Изд.-во Православ. братства св. ап. Иоанна Богослова, 2001. – 589 с.
7. *Коран* / пер. Э.Р. Кушева. – М. : УММО, 2003. – 688 с.
8. *Николай (Велимирович).* Мысли о добре и эле : первосвят. Свт. Николай Сербский / Николай (Велимирович). – М. : Изд.-во Моск. подворья Св.-Троиц. Сергиев. лавры, 2001. – 132 с.

## **ИЗУЧЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко;  
Государственный научно-исследовательский испытательный  
институт военной медицины (Москва);  
Тульская областная психиатрическая больница им. Н.П. Каменева

### ***Введение***

Профессиональная адаптация – приспособление, привыкание человека к требованиям профессии, усвоение им производственных и социальных норм поведения, необходимых для выполнения трудовых функций [ 21 ].

Профессиональную адаптацию можно рассматривать как одну из характеристик мотивационной сферы профессиональной деятельности. В этом контексте в процессе адаптации происходит: овладение ценностными ориентациями в рамках данной профессии; осознание мотивов и целей, сближение ориентиров человека и профессиональной группы; принятие на себя всех компонентов профессиональной деятельности, ее задач, предмета, способов, средств, результатов, условий в рамках данной профессии.

Профессиональная деятельность медицинских работников, профессиональные отношения в системах субъектов труда, условий и результатов труда способствуют раскрытию профессионально значимых качеств и реализации знаний, умений и навыков на благо пациентов. Однако в отдельные моменты и периоды жизни профессиональная деятельность может создавать и негативные последствия для личности профессионала.

К сожалению, в настоящее время медицинские работники оказались наименее социально защищенными, как в социально-экономическом, так и в профессиональном отношении. Это обусловлено низким уровнем заработной платы, существенным снижением качества жизни, значительным ростом профессиональных нагрузок, а также обострением противоречий между профессиональным и нравственным долгом и возможностями оказания высококвалифицированной медицинской помощи населению. Например, оплата труда медицинских работников в 1998 г. составила только 69 % уровня средней зарплаты работников, занятых в промышленности России, в 1999–2000 гг. – 60 %, в 2004 г. – 58 % [ 9 ].

Кроме собственных проблем медицинские работники испытывают и проблемы своих пациентов, находясь под двойной социально-психологической нагрузкой. Высок риск у медицинских работников стать жертвой насилия при оказании профессиональной помощи маргинальной части населения или в криминогенной ситуации [ 1, 15 ].

Проведенные исследования позволяют относить профессиональную деятельность врачей по показателям тяжести к вредным условиям труда класса 3.1 [ 25 ]. Наиболее напряженным является труд анестезиологов-реаниматологов, травматологов (3.2–3.3 класс вредности). В то же время труд медицинских работников, согласно классификации отраслей экономики по классам профессионального риска, входит в 1-й класс. Во вредных и неблагоприятных условиях труда в России заняты до 1,5 млн медицинских работников из 4,5 млн человек, работающих в здравоохранении, а износ оборудования в здравоохранении в большинстве регионов составляет более 80 % [ 23 ].

Изучение профессионального аспекта качества жизни у медицинских работников г. Воронежа показало, что удовлетворены своим трудом только 51,2 % врачей [ 11 ]. Около половины респондентов отмечают ухудшение состояния здоровья за последние три года. В структуре нездоровья отчетливо проявляется низкий социальный статус средних медицинских работников. На фоне сложившихся негативных социально-экономических процессов в стране у медицинских работников обнаруживаются высокие показатели заболеваемости. Например, хронические болезни имели около 75 % обследованных врачей и из них только 40 % стояли на диспансерном учете [ 12 ].

Заболеваемость медицинских работников с временной утратой трудоспособности составляет 61,1 случай и 884,6 дней на 100 работающих и незначительно уступает промышленным рабочим (76,6 случаев и 915,8 дней нетрудоспособности) [ 7 ]. Однако заболеваемость у медицинских работников нельзя полностью считать учтенной, т. к. около 70 % из них занималась самолечением. Профессиональная заболеваемость в абсолютных показателях у медицинских работников имеет тенденцию к росту, составляя в среднем 8,8 % всех случаев профзаболеваний в России [ 1, 7, 24 ].

В отечественной литературе, в основном, имеется позитивный подход к рассмотрению профессиональной адаптации специалиста. В настоящем сообщении кроме указанного подхода будут указаны и проблемы, способствующие снижению и нарушению профессиональной адаптации медицинских работников.

### ***Факторы, снижающие профессиональную адаптацию медицинских работников***

В концептуальной модели нарушений профессиональной адаптации медицинских работников можно выделить несколько уровней глубины профессиональных нарушений (рис. 1).

Легким уровнем профессиональной дезадаптации может считаться нарушение профессионального стереотипа поведения и деятельности специалиста. К сожалению, они не всегда проходят бесследно. Например, ночные дежурства, неудовлетворенность выполненной деятельностью,

негативный моральный климат в коллективе, удаленность рабочего места от места жительства и другие факторы, меняя сложившийся стереотип жизнедеятельности, в ряде случаев вызывают реакции и состояния психической дезадаптации.



Рис.1. Уровни влияния профессии на личность медицинского работника (адаптировано по Константинову В.В., 2003).

Возникающая астенизация и последующее напряжение функциональных резервов организма могут способствовать развитию функциональных расстройств и профессионально ускоренных заболеваний. На рис. 2 представлены обобщенные факторы риска развития у медицинских работников состояний дезадаптации.

### *Психическое (профессиональное) выгорание*

Хронический профессиональный стресс умеренной интенсивности формирует психическое (профессиональное) выгорание работника. ВОЗ определяет «синдром выгорания» как физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, характеризующееся нарушением продуктивности в работе, усталостью, бессонницей, повышенной подверженностью к соматическим заболеваниям, употреблению алкоголя или других психоактивных веществ и суицидальному поведению (цит. по [ 27 ]). В МКБ-10 «синдром выгорания» отнесен в диагностический таксон Z-73 – «Проблемы, связанные с трудностями управления своей жизнью» и шифруется Z-73.0 – «выгорание» (burnout) [ 17 ].



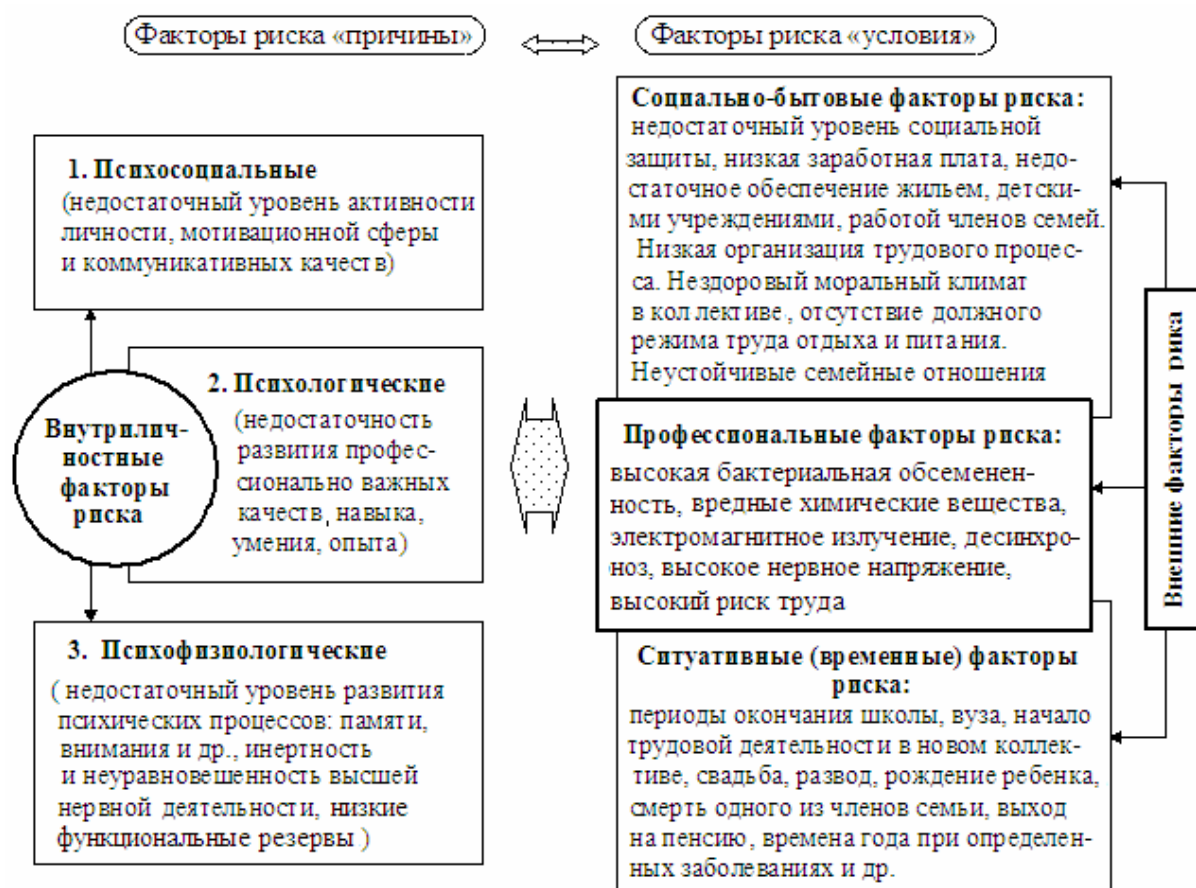


Рис. 2. Факторы риска развития дезадаптационных расстройств.

В последнее десятилетие опубликовано несколько тысяч научных работ, посвященных исследованию различных аспектов феномена психического выгорания, и представлено расширение сфер профессиональной деятельности, подверженных такой опасности. К ним, в основном, относятся работники «субъект – субъектной» сферы деятельности: педагоги, психологи, воспитатели детских домов, социальные работники, судьи, адвокаты, работники исправительных учреждений и др. Установлено также, что психическое выгорание может развиваться и у специалистов «субъект – объектной» сферы деятельности. В табл. 1 представлены средние данные профессионального выгорания у представителей некоторых профессиональных групп.

Согласно концепции М. Burisch развитие синдрома профессионального выгорания характеризуется фазностью (табл. 2). Анализ развития синдрома профессионального выгорания показывает, что чрезмерная включенность в профессиональную среду (сильная зависимость от работы), при несоответствии между собственным вкладом и полученным или ожидаемым «вознаграждением» способствует более раннему развитию синдрома профессионального выгорания.

Таблица 1

Средние значения основных характеристик профессионального выгорания  
(по Maslach C., Jackson S., Leiter M., 1996)

Профессиональная группа	Компонент профессионального выгорания, %		
	Эмоциональное истощение	Деперсонализация	Редукция профессиональных достижений
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
Учителя школ	21,3	11,0	33,5
Преподаватели вузов	18,6	5,6	39,2
Социальные работники	21,4	7,5	32,8
Другие профессии (юрисконсульты, адвокаты, офицеры полиции)	21,4	8,1	36,4

С. Maslach и соавт. (1996) рассматривают синдром выгорания в трех направлениях психических нарушений: а) эмоционального истощения (переживание опустошенности и бессилия), б) деперсонализации (дегуманизация отношений с другими людьми: черствость, бессердечность, цинизм, грубость); в) редукции личных переживаний (занижение собственных достижений, потеря смысла жизни и желания совершенствовать профессиональную деятельность).

Принято выделять сферы выгорания, отражающие основные проявления стресса: а) физиологическую (сфокусированность на физическим симптомах: физическое истощение и т. д.); б) аффективно-когнитивную (сфокусированность на установках и чувствах: эмоциональное истощение, деперсонализация и т. д.); в) поведенческую (акцентирование типов поведения: дезадаптация, снижение продуктивности в работе и др.) [ 3, 10, 20 ].

В.Е Орел (2005) предлагает рассматривать структурно-функциональный аспект анализа проблемы психического (профессионального) выгорания в совокупности всех его уровней: эмоциональных, когнитивных, мотивационных, поведенческих и соматических проявлений [ 19 ].

Проведенные исследования в разных странах показывают, что «группу риска» развития профессионального выгорания представляют медицинские работники. В России эта проблема была изучена в ряде диссертационных исследований [ 2, 4, 13, 22 ]. Представим обзор некоторых современных публикаций.

Таблица 2

*Фазы развития синдрома психического выгорания (по Burish M.)*

Фаза	Характеристика
Предупреждающая фаза	<p>А) чрезмерное участие (чрезмерная активность, чувство незаменимости; отказ от потребностей, не связанных с работой, вытеснение неудач и разочарований; ограничение социальных контактов);</p> <p>Б) истощение (чувство усталости, бессонница, угроза несчастных случаев)</p>
Снижение уровня собственного участия	<p>А) по отношению к сотрудникам, пациентам и т. д. (потеря положительного восприятия коллег; переход от помощи к надзору и контролю; приписывание вины за собственные неудачи другим людям; доминирование стереотипов в поведении по отношению к сотрудникам, ученикам, пациентам проявление негуманного подхода к людям);</p> <p>Б) по отношению к остальным окружающим (отсутствие эмпатии, безразличие, циничные оценки);</p> <p>С) по отношению к профессиональной деятельности (нежелание выполнять свои обязанности; искусственное продление перерывов в работе, опоздания, уход с работы раньше времени; акцент на материальный аспект при одновременной неудовлетворенности работой);</p> <p>Д) возрастание требований (потеря жизненного идеала, концентрация на собственных потребностях; чувство переживания того, что другие люди используют тебя, зависть)</p>
Эмоциональные реакции	<p>А) депрессия (чувство вины, снижение самооценки; безосновательные страхи, лабильность настроений, апатия);</p> <p>Б) агрессия (защитные установки, обвинение других, игнорирование своего участия в неудачах; отсутствие толерантности и способности к компромиссу; подозрительность, конфликты с окружением; подозрительность, конфликты с окружением)</p>
Фаза деструктивного поведения	<p>А) сфера интеллекта (снижение концентрации внимания, отсутствие способности к выполнению сложных заданий; ригидность мышления, отсутствие воображения);</p> <p>Б) мотивационная сфера (отсутствие собственной инициативы, снижение эффективности деятельности, выполнение заданий строго по инструкциям);</p> <p>В) эмоционально-социальная сфера (безразличие, избегание неформальных контактов; отсутствие участия в жизни других людей либо чрезмерная привязанность к конкретному лицу; избегание тем, связанных с работой; самодостаточность, одиночество, отказ от хобби, скука)</p>
Психосоматические реакции	<p>Снижение иммунитета; неспособность к релаксации в свободное время; бессонница, сексуальные расстройства; повышенное давление, тахикардия, головные боли; боли в позвоночнике, расстройства пищеварения; зависимость от никотина, кофеина, алкоголя</p>
Разочарование	<p>Отрицательная жизненная установка; чувство беспомощности и бессмысленности жизни; экзистенциальное отчаяние</p>

Например, при обследовании 100 медицинских работников (врачей и фельдшеров) в возрасте от 25 до 50 лет (средний возраст обследуемых – 35 лет, средняя продолжительность профессиональной деятельности – 13 лет), проведенном Е.А. Никитиным и соавт. (2007), эмоциональное истощение отмечалось у 60 % обследованных лиц, деперсонализация – у 67 %, редуция личных достижений – у 54 % [ 26 ].

Исследования позволили установить, что психическому выгоранию у медицинских работников помимо некоторых личностных особенностей (нейротизм по Айзенку) способствовала неудовлетворенность работой. У этих лиц отмечаются достоверно более высокие показатели эмоционального истощения ( $p < 0,05$ ), деперсонализации ( $p < 0,05$ ), а также достоверно более высокие проявления редуции личных достижений ( $p < 0,05$ ) по сравнению с работниками, удовлетворенными профессией.

Результаты корреляционного анализа показали, что эмоциональное истощение у медицинских работников имеет достоверные умеренные положительные связи с общей активностью ( $r = 0,4$ ;  $p < 0,01$ ), творческой активностью ( $r = 0,5$ ;  $p < 0,01$ ), социальной полезностью ( $r = 0,5$ ;  $p < 0,01$ ), рабочей направленностью ( $r = 0,6$ ;  $p < 0,01$ ), неудовлетворенностью работой ( $r = 0,6$ ;  $p < 0,01$ ) и нейротизмом ( $r = 0,4$ ;  $p < 0,01$ ), а также достоверно умеренно отрицательно связана с редуцией личных достижений ( $r = -0,3$ ,  $p < 0,05$ ), общением ( $r = -0,5$ ;  $p < 0,01$ ) и общежитейской направленностью ( $r = -0,3$ ,  $p < 0,05$ ) [ 26 ].

В.В. Лукьяновым (2006) обследовано опросником В.В. Бойко 73 психиатра-нарколога различных медицинских учреждений городов Санкт-Петербурга и Курска, а также Ленинградской обл. В общей группе психиатров-наркологов не обнаружено сложившихся симптомов (16 и более баллов по В.В. Бойко) и сформировавшихся фаз (61 и более баллов по В.В. Бойко) синдрома эмоционального истощения, что свидетельствует об адаптивном состоянии психики врачей исследуемой группы [ 16 ].

В целом группа врачей-наркологов продемонстрировала невысокую степень выраженности синдрома эмоционального истощения – ( $110,6 \pm 55,2$ ) баллов, например, в сравнении с педагогами общеобразовательных школ – ( $144,6 \pm 55,3$ ) баллов ( $p < 0,05$ ). Самым выраженным оказался симптом «неадекватного избирательного эмоционального реагирования» фазы резистенции теста В.В. Бойко [ 3 ], проявляющийся в ограничении эмоциональной отдачи за счет выборочного реагирования в ходе профессиональных контактов.

Корреляционный анализ, проведенный в исследуемой группе психиатров-наркологов между показателями теста В.В. Бойко и опросника Аммона (ISTA) позволил установить значение центральных личностных функций в формировании тех или иных симптомов эмоционального истощения. Для группы в целом было отмечено наличие корреляционных связей различной степени достоверности между симптомами эмоцио-

нального истощения и показателями шкал ISTA. Причем для конструктивных шкал эти взаимосвязи были отрицательными, а для деструктивных и дефицитарных – положительными, т. е. конструктивный потенциал центральных личностных функций препятствовал развитию синдрома эмоционального истощения, а деструктивный и дефицитарный потенциалы – способствовали его развитию [ 16 ].

О.Ю. Щелковой и соавт. (2008) проведено обследование 96 врачей анестезиологов-реаниматологов [ 8 ]. В группе обследования мужчин было 65 %, женщин – 35 %. Средний возраст составил 42,1 года. По стажу работы врачи были разделены на две группы: 1-я – со стажем работы до 13 лет; 2-я – более 13 лет. Данные опросника К. Маслач «Психическое выгорание» (МВІ) в адаптации Н.Е. Водопьяновой [ 5 ] приведены в табл. 3.

*Таблица 3*

*Структура профессионального выгорания в группах врачей анестезиологов-реаниматологов (по Щелковой Ю.А. и др., 2008)*

Шкала опросника	М ± m, балл		p
	1-я группа	2-я группа	
Эмоциональное истощение	14,95 ± 1,08	15,02 ± 1,00	> 0,05
Деперсонализация	12,44 ± 0,83	9,45 ± 0,66	< 0,01
Редукция личных достижений	31,63 ± 0,67	33,30 ± 0,74	> 0,05

Средне-групповые результаты табл. 3 показывают, что наименее выраженные показатели (на границе низкого и среднего уровней выраженности) среди компонентов психического выгорания в обеих группах врачей имеет компонент «эмоциональное истощение». Эти данные свидетельствуют об отсутствии в актуальном психическом состоянии исследованных врачей признаков снижения эмоционального фона, повышенной психической истощаемости и аффективной лабильности, утраты интереса и позитивных чувств к окружающим. В то же время индивидуальный анализ выявил наличие эмоционального истощения у 8 % лиц в обеих группах.

Деперсонализация и редукция личных достижений, как компоненты психического выгорания, представлены в обеих группах врачей довольно отчетливо – на уровне средних и высоких значений шкальных оценок (см. табл. 3). Выраженность этих компонентов психического выгорания на статистически значимом и близком к нему уровне преобладает в группе врачей анестезиологов-реаниматологов с меньшим стажем профессиональной деятельности. Было также отмечено, что деперсонализация в обеих группах анестезиологов-реаниматологов существенно превосходит соответствующий показатель, полученный у группы врачей-терапевтов со средним возрастом в 45 лет и средним стажем работы в 18 лет [ 8 ].

В табл. 4 представлены результаты серии обследований врачей и медсестер, проведенные Н.Е. Водопьяновой и соавт. [ 5 ]. Оказалось, что процесс профессионального выгорания у медицинских работников проходит по-разному. У врачей-стоматологов он начинается с эмоционального истощения, а у их ассистентов с редукции персональных достижений, поскольку последние имеют более жесткий график работы. Результаты труда ассистентов стоматологов скрыты и не оцениваются пациентами, кроме того, они имеют более низкий социальный статус и материальное вознаграждение.

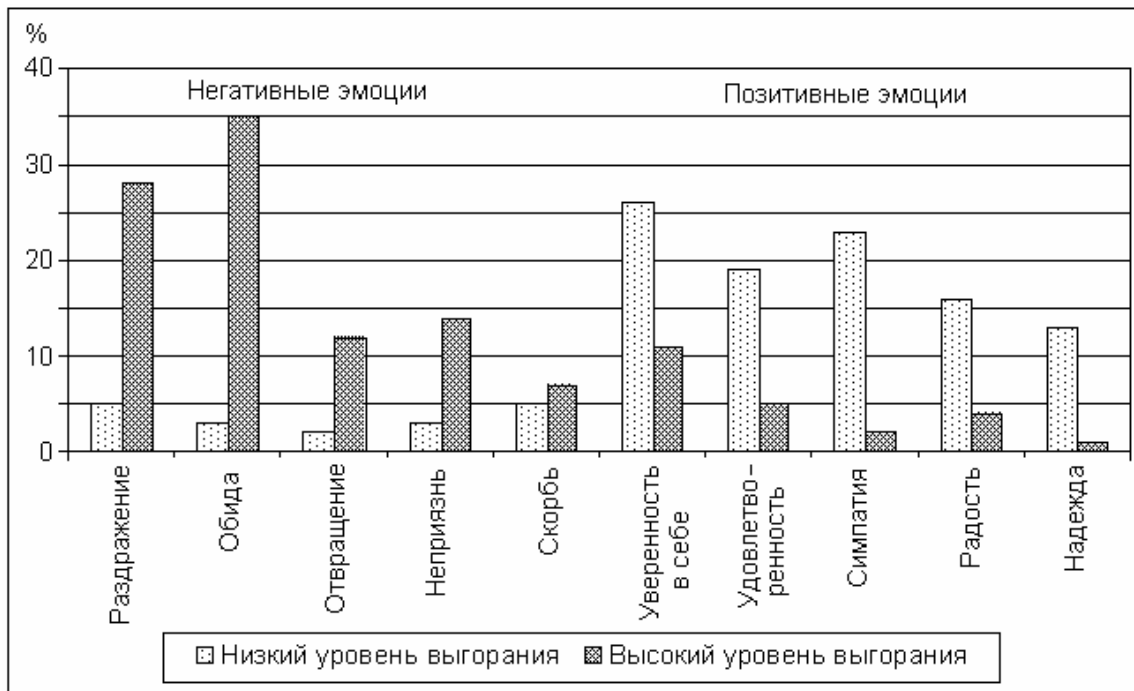
*Таблица 4*

*Выраженность компонентов профессионального выгорания  
(по Водопьяновой Н.Е. и др. [ 5 ])*

Группа	Количество, стаж работы (лет)	Уровень выгорания	Фактор профессионального выгорания, %		
			Эмоциональное истощение	Деперсонализация	Редукция профессиональных достижений
Врачи-терапевты (женщины)	25 (5–21)	Высокий	53	40	20
		Низкий	0	0	0
Врачи-стоматологи	40 (5–10)	Высокий	7,5	5	10
		Низкий	17,5	22,5	12,5
Ассистенты-стоматологи	40 (3–10)	Высокий	5	10	17,5
		Низкий	0	22,5	20
Медсестры хирургических отделений	35 (5–18)	Высокий	60	53	27
		Низкий	0	0	13
Медсестры реанимационного отделения	33 (3–15)	Высокий	27	27	45
		Низкий	6	18	12
Врачи-хирурги	40 (5–15)	Высокий	57	5	10
		Низкий	15	34	12,5

Установлено, что врачи государственных учреждений (n = 80 человек) по сравнению с частно практикующими (n = 58 человек) склонны к более выраженному выгоранию, что, очевидно, обусловлено различиями в системе оплаты, условиями и организацией профессионального труда.

Выявлена также высокая подверженность профессиональному выгоранию медицинских сестер. Например, работе медицинских сестер хирургических отделений количество ситуаций с негативными переживаниями существенно больше положительных (рис. 3). Наибольшая интенсивность негативных переживаний происходит при общении медицинских сестер с родственниками больных и руководством отделения (администрацией учреждения), а положительных – при общении с коллегами [ 5 ].



*Рис. 3. Эмоциональные переживания медсестер с различным уровнем профессионального выгорания.*

В.Я Апчел и соавт. (2008) [ 20 ] считают, что основными симптомами, формирующими профессиональное выгорание у медицинских работников службы скорой помощи, являются:

- усталость, утомление, истощение (после активной профессиональной деятельности);
- психосоматические проблемы (колебания артериального давления, головные боли, заболевания сердечно-сосудистой и пищеварительных систем);
- негативное отношение к пациентам (после имевших место позитивных взаимоотношений);
- отрицательную настроенность к выполняемой деятельности (вместо присутствующего раньше «это дело на всю жизнь»;
- стереотипизацию личностной установки, стандартизацию общения, деятельности, принятие готовых форм знаний, сужение репертуара рабочих действий, ригидность мыслительных операций;
- агрессивные тенденции (гнев и раздражительность по отношению к коллегам и пациентам);
- функциональное негативное отношение к себе;
- тревожные состояния; пессимистическую настроенность, депрессию, ощущение бессмысленности происходящих событий.

«Сгорают», как правило, не равнодушные и не безучастные к своей работе профессионалы, для которых деятельность изначально значима и

сознательно выбрана. Социальные, личностные причины и факторы среды (места работы) способствуют тому, что около 20 % молодых специалистов скорой помощи увольняются в первые пять лет трудового стажа. Они или меняют профиль работы или уходят из профессии вообще. Врачи и фельдшера спустя 5–7 лет работы в службе скорой помощи приобретают энергосберегающие стратегии исполнения профессиональной деятельности [ 20 ].

Рассматривая синдром выгорания как долговременную стрессовую реакцию, которая возникает в результате воздействия на человека хронических профессиональных стрессов средней интенсивности, Л.Н. Юрьева (2004) указывает, что так или иначе профессиональное выгорание потенцирует деформацию личности профессионала.

### *Профессиональная деформация личности*

Профессиональная деятельность под влиянием внешних и внутренних факторов может деформировать личность профессионала. У медицинского работника возникает эмоционально-волевой антигуманный настрой («эмоциональная тупость», грубость, цинизм и др.) и утрата интереса к субъекту и объекту деятельности. Например, работа таких врачей хотя и осуществляется в рамках трудового законодательства, но неприемлема с точки зрения морали и нравственности. Характер и содержание профессиональной деятельности уже не могут изменить личность. Негативные эффекты здесь устраняются только посредством других, непрофессиональных факторов (воспитание, изменение социализации и т. д.).

Формируется механизм переноса негативного стиля профессиональной деятельности, восприятия, мышления, речи на всю другую, внедеятельностную сферу поведения, межличностного общения и быта человека. Некоторые исследователи рассматривают профессиональную деформацию личности как особый вид психологической защиты, когда «дефектное» поведение со временем становится «шаблонным» поведением личности. Без комментариев приводим некоторые данные опроса, осуществленного на страницах сайта «МедРунет» (24.09.2008) [ 18 ].

Верите ли вы в порядочность вашего лечащего врача?

- да (39,2 %);
- нет (23,9 %);
- не всегда (36,9 %);

Количество респондентов – 2462.

Когда к врачу приходит на прием пациент он:

- хочет от него поскорее избавиться, чтоб не надоедал (29,5 %)
- хочет помочь вылечиться (31,6 %)
- интересуется и хочет применить новейшее лечение и посмотреть результат (15,6 %);
- ничего не хочет (23,3 %).

Количество респондентов – 1878.



Глядя на врача хочется ...

- пойти к другому (13,0 %);
- терпеть и не ходить ни разу (22,4 %);
- пожалеть его и заплатить (7,6 %);
- пожалеть себя и не платить (7,6 %);
- заплатить и вылечиться (49,4 %).

Количество респондентов – 3740.

Могут ли между врачом и пациентом стоять деньги:

- да, это нормальные взаимоотношения (60,2 %);
- да, это нормальные взаимоотношения (12,6 %);
- нет, если это не подарок (8,5 %);
- нет, никогда (8,2 %);
- нет, никогда (9,3 %);
- мне все равно (1,2 %).

Количество респондентов – 1273.

Почему Вы работаете врачом?

- из любви к профессии (64,0 %);
- чтобы лечиться самому (3,6 %);
- чтобы лечить родственников (3,8 %);
- из-за денег (хорошо зарабатываю) (5,0 %);
- ничего другого не умею (23,6 %).

Количество респондентов – 2620.

Будете ли Вы дальше работать практическим врачом?

- да, несмотря ни на что (49,2 %);
- я думаю над этим (32,9 %);
- нет (5,9 %);
- уже не работаю (12,0 %).

Количество респондентов – 1193.

Профессиональная деформация личности медицинского работника нередко становится основной причиной врачебных (медицинских) ошибок. Статистики по врачебным ошибкам не существует, но по образному выражению «каждый врач имеет свое маленькое кладбище». Ошибки совершаются, как правило, из-за отсутствия знаний, невнимательности и халатности, которые нередко являются спутником профессионального выгорания. До 30 % российских врачей не проходили специализацию, повышение квалификации в течение пяти и более лет.

В докладе А.Г. Чучалина на I национальном конгрессе терапевтов «Новый курс: консолидация усилий по охране здоровья нации» (1.11.2006, Москва) представлено, что каждый третий диагноз ставится отечественными врачами неверно. Из-за неправильного или несвоевременного поставленного диагноза в России умирают 12 % больных пневмонией. Д. Саркисов указывает, что по данным патологоанатомических вскрытий в стационарах Москвы и Санкт-Петербурга, в 20 % отмечается расхождение в диагнозе, установленном в больнице [ 6 ].

Ошибки допускают и зарубежные врачи, где зарплата и диагностические возможности лечебных учреждений намного выше российских. Например, в США врачебные ошибки составляют 3–4 %, в Великобритании – 5 %, во Франции – 3 %. По данным Минздрава Великобритании, ежегодно с врачебными ошибками сталкиваются около 850 тыс. англичан. В США ежегодно около 98 тыс. американцев умирает из-за медицинских ошибок, в Австралии – 18 тыс. человек. Например, только плохой почерк врача в США при выписке рецептов становится причиной около 7 тыс. смертельных случаев [ 6 ].

### *Личностная деформация профессионала*

Личностная деформация профессионала – процесс и результат таких личностных изменений специалиста, когда его профессиональная деятельность противоречит целям, задачам и самому результату работы и принимает характер противоправной деятельности осуждаемой обществом. Овладев знаниями, умениями, навыками, развив необходимые профессиональные способности, специалист переносит их в противоправную или даже в криминальную зону деятельности. Например, работа терапевта, который профессионально диагностирует заболевания, начинает сопровождаться корыстью, личной выгодой и обогащением, а пациенту назначаются ненужные обследования; хирург может торговать органами человеческого тела, заведомо зная, что эта деятельность уголовно наказуема и т. д.

Причины личностной деформации профессионала лежат, как правило, во вне профессиональной деятельности. Профессиональная сфера и характер деятельности опосредованно влияют на неустойчивую личность профессионала, приводя к разрушению его личности и в конечном итоге – к профессиональной непригодности [ 14 ].

Дезадаптационный феномен нарушает не только протекание процесса профессиональной адаптации в ее чисто профессиональном и социально-психологическом аспекте, но и изменяет жизнедеятельность медицинских работников в целом. Подробное изучение факторов риска возникновения и процесса развития профессионального выгорания позволяют разработать мероприятия по его профилактике и управлению процессом эмоционального стресса. Важное место в структуре мероприятий по предупреждению профессионального выгорания отводится показателям качества жизни, удовлетворенности жизнью и социальным окружением [ 5, 9, 27 ].

### **Заключение**

Высокий уровень требовательности к личности медицинского работника и характеру его профессиональной деятельности со стороны социального окружения не находит адекватного подтверждения в его социальной защищенности и оплате труда, что может дезадаптировать лич-

ность и способствовать возникновению у медицинских работников профессионального выгорания и профессионально ускоренных заболеваний. Анализ данных научной литературы и результаты собственных исследований позволяют рекомендовать включать медицинских работников в перечень групп социального риска.

Изучение компонентного состава эмоциональных переживаний медицинских работников, уровня удовлетворенности от реализации основных потребностей и ценностных ориентаций позволяет выявлять значимые обобщенные показатели их социально-профессиональной адаптации и способствует проведению мероприятий первичной профилактики.

### *Литература*

1. *Авхименко М.М.* Некоторые факторы риска труда медика / М.М. Авхименко // Мед. помощь. – 2003. – № 2. – С. 25–29.
2. *Арутюнов А.В.* Изучение синдрома эмоционального выгорания у врачей-стоматологов и методы его профилактики : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Арутюнов А.В. ; [Ин-т повышения квалификации Федер. упр. мед.-биол. и экстремал. пробл.]. – М., 2004. – 27 с.
3. *Бойко В.В.* Энергия эмоций / В.В. Бойко. – СПб. [и др.] : Питер, 2004. – 474 с.
4. *Большакова Т.В.* Личностные детерминанты и организационные факторы возникновения психического выгорания у медицинских работников : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Большакова Т.В. ; [Яросл. гос. ун-т им. П. Г. Демидова]. – Ярославль, 2004. – 26 с.
5. *Водопьянова Н.Е.* Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – 2-е изд. – М. [и др.] : Питер, 2008. – 336 с.
6. *Врачебная ошибка* : обзор [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.medlaw.omsk.ru>, вход свободный.
7. *Вялкова Г.М.* Социально-гигиеническое исследование заболеваемости медицинских работников и потребность в оздоровительном лечении : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Вялкова Г.М. – М., 2001. – 20 с.
8. *Диагностика «психического выгорания» врачей анестезиологов-реаниматологов* / О.Ю. Щелкова, О.А. Кузнецова, В.А. Мазурок, М.В. Решетов // Вестн. психотерапии. – 2008. – № 25(30). – С. 75–83.
9. *Евдокимов В.И.* Качество жизни: оценка и системный анализ / В.И. Евдокимов, И.Э. Есауленко, О.И. Губина. – Воронеж : Истоки, 2007. – 240 с.
10. *Евдокимов В.И.* Развитие эмоциональных состояний в экстремальных условиях деятельности и их коррекция / В.И. Евдокимов, В.Л. Марищук, А.И. Губин // Вестн. психотерапии. – 2008. – № 26(31). – С. 56–66.

11. *Иванов А.В.* Совершенствование профилактических мероприятий по укреплению здоровья врачей муниципальных учреждений / А.В. Иванов, О.Е. Петручук, В.О. Щепин. – Воронеж : ГВУ, 2005. – 223 с.

12. *Качество жизни* медицинских работников / В.Ю. Альбицкий, М.Э. Гурылева, М.Л. Добровольская, Л.В. Хузиева // *Здравоохранение Рос. Федерации.* – 2003. – № 3. – С. 35–38.

13. *Козина Н.В.* Исследование эмпатии и ее влияния на формирование «синдрома эмоционального сгорания» у медицинских работников : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Козина Н.В. ; [С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 1998. – 25 с.

14. *Константинов В.В.* Актуальные вопросы повышения работоспособности и восстановления здоровья военнослужащих и гражданского населения в условиях чрезвычайных ситуаций / В.В. Константинов ; Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова. – СПб., 2003. – С. 174–177.

15. *Лозовская Т.Д.* О состоянии травматизма и заболеваемости работников в учреждениях здравоохранения / Т.Д. Лозовская // *Главная мед. сестра.* – 2004. – № 7. – С. 93–97.

16. *Лукьянов В.В.* Взгляд на проблему исследования синдрома «эмоционального выгорания» у врачей-наркологов / В.В. Лукьянов // *Вестн. психотерапии.* – 2006. – № 17(22). – С. 54–61.

17. *Международная классификация болезней (10-й пересмотр).* Классификация психических и поведенческих расстройств / под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Л. Циркина ; ВОЗ. – СПб. : Оверлайд, 1994. – 300 с.

18. *Мнение МедРунета : результаты опроса (24.09.2008)* [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.medlinks.ru>, вход свободный.

19. *Орел В.Е.* Структурно-функциональная организация и генезис психического выгорания : автореф. дис. ... д-ра психол. наук / Орел В.Е. ; [Яросл. гос. ун-т им. П. Г. Демидова]. – Ярославль, 2005. – 51 с.

20. *Профессиональное выгорание у медицинских работников* / В.Я. Апчел, В.Г. Белов, В.И. Говорун, Ю.А. Парфенов, П.В. Попрыдухин // *Вестн. Рос. воен. мед. акад.* – 2008. – № 2(22). – С. 152–159.

21. *Российская социологическая энциклопедия.* – М., 1998. – 827 с.

22. *Скугаревская М.М.* Синдром эмоционального выгорания у работников сферы психического здоровья : автореф. дис. ... канд. мед. наук. / Скугаревская М.М. ; [Белорус. гос. мед. ун-т]. – Минск, 2003. – 19 с.

23. *Стародубов В.И.* Здоровье нации и система здравоохранения Российской Федерации / В.И. Стародубов // *Уровень жизни населения регионов России.* – 2005. – № 11/12. – С. 65–69.

24. *Труд и здоровье медицинских работников* / под ред. В.К. Овчарова. – М., 1985. – 213 с.

25. *Шиманская Т.Г.* Комплексная оценка состояния здоровья врачей медицинских вузов в зависимости от условий труда : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Шиманская Т.Г. – СПб., 2002. – 21 с.

26. *Эмоциональное истощение как проявление дезадаптации у медицинских работников* / Е.А. Никитин, С.М. Шкленник, В.С. Цой, Ю.А. Парфенов // Вестн. психотерапии. – 2007. – № 21(26). – С. 39–48

27. *Юрьева Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика, коррекция* / Л.Н. Юрьева. – Киев : Сфера, 2004. – 271 с.

28. *Burish M. Burnout-Syndrom-Theorie der inneren Erschöpfung* / M. Burish. – Berlin, 1989.

29. *Maslach C. Maslach Burnout Inventory Manual* / С. Maslach, S.E. Jackson, M.P. Leiter. – Palo Alto, California : Consulting Psychological Press [Inc.], 1996. – 52 p.

# НАРКОЛОГИЯ И ВАЛЕОЛОГИЯ

УДК 519.22/25 : 613.816

Г.И. Григорьев, С.Г. Григорьев

## ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНАЛИЗА ВРЕМЕНИ ЖИЗНИ И КЛАСТЕРНОГО АНАЛИЗА ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РЕМИССИИ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ И ВЫЯВЛЕНИЯ ЗАКОНОМЕРНОСТЕЙ ЕЕ ФОРМИРОВАНИЯ

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

*Цель публикации:* поделиться опытом моделирования вероятности сохранения длительности ремиссии с использованием анализа времени жизни, а также продемонстрировать возможности кластерного анализа при изучении и анализе закономерностей формирования ремиссии при патологических зависимостях на примере анализа данных о трехлетней ремиссии у больных алкоголизмом, добровольно и анонимно пролеченных в Международном институте резервных возможностей человека (МИРВЧ) методом духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока (ДОП ЦЗ).

В качестве материалов исследования использованы результаты анамнестического обследования и трехлетнего катамнестического наблюдения за 2031 больным алкоголизмом, добровольно обратившегося за анонимной медико-психологической помощью в МИРВЧ. В их числе было 1576 мужчин и 455 женщин.

Трехлетний срок прогноза избран из-за его наибольшей значимости по результатам наблюдений и практической актуальности. Основные различия по частоте сохранения ремиссии после лечения в группах больных обнаруживаются в течение именно этого срока. За незначительным исключением, сложившиеся к этому времени прогнозные характеристики удерживаются вплоть до десяти лет.

Эффективность лечебных методов при патологических состояниях, как правило, оценивается по признакам, характеризующим положительную динамику состояния органа, системы, организма в целом и, в конечном счете, нормализацию их функции (выздоровление) или хотя бы стабильное их состояние на достаточном функциональном уровне в пределах определенного времени (ремиссия). В наркологии основным критерием качества реализации лечебных программ является ремиссия, под которой понимается такой этап течения хронического заболевания, когда проявления болезни в значительной мере снижаются или полностью исчезают, но

продолжают существовать в скрытой форме, будучи готовыми вновь проявиться при соответствующих условиях [ 4 ].

Важным моментом в изучении ремиссии является определение ее длительности. Определяя длительность ремиссии при алкоголизме, мы учитывали следующих два обстоятельства:

1) особенность самого метода ДОП ЦЗ: определение самим больным периода предполагаемой ремиссии сроком залога;

2) многократное лечение больных алкоголизмом со сроками залога продолжительностью менее периода наблюдения и многолетний мониторинг пролеченных больных.

Исходя из сказанного, нами были применены следующие правила определения длительности ремиссии при трехлетнем катамнестическом наблюдении:

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

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

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

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

- для больных со сроком залога более трех лет и сроком воздержания от алкоголя тоже более трех лет длительность ремиссии ограничивалась сроком в три года.

Первой задачей, решаемой для достижения цели, стала задача разработки многомерной математико-статистической модели прогноза вероятности сохранения трехлетней ремиссии для больных алкоголизмом, пролеченных и наблюдавшихся в МИРВЧ, и выделения признаков, наиболее существенно влияющих на формирование ремиссии.

При изучении длительности ремиссии в наркологии важно использовать такой математический аппарат, который позволил бы учитывать вклад в групповую ремиссию больных, ушедших из-под наблюдения до завершения срока наблюдения. Наряду с методами одномерной статистики, наибольшие возможности для такого учета предоставляет математико-статистический метод анализа времени выживания (Survival analysis) [ 1–3, 5 ].

В статистическом смысле понятие «время жизни» распространяется на любые данные, описывающие длительность пребывания объектов в состоянии, интересующем исследователя. Примерами могут служить про-

должительность инкубационного периода заболевания, лечения, ремиссии, жизни больных после лечения и другие явления, анализ которых позволяет расширить представления о закономерностях этиологии, патогенеза, клиники заболеваний, а также оценить эффективность лечебных и профилактических мероприятий.

Данные времени жизни имеют две характерные особенности, которые определяют специфику их анализа. Прежде всего, возможна неполнота данных. Например, в клинических исследованиях больные по тем или иным причинам «уходят» из-под наблюдения. Реальное же время жизни таких объектов больше длительности наблюдения за ними. Описанный феномен в статистике называется цензурированием справа. Наличие цензурированных данных затрудняет оценку эффекта изучаемого воздействия на время жизни. Особенно эта трудность обнаруживает себя при характеристике отдаленных результатов лечения, в нашем случае это изучение формирования длительных сроков ремиссии.

Другая особенность данных времени жизни – неадекватность распределения времени жизни статистической модели нормального закона распределения. Конкретный же вид распределения, как правило, неизвестен. Поэтому аппроксимация распределения времени жизни к нормальному закону, явная или неявная (при использовании параметрических методов анализа), представляет угрозу для корректности статистических выводов.

Алгоритм анализа данных времени жизни, адекватный их специфике, составляет следующую последовательность действий:

- анализ времени жизни в одной группе;
- сравнение времени жизни в двух или более группах;
- моделирование функции сохранения жизни и оценка влияния экзогенных или эндогенных факторов на время жизни объектов.

В нашей работе для достижения цели использованы возможности последнего этапа посредством построения регрессионной модели, имеющей вид:

$$h(t; X) = h_0(t) e^{\beta X}, \quad (1)$$

где  $h(t; X)$  – функции интенсивности смерти под влиянием фактора  $X$ ;  
 $h_0(t)$  – функция интенсивности смерти при стандартных (средних значениях, изучаемых факторов) условиях;  
 $\beta$  – коэффициент, подлежащий определению.

При использовании этого метода – важное значение имеет процедура цензурирования – учет больных, ушедших из-под наблюдения. В нашем случае цензурированными приняты случаи, когда больные после нескольких обязательных ежемесячных посещений врача для поддерживающей психотерапии прекращали их по разным причинам. Например, по



телефону, при встрече с родственниками или знакомыми уточнялась причина прекращения посещений врача. Если она заключалась в срыве, то уточнялась дата срыва и больного включали в группу пациентов, прервавших ремиссию. Если больной, его родственники или знакомые сообщали, что все хорошо и нужды в посещении ежемесячных сеансов психотерапии нет, но это вызывало большие сомнения, то такого больного, наряду с вышедшими из-под контроля лицами, также относили в группу цензурированных.

В проведенном исследовании цензурированию были подвергнуты больные, которые:

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

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

- сохранили состояние ремиссии три года и более.

Таким образом, для построения модели прогноза длительности ремиссии у наблюдаемой группы больных нами определены возможности математико-статистического метода анализа данных времени жизни, которые позволили выявить факторы, значимо влияющие на функцию сохранения ремиссии. Прогнозируемым признаком (зависимой переменной) определена вероятность сохранения ремиссии в различные сроки после лечения в течение трех лет.

Признаками, влияющими и определяющими функцию вероятности сохранения ремиссии, рассматриваются все учтенные в исследовании анамнестические, социально-демографические, клинические и лечебные признаки. В дальнейшем прогнозируемый признак называется признаком-отклик, а признаки, влияющие на состояние ремиссии – факторы-причины или предиктные признаки. Используя методику пошагового исключения из модели незначимых факторов, рассчитана статистически значимая ( $p < 0,0001$ ) модель, в которую включены факторы с уровнем значимости не ниже 85 %. Перечень факторов, включенных в модель, их коды и градации приведены в табл. 1.

Таблица 1

*Факторы модели прогноза трехлетней ремиссии  
(код, наименование и градации)*

Код	Наименование фактора	Градация фактора
X <sub>1</sub>	Срок залога	1 – до 3 лет 2 – 3–10 лет 3 – 10 лет и более
X <sub>2</sub>	Бытовые условия пациента	1 – отдельная квартира 2 – коммунальная квартира 3 – нет своего жилья
X <sub>3</sub>	Наличие признаков психопатизации у отца	1 – да 2 – нет
X <sub>4</sub>	Бытовые условия родительской семьи	1 – хорошие 2 – удовлетворительные 3 – плохие
X <sub>5</sub>	Вера в Бога	1 – да 2 – нет
X <sub>6</sub>	Самооценка особенностей личности до заболевания	1 – характер спокойный и уравновешенный 2 – характер вспыльчивый
X <sub>7</sub>	При самооценке наличие акцентуации в виде неуверенности, нерешительности и робости	1 – да 2 – нет
X <sub>8</sub>	При самооценке наличие акцентуации в виде легкомыслия, поверхностного отношения к жизни	1 – да 2 – нет
X <sub>9</sub>	В анамнезе заболевания легкомысленное отношение к алкоголю	1 – да 2 – нет
X <sub>10</sub>	В анамнезе заболевания влияние пьющего ближайшего окружения	1 – да 2 – нет
X <sub>11</sub>	В анамнезе заболевания тяжелые личностные переживания	1 – да 2 – нет
X <sub>12</sub>	Стаж употребления алкоголя	1 – до 5 лет 2 – 5–15 лет 3 – более 15 лет
X <sub>13</sub>	Возобновление утраченных защитных рефлексов (рвота после приема алкоголя)	1 – да 2 – нет
X <sub>14</sub>	Прием суррогатов в анамнезе	1 – да 2 – нет
X <sub>15</sub>	Алкогольное изменение личности в увеличении пассивности и лени	1 – да 2 – нет
X <sub>16</sub>	Алкогольное изменение личности в виде расстройства психики	1 – да 2 – нет
X <sub>17</sub>	Появление симптомов нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы, обусловленных употреблением алкоголя	1 – да 2 – нет
X <sub>18</sub>	Антиобщественные действия (наличие приводов в милицию из-за пьянства)	1 – да 2 – нет

Код	Наименование фактора	Градации фактора
X <sub>19</sub>	Понимание опасности пьянства в трезвом состоянии	1 – да 2 – нет
X <sub>20</sub>	Уровень анозогнозии	1 – высокий 2 – низкий
X <sub>21</sub>	Оценка возможности избавления от алкоголизма	1 – легко 2 – трудно 3 – невозможно
X <sub>22</sub>	Решение лечиться продиктовано состоянием здоровья	1 – да 2 – нет
X <sub>23</sub>	Решение лечиться продиктовано конфликтами с милицией	1 – да 2 – нет
X <sub>24</sub>	Попытки прекратить пьянство самостоятельно	1 – предпринимались 2 – не предпринимались
X <sub>25</sub>	В планах на будущее – решение семейных проблем	1 – да 2 – нет
X <sub>26</sub>	В планах на будущее – решение хозяйственных вопросов	1 – да 2 – нет
X <sub>27</sub>	Источник платы за лечение	1 – свои средства 2 – спонсорская помощь

В результате решения модели по матрице исходных данных получены: таблица коэффициентов модели для факторов, значимых с надежностью не менее 85 % (табл. 2), и график функции вероятности сохранения ремиссии для средних значений факторов (рис. 1).

Таблица 2

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

Наименование признака	Код	Коэффициент модели	Exponent beta	Уровень значимости, p	Степень влияния, %
Срок залога	X <sub>1</sub>	-0,21	0,81	0,000	2,98
Бытовые условия пациента	X <sub>2</sub>	0,11	1,12	0,018	4,12
Наличие признаков психопатизации у отца	X <sub>3</sub>	-0,13	0,88	0,012	3,23
Бытовые условия родительской семьи	X <sub>4</sub>	-0,16	0,85	0,001	3,12
Вера в Бога	X <sub>5</sub>	0,10	1,10	0,134	4,06
Самооценка особенностей личности до заболевания	X <sub>6</sub>	0,16	1,17	0,006	4,32
При самооценке наличие акцентуации в виде неуверенности, нерешительности и робости	X <sub>7</sub>	0,09	1,10	0,134	4,05
При самооценке наличие акцентуации в виде легкомыслия, поверхностного отношения к жизни	X <sub>8</sub>	-0,10	0,90	0,067	3,33

Наименование признака	Код	Коэффициент модели	Exponent beta	Уровень значимости, p	Степень влияния, %
В анамнезе заболевания легкомысленное отношение к алкоголю	X <sub>9</sub>	0,12	1,13	0,065	4,16
В анамнезе заболевания влияние пьющего ближайшего окружения	X <sub>10</sub>	0,09	1,10	0,135	4,04
В анамнезе заболевания тяжелые личностные переживания	X <sub>11</sub>	-0,11	0,90	0,076	3,31
Стаж употребления алкоголя	X <sub>12</sub>	-0,11	0,90	0,010	3,30
Возобновление утраченных защитных рефлексов (рвота после приема алкоголя)	X <sub>13</sub>	-0,07	0,93	0,336	3,43
Прием суррогатов в анамнезе	X <sub>14</sub>	0,06	1,06	0,056	3,89
Алкогольное изменение личности в увеличении пассивности и лени	X <sub>15</sub>	0,11	1,12	0,073	4,11
Алкогольное изменение личности в виде расстройства психики	X <sub>16</sub>	-0,10	0,91	0,110	3,34
Появление симптомов нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы, обусловленных употреблением алкоголя	X <sub>17</sub>	0,10	1,10	0,101	4,06
Антиобщественные действия (наличие приводов в милицию из-за пьянства)	X <sub>18</sub>	-0,17	0,84	0,003	3,09
Понимание опасности пьянства в трезвом состоянии	X <sub>19</sub>	0,14	1,15	0,066	4,25
Уровень анозогнозии	X <sub>20</sub>	-0,34	0,71	0,001	2,62
Оценка возможности избавления от алкоголизма	X <sub>21</sub>	-0,15	0,86	0,033	3,17
Решение лечиться продиктовано состоянием здоровья	X <sub>22</sub>	0,12	1,13	0,043	4,17
Решение лечиться продиктовано конфликтами с милицией	X <sub>23</sub>	-0,09	0,91	0,150	3,36
Попытки прекратить пьянство самостоятельно	X <sub>24</sub>	0,19	1,21	0,006	4,46
В планах на будущее – решение семейных проблем	X <sub>25</sub>	-0,10	0,91	0,082	3,35
В планах на будущее – решение хозяйственных вопросов	X <sub>26</sub>	0,09	1,09	0,127	4,03
Источник платы за лечение	X <sub>27</sub>	0,23	1,26	0,000	4,65

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

$$h(t; x) = h_0(t; x) \exp(-0,21X_1 + 0,11X_2 - 0,13X_3 - 0,16X_4 + 0,1X_5 + 0,16X_6 + + 0,09X_7 - 0,1X_8 + 0,12X_9 + 0,09X_{10} - 0,11X_{11} - 0,11X_{12} - 0,07X_{13} + + 0,06X_{14} + 0,11X_{15} - - 0,1X_{16} + 0,1X_{17} - 0,17X_{18} + 0,14X_{19} - 0,34X_{20} - - 0,15X_{21} + 0,12X_{22} - 0,09X_{23} + + 0,19X_{24} - 0,1X_{25} + 0,09X_{26} + 0,23X_{27}), \quad (2)$$

где  $X_1, X_2, \dots, X_{27}$  – центрированные значения факторов, т. е. разности их текущих и средних значений.

По знакам коэффициентов селектированной модели видно, что некоторые факторы ( $X_2, X_5-X_7, X_9, X_{10}, X_{14}, X_{15}, X_{17}, X_{19}, X_{22}, X_{24}, X_{26}, X_{27}$ ) при возрастании уровней увеличивают интенсивность возникновения рецидивов, а другие ( $X_1, X_3, X_4, X_8, X_{11}-X_{13}, X_{16}, X_{18}, X_{20}, X_{21}, X_{23}, X_{25}$ ) с увеличением уровней снижают интенсивность возникновения рецидивов или увеличивают вероятность сохранения ремиссии. Например, с увеличением срока зарока увеличивается вероятность более длительного срока ремиссии.

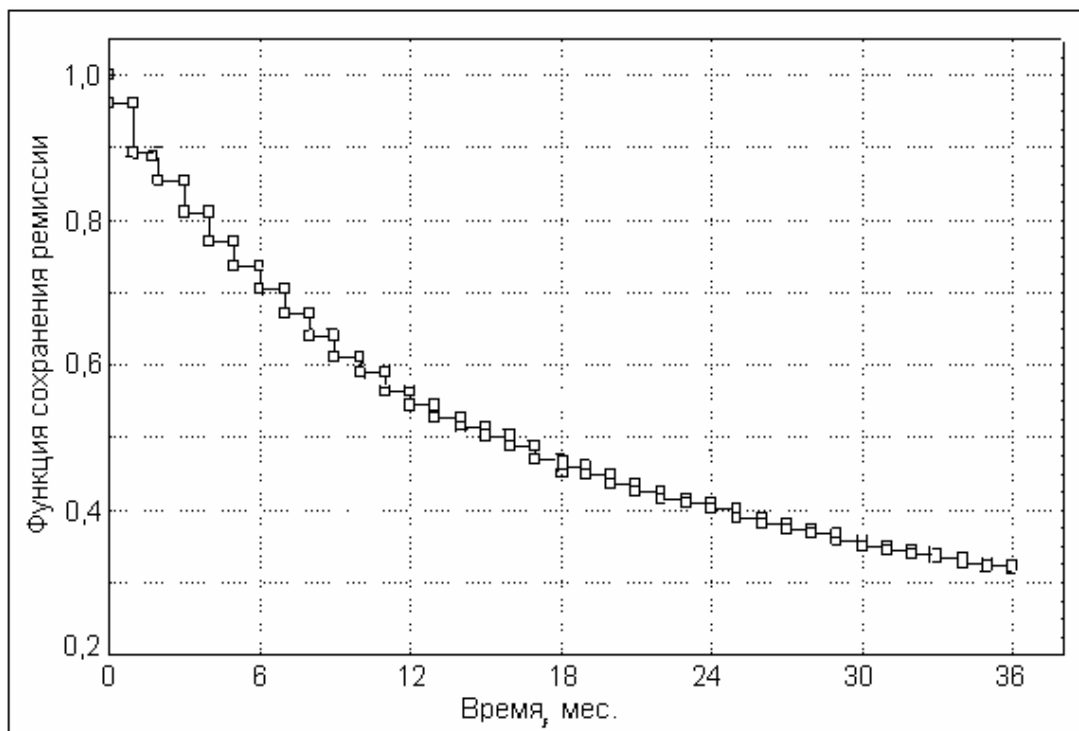
По показателям exponent beta из табл. 2, с использованием формулы 3, определена оценка относительной величины степени влияния на функцию вероятности сохранения ремиссии –  $k$  (в %), для всех факторов, включенных в модель,

$$k_i = \frac{100 \exp(\beta_i)}{\sum \exp(\beta_i)} \quad (3)$$

Наибольшую степень влияния на интенсивность срыва ремиссии демонстрируют (по мере убывания) такие факторы, как: источник платы за лечение (4,6 %), попытка прекратить пьянство самостоятельно (4,5 %), самооценка особенностей личности до заболевания (4,3 %), понимание опасности пьянства в трезвом состоянии (4,2 %), решение лечиться продиктовано состоянием здоровья (4,2 %), в анамнезе заболевания отмечается легкомысленное отношение к алкоголю (4,2 %), бытовые условия пациента (4,12 %), алкогольное изменение личности в увеличении пассивности и лени (4,1 %), вера в Бога (4,1 %), появление симптомов нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы, обусловленных употреблением алкоголя (4,1 %), акцентуации личности в виде неуверенности, нерешительности и робости (4,0 %), в анамнезе заболевания имеется влияние пьющего ближайшего окружения (4,0 %) и наличие в планах на будущее решения хозяйственных вопросов (4,0 %). Вклад других факторов менее 4,0%. Обращает внимание приблизительно равномерный вклад факторов от 2,6 % до 4,6 %.

Верификация модели проведена на экзаменующей выборке из 400 пациентов, в результате которой получена статистически значимая ( $p < 0,0001$ ) модель на основе тех же предиктных признаков. График функции вероятности сохранения трехлетней ремиссии, адекватный мо-

дели интенсивности возникновения рецидивов (1), при средних значениях факторов  $X_1 = X_2 = \dots = X_{27} = 0$  (табл. 1) дан на рис. 1. Из графика следует, что вероятность годовой ремиссии у больных, пролеченных анонимно на добровольной основе методом ДОП ЦЗ составляет 55 %, вероятность двухлетней ремиссии у этой же группы больных – 42 % и трехлетней ремиссии – 33 %.



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

Однако большое количество факторов, включенных в модель, затрудняют интерпретацию результатов моделирования и вскрытие механизмов формирования ремиссии. Поэтому для решения второй задачи с целью содержательно-структурного объединения признаков, включенных в модель, в однородные группы мы воспользовались возможностями кластерного анализа.

Кластерный анализ – раздел многомерного статистического анализа, разрабатывающий методы классификации объектов или совокупности признаков, их характеризующих, на основании набора характеристик или объектов. Мы предположили возможность получить классификацию однородных признаков. Кластерный анализ объединяет различные процедуры, используемые для проведения классификации (объединения) признаков в группы, на первый взгляд не очевидные. Под кластером понимается группа признаков, обладающая свойством плотности (плотность признаков внутри кластера выше, чем вне его), рассеиванием (характеризуемым

дисперсией), отделимостью от других признаков, определенной формой и размером.

Различные приложения кластерного анализа можно свести к четырем основным задачам:

- 1) разработки типологии или классификации;
- 2) исследования полезных концептуальных схем группирования признаков;
- 3) порождения гипотез на основе исследования данных;
- 4) проверки гипотез или исследования для определения, действительно ли типы (группы), выделенные тем или иным способом, присутствуют в имеющихся данных.

Сложность кластерного анализа состоит в том, что реальные объекты являются многомерными и описываются не одним, а несколькими параметрами (если объекты – больные, тогда параметры – это результаты клиничко-лабораторного обследования). Объединение этих параметров в группы проводится в пространстве многих измерений, что весьма нетривиально. Кроме того, параметры объектов в медицине зачастую могут носить качественный, а не количественный характер.

В данной работе кластерный анализ оказался незаменимым для объединения множества анамнестических, социально-демографических, индивидуально-психологических и клинических факторов, характерных для больных с алкоголизмом в логически обобщенные группы. Результатом кластерного анализа стала дендрограмма приведенная на рис. 2. В результате исследования дендрограммы нами выделено три основных кластера, объединяющих признаки с общим вкладом в формирование прогностической ремиссии 58,9%.

В 1-й кластер объединились признаки адекватной самооценки, анамнеза заболевания и установки на трезвость ( $X_6, X_7, X_9-X_{11}, X_{19}$  и  $X_{24}$ ). Их общий вклад в прогноз длительности ремиссии составил 28,6 %.

Во 2-й по значимости кластер (19,0 %) объединились факторы, которые свидетельствуют об алкогольном психологическом и соматическом разрушении личности ( $X_{15}-X_{17}, X_{22}, X_{23}$ ).

В 3-й кластер (11,3 %) вошли признаки, характеризующие уровень социальной и психологической сохранности личности ( $X_5, X_{20}, X_{27}$ ).

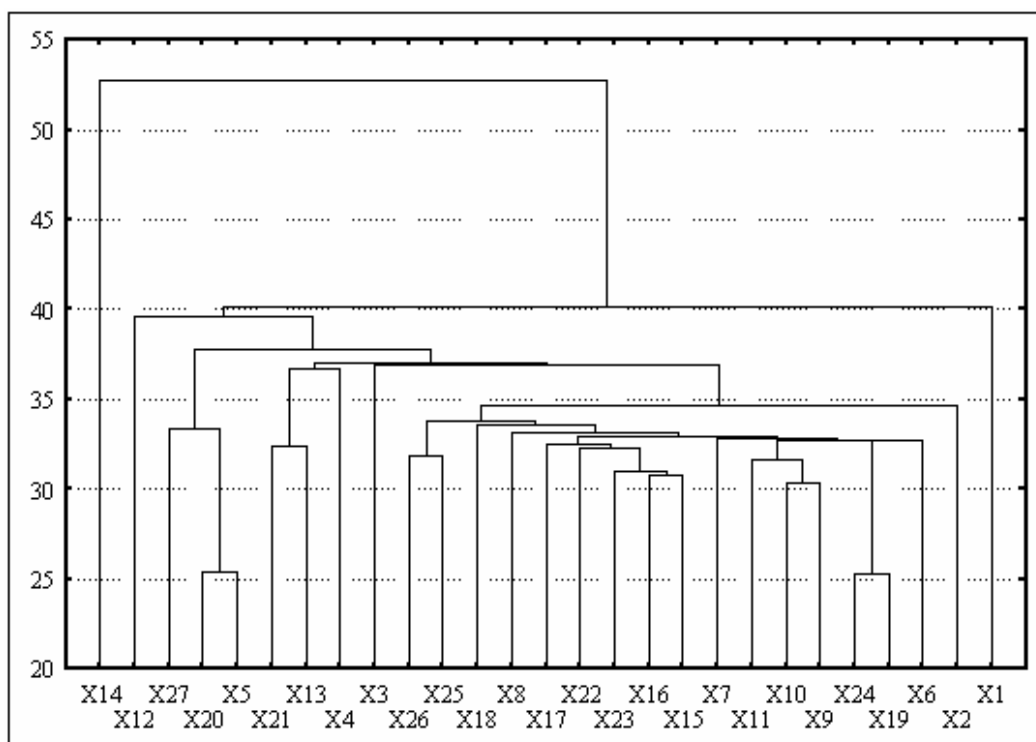


Рис. 2. Кластеризация признаков модели прогноза вероятности сохранения трехлетней ремиссии по общей группе.

### ***Заключение***

Таким образом, примененные методы анализа времени жизни и кластерного анализа позволили: во-первых, из множества анамнестических, социально-демографических, клинических и лечебных признаков отобрать те, которые значимо влияют на формирование трехлетней ремиссии у больных алкоголизмом, добровольно и анонимно пролеченных методом ДОП ЦЗ; во-вторых, отобранные признаки удалось объединить в логически однородные группы, что обеспечивает вскрытие механизмов формирования ремиссии у изучаемой группы больных.

### ***Литература***

1. *Духовно ориентированная психотерапия патологических зависимостей* / под ред. Г.И. Григорьева ; С-Петербург. мед. акад. последиплом. образования, Междунар. ин-т резервных возможностей человека [и др.]. – СПб., 2008. – 504 с.
2. *Мизерас С.В.* Кризисно-реабилитационная психологическая помощь при героиновой наркомании на основе метода эмоционально-эстетической психотерапии: автореф. дис. ... канд. психол. наук / Мизерас С.В. – СПб., 2002. – 23 с.
3. *Мизерене Р.В.* Оценка и прогноз длительности ремиссии при лечении алкоголизма методом эмоционально-эстетической психотерапии : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Мизерене Р.В. – СПб., 2000. – 24 с.



4. Зеневич Г.В. Роль реабилитационных мероприятий при профилактике рецидивов алкоголизма / Г.В. Зеневич // Реабилитация больных нервно-психическими заболеваниями и алкоголизмом. – Л., 1986. – С. 364–366.

5. Юнкеров В.И. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований / В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев ; Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова. – СПб., 2005. – 292 с.

УДК 351.761.1 : 613.816

*В.А. Толкачев*

## **ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НА ПРИМЕРЕ БЕЛОРУССКОГО ОБЩЕСТВЕННОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ «ТРЕЗВЕННОСТЬ-ОПТИМАЛИСТ» ИМ. Г.А. ШИЧКО**

Республиканский учебно-методический центр физического воспитания населения Министерства спорта и туризма Республики Беларусь

### *Актуальность проблемы*

В настоящее время в Республике Беларусь наблюдается тенденция снижения уровня здоровья и физического состояния всех категорий населения, особенно детей и молодежи. Исследования многих ученых свидетельствуют о неблагоприятной демографической ситуации. В частности, в Республике Беларусь смертность превышает рождаемость, сокращается продолжительность жизни людей [ 1, 6, 8 ].

Среди основных причин, способствующих развитию заболеваний человека на сегодняшний день, наряду с экологическими и экономическими факторами, одной из определяющих является несоблюдение здорового образа жизни (ЗОЖ) большей частью населения. Следует также отметить низкую духовную и физическую культуру граждан, проявляющуюся во все более усиливающемся употреблении алкогольных, табачных и других наркотических веществ. На современном этапе развития общества главным разрушителем генетического потенциала человека являются наркотики и наиболее опасный их вид (из-за массового применения) – алкоголь. На почве пьянства, алкоголизма распадаются более 55 % семей, совершается около 90 % преступлений, более 75 % пожаров, автотранспортных происшествий и других негативных явлений в обществе [ 2–5, 7, 9 ].

В Республике Беларусь на протяжении последних 10 лет снижаются уровень здоровья и физического состояния всех категорий населения, особенно детей и молодежи. Основными причинами являются:

- снижение двигательной активности населения;
- низкий уровень физической культуры населения и несоблюдение здорового образа жизни;
- наличие вредных привычек у большей части населения, все более увеличивающееся употребление алкоголя, табака и других психоактивных веществ;
- ухудшение окружающей среды, приводящее к поступлению в организм человека радиоактивных и вредных химических веществ.

Сложившаяся неординарная ситуация требует поиска новых подходов, путей и средств решения проблем улучшения и укрепления здоровья населения республики, воспитания положительной мотивации ЗОЖ в современных социально-экономических условиях и экологической среде.

Проанализировав современные тенденции развития оздоровительной физической культуры в странах СНГ и за рубежом, мы пришли к заключению о необходимости создания структуры общественного объединения, в основу которого положен инновационный комплексный подход к оздоровлению различных групп населения с использованием средств физической культуры и нетрадиционных методов оздоровления.

Цель настоящего исследования состоит в разработке, теоретическом, экспериментальном обосновании и внедрении инновационного комплексного подхода в формировании ЗОЖ у различных групп населения средствами физической культуры и нетрадиционных методов оздоровления.

### ***Материал и методы исследования***

Применены следующие методы исследования: анализ и обобщение литературных источников, опрос (анкетирование, интервьюирование), педагогические наблюдения, контрольно-педагогические испытания, педагогический эксперимент, медико-биологические методы (велоэргометрия, спирометрия, определение биологического возраста, изучение данных о заболеваемости), методы математической статистики.

На первом этапе исследования (1989–1998 гг.) работа была направлена на сбор информации о состоянии здоровья населения Республики Беларусь, определение причин его ухудшения и поиск путей улучшения. Было создано Белорусское общественное объединение (БОО) «Трезвенность – Оптималист» и предложена новая структурно-функциональная модель учебного процесса в Республиканскую школу самооздоровления (РШС) «Оптималист».

На втором этапе исследования (1999–2000 гг.) выполнялась основная подготовительная работа: конкретизирована научная идея; сформирована гипотеза исследования; определены цель и задачи, основные пути решения проблемы.

На основе теоретических предпосылок в учебно-методическом центре РШС «Оптималист» разработана программа «Здоровье – человеку», предлагающая гражданам Республики Беларусь индивидуальные планы формирования ЗОЖ на основе комплексного подхода, включающие определенные образовательные, культурные и физкультурно-оздоровительные факторы.

На третьем этапе исследования (2000–2004 гг.) нами проводились пять формирующих педагогических экспериментов, где осуществлялось экспериментальное обоснование эффективности предложенной программы «Здоровье – человеку». На данном этапе исследования оценка физиологического состояния граждан г. Минска, оздоравливающихся в группах, клубах и в БОО «Трезвенность – Оптималист» проводилась в течение 2000–2004 гг. В целом в исследованиях приняло 470 человек.

На четвертом, заключительном этапе исследования в течение 2004–2005 гг. осуществлен анализ результатов педагогического эксперимента, сравнительных замеров физиологического состояния членов БОО «Трезвенность – Оптималист» и других участников различных физкультурно-оздоровительных мероприятий.

Анализируемый в настоящей статье педагогический эксперимент проводился с 1998 по 2001 г. В исследовании приняло участие 60 мужчин и 80 женщин. Экспериментальную группу (ЭГ) составили 30 мужчин и 40 женщин членов БОО «Трезвенность – Оптималист», контрольную группу (КГ) – 30 мужчин и 40 женщин – работающие пенсионеры Минского подшипникового завода. Исследование проводилось на базе Дома физкультуры завода и заводской поликлиники.

### ***Результаты исследований и их обсуждение***

Анализ физиологических показателей выделенных групп показал как их улучшение, так и некоторое ухудшение к концу эксперимента в КГ и ЭГ. Статистически значимое ( $p < 0,05$ ) увеличение спирометрии, проб Штанге и Генчи, оперативной памяти, пробы на гибкость позвоночника наблюдалось у мужчин в ЭГ по сравнению с КГ (табл. 1).

Статистически значимое ( $p < 0,05$ ) улучшение психофизиологического состояния отмечалось и у женщин ЭГ. По сравнению с КГ установлено увеличение проб Штанге и Генчи, оперативной памяти, результатов ходьбы на 2 км, количества подниманий туловища из положения лежа в положение сидя, пробы на гибкость позвоночника (табл. 2).

*Таблица 1*

*Сравнение физиологических показателей у мужчин в период проведения педагогического эксперимента (1998–2001 гг.)*

Показатель	КГ					ЭК					p**
	Исходные данные		Конечные данные		p*	Исходные данные		Конечные данные		p*	
	М	σ	М	σ		М	σ	М	σ		
Возраст, лет	61,4	2,32	63,4	2,39	–	62,6	4,1	64,6	4,1	–	–
ЖЕЛ, мл	2857	189	2774	199	> 0,05	4139	427	4339	537	> 0,05	< 0,05
Проба Штанге, с	26,9	1,52	25,8	1,71	> 0,05	54,8	8,9	58,8	9,5	> 0,05	< 0,05
Проба Генчи, с	24,2	1,07	23,1	1,14	< 0,05	34,6	4,97	35,3	5,32	< 0,05	< 0,05
Оперативная память на 10 слов за 20 с	5,97	0,57	5,67	0,55	< 0,05	7,65	0,31	7,98	0,29	< 0,05	< 0,05
Проба на гибкость позвоночника, см	6,7	1,23	6,4	1,31	> 0,05	13,2	2,76	13,1	2,85	> 0,05	< 0,05

Здесь и в табл. 2: \* – сравнение исходных и конечных данных группы;  
\*\* – межгрупповые сравнения.

*Таблица 2*

*Сравнение физиологических показателей у женщин в период проведения педагогического эксперимента (1998–2001 гг.)*

Показатели	КГ					ЭГ					p**
	Исходные данные		Конечные данные		p*	Исходные данные		Конечные данные		p*	
	М	σ	М	σ		М	σ	М	σ		
Возраст, лет	61	2,99	64	2,99		61,8	14,8	64,8	14,8		
Проба Штанге, с	31,4	2,16	29,4	2,28	< 0,05	47,3	5,59	49,4	6,27	> 0,05	< 0,05
Проба Генчи, с	18,1	0,68	17,4	0,85	< 0,05	27,3	0,41	29,4	0,51	< 0,05	< 0,05
Оперативная память на 10 слов за 20 с	5,8	0,24	5,5	0,27	> 0,05	7,6	0,7	7,9	0,8	> 0,05	< 0,05
Ходьба на 2 км, усл. ед.	23,1	1,63	22,3	1,53	< 0,05	33,54	2,17	34,44	2,41	> 0,05	< 0,05
Поднятие туловища из положения лежа, кол-во раз	14,67	1,87	13,44	1,47	< 0,05	21,4	1,7	23,1	2,0	< 0,05	< 0,05
Проба на гибкость позвоночника, см	6,03	0,91	5,77	0,83	> 0,05	2,97	1,70	3,15	1,80	> 0,05	< 0,05

Из числа лиц, окончивших РШС «Оптималист» и ведущих здоровый образ жизни:

- 81,8 % отметили сокращение рецидивов хронических заболеваний;
- 85,3 % избавились от простудных заболеваний;
- 94,2 % перестали пользоваться листами нетрудоспособности;
- 95,8 % отказались от применения лекарственных препаратов;
- 100 % перестали курить и употреблять алкоголь;
- у 100 % биологический возраст стал меньше паспортного в среднем на 10 лет.

Таким образом, полученные нами данные показали эффективность применения разработанной программы «Здоровье – человеку», организационной схемы формирования ЗОЖ, предусматривающих применение нетрадиционных методов оздоровления в группах, занимающихся в БОО «Трезвенность – Оптималист» и его структурного подразделения – РШС «Оптималист» Более подробные итоги педагогических экспериментов и авторские схемы формирования ЗОЖ представлены в авторских работах списка литературы.

### ***Выводы***

1. Анализ программ по физкультурно-оздоровительной работе, направлений деятельности оздоровительных клубов Беларуси, России, Украины, Литвы и Польши показывает, что в решении этой важной проблемы отсутствует комплекс организационных мер, позволяющих гарантированно и стабильно получать позитивный результат по оздоровлению населения.

2. С целью решения проблемы оздоровления населения создана структура Белорусского общественного объединения «Трезвенность – Оптималист», зарегистрированного в 1989 г. и действующего по настоящее время. В состав объединения входят Республиканская школа самооздоровления «Оптималист» и клубы г. Минска и областей Республики Беларусь.

3. Результаты педагогических экспериментов показали, что в Белорусском общественном объединении «Трезвенность – Оптималист» разработаны более эффективные методы и программы оздоровления с использованием организационной схемы формирования здорового образа жизни. Положительный эффект к ведению ЗОЖ и формированию здоровьесберегающих технологий выявила сконструированная программа образовательных, культурных и физкультурно-оздоровительных мероприятий «Здоровье – человеку» и ее раздел «Учиться всегда полезно», предусматривающий очно- заочное обучение.

## *Литература*

1. *Антипова С.И.* Некоторые характеристики состояния здоровья населения крупных городов Беларуси (Минск, Гомель, Могилев) / С.И. Антипова, Н.М. Трофимов, В.М. Коржунов [и др.] // Демографические проблемы Беларуси : материалы I междунар. конгр. / Междунар. ин-т трудовых и социальных отношений. – Минск : Солярис Плюс, 1999. – С. 10–13.
2. *Бабаян Э.А.* Наркология / Э.А. Бабаян, М.Х. Гонопольский : учеб. пособие. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 1990. – 336 с.
3. *Барабаш В.И.* Психология безопасности труда: учеб. пособие / В.И. Барабаш, В.С. Шкрабак. — СПб. : Тип. С.-Петербур. гос. аграрн. ун-та, 1996. – 298 с.
4. *Кругликов Р.И.* Алкоголизм и потомство / Р.И. Кругликов. – М. : Наука, 1987. – 128 с.
5. *Севковская З.А.* Молодежь Беларуси на пороге третьего тысячелетия / З.А. Севковская. – Минск : Принткорп, 2002. — 128 с.
6. *Тимошенко В.В.* Проблема контроля здоровья человека от детского до пожилого возраста / В.В. Тимошенко // Геронтология, геронстрия и здравоохранение : материалы конф., посв. Междунар. дню пожилых людей и 90-летн. юбилею акад. Д. Ф. Чеботарева ; Нац. акад. наук Беларуси. – Минск, 1998. – С. 45–46.
7. *Углов Ф.Г.* Правда и ложь о разрешенных наркотиках : к 100-летию со дня рождения / Ф.Г. Углов. – М. : ФОРУМ, 2004.– 208 с.
8. *Шахотько Л.П.* Тенденция заболеваемости, смертности и продолжительности жизни населения Республики Беларусь / Л.П. Шахотько, Е.В. Бурачевская, Л.Ф. Лешкович [и др.] ; под ред. Л.П. Шахотько. – Минск : Гл. ВЦ, 2003. – 225 с.
9. *Шичко Г.А.* Разработка индивидуального психофизиологического подхода к избавлению от алкоголизма / Г.А. Шичко. – Л. : НИИ эксперимент. медицины АМН СССР, 1981. – 176 с.

Статья принята в печать 20.12.2006 г.

# ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОАНАЛИЗ

УДК 616.89

*В.И. Курпатов, С.А. Осипова*

## ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОГЕННО ОБУСЛОВЛЕННЫХ РАССТРОЙСТВ

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

### *Введение*

С целью изучения формирования неврозов и психосоматических заболеваний, причин, способствующих их возникновению, и состояний, предваряющих заболевание, под длительным динамическим наблюдением находилась группа лиц в количестве 3000 человек, деятельность которых была связана с экстремальными нагрузками и длительным хроническим стрессом. Систематическое и целенаправленное наблюдение в течение 5 и более лет за лицами, находящимися в сложных условиях жизнедеятельности, позволило проследить переходные состояния между здоровьем и болезнью, начальные проявления психогенно обусловленных заболеваний, выделить факторы, способствующие возникновению и хронизации болезненного процесса, оценить изменение системы отношений личности под влиянием фрустрационных переживаний и нарастания болезненной симптоматики.

Помимо натурных исследований для изучения динамики формирования психогенных заболеваний обследовались также больные, находившиеся на лечении в отделении неврозов. Основным методом исследования был клинико-психопатологический, результаты которого уточнялись экспериментально-психологическими тестами и другими параклиническими методами.

В результате проведенного исследования установлено, что в большинстве случаев заболевание развивалось постепенно. Лишь в редких случаях, когда психическая травма была непомерно велика (авария с гибелью людей или возникала серия психических травм – «конфликтное событие»), отмечалось острое возникновение невроза. Клинические наблюдения, проводимые с позиций «психиатрии течения», позволили выделить следующие этапы и стадии болезненного процесса:

1) *преневротический* (предболезненный) этап нервно-психического неблагополучия;

2) *невротический* (болезненный) этап:

- стадия кратковременных невротических реакций;
- стадия устойчивой невротической симптоматики;

- стадия затяжного невротического состояния;

3) *завершающий* этап:

- переход болезни в невротическое развитие;

- резидуальное состояние;

- выздоровление с остаточными (резидуальными) явлениями.

По мере прогрессирования болезни в типичных случаях эти этапы сменяют друг друга, отражая тяжесть состояния. В данной статье подробно освещается симптоматика, характерная для каждого этапа.

### ***Особенности формирования и микросимптоматика преневротического (предболезненного) состояния***

Преневротический этап – несформировавшееся в очерченную нозологическую форму предболезненное состояние, переходное между крайними вариантами нормы и болезнью.

Преневротическое состояние возникает под воздействием психотравмирующих переживаний, выражается в чрезмерной фиксации на психологических трудностях (длительном аффективном напряжении), как правило, связанных со служебными и бытовыми трудностями. Не приводя к качественным изменениям, это нервно-психическое неблагополучие снижает резистентность организма к психотравмирующим и другим патогенным воздействиям, отчего в случае дополнительных вредностей легко происходит дезорганизация психической и соматической деятельности, и тогда формируется болезненное невротическое или психосоматическое состояние.

В клинической картине преневротического состояния выявляется комплекс признаков, свидетельствующих о неустойчивости настроения и самочувствия, повышенной чувствительности к различного рода раздражителям, эмоциональной лабильности, повышенной истощаемости, отсутствии «психического комфорта». Имеется невыраженная астения, проявляющаяся в наличии субъективного чувства общей усталости, отсутствии бодрости и должного психоэмоционального тонуса. Формально сохраняется обычная для индивидуума работоспособность, но периодически качество работы ухудшается. Отмечается сензитивность, ощущение подавленности с гиперболизацией трудностей в работе и в быту, при этом многие личностные переживания и конфликты связываются именно с этими трудностями.

На данном этапе нервно-психического неблагополучия нарушения (микросимптомы) преобладают в психической сфере, не затрагивая соматическую и вегетативную. Все перечисленные признаки (аналоги симптомов) при этом состоянии нестойки, слабо выражены и не оформлены в структурную систему синдрома заболевания. Они ослабевают после нескольких дней отдыха. Полное восстановление наступает через 1–3 нед при благоприятном изменении условий существования и ликвидации пси-



хотравмирующих факторов, или при изменении системы отношений личности к этим субъективным трудностям.

По данным экспериментально-психологического метода исследования на этом этапе развития патологии объективизируются эмоциональные и поведенческие отклонения (микросимптомы), незначительная выраженность астенических проявлений, изменение структуры личностных отношений.

Характерным является «пограничный» личностный профиль. При сохранившейся системе психологической защиты намечается тенденция больше выпячивать свои недостатки, болезненную симптоматику, имеется склонность к более легкому возникновению аффектов, к неудовлетворенности, более низкой конформности. В преневротическом состоянии выражены общая напряженность, тревожность, сниженное настроение, раздражительность, отсутствие внутреннего равновесия, некоторая замкнутость, возможны эмоциональная незрелость и более легко вспыхивающие агрессивные тенденции. Экспериментально-психологические методики подтверждают наличие раздражительности и отсутствие выраженных астенических явлений в периоде преневротического неблагополучия.

Преневротический этап нервно-психического неблагополучия отличается от переутомления, астении тем, что это не легко проходящее состояние, возникшее от перегрузок, а компенсированное, предболезненное длительное психическое напряжение, как правило, обусловленное внутриличностным конфликтом в виде фиксации на психологических трудностях.

Опираясь на теоретические концепции психологии отношений, где личность рассматривается как система отношений индивида с окружающей социальной средой, представляется возможным следующее обоснование преневротического психического неблагополучия. При взаимодействии психотравмирующего (конфликтогенного) фактора и особенностей личности человека, находящегося в сложной для него, трудноразрешимой ситуации, формируется фрустрационное переживание или длительное психическое напряжение, под воздействием которого начинает неадекватно меняться система отношений личности, особенно отношение к конфликтной ситуации, которая воспринимается гипертрофированно и становится наиболее значимым для личности переживанием, принимая патогенное значение.

В структуре отношений данного индивидуума происходит переоценка ценностей, изменение иерархии в системе значимости, в которой одно из первых мест начинают занимать психологические трудности. Происходит фиксация на проблемах экологической обособленности, проблемах, возникающих в быту, на работе и т. д., в результате чего нарушается нормальный эмоциональный баланс и формируется состояние длительного психического напряжения, что и дает основание говорить о возникновении преневротического состояния.

По длительности преневротический этап продолжается от нескольких недель до нескольких месяцев. На основе этого неблагополучия, при появлении дополнительных вредностей и нагрузок развиваются неврозы и психосоматические заболевания. При возникновении же благоприятной обстановки или принятии лечебно-профилактических мер, дальнейшее развитие болезненного процесса прекращается и наступает полное восстановление физического и душевного здоровья.

Таким образом, преневротическое состояние – это состояние длительного психического напряжения, возникающее под влиянием психотравмирующих переживаний, приводящее к неадекватно измененной системе отношений личности с гиперболизацией индивидуально значимых психологических трудностей и разрозненным, кратковременным слабо выраженным болезненным признакам, неоформленным в структурную систему синдрома заболевания.

Это состояние оценивается нами как предболезненный этап развития психогенных заболеваний. Выделение данного состояния существенно для решения задач первичной психопрофилактики, так как при создании благоприятной обстановки (отдых или уменьшение психотравмирующих нагрузок) или при проведении лечебно-профилактических мероприятий наступает полное восстановление психического здоровья.

В случае же длительного сохранения неразрешенного конфликтного положения в системе отношений личности или при появлении дополнительных вредностей и нагрузок нервно-психическое состояние ухудшается и принимает качественно новую форму – форму заболевания.

### ***Клинические проявления и динамика развития неврозов***

В случае сохранения длительного психического напряжения – неразрешенного конфликтного положения в системе отношений личности и, как правило, под влиянием дополнительных нагрузок, ухудшение нервно-психического состояния прогрессирует, принимая качественно новую форму. Возникает невротический болезненный этап, который обычно имеет характерную динамику, и в его развитии можно выделить три стадии: 1) кратковременных невротических реакций; 2) устойчивой невротической симптоматики; 3) затяжного невротического состояния.

#### ***Стадия кратковременных невротических реакций***

Клиника начальной стадии невротического этапа складывается из повторно возникающих невротических реакций и периодов относительно благополучия с явлениями астенического симптомокомплекса.

Для невротических реакций в этой стадии заболевания характерно кратковременное течение. Они возникают на фоне эмоциональных нагрузок, характеризуются непосредственной связью с психотравмирующей ситуацией, быстротой развития, непродолжительностью течения и, как

правило, имеют благоприятный прогноз. После разрешения невротической реакции наступает период относительного благополучия – неустойчивая стабилизация нервно-психического состояния. Нередко реакции протекают в стертой, невыраженной форме, купируются без вмешательства врачей и расцениваются больными и окружающими как естественные, ситуационно обусловленные, хотя и чрезмерные по силе реакции.

Продолжительность невротической реакции составляет от нескольких часов до 1–2 нед, затем наступает относительная стабилизация нервно-психического состояния.

При динамическом наблюдении в периоды «относительного благополучия» выявляется умеренно выраженная симптоматика, свойственная астеническому синдрому: утомляемость, повышенная раздражительность, вспыльчивость; головные боли после умственных и эмоциональных нагрузок; нарушение сна, чаще в виде удлиненного периода засыпания, отсутствия чувства свежести, бодрости после пробуждения. Нередко сами пациенты не придают значения общевевротической симптоматике и сообщают о подобных нарушениях только при целенаправленном расспросе.

Всегда имеется критическая оценка преходящих острых нарушений, невротические проявления не используются в «защитных целях», нет «ухода в болезнь», вторичной невротической травматизации от сознания своей нервно-психической несостоятельности.

Имеется стремление волевыми усилиями компенсировать невротическую симптоматику, что не всегда удается. По мере углубления болезненной симптоматики происходит дальнейшая трансформация в системе отношений личности, еще более гиперболизируются трудности работы и повседневной жизни, в результате чего появляются отрывочные идеи об «ущемленности», «неудавшейся судьбе», «о завышенных требованиях» со стороны руководства и окружающих, что нередко усложняет взаимоотношения в социальной группе.

В клиническом течении кратковременных невротических реакций отмечаются общие закономерности. Как правило, вслед за психогенной травмой снижается настроение, появляется чувство тоски, безысходности, конфликт занимает доминирующее место в сознании больного. Этот период длится от нескольких минут и часов до 1–2 сут, условно может быть назван дистимическим. В это время ухудшается аппетит, нарушается сон, наблюдаются колебания пульса и других вегетативных показателей, иногда учащаются позывы к мочеиспусканию. Затем на данном фоне остро развивается та или иная невротическая симптоматика, по преобладанию которой наиболее часто выделяются истерические, депрессивные и смешанные реакции.

Истерические реакции выражаются бурными эмоционально-вегетативными вспышками, протекающими нередко на фоне неглубокого сужения сознания, с речедвигательным возбуждением, плачем, нанесени-

ем себе незначительных повреждений, отказом от еды, невротическим мутизмом и т. д. Общими особенностями указанных нарушений являются ситуационная обусловленность переживаний и определенная демонстративность поведения.

Основными компонентами депрессивной реакции являются – сниженный фон настроения, нарушение сна, ухудшение аппетита, вялость, снижение работоспособности. В клинической картине всегда находит отражение психотравмирующая ситуация, которая приобретает доминирующее значение. В сознании навязчиво «проигрывается» конфликтный момент, воображению представляются сцены, отрицательно окрашенные эмоционально. Больной понимает связь своего состояния с психотравмирующими моментами, которые трактуются с оттенком повышенной значимости, приобретают характер сверхценных.

Необходимо подчеркнуть, что между формами невротических реакций зачастую отсутствуют четкие клинические границы. Нередко реакция, начавшись как депрессивная, трансформируется в истерическую и наоборот. В структуре истерических реакций встречаются элементы невротической депрессии. Депрессия в свою очередь может включать в себя истерические симптомы – носить оттенок театральности и т. д. Далеко не всегда имеется отчетливая клиническая симптоматика, часто реакции протекают в стертой, невыраженной форме, купируются без вмешательства медицинской службы и расцениваются окружающими и больными как естественные, ситуационно обусловленные.

Дополнительные методы исследования объективизируют общевевротическую симптоматику и эмоциональную лабильность, выявляют наличие чувства дискомфорта, неудовлетворенности и психологических переживаний, и вместе с тем проявления компенсаторных возможностей нервной системы. Подтверждается периодичность в течении болезненного состояния, с эпизодами агрессивных вспышек, периодами беспокойства и тревоги с быстрым возвратом симптоматики после периода улучшения.

Больные испытывают трудности в контактах узкого круга, отсутствие внутреннего равновесия, нервозность, интраспективность, отгороженность, склонность к конфликтам в своей социальной группе. На этом этапе имеются незначительно выраженные астенические проявления. При анализе признаков видно, что основная астеническая симптоматика проявляется несдержанностью, взрывчатостью, сложностью взаимоотношений в социальной группе. В соответствии с клиническими наблюдениями выявляется, что на этом астеническом фоне облегченно возникают невротические срывы, затруднены тормозные процессы высшей нервной деятельности.

По имеющимся наблюдениям стадия кратковременных невротических реакций длится от 3 до 6 и более месяцев и ей свойственна следующая динамика развития. В начальном периоде описываемой стадии для

возникновения невротической реакции необходима довольно значимая психологическая травма; частота транзиторных эмоциональных нарушений относительно невелика и они скоротечны. В дальнейшем же с развитием болезненного состояния срывы учащаются, укорачивается период относительного благополучия (ремиссии) между ними, не наступает «полного выздоровления», зачастую их провоцируют незначительные пусковые факторы. Течение невроза принимает как бы приступообразный характер, когда вспышки чередуются с все ухудшающимися по качеству ремиссиями.

Течение невроза становится менее зависимым от значимости психотравмирующих факторов и внешних условий, и болезнь переходит во вторую стадию – стадию устойчивой невротической симптоматики.

#### *Стадия устойчивой невротической симптоматики*

Основными и наиболее характерными чертами данной стадии заболевания являются: выраженность и устойчивость клинических проявлений, меньшая зависимость течения болезни от внешних условий и ситуационных моментов, наличие вегетативно-висцеральных нарушений.

Отличие данного периода заболевания от стадии кратковременных невротических реакций заключается в большей стабильности болезненных проявлений и отсутствии межприступных состояний мнимого благополучия. Фазность, обусловленная повторными невротическими реакциями, сменяется непрерывным типом течения невротического процесса. Течение болезни менее зависит от внешних условий и ситуационных моментов. Невротическая симптоматика обуславливает легкость возникновения вторичных травмирующих ситуаций. Отношение к невротическим проявлениям как к болезни входит в систему личностных отношений, и сам невроз становится психотравмирующим фактором. Меняется структура личностных отношений – все большее место занимают проблемы собственного благополучия, что проявляется в виде переоценки тяжести болезненных проявлений и фиксированности на них. Нередко невротическая симптоматика закрепляется по «желательным мотивам», нет активного стремления восстановить здоровье и работоспособность, ответственность за это перекладывается на окружающих. Попытки волевыми усилиями преодолеть собственную несостоятельность еще больше истощают и астенизируют или вовсе отсутствуют.

Клиническая картина невроза в этой стадии характеризуется комплексом психических нарушений и висцерально-вегетативных расстройств. Наиболее типичны следующие симптомы: повышенная утомляемость (астения) и неустойчивое настроение, повышенная раздражительность, нарушения сна, головные боли. Из общевевротических расстройств наблюдается упадок сил, снижение трудоспособности, эмоцио-

нальная лабильность, некоторое снижение основных психических функций – памяти и внимания.

На первый план выступают явления «раздражительной слабости», эмоциональной неустойчивости и лабильности настроения. Отрицательные эмоции вызываются очень легко, а внешнее проявление их подавляется с трудом. Одни больные по незначительному поводу приходят в состояние гневливости, несдержанности, повышенной возбудимости, склонности к конфликтам, столкновениям с окружающими, иногда довольно бурным аффективным разрядам. Другие переживают все внутри себя, замыкаются, склонны к легкому возникновению невротической депрессии. Настроение неадекватно повышается при незначительной удаче и ухудшается при малейшей неблагоприятной ситуации.

Отмечается повышенная чувствительность больных к сенсорным раздражителям. Они с трудом выносят резкие звуки, запахи, яркий свет, чрезмерно чувствительны даже к простому раздражению кожи. Привычная форменная одежда «непомерно трет плечи». Часто беспокоит ощущение «ползания мурашек» или жжения, эти ощущения диффузны и не локализованы. Из-за того, что все звуки раздражают, снижается трудоспособность, способность концентрироваться на производимой деятельности.

Для страдающих этой стадией невроза весьма типичны нетерпимость и плохая переносимость ожидания и неизвестности. Выражены явления физической и умственной астении. Часты жалобы на общую физическую слабость, отсутствие бодрости, энергии, невозможность выполнения привычного до болезни объема работы. Зачастую уже при пробуждении больной чувствует себя утомленным – «разойтись, приступить к работе очень трудно». Повышенная истощаемость проявляется в неустойчивости активного внимания, трудности сосредоточиться на какой-либо задаче или вопросе. Почти все больные отмечают у себя отвлекаемость. Больные также жалуются на ухудшение памяти, которое скорее является следствием нарушенного внимания, поскольку при выполнении ответственных задач не отмечается явлений гипомнезии.

Работоспособность значительно колеблется в течение суток, зависит от многих субъективных и незначительных факторов – «я недоспал час и теперь не могу нормально работать». Нередко самочувствие хуже по утрам, а к вечеру оно постепенно улучшается.

Частым симптомом невротического состояния является головная боль, возникновение которой связано с эмоциональными нагрузками. Характер головных болей весьма разнообразен. Более часты жалобы на неострые головные боли, похожие скорее на тяжесть в голове, на неприятные ощущения в виде «несвежести», «пустой», «ватной» головы. В более тяжелых случаях беспокоит «пульсирующая», «давящая», «распирающая», «сжимающая» головная боль, ощущение давления, стягивания.

В 85 % встречаются нарушения сна. Наиболее характерны нарушения засыпания, расстройства глубины сна и легкие проявления диссомнии. Отмечается недостаточность влечения ко сну, нередко к вечеру повышается работоспособность. По словам больных в это время, «когда стихает напряжение рабочего дня», «хочется почитать книгу», «составить план работ на завтра», «выполнить наиболее ответственные дела». После такой активной деятельности спать не хочется, не наступает мышечного и психического расслабления. Период засыпания становится очень длительным.

Возникновение дремоты нередко сопровождается гиперэстезией к сенсорным раздражителям (чаще звуковым), при этом каждый шум вызывает болезненное раздражение. У больных отмечаются вспышки гнева, зачастую направленного на виновников этих раздражителей. При засыпании сон поверхностный, часто тревожный с большим количеством сновидений. От незначительного шума легко возникает пробуждение, что также является показателем недостаточной глубины сна. Вследствие неглубокого ночного сна больные не высыпаются, нередко отмечают у себя сонливость на протяжении дня.

С меньшей частотой регистрируются диссомнические расстройства, когда на фоне незначительно выраженных нарушений засыпания и собственно сна при пробуждении отсутствует ощущение бодрости, отдыха, напротив, больные жалуются на чувство вялости, разбитости, сон не освежает. Относительно редко (у 6 % больных) встречается форма невротической бессоницы в виде укороченного сна из-за раннего пробуждения.

В стадии устойчивой невротической симптоматики отчетливо выражены (в сравнении с предыдущей стадией невроза) висцеро-вегетативные нарушения, которые проявляются как в субъективных ощущениях, так и при объективном обследовании. Личностный профиль отражает наличие выраженной болезненной симптоматики, склонность к ипохондрической фиксации, с частыми жалобами на боли в эпигастральной области и другими соматическими проявлениями. Нередко в клинической картине регистрируются висцеральные ощущения различной интенсивности: жалобы на сердцебиение, чувство замирания сердца, перебои, боли в области сердца сжимающего и щемящего характера, изжогу, неприятные ощущения в эпигастральной области и т. д. У больных, как правило, выявляется нестабильный вес тела. При объективном исследовании отмечается симметричное повышение сухожильных рефлексов в 68 %, дрожание вытянутых пальцев в 75 %, усиление потоотделения в 84 %, усиленный дермографизм в 55 %.

Снижаются «защитные свойства личности», появляется тенденция к большей открытости, обнажению имеющейся симптоматики, даже как возможное желание несколько выпятить существующие болезненные проявления.

Экспериментально-психологические методы подтверждают наличие у больных нервозности, раздражительности, общей слабости, бессоницы, вялости, ипохондрических жалоб, сосредоточенности на своих болезненных переживаниях и личностных недостатках, интроспективности, склонности к волнениям, напряженности, внутренней дисгармонии, хронически установившегося ощущения неадекватности, озабоченности сексуальными проблемами, сензитивности. Отмечаются также потеря продуктивности, инициативы, уверенности в себе; отход от социальных обязанностей, трудности во взаимоотношениях с окружающими, склонность к конфликтам в контактах узкого круга. Шкала астении подтверждает наличие выраженного психического и физического утомления, повышенной истощаемости, упадка сил.

Выявление стадии устойчивой невротической симптоматики является прямым показанием по возможности к полному выводу пациента из психотравмирующих обстоятельств и оказанию врачебной помощи преимущественно в условиях стационара.

#### *Стадия затяжного невротического состояния*

При длительном сохранении определяющих этиологических (психотравмирующих) факторов и несвоевременном проведении лечебных и организационно-профилактических мероприятий, болезненные проявления постепенно трансформируются в стадию затяжного невротического состояния, которая является пограничной с невротическим развитием, но в то же время обладает коренным отличием в виде ситуационной обусловленности этого болезненного состояния, сохранением связи невроза с патогенной ситуацией.

Клиническая картина складывается из пролонгированного на многие месяцы невротического состояния с отчетливыми психическими и сомато-вегетативными нарушениями. У большинства пациентов помимо невротической симптоматики регистрируются сердечно-сосудистые заболевания и болезни желудочно-кишечного тракта.

В стадии затяжного невротического состояния существенно и стойко изменена система отношений, отношение к болезни является особо значимым в структуре личности. Подлинная психотравмирующая ситуация перестает звучать в клинической картине, защитные невротические механизмы (выработанные в процессе заболевания патологические формы защиты) становятся основными.

Болезнь изменяет свойства личности и, как правило, приводит к хронически установившемуся сниженному фону настроения с ипохондрической фиксацией на имеющейся симптоматике.

Стойкие изменения личности и настроения ситуационно обусловлены и являются необратимыми только в случае продолжения психотравмирующего воздействия, при изменении же условий исчезает воздействие



комплекса патогенных факторов психологической среды и появляются реальные возможности реабилитации больного.

При изучении клинической симптоматики выявляются отчетливые нервно-психические и сомато-вегетативные нарушения. Отмечается снижение трудоспособности, повышенная истощаемость, вялость, неустойчивое настроение, раздражительная слабость, повышенная сенсорная чувствительность. Типичны расстройства сна в виде удлиненного периода засыпания, практически у половины больных бессонница выраженная – сон неглубокий с частыми пробуждениями, после подъема они длительно ощущают состояние вялости, разбитости. Все больные с признаками затяжного невротического состояния отмечают тяжесть и неприятные ощущения в голове, некоторых больных беспокоят частые и «сильные» головные боли или периодические, менее выраженные. Большая часть пациентов страдает желудочно-кишечными расстройствами, часто встречаются сердечно-сосудистые заболевания, нарушение половой функции, у половины из них отмечается снижение полового влечения, у некоторых – преждевременная эякуляция.

В стадии затяжного невротического состояния наиболее выражены депрессивно-ипохондрические нарушения невротического уровня. При беседах с врачом они охотно и многословно выражают опасения по поводу имеющихся нарушений, фиксированы на соматическом неблагополучии, говорят о «неудавшейся судьбе». Такие больные редко шутили, улыбались, у них преобладает сниженный фон настроения.

При объективном исследовании у 60 % больных определяется общий и дистальный гипергидроз, стойкие дермографические реакции, в 66 % случаев – симметричное повышение сухожильных рефлексов, в 48 % наблюдений – дрожание пальцев вытянутых рук. По результатам сердечно-сосудистой пробы Руфье выявляется снижение переносимости физических нагрузок, у 46 % больных выявляются недостаточные адаптивные возможности сердечно-сосудистой системы.

Личностный профиль отражает наличие выраженной болезненной симптоматики, вскрывает тенденцию к ипохондрическому развитию. Экспериментально подтверждается наличие психологических конфликтов, глубокие личностные изменения у страдающих 3-й стадией невротического состояния, неудовлетворенность своим положением и отсутствие отдаленных временных перспектив. В клинической картине отмечаются подавленность, потеря продуктивности, ипохондрические жалобы, жалобы на повышенную утомляемость, усталость, боли. Обычно наблюдается потеря инициативы, уверенности в себе, отсутствие внутреннего равновесия, отмечается сосредоточенность на своих болезненных переживаниях и личностных недостатках, чувство собственной неполноценности, трудности взаимоотношений с окружающими, плохая социальная приспособляемость.

Выявляется симптоматика выраженной астенизации. При этом нет преобладания выраженности психической астении над физической, что отчетливо прослеживается в группах преневротического этапа и стадии кратковременных невротических реакций.

Итак, стадия затяжного невротического состояния по своим характеристикам приближается к невротическому развитию, но отличается от последнего ситуационной обусловленностью.

### *Литература*

1. *Курпатов В.И.* Профилактика, лечение и реабилитация психогенно обусловленных расстройств у плавсостава Военно-морского флота : дис. ... д-ра мед. наук / Курпатов В.И. ; [Воен.-мед. акад.]. – СПб., 1994. – 426 с.

2. *Курпатов В.И.* Динамика клинических проявлений психогенно обусловленных расстройств / В.И. Курпатов, С.А. Осипова // Современные методы лечения пограничных расстройств : материалы ежегод. науч.–практ. симп. / под ред. В.И. Курпатова ; С-Петербур. мед. акад. последипл. образования. – СПб. : СПбМАПО, 2008. – С. 2–14.

## СОВРЕМЕННЫЙ ПСИХОАНАЛИЗ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Восточно-Европейский институт психоанализа, Санкт-Петербург

В течение последнего десятилетия отмечается неуклонный рост интереса к психотерапии. Несмотря на то что основным методом помощи душевнобольным остаются фармакологические средства, происходит интеграция психотерапии в медицину, как необходимой составляющей реабилитации психиатрического пациента. Характеризуя проблемы оказания психотерапевтической помощи на Западе, И. Ялом [ 4 ] пишет: «Кажется, что современное поколение психиатров-клиницистов, сведущих как в динамической психотерапии, так и в фармакологическом лечении, вымирает как вид». Полагаясь на собственные наблюдения, можно утверждать, что в российском психиатрическом сообществе картина скорее противоположная – интерес к психотерапии и, в частности, психоанализу растет. Однако число таких специалистов остается все еще мизерным, что обусловлено рядом причин: длительность и значительные материальные затраты обучения, единицы психотерапевтов, которые могли бы выступить в качестве наставников (супервизоров, обучающих аналитиков) и др. Собственный опыт использования в практике психиатра психотерапевтических подходов доказывает, что этот ресурс крайне полезен. Данная статья посвящена применению техник современного психоанализа в рутинной практике врача психиатрического дневного стационара (ДС).

### *Некоторые теоретические аспекты современного психоанализа*

Суть концепции шизофрении в современном психоанализе в крайне схематичном виде можно представить следующим образом: психические расстройства являются результатом использования пациентом психологически неуспешной защиты от собственного деструктивного поведения [ 3 ]. Основные симптомы заболевания (аутизм, апатия, эмоциональная тупость) уменьшают возможность взаимодействия с окружающим миром, не давая проявиться нарциссической ярости [ 1 ]. При этом происходит разрушение психического аппарата субъекта – «Эго больного». Эти процессы затрагивают раннее развитие ребенка (довербальный период). То есть, каждый шизофренический пациент имеет большой запас подавленной агрессии и поведение, направленное на минимизацию своего взаимодействия с окружающими, что защищает его от выброса неконтролируемой агрессии. Учитывая довербальный характер расстройств, высокий уровень тревоги и склонность к глубокой регрессии, психоаналитику необходимо предоставить безопасное пространство для развития вербаль-

ной активности и развивать способность устанавливать отношения с окружающим миром (аналитик, близкие, общество и т. д.).

На пути к выздоровлению пациента существует множество препятствий (сопротивлений), которые можно сгруппировать в несколько видов. Во-первых – это сопротивление, разрушающее лечение, когда пациент сознательно и бессознательно стремится прервать терапию. Во-вторых – сопротивление статус-кво – тенденция не меняться, («не хочу ничего нового», «нет новых мыслей», «все устраивает»). В-третьих – сопротивление сотрудничеству: в жизни пациента не появляются социальные контакты или они неуспешны. Последний вид сопротивления – к окончанию лечения. Аналитик становится столь важной фигурой в жизни клиента, что расставание с ним кажется катастрофой. Разрешение указанных сопротивлений требуют особых техник.

В современном психоанализе избегается ситуация, когда пациент говорит все (свободные ассоциации), т. к. это способствует фрагментации Эго и дальнейшей регрессии, то есть усиливает психотическую симптоматику. Клиент говорит на интересующие его темы, что позволяет ему регулировать важность информации и уровень тревоги. Довербальный пациент способен вызвать сильные чувства в аналитике (контрперенос), которые изучаются и используются в коммуникации (см. далее, Интервенции 4 и 8). В современном анализе интерпретации не используются для разрешения сопротивления, но альтернативные формы вербальной коммуникации оказываются эффективными – присоединение, отзеркаливание (см. Интервенции 1–3 и др.). Вопросы или комментарии, направленные на Эго пациента так называемые «Эго-ориентированные» интервенции не применяются, т. к. обычно воспринимаются как нападение и вызывают регрессию (*Вы промокли? Что Вы ели на завтрак?*). По возможности, они заменяются на аналогичные объект-ориентированные высказывания, где внимание смещается на объектный мир, не затрагивая Эго больного (*Дождю удалось намочить вашу одежду? А что было на завтрак?*). Применение перечисленных или иных техник определяется степенью нарушения пациента: при глубокой регрессии он нуждается в прямой рекомендации как приготовить себе еду или что надо сделать, чтобы избежать насущных проблем. При меньшем уровне расстройств используется присоединение, отзеркаливание, если есть хороший уровень компенсации – интерпретации. То есть все, что может помочь пациенту преодолеть сопротивление, применяется в работе современного аналитика.

### ***Психоаналитические техники в психиатрической практике***

Можно говорить о том, что и в психиатрии мы сталкиваемся с теми же сопротивлениями пациентов, что и в современном психоанализе. Вероятно самым важным из них, имеющим непосредственное отношение к практике, является сопротивление, разрушающее лечение, так как боль-

шинство больных (особенно первичных или параноидных) не желают получать медицинскую помощь. В упрощенном виде, это может объясняться тем, что окружающий мир, в том числе и врач, не разделяет взглядов страдающего человека, которого «преследуют» соседи, государство или мистические силы. Вместо предложения защиты ему предлагается еще больший контроль (психиатрическая больница и прием «вредных» лекарств).

Присоединение и отзеркаливание – важнейшие методики в работе с такими пациентами. Присоединение – интервенции, поддерживающие или усиливающие действующее сопротивление до тех пор, пока у пациента не разовьется достаточное осознание. При отзеркаливании терапевт ведет себя как зеркальное отражение поведения, мыслей или чувств клиента. Эти техники словно заполняют пропасть между больным и врачом, помогая пациенту ощутить, что он не одинок, что его точка зрения принимается другими. Разделение этих взглядов предотвращает Эго больного от дальнейшей дезинтеграции, «сползания» в психоз.

Соображения автора о возможных механизмах приведенных далее интервенций являются личной точкой зрения, основанной на теоретической базе современного психоанализа, и, естественно, не исключают других способов интерпретации. Проводится попытка заглянуть в психологические механизмы психопатологии и ее коррекции. Можно надеяться, что в будущем, термин «психологизирование» приобретет в психиатрии позитивный характер, расширяющий не только понимание патогенеза, но и рамки возможной помощи.

### ***Клинические примеры использования техник***

Обычно параноидные пациенты не хотят получать психиатрическую помощь и попытки уговорить их на рациональном уровне часто не приносят результата. Однако предложение разобраться с тем, что происходит «на самом деле» (влияние НЛО, преследование банды или мистическое воздействие), встречает согласие, и они охотнее идут на сотрудничество. Необходимость получить согласие больного на лечение в ДС является профессиональной задачей, т. к. обследование и терапия могут быть только добровольными в этих условиях.

*Интервенция 1.* Пожилая женщина с проявлениями галлюцинаторно-параноидного синдрома направлена в ДС, но она не видит смысла в его посещении.

Пациент: Не знаю, что происходит, но медицина тут не поможет.

Врач: Почему?

П: Это какая-то мистика.

В: Мы поможем с ней разобраться.

П: А у вас что, есть специалисты по колдунам?

В: У нас лучшие специалисты по колдунам.

П: Мой колдун такой сильный, что вам, наверно, будет не справиться.

В: Ничего, мы тоже не лыком шиты ...

Больная ободряется и начинает бойко рассказывать о кознях «колдуна», который живет между этажами и постоянно на нее «воздействует». Получая поддержку и понимание, соглашается принять медицинскую помощь.

В аналогичной ситуации приема в ДС.

*Интервенция 2.* В: Как насчет лечения у нас?

П: Я не псих, чего мне у вас делать? Это демон меня изводит.

В: Да, конечно, демон. Но он может воздействовать только на слабую нервную систему. Он ее разрушает, и вы становитесь его легкой добычей.

П: Ну что я могу с этим сделать?

В: Вы – нет. Врачи – да. Мы назначим лекарства, которые укрепят ваши нервы и тогда демон уже не сможет издеваться над вами и отстанет от вас.

П: Я не против восстановить свои нервы. Хорошо, давайте попробуем.

Для тех, кто уже согласился с лечением, возникают проблемы с установлением контакта и назначением медикации. Пациент – мужчина 25 лет, диагноз: шизотипическое расстройство. Психические расстройства в течение шести лет: явление деперсонализации, страх социальной несостоятельности, тревога, агрессивные фантазии, параноидные переживания, суицидная попытка. Лечился стационарно и получал амбулаторно нейрорептики и антидепрессанты, существенного эффекта не отмечалось. Непродолжительно получал терапию у психотерапевта гуманистического направления, с конфликтом прекратил терапию. Аналитик, который начал работать с пациентом, отмечал его агрессивные тенденции и был не согласен с существующей медикацией (антидепрессанты). Направлен в ДС для подбора терапии. С самого начала не был заинтересован в лечении. Согласился прийти к врачу, так как на этом настаивал его психоаналитик. В ходе беседы выявились актуальные параноидные переживания. Врач меняет характер беседы – выбирает техники присоединения, а затем присоединение с усилением.

*Интервенция 3.* П: ... есть у меня еще одна мысль. Она касается президента. Даже не знаю, надо ли говорить об этом.

В: А что с президентом?

П: Я думаю, их должно быть двое.

В: Мужчина и женщина?

П: Точно! Муж и жена. Вам не кажется, что я говорю ерунду?

В: Мне вообще кажется, что их должно быть трое.

П: То есть?

В: Целая семья – муж, жена и ребенок.

П: Я тоже так думаю, но я побоялся говорить. Думал, что не поймете.

В: А может их должно быть четверо?

П: Двое разнополых детей?

В: Нет, еще домашнее животное, например кошка.

П: Нет, это уже ерунда ... Ну если бы еще собака ... ну нет, это ерунда какая-то с животным.

В конце диалога врач усиливает присоединение, внося существенную долю абсурда. Таким образом, представления пациента о президентстве вступает в конфликт с абсурдным, но похожим, по сути, высказыванием психиатра. Результатом интервенции стало то, что больной смог больше говорить о своих переживаниях и согласился с коррекцией терапии.

В другой раз, этот же пациент стал настойчиво просить своего психиатра провести с ним «психотерапию», т. к. его психоаналитик сможет принять его только через 1 нед.

*Интервенция 4.* П: Проведите сейчас психотерапию, вы же можете.

В: Я ваш психиатр, а не психотерапевт.

П: Но ведь вы и психотерапевт тоже.

В: Да, но с вами я работаю как психиатр и за это получаю зарплату.

П: Я вам заплачу сто рублей.

В: Мне нужен миллион.

П: Миллион?! Да вы – идиот!

В: Нет, это вы сумасшедший.

П: Почему это я сумасшедший?

В: Конечно вы сумасшедший, если лечитесь у психиатра-идиота.

Хитро улыбается. Далее беседа идет в конструктивном ключе. Соглашается ждать своего аналитика. Обсуждает свое самочувствие и действие препаратов. В данном случае идет присоединение к его раздражению. Агрессия пациента («врач – идиот») возвращается аналогичным – «в таком случае – ты сам сумасшедший» – вербальная эмоциональная коммуникация. Психиатр косвенным образом сообщает, что больному ему не безразличен, что у него тоже есть чувства аналогичные пациенту. Важно, что врач произносит кульминационную фразу без аффекта, спокойным голосом, как констатацию. Соглашаясь с «идиотизмом» доктора, ему невольно приходится признать свое «сумасшествие», что для него неприемлемо. Это разряжает обстановку и позволяет больному принять правила терапевтических отношений.

Пациент – мужчина 22 лет, диагноз: параноидная шизофрения, болен с 18 лет. Учился в престижном институте до начала болезни. Болезнь проявлялась тревогой и бредовыми идеями: над ним смеялись, подстраивали разные ситуации, спецслужбы других стран читали его мысли. Несколько раз госпитализировался, обычно после суицидных попыток. Получал большие дозировки нейролептиков, однако существенной динамики не было. Последний незавершенный суицид привел больного в психи-

атрическую больницу, где ему была проведена электросудорожная терапия (6 шоков). Направлен в ДС его психоаналитиком для подбора терапии, т. к. имел выраженные психические расстройства: пациент жаловался на потерю памяти и способностей, подавленное настроение, сохранялись бредовые идеи. Приступы тревоги и страха 1–2 раза в нед достигали такого уровня, что у больного возникало сильное желание покончить с собой (забирался на крышу дома, думал сброситься вниз). От аналитика была информация о его увлечении компьютером, гомосексуальных фантазиях, «гениальности». В начале беседы пациент не был заинтересован в контакте, так как считал, что врачи ему не верят. Он что-то сказал о компьютерах.

*Интервенция 5.* В: Да вот и мне, приходится ставить антивирусную программу, а то залезают в мой комп.

П: Зачем?

В: Всем интересно узнать о моих гомосексуальные переживаниях.

П: У вас есть гомосексуальные переживания?!

В: А почему бы мне не иметь гомосексуальные переживания? У всех гениев есть нестандартные мысли.

П: Вы тоже гений?!

В: А что тут удивительного?

П: Дело в том, что я тоже гений ... Это похоже на розыгрыш. Вы шутите?

В: По-моему, это логично: гениальному пациенту – гениального психиатра.

П: Мне кажется, что это вы все специально говорите ...

В: Вообще-то более неприятно, что они могли узнать о моих зоофильных фантазиях ...

П: Я вам не верю.

Посмеивается, говорит о недоверии, но начинает раскрывать свои переживания. С этим же пациентом в другой ситуации применялось отзеркаливание, которое в работе с ним стало основной «парапсихиатрической» процедурой.

*Интервенция 6.* П: Да вы тоже мне не верите, как и другие врачи. Мои мысли читают, следят за мной.

В: Вы не могли бы показать кукиш?

П: Не понял, что надо сделать?

В: Показать кукиш.

П: Кому показать кукиш?

В: Вы не могли бы показать кукиш в окно?

П: Зачем?

В: Какие-то твари повадились за мной следить.

П: Откуда?

В: Из дома напротив.



Показывает кукиш в направлении окна. Смеется.

П: Вы это серьезно? Я вам не верю. Может, вы хотите мне показать, что это у меня бред?

В: Не болтайте! Продолжайте держать кукиш. Пусть видят, что я о них знаю.

Продолжает смеяться, но держит руку с кукишем.

П: Все это похоже на шутку.

В: А мне не до шуток, когда такая слезка.

С этим пациентом, техника отзеркаливания оказалась очень эффективной, она применялась все время лечения на отделении. Врач постоянно говорил ему о том, что больной над ним смеется. Психиатр провоцировал пациента на смех – пристальным взглядом, неоднозначной фразой, затянувшейся паузой. Эта провокация могла быть в коридоре отделения, во время телефонного разговора с ним, в кабинете врача и т. д. И больной начинал смеяться. Следует отметить, что смех здесь имеет диагностическое значение, т. к. он показывает возможность Эго больного уловить двойной контекст ситуации, то есть мышление пациента перестает быть столь ригидным, трактуя все события однолинейно в соответствии с бредовыми построениями. Или, говоря аналитическим языком, эгосинтонные (влечения, аффекты, представления, формы поведения, субъективно воспринимаемые как присущие Я) бредовые переживания начинают приобретать эго-дистонный характер (соответственно – не присущие Я), начиная формировать критическое отношение к патологическим идеям.

*Интервенция 7.* В: Ну вот опять вы смеетесь надо мной!

П: Нет. Вы сами шутите.

В: Я говорил о банальных вещах.

П: Я устал с вами спорить. Хорошо, я смеюсь, но я это делаю не злобно.

В этой фразе пациент раскрыл характер своих агрессивных переживаний в адрес психиатра (ярость), точнее их трансформацию в более позитивные чувства (отсутствие прежней злобы). Впервые за несколько лет наметилась отчетливая положительная динамика, но самое главное, что исчезли суицидные тенденции. Пациент стал больше сотрудничать с теми людьми, которые ему помогают. В его состоянии наметилась стабильность, а высокие дозировки нейролептиков удалось существенно уменьшить. Следует отметить, что положительный результат у данного пациента обусловлен применением командной формы работы, когда аналитик, групповые терапевты и врач постоянно сотрудничали между собой [ 3 ].

В психиатрической практике также распространены сопротивления классического анализа, в частности навязчивое повторение (сопротивление Ид) каких-либо вопросов, просьб и т. п. Схожий пример приводился ранее (Интервенция 4). Такой стереотип поведения достаточно распро-

странен у душевнобольных. Рациональное противостояние этому отнимает много сил и неэффективно: оно часто вызывает недовольство больных, которым недостаточно хорошо ответили, не помогли, не разъяснили «как надо» и т. д. Техники присоединения способны быстро изменить ситуацию.

Пациент – мужчина 35 лет, диагноз – параноидная шизофрения, алкоголизм, болен с 18 лет. Клиника заболевания постепенно трансформировалась от психопатоподобных к параноидным расстройствам. Слышит голоса бесов, которые его искушают и мучают за грехи. Активно ищет помощи, но быстро отказывается от нее под разным отыгрывающим поведением (трудоустройство, алкоголизация, драка, и т. п.). В очередной раз пришел проситься на лечение. Хмурый, подавленный и раздражительный. При согласии врача взять его в ДС – начинает твердить об алкоголизациях, что он ничтожество и не может принять помощь. Тогда врач говорит о том, что больной может и не лечиться, но такой тип присоединения к идее (лечиться – не лечиться) не работает – больной снова говорит о плохом самочувствии, что он нуждается в поддержке. Так повторяется несколько раз. После присоединения к чувству (гордость) – картина меняется.

*Интервенция 8.* П: Мне плохо. Нет сил ... Пил много. Очень плохо себя чувствую ... Пил всякую дрянь – дешевую русскую водку, пиво. Я выпил много этой гадости ... Все деньги пропил. Сейчас мать меня содержит ... Помогите. Хочу лечиться.

В: Да конечно, вы можете получить у нас лечение. Завтра утром приходите, и вас примут в дневной стационар.

П: Моя болезнь – это наказание Бога за мои грехи. Я сам должен пронести этот крест ... Я сам должен разобраться в себе. Врачи мне здесь не помогут.

В: Нужно ли брать вас на лечение?

П: Да мне очень плохо. Но это мой крест. Мне плохо. Я ничтожество.

В: Да нет же. Я очень горжусь вами.

Меняется мимика и поза больного: он выпрямляется и удивленно смотрит на врача.

П: В каком смысле?

В: Я горжусь вами – вы настоящий патриот России.

П: Не понял?

В: Вы поддерживаете отечественного производителя.

П: Не понял?

В: Вы пьете много русского алкоголя и этим поддерживаете отечественного производителя.

Пациент пытается сдержать смех, но ему это не удается – начинает смеяться. Он смущен. Беседа приобретает конструктивный характер. Со-

глашается прийти и действительно приходит на следующий день и посещает ДС.

Если говорить о механизме этой интервенции, то можно предполагать, что успех был в характере присоединения. Вербальные упреки в свой адрес – транслируемое материнское недовольство его пьянством, то есть эго-дистонные для пациента переживания (так же как и желание получить лечение), поэтому присоединение к ним в данном случае было неэффективно. Бессознательно пациент очень горд за себя (эго-синтонное чувство), так как борется с самим сатаной в одиночку. Присоединение к эмоции «гордости» за больного разрешает сопротивление к началу лечения. Абсурдность этой гордости – разряжает эмоциональное напряжение больного.

Пациентка – женщина 55 лет, диагноз – шизофрения недифференцированная, первые психические расстройства с 30 лет. Получает лечение в ДС в течение полугода. Состояние определялось выраженной дезорганизацией мышления, астенией, депрессивными переживаниями, галлюцинациями. Пациентка стремится к беседам, которые носят непродуктивный характер, и постоянно ими недовольна: своими фразами, молчанием врача или его «иронией», продолжительностью разговора и т. д.

*Интервенция 9.* П: Я все время болею. Последние годы болею, все время болею.

В: Но сейчас-то вам стало лучше.

П.: И общаюсь только с врачами. Только с врачами. Что мне делать?

В: Лечение имеет положительный эффект для вас.

П: Все время общаюсь с врачами. Ну что же это такое?

В: Вам еще повезло.

П: Почему вы так говорите?

В: Последние десять лет я общаюсь только с больными.

Хитро смотрит на врача. Перестает навязчиво причитать. Говорит о своем самочувствии. В этом случае можно говорить об отзеркаливании с усилением («ваше окружение ужасно – мое еще хуже»).

Навязчивые повторения, абсурдные просьбы и требования, с которыми трудно быстро справиться, поддаются быстрой коррекции даже у «хроников» с интеллектуальным дефектом, т. к. их механизм действия основан на эмоциональной коммуникации, где IQ не имеет значения.

Пациент – мужчина 60 лет. С детства отставал в умственном развитии. С подросткового возраста галлюцинаторно-бредовые переживания. Никогда не работал из-за болезни, часто лечился в психиатрических больницах. Был переведен из другого полустационара, т. к. «замучил» врачей требованием повысить ему пенсию, которую ему якобы обещали повысить в нашем ДС. Больной вбегает в кабинет.

*Интервенция 10.* П: Вы мне обещали, что мне повысят пенсию. Мне не повышают пенсию.

В: Что я могу сделать – я ведь только врач.

П: Вы обещали! Вы обещали! Почему мне не повышают пенсию?!

В: Я обещал?

П: Да, обещали! Обещали!

В: Наверно я был пьян.

П: Ха-ха. Вы же не пьете – вы же врач.

До этого напряженный и тревожный больной вдруг резко успокаивается, улыбается и спокойно уходит из кабинета. Вероятно, здесь произошло присоединение к «абсурду»: врач не мог быть пьяным – значит, он не мог обещать такого. С этим же пациентом связана и другая история – его мучили «голоса» детских врачей. Увеличение дозировок препаратов не снижало интенсивность обманов восприятия, но появлялись еще и жалобы на побочные эффекты. Императивные галлюцинации, когда «голоса» заставляли его покончить с собой (что само по себе является основанием для неотложной госпитализации) вызывали беспокойство уже у самого доктора. Тревожный и напряженный пациент вбегает в кабинет.

*Интервенция 11.* П: Что мне делать? Детские врачи заставляют меня броситься в окно! Мне страшно!

В: Вы им ответьте.

П: Что ответить?

В: Только после вас.

П: Только после вас?!

Эмоциональное состояние резко меняется – начинает громко смеяться. Сразу успокаивается. После этого случая, пока больной лечился в ДС, не было жалоб на императивные галлюцинации. Благодаря этой интервенции удалось избежать госпитализации, пациент не выпал из привычного социального окружения. Врач присоединяется: голоса не только не ставятся под сомнение, но и предлагается способ управления ими. Этот случай доказывает, что некоторые симптомы заболевания, несмотря на их «стаж» и психический статус больного, могут поддаваться психотерапевтической коррекции, то есть значение психологических механизмов у психиатрического пациента, явно недооценивается.

### ***Заключение***

Указанные подходы помогли справиться с трудностями при взаимодействии с больными, на преодолении которых рациональными методами ушло бы значительно больше времени или эффект оказался бы неудовлетворительным. Как видно из приведенных примеров, психотерапевтические приемы не только дают возможность пациентам получить необходимую психиатрическую помощь, но и удержать их в рамках отделения, чтобы эта помощь оказалась более эффективной. Таким обра-

зом, техники современного психоанализа способны решать чисто медицинские задачи, что делает их ценным инструментом в работе современного психиатра.

### *Литература*

1. *Кернберг О.* Тяжелые личностные расстройства. Стратегии психотерапии / О. Кернберг. – М. : Класс, 2000. – 464 с.
2. *Спотниц Х.* Современный психоанализ шизофренического пациента: теория техники / Х. Спотниц. – СПб. : Вост.-Европ. и-т психоанализа, 2004. – 296 с.
3. *Федоров Я.О.* Командный фактор в организации работы психиатрического отделения / Я.О.Федоров // Вестн. психотерапии. – 2008. – № 26 (31). – С. 103–108.
4. *Ялом И.* Дар психотерапии // И. Ялом. – М. : Эксмо, 2008. – 352 с.

# ИНТЕГРАТИВНАЯ МЕДИЦИНА

УДК 364.2 : 330.59 : 614.2

*В.И. Евдокимов, Д.В. Зайцев, А.Н. Федотов*

## НАУЧНО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Государственный научно-исследовательский испытательный институт  
военной медицины, Москва;  
Департамент здравоохранения Тульской обл.;  
Тульская областная психиатрическая больница им. Н.П. Каменева

### *Введение*

Понятие «качество жизни» (КЖ) в последние годы приобретает междисциплинарный характер и находит широкое применение в научных политологических, социологических, экономических, медицинских и других исследованиях. Достаточно активно этот термин используется в выступлениях руководителей страны и публицистической литературе. Целью настоящей статьи является раскрытие основных научно-методических аспектов оценки КЖ населения России, отдельных ее регионов и популяционно-профессиональных групп.

В научной литературе определение КЖ дискуссионно. Проведенный анализ позволяет выделить следующие подходы к его определению и форме проявления [ 22, 25 ]:

1) субъективистский, который рассматривает КЖ степенью комфортности человека в рамках как отдельной личности, так и в рамках макро- и микросоциума;

2) объективистско-потребительский, считающий, что КЖ предполагает наличие возможностей реализации потребностей субъектов в рамках определенного социального пространства;

3) количественно-потребительский, определяющий, что КЖ – это комплексная характеристика удовлетворения материальных и культурных потребностей людей, сложившихся условий жизнедеятельности и свободного развития отдельного человека и общества в целом;

4) аксиологический, рассматривающий КЖ как совокупность жизненных ценностей, характеризующих структуру потребностей и условий существования человека, удовлетворенность людей жизнью, социальными отношениями и окружающей средой;

5) количественно-объективистский (комплексный), который понимает КЖ как комплекс характеристик жизнедеятельности индивида, обуславливающих ее оптимальное протекание в конкретном времени, в опре-

деленных условиях и обеспечивающих адекватность параметров жизни видам деятельности и потребностей человека.

6) количественно-субъективистский (синтетический), связывающий КЖ со степенью комфортности общественной или природной среды, жизнедеятельности человека и уровня благосостояния, социально-духовного и физического развития;

7) субъективно-социодинамический, предполагающий, что КЖ определяется удовлетворенностью населения благоприятной динамикой социально-динамических изменений;

8) реляционистский, рассматривающий КЖ как индивидуальное соотношение своего положения в обществе, в контексте культуры и системы ценностей этого общества, с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью общего неустройства.

Общим во всех подходах является понимание под КЖ психического состояния человека, при котором он ощущает себя счастливым в результате реализации потребностей и удовлетворения осуществления жизненных стратегий в контексте сложившихся в обществе жизненных стандартов и ресурсных возможностей общества и природной среды, т. е. ключевыми словами практически во всех определениях КЖ являются потребности и степень их удовлетворения.

Уточняя содержание показателей КЖ, Н.С. Данакин (2004) считает, что КЖ людей характеризуется их потребностями, интересами и ценностями. Но базовой категорией в этой триаде показателей поведения людей и качества их жизни выступают потребности [ 11 ]. КЖ – это соотношение цели и результата жизнедеятельности людей. Н. Луман (1999) указывает, что обретению истинного КЖ отвечает только тот успех, который может быть достигнут без ущерба духовным качествам личности и духовному развитию общества в целом [ 28 ].

*КЖ – система жизненных ценностей, характеризующих созидательную деятельность, структуру потребностей и условий развития человека и общества, удовлетворенность людей жизнью, социальными отношениями и окружающей средой [ 16, 46 ].*

Определение КЖ близко понятию «счастье». Относительно КЖ уместно привести определение счастья, данное Д.И. Джидарьяном (2000). В качестве идеала счастья в обыденном сознании людей выступает постоянная, полная и обоснованная удовлетворенность своей жизнью, ее условиями, наполненностью, достигаемым в ней раскрытием человеческих возможностей [ 12 ]. Представляем еще несколько определений счастья (цит. по Сенкевичу Н.Ю. [ 39 ]):

«Счастье – гармония с собой» (Л. Толстой);

«Счастье – удовлетворение всех наших потребностей» (Э. Кант);

«Счастье – когда желаемое равняется имеемому» (Л. Леонов).

### Компонентный состав КЖ

Системная структура КЖ выражается через сложную структуру взаимосвязей ее составляющих. Все отмеченные понятия на рис. 1 взаимосвязаны в методологическом аспекте и раскрывают целостность жизни. КЖ представляется в виде интегральной качественной характеристики жизни людей, которая по отношению к обществу показывает в целом критерии его жизнедеятельности, условия жизнеобеспечения, а также и условия жизнеспособности общества как целостного социального организма [ 15 ].



Рис. 1. Обобщенные компоненты КЖ.

Нередко понятия «качество жизни», «уровень жизни» и «образ жизни» представляются как синонимы или как противоречащие и взаимоисключающие. Например, некоторые исследователи считают, что чем выше уровень жизни, тем напряженнее жизнь, больше стрессовых ситуаций и выражено загрязнение экологии – тем ниже КЖ.

*Уровень жизни* – это степень развития материальных условий жизнедеятельности людей, удовлетворения материальных и духовных потребностей отдельного человека, социальных групп и членов общества. Уровень жизни является важной характеристикой жизнеобеспеченности и благосостояния общества и характеризует количественную сторону жизни, сопоставимую с качественной. Уровень жизни и благосостояние – близкие по смыслу понятия, но благосостояние – это более широкое определение, включающее в себя элемент изобилия благ, «зажиточной жизни».

*Образ жизни* – устойчивые формы социального бытия, совместной деятельности людей, типичные для исторически конкретных социальных



отношений, формирующиеся в соответствии с генерализованными нормами и ценностями, отражающими эти отношения [ 7 ]. Наиболее общие черты образа жизни являются типичными чертами общества в целом. Эта категория раскрывает целостность форм жизнедеятельности людей, взятых в единстве объективного и субъективного компонента, качественного и количественного, материального и духовного.

Образ жизни – не векторное понятие и не может быть оценен количественными терминами: «высокий» или «низкий». Для него реальны только качественные показатели. Понятие образа жизни позволяет определить ценностные ориентации людей и причины поведения (стиль жизни), обусловленные укладом (социально-экономическим строем) и уровнем жизни.

Составными частями образа жизни являются: труд (учеба, работа); физический отдых, сон; деятельность в свободное время, включая социальную активность (общественно-политическая, семейная, бытовая, досуг и др.). Образ жизни представляет собой повседневную реализацию человеком своих жизненных ценностей. Под *жизненными ценностями* понимаются рекомендуемые человеку конкретным обществом субъективные восприятия (отношения) элементов человеческого бытия. Жизненные ценности формируются на основе социального, национального, религиозного и философско-политического менталитета. Анализ ценностных ориентаций очень важен для субъективной составляющей КЖ, выведенной на основе теории потребностей.

*Способ жизни* отражает и выражает тип жизнедеятельности, складывающийся под влиянием объективных условий и внутренних побудительных сил: городской, сельский, трудовой, паразитический и т. п. Он показывает, какие возможности, заложенные в образе жизни и его объективных условиях, реализуются в жизнедеятельности людей и в какой форме [ 1 ]. Это главное звено превращения социальных возможностей в действительность.

Если способ жизни есть результат взаимодействия человека с социальной ситуацией, то стиль – с конкретной жизненной. Стиль жизни конкретизирует понятие образа жизни, раскрывает его особенности, типы поведения индивида или социальных групп, их черты, манеры, привычки, вкусы, склонности. Стиль жизни социально дифференцирован. Под *стилем жизни* подразумевается индивидуально усваиваемый личный способ поведения, который обладает определенной автономностью [ 20 ].

### ***Методические вопросы оценки КЖ***

Категория КЖ характеризует структуру потребностей человека и возможности их удовлетворения. Потребности вытекают из биопсихосоциальной структуры личности. В психологии потребности рассматриваются как нужды, как требования организма и как отношения [ 38 ].

Исторически оценка КЖ проводилась двумя способами: измерением объективных условий жизни и измерением субъективных оценок жизни. Указанное определило формирование двух концептуальных моделей оценки КЖ: объективной и субъективной.

Объективная модель оценки КЖ определялась результатами статистических показателей (индексом развития человеческого потенциала, состоянием экономики, заработной платой, данными здоровья и продолжительности жизни и т. д.), при помощи которых можно было судить о степени удовлетворения научно обоснованных потребностей и интересов. Субъективная (психологическая) модель оценки КЖ показывала, что истинное значение жизни отражается субъективными ощущениями индивида. Субъект в данном случае выступал как основной критерий КЖ.

**Объективные показатели КЖ.** В настоящее время в России разработаны и применяются несколько десятков систем показателей для оценки КЖ населения страны или ее отдельных регионов:

- индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП), разработанный «Программой развития» ООН [ 13, 14 ];

- социально-экономические показатели уровня жизни населения Госкомстата РФ [ 39, 42, 44 ];

- показатели уровня жизни и потребительского бюджета Всероссийского центра уровня жизни (ВЦУЖ) при Минтруде РФ [ 4, 5 ];

- показатели здоровья населения Минздравсоцразвития РФ [ 19 ];

- мониторинг общественного мнения ВЦИОМ [ 47 ];

- региональная система оценки, разработанная Ярославским отделением Академии проблем качества РФ [ 3 ];

- методика многоуровневой оценки, разработанная во Всесоюзном научно-исследовательском институте технической эстетики (ВНИИ ТЭ) с участием специалистов других научных учреждений по заданию Минпромнауки РФ [ 23 ];

- межстрановая оценка, изучаемая сотрудниками ЦЭМИ РАН [ 2 ].

Безусловно, комплекс этих показателей для оценки КЖ населения России представляет важную информацию, но они не всегда бывают согласованы между собой и не отражают всех сторон КЖ. В данной статье представим некоторые системы оценки КЖ.

Существенными показателями, которые выступают измерителями степени достижения целей общественного развития, достойного уровня и КЖ, являются социальные параметры. В статистической практике и хозяйственном обиходе под социальными параметрами понимаются показатели, характеризующие социальную сферу, ее структуру, отношения между людьми, их потребности и интересы, формы и методы их удовлетворения, показатели, измеряющие и оценивающие уровень и динамику доходов, потребления населения, их дифференциацию, определяющие их

факторы [ 38 ]. Обобщенная схема социальных параметров представлена на рис. 2.

Ядро системы социальных параметров образуют демографические показатели, раскрывающие рождаемость, смертность населения, уровень его здоровья, долгожительство, уровень образования, миграцию и т. д. Параметры, освещающие жизнь населения, могут быть сгруппированы в три сферы: трудовая (оплата труда, продолжительность рабочего дня, безопасность труда, занятость, безработица и др.); распределительная (уровень и структура доходов, их дифференциация, налоговая система и др.); бытовая (личное потребление: питание, обеспеченность жильем, здравоохранение, образование, культура и др. социальные услуги). Дополняют указанные параметры показатели качества окружающей среды, которые отражают природные условия, и международные отношения [ 32 ].

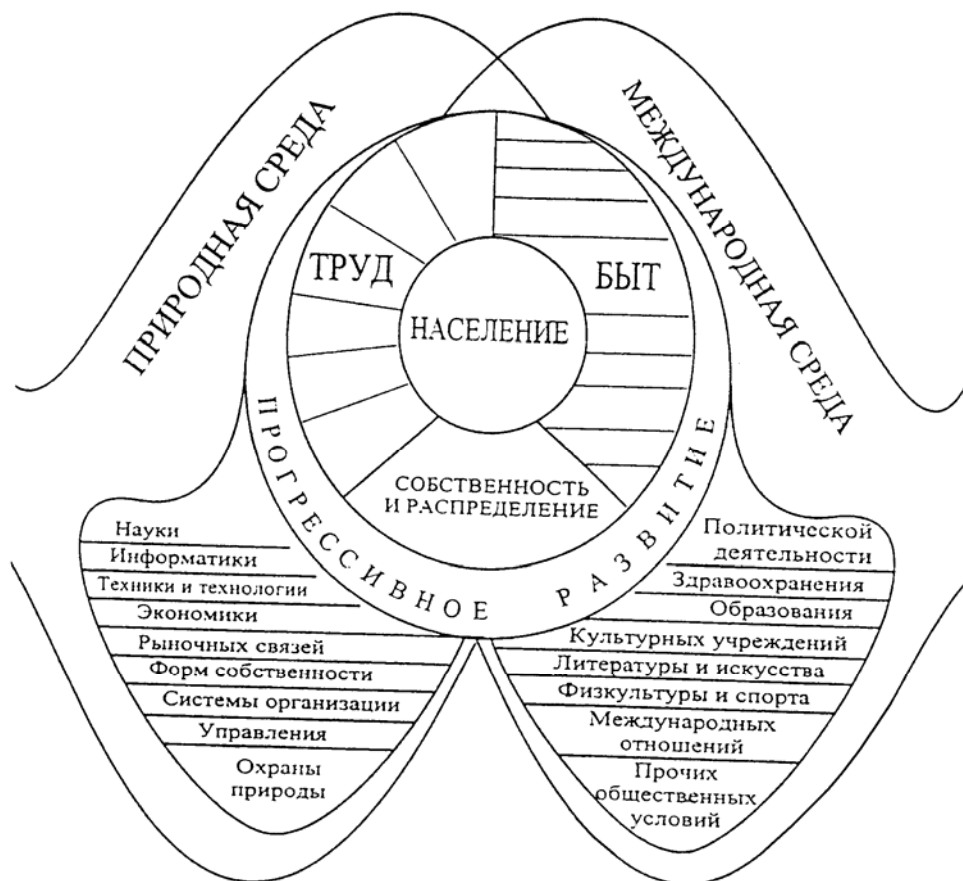


Рис. 2. Схема социальных параметров (по Мстиславскому П.С., 2003).

Обобщение социальных параметров создает группу макросоциальных параметров. К макросоциальным параметрам относятся: численность и плотность населения, продолжительность жизни, образовательный уровень населения, валовой внутренний (национальный) продукт (ВВП), личное потребление по доле в ВВП и др.

1. Основным объективным показателем КЖ является ИРЧП, представляющий результат взаимодействия показателей социально-экономического развития: индекса валового продукта (экономическая результативность деятельности людей), индекса продолжительности жизни (состояние физического, социального и психического здоровья населения) и индекса образования (социокультурный и профессиональный ресурс населения). Индекс определяется по формуле:

$$\text{ИРЧП} = \frac{(I_{ж} + I_{о} + \text{ВВП}_{\text{дн}})}{3}, \quad (1)$$

где:  $I_{ж}$  – ожидаемая продолжительность жизни при рождении;

$I_{о}$  – индекс образования;

$\text{ВВП}_{\text{дн}}$  – реальный валовой внутренний продукт на душу населения.

Этот параметр ежегодно исчисляется странами членами ООН и доводится до широкого круга заинтересованных лиц. ИРЧП является основанием делить государства мира на три группы: с высоким уровнем развития при величине ИРЧП выше 0,800, средним уровнем развития – от 0,799 до 0,500 и с низким уровнем развития – от 0,499 и ниже.

В большинстве стран мира развитие общества выражается в повышении КЖ и соответственно тенденциях увеличения ИРЧП. С 1990 г. снизили уровень ИРЧП 18 стран мира с населением 460 млн человек – это 12 стран Африки, Россия и 5 стран бывшего СССР [ 13 ]. В 2002 г. ИРЧП России составлял 0,795, и по рейтингу Россия занимала 57-е место из 175 стран мира. В 2003 г. ИРЧП был также 0,795, но ранг России сместился на 61-е место, в 2004 г. ИЧПР стал 0,797 (65-е место), занимая положение между Ливией (ИРЧП – 0,798) и Македонией (ИРЧП – 0,796, 66-е место).

Заметим, что в 1990 г. Россия по ИРЧП занимала в мире 34-е место. В России по сравнению с 1985 г. ИРЧП снизился с 0,827 до 0,797, и в настоящее время она перешла из категории стран с высоким уровнем развития человеческого потенциала в категорию государств со средним уровнем развития (рис. 3).

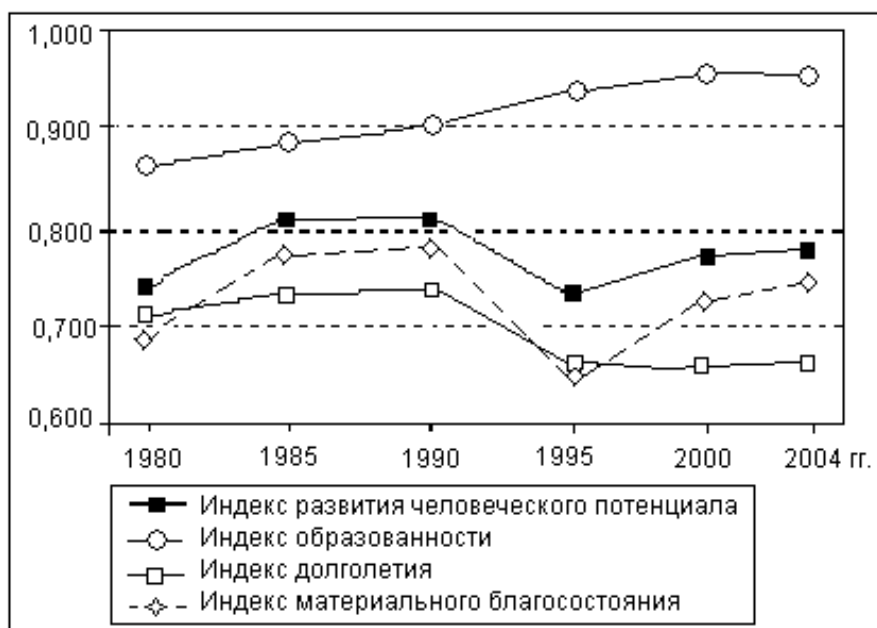


Рис. 3. Динамика ИРЧП в СССР и России.

По аналогии с ИРЧП отдельных стран рассчитывается ИРЧП для определенного региона или субъекта РФ, по которому судят о КЖ населения региона. С 1995 г. издается ежегодный «Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации», где представляются ИРЧП регионов [ 14 ]. При расчете региональных индексов вводятся дополнительные процедуры [ 34 ]:

- корректировка (пропорциональное увеличение) валового регионального дохода (ВРП) каждого субъекта РФ на нераспределяемую часть ВВП страны;

- корректировка ВРП на разницу в ценах путем умножения на отношение среднероссийского прожиточного минимума к прожиточному минимуму в регионе;

- охват образованием рассчитывается как отношение числа учащихся учебных заведений всех видов (школа, начальные, средние и высшие профессиональные учебные заведения) к численности населения в возрасте от 6 до 23 лет.

В табл. 1 представлены составляющие ИРЧП некоторых регионов России. Более двух десятков субъектов России имеют показатель ниже среднемирового (0,722).

В России с 89 субъектами федерации объемы произведенного валового регионального продукта (ВРП) на душу населения разнятся в 21 раз, а произведенной продукции – более чем в 30 раз, ориентация на среднестатистические показатели при формировании экономической политики не только бессмысленна, но и опасна [ 6 ].

Таблица 1

ИРЧП некоторых регионов России в 2001 г. [14]

Регион	Региональный ИРЧП	ВРП* на душу населения по ППС	Индекс дохода	Индекс долголетия	Индекс образованности	Место в России
Россия	0,761	7438	0,719	0,672	0,893	-
Москва	0,855	17 454	0,862	0,707	0,998	1
Тюменская обл.	0,847	30 470	0,995	0,696	0,892	2
Респ. Татарстан	0,792	9812	0,765	0,711	0,900	3
Санкт-Петербург	0,783	7015	0,709	0,687	0,952	4
Томская обл.	0,776	8246	0,728	0,695	0,917	5
Липецкая обл.	0,764	7605	0,723	0,692	0,878	9
Белгородская обл.	0,762	6253	0,688	0,706	0,892	12
Московская обл.	0,746	5288	0,662	0,663	0,912	27
Воронежская обл.	0,736	4166	0,622	0,686	0,899	39
Курская обл.	0,736	4542	0,637	0,681	0,889	40
Тульская обл.	0,728	5872	0,680	0,633	0,872	49
Тамбовская обл.	0,726	4806	0,646	0,682	0,850	53
Амурская обл.	0,714	4793	0,646	0,624	0,871	67
Ивановская обл.	0,693	2694	0,550	0,636	0,894	75
Читинская обл.	0,687	3532	0,595	0,608	0,57	78
Респ. Тыва	0,640	2244	0,519	0,525	0,786	79

\*ВРП – валовой внутренний продукт; ППС – паритет покупательной способности, в долларах США.

Например, в России лидерами ИРЧП стали сырьевые регионы. Удельный вес экспортно-ориентированных отраслей создает картину мнимого экономического благополучия населения региона, а распределение таких доходов не всегда может осуществляться в интересах населения данной территории. Валовой региональный продукт Москвы ориентирован на сферу банковских услуг и финансовых посредников, которые на сегодняшний день не поддаются корректной оценке.

Определенную условность имеет и вторая составляющая регионального ИРЧП – уровень образования. Возможно, будет некорректно относить всех обучающихся в вузах и средних учебных заведениях в Москве или Санкт-Петербурге к региональному достигнутому уровню образования.

2. Для изучения уровня и КЖ населения страны и оценки хода экономических реформ Росстатом введены показатели, которые представляются официальными статистическими изданиями: обобщающие критерии (индекс стоимости жизни, валовой национальный продукт, потребление на душу населения и др.); доходы населения; потребление и расходы на-

селения; денежные сбережения населения; накопленное имущество и жилище; социальная дифференциация населения и др. [ 39, 42, 44 ].

Бесспорно, в России отмечается рост экономики и улучшается благосостояние населения, но, вместе с тем, следует привести некоторые и официальные социально-экономические данные. Например, за 17 лет неолиберальных реформ уровень развития ВВП страны в 2006 г. только приближается к 95 % отметке уровня 1990 г. (рис. 3).

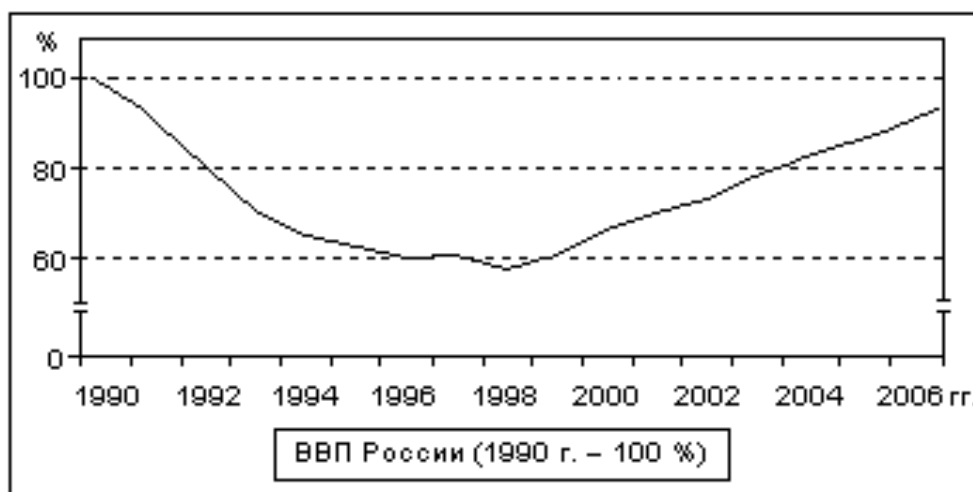


Рис. 4. Динамика валового внутреннего продукта в России.

В настоящее время население России обеспечено реально располагаемыми денежными доходами не более 90–95 % от уровня 1990 г., заработной платой – 80–85 %, пенсиями – 60–70 % (рис. 5). В основном малообеспеченный слой населения составляют работники бюджетной сферы, молодые семьи и пенсионеры. Заметим, что из 18 тарифных ставок 15 имеют денежное содержание ниже прожиточного минимума.

Покупательная способность среднемесячной номинальной заработной платы по стране в 2007 г. составила 3,3 прожиточных минимума, а средняя пенсия – 23 % от заработной платы, при рекомендуемом минимуме 40 %.

Вызывает тревогу рост «отверженных» (по В. Гюго) или «люмпенизированной» части населения, для которой низкий уровень жизни становится образом жизни. В России таких лиц около 5–6 %, или 7 млн человек. Не случайно в докладе на расширенном заседании Государственного Совета 8 февраля 2008 г. Президент России высказал необходимость делать главные инвестиции в развитие человека и общества.

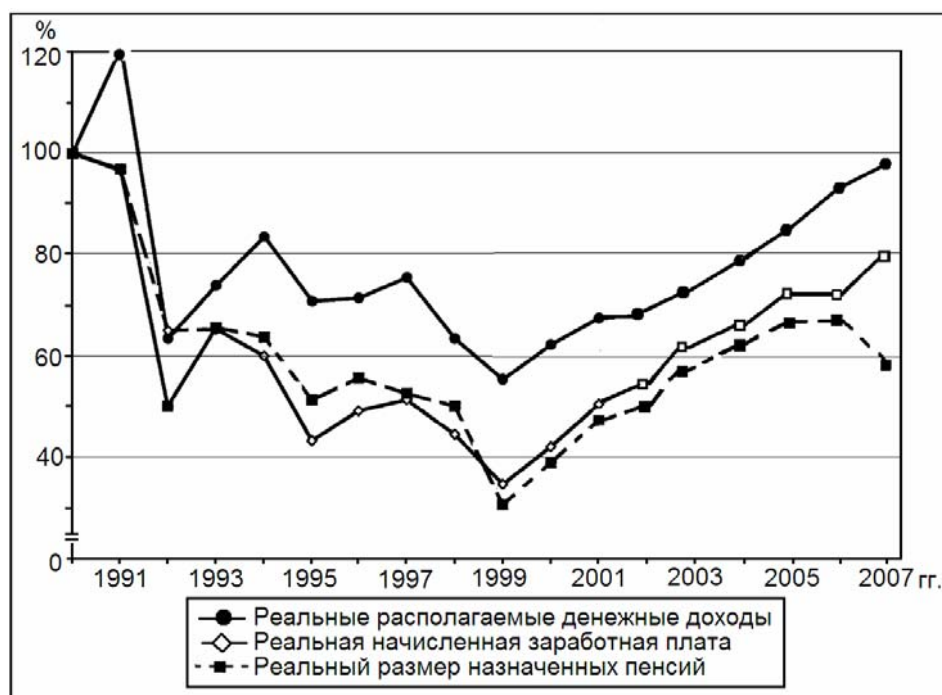


Рис. 5. Динамика денежных доходов населения России (1990 г. = 100 %).

3. При определении уровня жизни группы населения или общества в целом сотрудники ВЦУЖ отводят потребительским бюджетам, при этом фактическое потребление сравнивают с социальными нормативами потребления и таким образом выявляют степень удовлетворения потребностей [ 5 ]. Выделяются следующие виды потребительских бюджетов [ 4 ];

1) прожиточный минимум (ПМ) – уровень бедности, малоимущности, минимальный достаточный уровень для обеспечения жизнедеятельности человека, определяющийся на основе научно обоснованного потребительского бюджета, выражающего минимальные физиологические потребности человека в продовольственных и непродовольственных товарах и услугах.

В потребительской корзине ПМ доля расходов на питание составляет более 50 %, что соответствует структуре расходов потребления беднейших стран мира, ПМ в современной России – это 40 % ПМ во времена СССР. В 2006 г. ПМ составлял 3422 руб., а соотношение среднедушевых денежных доходов населения и величиной ПМ было 298 % (в 1991 г. – 335, в 2000 г. – 189, в 2003 г. – 218 %);

2) минимальный потребительский бюджет (МПБ) – воспроизводственное потребление, социально-приемлемый достаток (от 2 до 7 ПМ). При данном виде бюджета часть денежных средств может тратиться не только на жизненно-необходимые потребности, но и на досуг, реабилитационно-восстановительные мероприятия;



3) бюджет высокого достатка (БВД) – достаточно высокий уровень потребления, рассчитанный на расширенное воспроизводство и удовлетворение разумных потребностей, уровень достатка (более 7 ПМ).

Проведенные во ВЦУЖе оценки доходов населения России позволили определить структуру домохозяйств:

- неимущие россияне (с доходами ниже ПМ и имеющие плохие жилищные условия) – 4,3 %;

- бедные по доходам (с доходом выше одного ПМ, но имеющие средние и хороший уровень обеспеченности жильем) – 16,2 %;

- малоимущие (с доходом выше одного ПМ, но ниже МПБ и имеющие плохие жилищные условия) – 36,0 %;

- нижний слой среднего класса (с доходами выше МПБ, но ниже 15 тыс. рублей на одного человека; жилая площадь превышает социальные нормы и благоустроена) – 33 %;

- средний класс (среднедушевые доходы от 15 до 30 тыс. руб. в месяц, имеют движимое и недвижимое имущество, собственные сбережения, комфортабельный отдых с лечением) – 9 %;

- высший слой среднего класса (состоятельные люди с доходами от 1000 долларов США на одного человека в месяц, в Москве от 1500–2500 долларов) – 1,3 %;

- богатые россияне (собственники значительных бизнес-активов, имущества) – 0,2 %.

Если в развитых государствах средний класс составляет около 70 % населения, то в России количество лиц среднего класса в 1998 г. было 4,5 %, а спустя пять лет его количество удвоилось в два раза.

Модель оценки КЖ, сформированная сотрудниками ВЦУЖ, включает девять сфер жизни: трудовая и семейная жизнь; развитие способностей; быт, здоровье, здравоохранение; социальная защита и социальное страхование; досуг; окружающая среда; экстремальные ситуации; забота о будущем. Перечисленные сферы позволяют оценивать КЖ в целом [ 5 ].

4. Неравномерность развития регионов России способствует возникновению региональных оценок КЖ [ 3, 24, 25 ]. Ранее нами уже были показаны основные направления оценки регионального ИРЧП [ 14, 31, 34 ]. Сотрудники ВНИИ технической эстетики разработали методику оценки КЖ, включающую многоуровневое изучение характеристик жизнедеятельности людей: созидательной (трудовой), «потребительской», семейно-родовой и духовной жизни [ 23 ].

Эту методику можно представить в виде иерархического дерева. На верхних ее уровнях находятся обобщенные (комплексные) показатели, характеризующие целостные факторы или условия жизни человека, на нижних уровнях – частные показатели, отражающие содержание этих условий и факторов жизни. Предложены три универсальные (типовые) сис-

темы укрупненных показателей, относящихся к КЖ: а) человека, семьи, группы людей (табл. 2); б) жителей города, региона и в) населения страны.

*Таблица 2*

*Показатели качества жизни человека (семьи, группы людей)*

1-й уровень	2-й уровень	3-й уровень
Созидательная жизнь	Трудовая деятельность	Удовлетворенность трудом Производительность труда
	Квалификация труда	Уровень квалификации Условия труда
Потребительская жизнь	Потребление благ и услуг	Расходы на потребление благ и услуг Сбережения населения (отложенный спрос)
	Потребность населения в жилье	Обеспеченность жильем Обеспеченность благоустроенным жильем
	Качество товаров и услуг	Удовлетворение потребностей в товарах Удовлетворение потребностей в услугах
Семейно-родовая жизнь	Здоровье	Состояние здоровья Заболеваемость Ожидаемая продолжительность жизни Травматизм
	Семья	Прочность брака Продолжение рода
	Экология	Экология природной среды Защищенность от чрезвычайных ситуаций
Духовная (гражданская) жизнь	Гражданские право и свободы	Соблюдение конституционных прав Уровень уголовных правонарушений
	Образование	Общая грамотность Обучение в начальной школе Обучение в средней школе Обучение в вузах
	Культура и духовное общение	Социокультурное общение Доступность информации и средств коммуникации Удовлетворенность духовной жизнью Сохранение культурного наследия

Общим для всех трех типовых систем КЖ является то, что рассматриваются объективные и субъективные аспекты КЖ. На 1-м уровне располагаются показатели удовлетворенности общества и человека различными сторонами своей жизни. Использование субъективных методов оценки, выявляющих личное отношение человека к жизни, включает минимально необходимый набор показателей. На 2-м уровне располагаются показатели жизнедеятельности человека, определяющие особенности его взаимодействия со всем окружающим миром. На 3-м уровне располагаются показатели жизнеобеспечения, характеризующие условия и факто-

ры, от которых зависит успешное протекание процессов жизнедеятельности человека.

При всей привлекательности и внешней эффектности данная методика оценки КЖ далека от совершенства, громоздка и малоубедительна. Предлагаемый интегральный показатель КЖ представляет собой отношение ИРЧП, в который входит индекс ВВП, к обратной величине индекса ВВП, что не вполне корректно [ 26 ].

5. Показатели здоровья населения, представляемые Минздравсоцразвития РФ [19]. Особенности состояния демографических показателей и общественного здоровья в современной России являются: а) низкая рождаемость и высокая смертность и, как следствие, отрицательный естественный прирост; б) ухудшение здоровья населения; в) низкая ожидаемая продолжительность жизни; г) низкие общие расходы на здравоохранение при необходимом минимальном уровне 5 % от ВВП (табл. 3).

Таблица 3

*Расходы бюджетной системы РФ на здравоохранение и физическую культуру (% от ВВП) [19]*

Вид бюджета	Год										
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Консолидированный бюджет	2,6	3,1	2,5	2,2	2,2	2,1	2,3	2,2	2,2	3,7	3,6
В том числе:											
- федеральный	0,2	0,4	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,6
- субъектов РФ и фондов	2,4	2,7	2,2	2,0	2,0	1,9	2,0	1,9	1,9	3,3	3,0

На здравоохранение в России тратится не многим больше 3 % от бюджета страны, в Швейцарии, Германии, Франции – по 10,7 %, Нидерландах – 8,1 %, Великобритании – 7,3 %. Расходы на душу населения в России составляют около 120 долл. США (при том, что за последние десять лет они уже возросли почти в два раза). В Германии на одного человека тратится 2476 долл., во Франции – 2125, в Греции – 1397 долл. США [ 43 ].

Наблюдаются значительные расходы населения за счет увеличения объема платных медицинских услуг, расходов на медикаменты, которые опережают долю расходов государства, идущую на здравоохранение. Если в странах Организации экономического сотрудничества и развития соотношение расходов государства и населения составляет 75 : 25, то в России – 40 : 60. Более того, население платит не только в больничную кассу, но и «теневые».

В 2007 г. в России проживало 142 млн 221 тыс. человек. К сожалению, за годы перестройки и либеральных реформ (1990–2005 гг.) естественный прирост населения в России уменьшается на (716 ± 76) тыс. еже-

годно. Максимальная естественная убыль почти по 1 млн человек ежегодно наблюдалась в 1999–2002 гг. –  $(941 \pm 6)$  тыс. человек. На рис. 6 представлена динамика родившихся и умерших в России за 1970–2005 г.

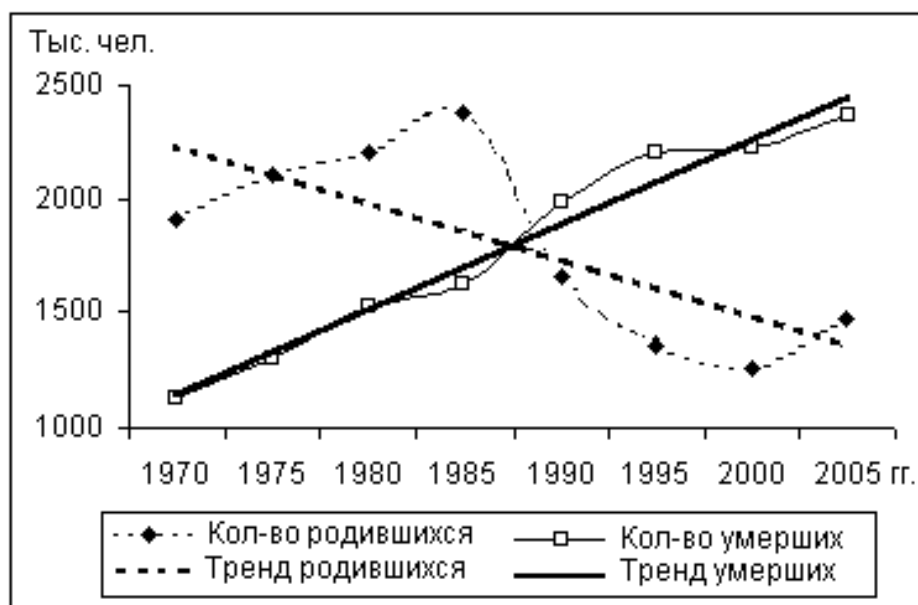
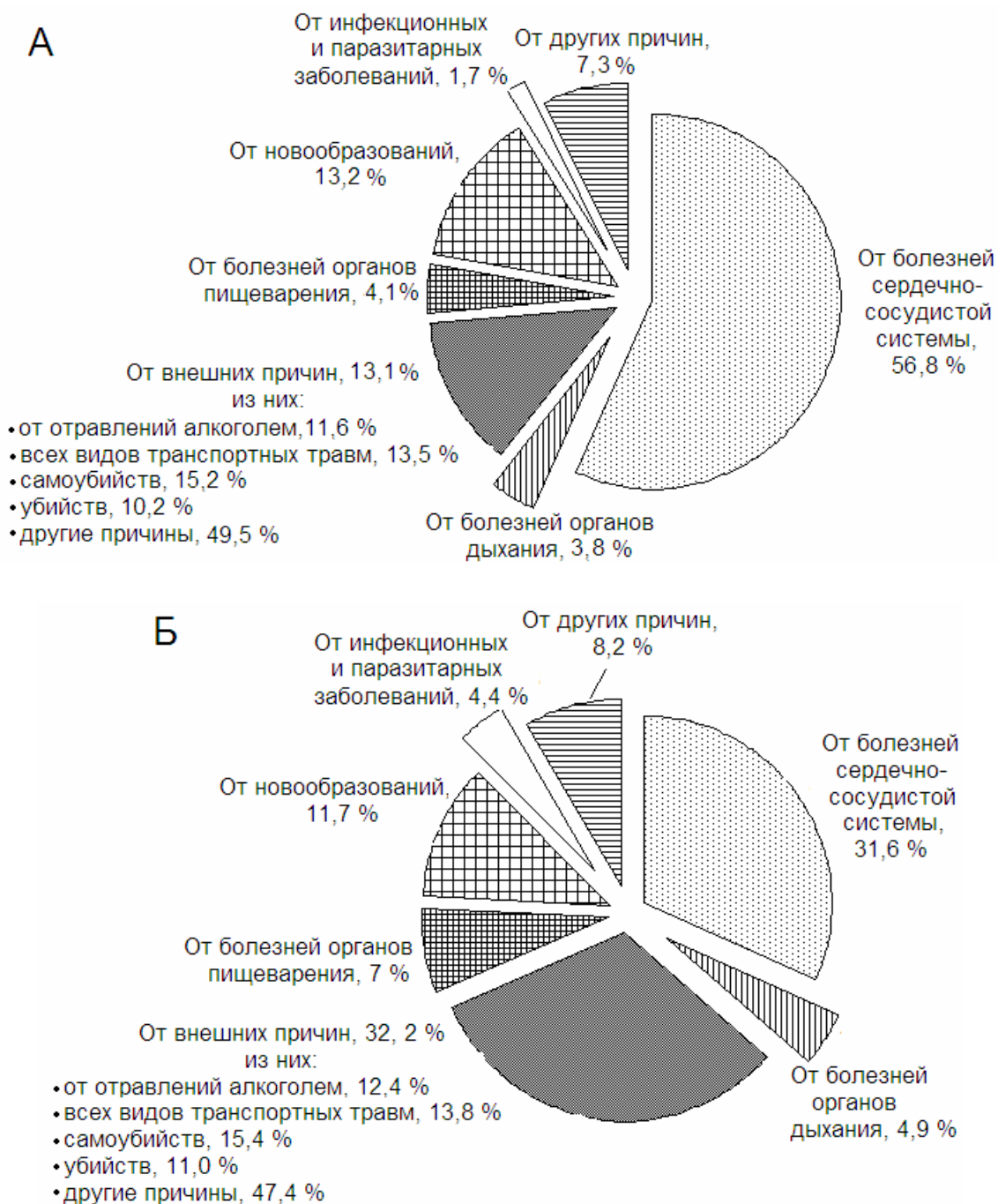


Рис. 6. Движение демографических показателей в России.

Логарифмические тренды количества родившихся и умерших лиц в России в начале 1990-х годов пересекаются, образуя так называемый «крест депопуляции», свидетельствующий об отрицательных демографических процессах и превалирование умерших лиц над рожденными. Естественная убыль населения за 16 лет (1990–2005 гг.) в России составила 11 млн 461 тыс. человек. Аналогичные «кресты» в демографической динамике обнаруживаются в Украине, Беларуси, республиках Балтии, Болгарии, Румынии, Чехии, Венгрии и других странах, вступивших на путь рыночной экономики.

Коэффициент смертности (количество умерших лиц на 100 тыс. населения) возрос с 1119 в 1990 г. до 1521 в 2006 г. (увеличение в 1,36 раза), в том числе населения в трудоспособном возрасте с 489 до 746 (увеличение в 1,53 раза). На рис. 7 представлена структура смертности в 2006 г. по основным классам причин смерти. Обращает внимание большое количество смертей трудоспособного населения (мужчин 15–59 лет и женщин 15–54 лет) от внешних причин (30–35 %).



*Рис. 7. Структура причин смертности населения в России (А) и лиц трудоспособного возраста (Б), 2006 г.*

Следует отметить, что смертность от внешних причин в развитых странах мира бывает в 4–5 раз меньше российской. Международный рейтинг состояния здравоохранения относит Россию в страны, занимающие в мире 120–130-е места.

Продолжительность жизни населения России по сравнению с экономически развитыми странами меньше на 10–15 (!) лет. Например, в 1990 г. ожидаемая продолжительность жизни при рождении была 69,2 го-

да, в 2000 г. – 66,1 год, 2003 г. – 65,3 года, 2006 г. – 66,6 года (для мужчин – 60,4, женщин – 73,2 года).

Ожидаемая продолжительность жизни в России в 2004 г. составляла 65,3 года (для мужчин – 58,9 и женщин – 72,3 года), занимая для женщин 100-е место, а для мужчин – 134-е место в мире. Для Японии этот показатель соответствовал 81,9 года, Франции – 79,8, Германии – 78,7, Греции – 78,4, США – 77,3, Чехии – 75,8 года. Вклад системы здравоохранения в этот показатель колеблется от 10–12 до 30–35 %. Снижение продолжительности жизни является серьезной российской проблемой, которая значительно понижает рейтинг ее по ИРЧП.

С начала 1990-х годов здоровье населения России стало резко ухудшаться. Коэффициент заболеваемости (количество лиц с впервые установленным диагнозом на 100 тыс. населения) возрос с 651 в 1990 г. до 762 в 2006 г. (увеличился в 1,2 раза). Заболеваемость по многим социально-значимым заболеваниям возросла на 30–40 %. Например, коэффициент заболеваний сердечно-сосудистой системы возрос с 1123 на 100 тыс. населения в 1990 г. до 2658 в 2006 г. (увеличение в 2,4 раза). Рост заболеваемости способствовал увеличению смертности, которая резко пошла вверх. Пик подъема смертности в России пришелся на 1994–1995 гг., затем смертность несколько уменьшилась, но после 1998 г. вновь выросла. И.А. Гундаров назвал ее «сверхсмертностью», которую можно соотнести только со смертностью в результате эпидемического процесса [ 9 ].

Структура сверхсмертности в трудоспособном возрасте отличалась от смертности основного населения: уменьшился вклад причин от сердечно-сосудистых заболеваний и значительно возрос вклад смертей от внешних причин (несчастные случаи, отравления алкоголем, убийства, самоубийства и т. д.). Анализируя причины смертности в России и исключая мифы, И.А. Гундаров приходит к выводу, что фактором риска сверхсмертности является духовное неблагополучие населения.

Основными показателями негативной духовности, доступными для международной сравнительной оценки, могут служить самоубийства, отражающие безысходность, потерю смысла жизни, и убийства, которые обуславливаются агрессивностью, озлобленностью. Для изучения роли перечисленных параметров, как факторов риска смерти, было проведено исследование российской статистики за 24 года (1976–2000 гг.). Выяснено, что степень сцепленности траекторий нравственного и физического благополучия была высока и достигала 85 %, а всякое повышение (снижение) преступности сопровождалось повышением (снижением) смертности. Подобная по характеру связь обнаружена между динамикой самоубийств и смертности.

Установлено также, что динамика сверхсмертности в наибольшей степени обуславливалась динамикой духовных параметров: озлобленностью, агрессивностью (73 % зависимости) и безысходностью, потерей

смысла жизни (11 % зависимостей), т. е. процессы жизненной устойчивости на 84 % зависели от духовного и нравственного состояния общества (образа жизни и КЖ) и на 16 % – от материальных условий (уровня жизни). Было замечено, что принцип «чем выше уровень жизни – тем выше здоровье» существует в определенных границах и справедлив не для всех компонентов КЖ и заболеваний. В ряде случаев, если имеется духовное неблагополучие, он не действует. Медицинские знания не дают объяснения данному феномену. Некоторые исследователи интерпретируют его на основании концепции духовной детерминации. При прочих равных условиях улучшение (ухудшение) духовного состояния общества сопровождается снижением (ростом) заболеваемости и смертности [ 9 ].

Анализ оценки состояния общественного здоровья, проведенный в 70–80-е годы XX в., выявил, что наиболее значимым его фактором является образ жизни, который обуславливает 50–55 % вклада в здоровье, на долю генетических наследственных факторов приходится 15–20 %, факторов окружающей среды – 20–25 %, на долю же здравоохранения (систем, служб, учреждений), вопреки ожиданий, – немногим больше 8–10 % [ 27 ]. Данные, рассчитанные Ю.П. Лисицыным и Ю.М. Комаровым, получили подтверждение и у зарубежных исследователей. Такое соотношение факторов, обуславливающих здоровье, относится как к здоровью, так и нездоровью. При нездоровье эти факторы выступают как факторы риска здоровья.

**Субъективные показатели КЖ.** Для оценки КЖ применяются опросные методы, которые предполагают сопоставление объективных показателей (например, среднего месячного дохода, приходящегося на каждого члена семьи, коммунальных расходов, характеристика жилплощади и т. д.) и субъективного отношения обследуемого лица к оцениваемому содержанию вопросов.

Субъективная сторона оценки КЖ связана с тем, что потребности и интересы конкретных людей индивидуальны и отражаются в их ощущениях, личных мнениях и оценках. Эти субъективные оценки не всегда могут совпадать с результатами объективных измерений и расчетов. Например, анализируя удовлетворение потребностей в современном мире, Л.А. Кривоносова (2005) выделяет классическую и символическую модели потребления, которые могут оказывать существенное влияние на субъективную оценку КЖ [ 25 ]. Факторы, определяющие субъективную оценку КЖ, представлены на рис. 8.



Рис. 8. Факторы, определяющие субъективную оценку КЖ.

Классическая модель субъективной оценки КЖ происходит при удовлетворении жизненных потребностей в определенных исторических, ресурсных, нормативных, географических и других условиях жизнедеятельности человека, отражающихся в бессознательных механизмах психики или культуры.

Современная модель оценки создается человеком как принципиально иная социальная культура потребления, выражаемая в различных символических формах. Как правило, создаваемая здесь оценка неустойчива и мотив ее возникновения не всегда понятен не только окружающим, но и субъекту. Выделяют следующие формы символической оценки:

- импульсивная (потребление и его оценка осуществляется под воздействием случайного импульса, любопытства);
- реактивная (в ответ на некоторое новое неожиданное впечатление от потенциального предмета потребления);
- аффективная (в состоянии сильного эмоционального переживания в результате причин, находящихся вне ситуации потребления, например, употребление спиртного «с радости» или «с горя», действия «на спор» и т. д.);
- конформистская (под влиянием ближайшего окружения, подражание кумиру или «хотим как все»);
- иррациональная (бесцельная), когда оценивается все возможное или производятся бессмысленные действия [ 25 ].

По критерию доминирующих мотивов выделяются следующие виды мотивационных стратегий при субъективной оценке структурных компонентов КЖ:

- 1) гомеостатический (оценка нацелена на поддержание равновесия организма со средой и человека с социальным окружением);



2) кумулятивный (оценка способствует прибавлению, расширению возможностей потребления);

3) креативный (оценка потребления осуществляется ради творчества. Все приобретаемые товары и услуги после удовлетворения жизненных необходимых потребностей используются в процессе созидания. Ученый в первую очередь ценит и приобретает книги, художник – краски и кисти);

4) компенсаторный (оценка на товары и услуги призвана компенсировать реальные, нередко мнимые слабости и недостатки человека, например, нерешительности, внешнего вида и т. д.);

5) досугово-игровой (оценка товаров и услуг нацелена: а) для «дела»: поддержание физической формы, укрепление здоровья, совершенствование в определенном виде занятий; б) на получение бескорыстного удовольствия от игры, хобби);

6) престижная (оценка потребления направлена не на утилитарные цели, а на создание престижа, репутации, определенного статуса) [ 25 ].

Для определения КЖ населения регионов или отдельных популяционных групп существует несколько сотен опросников и шкал. Например, для определения КЖ, связанного со здоровьем, широкую популярность приобрели опросники SF-36 и КЖ ВОЗ-100 [ 30 ]. Подробные сведения об опросных методиках КЖ представлены в руководстве А.А. Новика и соавт. [ 33 ].

Содержательная часть оцениваемых вопросов опросников должна отражать основные показатели концепции КЖ и выражаться многофакторным понятием, которое учитывает n-мерную комбинацию различных факторов, а их весомые коэффициенты характеризуют приоритеты потребностей. Сложные взаимосвязи компонентов категории КЖ оцениваются адекватным математическим аппаратом. Простая количественная интерпретация КЖ может быть выражена формулой:

$$y = N \sum_{i=1}^p W_i \tilde{x}^{(i)}, \quad (2)$$

где:  $\tilde{x}^{(2)} \dots \tilde{x}^{(p)}$  – набор нормированных показателей, характеризующих компоненты качества жизни, определяемые с помощью преобразования типа:

$$\tilde{x} = \frac{x - x_{\min}}{x_{\max} - x_{\min}};$$

$W_i$  – весомые коэффициенты, удовлетворяющие условиям  $W_i \geq 0$ .

Например, исследования КЖ, проведенные Н.В. Колдомовой (2005), показали, что весомый коэффициент для показателей качества населения (заболеваемость, смертность, продолжительность жизни и др.) составляет 0,20; благосостояния населения – 0,24; качества трудовой жизни – 0,18; качества социальной сферы – 0,21; безопасности жизнедеятельности –

0,17. В сумме коэффициенты образуют 1,0 [ 24 ]. Следует также отметить, что формулы более или менее корректно отражают только КЖ отдельных людей или социальных групп.

**Комплексная оценка КЖ.** В строгих научных исследованиях КЖ необходимо учитывать сложность взаимосвязей объективных и субъективных показателей. Различные варианты сочетаемости объективных условий жизни и их субъективных оценок дают четыре основных уровня КЖ (табл. 4) [ 10 ].

Таблица 4

Варианты оценок КЖ

Объективные условия жизни	Субъективное восприятие и оценка	
	хорошо	плохо
Хорошие	Высокая	«Диссонанс»
Плохие	«Адаптация»	«Депривация»

Установлено, что большинство населения развитых западноевропейских стран обнаруживает сочетание объективных и субъективных показателей «хорошо – хорошо» и относится к группе населения, имеющего высокую оценку КЖ. Группа населения «депривация» нуждается в проведении социальной защиты, группа «диссонанс» является источником протеста и социальных революций, группа «адаптация» достаточно часто представляет в реальности бессилие и социальную апатию.

КЖ отдельного человека (популяции, общества) следует рассматривать в единстве объективных и субъективных показателей, которые, с одной стороны, характеризуют соответствие условий, средств, процессов и результатов его жизнедеятельности природно-заданным и социально обусловленным ценностям и потребностям, а с другой – состояние удовлетворенности человека собой, своей жизнью, степенью реализации своего потенциала в различных сферах жизнедеятельности (семейной, трудовой, общественной и др.), социальными отношениями и окружающей средой.

Следует подчеркнуть, что это и не совсем простая задача, так как объективная и субъективная сторона КЖ (см. табл. 4) не всегда находится в равновесии. Например, в 2000 г. было проведено исследование удовлетворенности КЖ в различных странах мира. Достаточно часто оценки «превосходное» и «отличное» давали жители беднейших деревень, в которых нет водопровода, канализации, приличного медицинского обслуживания, электричества и других простых показателей цивилизации и которые едва доживающие до 35 лет. И в то же время представители богатейших пригородов Лос-Анжелоса, Сан-Франциско, особняков Флориды, имеющие высокие заработки, роскошные квартиры, оснащенные совре-

менной техникой, оценивали свое КЖ как «плохое», «ужасное» или «невыносимое» [ 21 ].

Е.В. Давыдова и А.А. Давыдов [ 10 ] формулируют рекомендации по измерению КЖ:

- не следует акцентировать внимание только на объективных или субъективных индикаторах, необходимо измерять их одновременно, стараясь сохранить целостность КЖ;

- при изучении КЖ не желательно учитывать большое количество «микропоказателей», целесообразно начинать измерения с небольшого количества «макропоказателей»;

- вначале рекомендуется максимально упрощать измерения и не пользоваться «весами» по каждому индикатору. Достаточно, что сначала результат будет менее точным, но зато предохранит от грубых ошибок при вычислении его «веса»;

- при измерении объективных индикаторов необходимо предварительно проверять их достоверность, а при измерении субъективных индикаторов – обоснованность шкал;

- при интерпретации полученных результатов следует помнить, что используемый в исследованиях подход к измерению является одним из возможных, который может не учитывать влияния неизмеренных факторов.

На рис. 9 представлен обобщенный алгоритм проведения комплексной оценки КЖ населения [ 29 ]. Алгоритм основывается на параллельном использовании объективного и субъективного подходов к оценке КЖ. В основу объективной оценки положен статистический метод, в основу субъективной – социологический опрос. Расчет интегрального показателя КЖ осуществляется с помощью обобщенного (комплексного) метода.



Рис. 9. Обобщенный алгоритм оценки КЖ.

Опишем некоторые способы оценки КЖ, в сфере психологии и психиатрии, содержащие объективные и субъективные оценки. Например, для определения адекватности восприятия КЖ больными П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев и И.А. Новикова зарегистрировали изобретение «Способ объективизации оценки качества жизни больных с психосоматическими заболеваниями» [ 35 ]. Для этого больному предлагают выбрать один из 4 вариантов ответа на вопросы, правильно характеризующий, по его мнению, показатель субъективной оценки КЖ. Затем врач, хорошо знающий условия жизни больного, выбирает один из 4 вариантов ответа на вопросы, правильно характеризующий показатель объективной оценки КЖ больного. После чего проводят оценку ответов по каждому предлагаемому показателю в баллах от 0 до 3. Суммируют баллы и определяют индекс соответствия (Ис) по формуле:

$$Ис = \frac{\sum_{\text{субъект.}}}{\sum_{\text{объект.}} \cdot A} \cdot 100, \quad (3)$$

где: А – коэффициент выравнивания между опросниками, равный 2;  
 $\sum_{\text{субъект.}}$  – оценка КЖ больным;  
 $\sum_{\text{объект.}}$  – оценка КЖ врачом.

При Ис в 88–100 баллов считают восприятие КЖ больным адекватным, в 87 и меньше баллов определяют недооценку КЖ, а при Ис 101 и больше – переоценку КЖ больным. Проведение такого тестирования позволяет повысить точность оценки КЖ у лиц с психосоматическими заболеваниями и выявить степень расхождения объективной и субъективной оценки КЖ пациента.

А.А. Чуркин, Н.К. Демчева и А.В. Сорокин зарегистрировали изобретение «Способ оценки качества жизни для диагностики психического состояния человека» [ 36 ]. Данные оценки КЖ использованы для экспертной оценки и идентификации психических расстройств по данным эпидемиологического исследования (патент № 2300315 [ 37 ]). Обследуемые лица заполняют анкеты, которые предъявляют и тестируют: социальное функционирование, материально-бытовую сферу, состояние здоровья в целом и критическое отношение пациента к своему психическому состоянию и к окружающей действительности. По полученным показателям рассчитывают обобщающий коэффициент (К<sub>о</sub>) по формуле:

$$К_о = (КЖ + СФ) / 2, \quad (4)$$

где: КЖ – показатель КЖ;  
СФ – показатель социального функционирования.

Затем рассчитывают коэффициент диссоциации ( $K_d$ ) между объективными и субъективными показателями и данными СФ и КЖ по формулам:

$$K_{d1} = K_{Жо}/K_{Жс}, \quad (5)$$

где:  $K_{Жо}$  – объективные данные КЖ;  
 $K_{Жс}$  – субъективные показатели КЖ.

$$K_{d2} = СФ/КЖ. \quad (6)$$

Установлено, чем ниже значение  $K_o$  и большей степени имеются отклонения  $K_{d1}$  от диапазона значений 0,9–1,1 в большую или меньшую сторону, тем тяжесть психических расстройств выше. Например, при значении  $K_o$  в диапазоне 1,0–0,86 и  $K_{d1}$  1,14–0,85, а также при значении  $K_o$  0,86–0,81 и  $K_{d1}$  1,14–0,85 определяют отсутствие психических расстройств и заболеваний.

При значении  $K_o$  в диапазоне 0,86–0,81 и  $K_{d1}$  в диапазонах 1,14–1,17 и 0,77–0,85 определяют пациентов, у которых риск возникновения психических расстройств низок. При  $K_{d2}$  (отношении СФ/КЖ) меньше 1,0, у этих больных ведущими причинами, оказывающими влияние на их состояние, являются снижение материального уровня и болезни соматического характера.

При значении  $K_o$  0,81–0,71 и  $K_{d1}$  1,17–0,77 диагностируют у пациента отдельные признаки психических расстройств, при значении  $K_o$  0,71–0,61 и  $K_{d1}$  2,25–0,64 диагностируют наличие расстройств пограничного уровня и причинами, поддерживающими состояние у этих групп больных при  $K_{d2}$ , равном 1,0, является сочетание соматических заболеваний с психической патологией.

При  $K_o$  0,61–0,49 и  $K_{d1}$  2,34–0,64, а также при значениях  $K_o$  0,49–0,39 и любых значениях  $K_{d1}$  диагностируют у пациента наличие тяжелых форм пограничных расстройств или эндогенных форм психических расстройств, и если при этом  $K_{d2}$  больше 1,0, ведущее влияние на их состояние оказывает психическая патология, а снижение социального функционирования и критической оценки своего состояния является следствием психической патологии.

Представленные способы позволяют дополнительно выявить причины, оказывающие ведущее влияние на состояние пациента и повысить достоверность диагностики, что достигается за счет получения интегральных показателей, учитывающих степень сохранности критических способностей пациента.

Проведенные широкомасштабные исследования показали, что основными жизненными ценностями людей в порядке перечисления являются здоровье, семья, уровень благосостояния и профессиональные от-

ношения. В связи с чем, нами предложен способ оценки КЖ, зарегистрированный приоритетной заявкой на изобретение № 2006125925/09 [ 18 ].

Обследуемым лицам предлагается опросник, содержащий 25 вопросов, на которые необходимо представить объективные показатели (например, суммарный показатель среднедушевого месячного дохода семьи и др.) или субъективное отношение. Для оценки результатов опроса и для оценки комплексных относительных показателей применялась шкала с семью градациями, лингвистические ее соответствия представлены в табл. 5.

Таблица 5

*Перевод лингвистических характеристик в оценочную шкалу*

Критерий качества	Балл						
	1	2	3	4	5	6	7
	Недопустимо низкое	Плохое	Нежелательное	Удовлетворительное	Хорошее	Отличное	Очень высокое

Особенностью способа является обобщение вопросов опросника в пять шкал, отражающих: 1) удовлетворенность уровнем жизни; 2) удовлетворенность учебно-профессиональными отношениями; 3) удовлетворенность семейными отношениями; 4) состояние здоровья; 5) духовность и здоровьесберегающее поведение. Путем суммирования баллов утверждений по каждой шкале высчитываются средние оценки шкал, которые служили основанием определения средней оценки КЖ:

$$КЖ = \sum УЖ + \sum ПО + \sum С + \sum З + \sum Д, \quad (7)$$

где: УЖ – уровень жизни;

ПО – учебно-профессиональные отношения;

С – семейные отношения;

З – состояние здоровья;

Д – духовность и здоровьесберегающее поведение.

Проведенный анализ данных показал высокую значимость оценки КЖ для социально-профессиональной адаптации обследуемых лиц [ 8 ]. Например, корреляционный анализ оценки КЖ и экспертных оценок учебно-профессиональной адаптации студентов Воронежской государственной медицинской академии им. Н.И. Бурденко (n = 1033 чел.) показал что, оценка КЖ имеет достоверные связи с оценками состояния здоровья ( $r = 0,37-0,39$ ;  $P < 0,001$ ) и дисциплинированности ( $r = 0,22-0,27$ ;  $P < 0,001$ ).

Оценка КЖ находилась в достоверной корреляционной связи со шкалами методики оценки психического здоровья (МОПЗ) [16]: конст-

руктивность ( $r = 0,16$ ;  $P < 0,001$ ); деструктивность ( $r = -0,22$ ;  $P < 0,001$ ); дефицитарность ( $r = -0,23$ ;  $P < 0,001$ ); адаптивность ( $r = 0,25$ ;  $P < 0,001$ ) и активность ( $r = 0,25$ ;  $P < 0,001$ ). Аппроксимация данных шкалы адаптивности МОПЗ с помощью сплайнов на недостающие значения переменных экспертной оценки состояния здоровья и средней оценки КЖ наглядно показывает в трехмерном пространстве, что высокие показатели шкалы адаптивности достигаются высокими оценками состояния здоровья и в большей степени – средней оценкой КЖ.

Проведенные исследования показали некоторое рассогласование объективных и субъективных показателей КЖ. Например, удовлетворенность материальным положением у студентов общей группы была оценена выше средних величин –  $(4,86 \pm 0,04)$  балла, а совокупный денежный доход, приходящийся на каждого члена семьи в месяц, составлял  $(1890 \pm 20)$  руб., что соответствовало только бюджету прожиточного минимума региона в момент исследования.

Данный факт может свидетельствовать о более оптимистическом восприятии окружающей действительности лицами молодого возраста (в нашем исследовании студентов вуза) и существенного значения для КЖ психологической (субъективной) составляющей. Эти данные соответствуют результатам исследований Г.М. Зараковского (2003), Л.А. Кривоносовой (2005), Л.Г. Титаренко (2003) и могут указывать на валидность наших исследований. Более того, оптимистическое восприятие действительности может говорить о значительном адаптационном ресурсе у обследованных студентов вуза.

### *Заключение*

Анализ научной литературы по теоретическому обоснованию структурных компонентов категории КЖ позволяет отметить, что управление и измерение КЖ возможно только на основе знаний структуры человеческих потребностей и закономерностей их формирования. Потребности являются источником активности, первопричиной поведения человека или общества в целом, формирования системы жизненных ценностей.

Исторически измерение КЖ проводилось двумя способами: измерением объективных условий жизни и исследованием субъективных оценок жизни. Указанное определило формирование двух концептуальных моделей оценки КЖ: объективной и субъективной. Система показателей, претендующая на роль оценки удовлетворения потребностей человека, помимо оценок экспертов и статистических показателей социально-экономического развития должна включать и оценки самим индивидуумом своего положения.

Можно вполне согласиться с мнением ряда исследователей, что главным критерием КЖ является самооценка удовлетворенности определенными сторонами жизни, но при субъективной оценке КЖ потребности

и интересы конкретных людей индивидуальны и отражаются в их ощущениях, личных мнениях и эти субъективные оценки не всегда могут совпадать с результатами объективных измерений и расчетов.

### *Литература*

1. *Абульханова-Славская К.А.* Стратегия жизни / К.А. Абульханова-Славская. – М. : Мысль, 1991. – 229 с.
2. *Айвазян С.А.* Межстрановой анализ интегральных категорий качества жизни населения : (эконометрический подход) / С.А. Айвазян ; Центр. экон.-мат. ин-т. – М. : ЦЭМИ, 2001. – 61 с.
3. *Безъязычный В.Ф.* Качество жизни : учеб. пособие / В.Ф. Безъязычный, Е.В. Шилков ; Рыбин. гос. авиац. технол. акад. им. П.А. Соловьева (РГАТА). – Рыбинск : РГАТА, 2004. – 96 с.
4. *Бобков В.Н.* Бедность, уровень и качество жизни: методология анализа и механизмы реализации / В.Н. Бобков // Уровень жизни населения регионов России. – 2005. – № 1. – С. 7–20.
5. *Бобков В.Н.* Качество жизни: вопросы теории и практики / В.Н. Бобков, П.С. Масловский-Мстиславский, Н.С. Маликов ; Всерос. центр уровня жизни. – М., 2000. – 32 с.
6. *Валентей С.* Человеческий потенциал: новые измерители и новые ориентиры / С. Валентей, Л. Нестеров // Вопр. экономики. – 1999. – № 2. – С. 90–102.
7. *Возьмитель А.А.* Образ жизни: концепция, сущность, динамика : дис. в форме науч. доклада ... д-ра социол. наук : спец. 22.00.04 / Возьмитель А.А. ; Ин-т социологии РАН. – М., 2000. – 74 с.
8. *Губина О.И.* Изучение качества жизни и адаптации у студентов медицинского вуза / О.И. Губина, В.И. Евдокимов, А.Н. Федотов // Вестн. новых медицинских технологий. – 2006. – Т. 13, № 3. – С. 167–169.
9. *Гундаров И.А.* Демографическая катастрофа в России: причины, механизм, пути преодоления / А.И. Гундаров. – М. : Эдиториал УРСС, 2001. – 208 с.
10. *Давыдова Е.В.* Измерение качества жизни / Е.В. Давыдова, А.А. Давыдов ; Ин-т социологии РАН. – М., 1993. – 52 с.
11. *Данакин Н.С.* К определению качества жизни / Н.С. Данакин // Качество жизни населения: показатели и пути повышения : сб. науч. тр. – Белгород : Белгор. кн. изд-во, 2004. – Вып. 1. – С. 14–18.
12. *Джидарьян И.А.* Счастье в представлениях обыденного сознания / И.А. Джидарьян // Психол. журн. – 2000. – № 2. – С. 40–48.
13. *Доклад о развитии человека ...* / Программа развития ООН (ПРООН). – М. : Весь мир, 2005. – 398 с. ; 2006. – 422 с.
14. *Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации ...* – М. : Весь мир, 2003. – 135 с. ; 2004. – 160 с.



15. *Дробышева В.В.* Интегральная оценка качества жизни населения региона / В.В. Дробышева, Б.И. Герасимов ; Тамбов. гос. техн. ун-т. – Тамбов : Изд-во ТГТУ, 2004. – 106 с.
16. *Евдокимов В.И.* Качество жизни: оценка и системный анализ / В.И. Евдокимов, И.Э. Есауленко, О.И. Губина. – Воронеж : Истоки, 2007. – 240 с.
17. *Зараковский Г.М.* Социально-личностное благополучие в структуре качества жизни общества: показатели и критерии / Г.М. Зараковский // Качество жизни: критерии, оценки / ВНИИ техн. эстетики. – М., 2003. – С. 19–32.
18. *Заявка 2006125925/09* Рос. Федерация, МПК<sup>8</sup> G 06G 1/00. Способ оценки качества жизни / Евдокимов В.И. – Заявл. 19.07.2006 ; опубл. 27.01.2008.
19. *Здравоохранение в России, 2007* : стат. сб. / редкол.: А.Е. Суринов (пред.) [и др.] ; Росстат. – М., 2007. – 355 с.
20. *Карсаевская Т.В.* Интегративный характер категорий «качества жизни» / Т.В. Карсаевская // Квалиметрия жизни: проблемы измерения качества жизни направления их решения : материалы семинара. – Л., 1991. – С. 24–28.
21. *Качество жизни и экономика* : тр. ВНИИ техн. эстетики / В.И. Пузанов. – М., 2002. – 49 с. – (Качество жизни ; вып. 2).
22. *Качество жизни и экономическое развитие* / под общ. ред. Р.С. Пархоменко. – Южно-Сахалинск : Изд-во Сахалин. гос. ун-та, 2005. – 183 с.
23. *Качество жизни: сущность, оценка, стратегия формирования* / В.И. Денисов [и др.] ; ВНИИ техн. эстетики. – М., 2000. – 124 с.
24. *Колдомова Н.В.* Методика оценки качества жизни населения региона (на примере Новосибирской области) / Н.В. Колдомова // Уровень жизни населения регионов России. – 2005. – № 1. – С. 52–68.
25. *Кривоносова Л.А.* Управление качеством жизни населения / Л.А. Кривоносова ; Дальневост. акад. гос. службы. – Хабаровск : Изд-во ДВАГС, 2005. – 247 с.
26. *Кривошей В.А.* Качество жизни: сущность, содержание, критерии, измерение / В.А. Кривошей ; Белгор. ун-т потреб. кооперации. – Белгород, 2005. – 193 с.
27. *Лисицын Ю.П.* Социальная гигиена и организация здравоохранения : пробл. лекции / Ю.П. Лисицын. – М. : Медицина, 1992. – 511 с.
28. *Луман Н.* Теория общества / Н. Луман. – М. : Канон-Пресс, 1999. – 207 с.
29. *Макаренко Т.Д.* Оценка качества жизни населения / Т.Д. Макаренко, Н.М. Вдовина ; Байк. гос. ун-т экономики и права, Чит. ин-т. – Иркутск : Изд-во БГУЭП, 2004. – 155 с.
30. *Методология и проблемы создания и использования измерительных инструментов качества жизни психически больных* / Г.В. Бур-

ковский [и др.] // Психосоциальная реабилитация и качество жизни. – СПб., 2001. – С. 80–93. – (Сб. науч. тр. С.-Петербур. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева ; т. 137).

31. *Морозов А.А.* Уровень индекса развития человеческого потенциала в России и его региональная дифференциация / А.А. Морозов ; Ин-т соц.-полит. исслед. – М., 2005. – 28 с.

32. *Мстиславский П.С.* Социальные параметры России в сопоставлении с европейскими странами / П.С. Мстиславский // Уровень жизни населения регионов России. – 2003. – № 2. – С. 6–52.

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

34. *Орлова Е.А.* Диагностика качества жизни населения территории локального уровня / Е.А. Орлова ; Ин-т экономики. – Екатеринбург, 2005. – 71 с.

35. *Патент 2295287* Рос. Федерация, МПК<sup>8</sup> А 61В 5/16. Способ объективизации оценки качества жизни больных с психосоматическими заболеваниями / Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. – № 2005113641/14 ; заявл. 04.05.2005; опубл. 20.03.2007.

36. *Патент № 2261045* Рос. Федерация, МПК<sup>7</sup> А 61В 5/16. Способ оценки качества жизни для диагностики психического состояния человека / Чуркин А.А., Демчева Н.К. Сорокин А.В. – № 2004117331/14 ; заявл. 09.06.2004; опубл. 27.09.2005.

37. *Патент 2300315* Рос. Федерация, МПК<sup>8</sup> А 61В 5/16. Способ экспертной оценки и идентификации психических расстройств по данным эпидемиологического исследования / Чуркин А.А., Демчева Н.К. – № 2006121426/14 ; заявл. 19.06.2006 ; опубл. 10.06.2007.

38. *Российская социологическая энциклопедия* / под ред. Г.В. Осипова. – М. : Норма-ИНФРА, 1998. – 672 с.

39. *Российский статистический ежегодник. 2007* : стат. сб. / редкол.: В.Л. Соколин [и др.] ; Росстат. – М., 2007. – 823 с.

40. *Сенкевич Н.Ю.* Качество жизни при хронической обструктивной болезни легких / Н.Ю. Сенкевич // Чучалин А.Г. Хронические обструктивные болезни легких / А.Г. Чучалин. – М. : БИНОМ, 1998. – С. 171–191.

41. *Социальная политика, уровень и качество жизни* : словарь / под общ. ред. В.Н. Бобкова, А.П. Починка. – М. : Гном и Д, 2001. – 287 с.

42. *Социальное положение и уровень жизни населения России, 2005* : стат. сб. / редкол.: А.Е. Суринов (пред.) [и др.] ; Росстат. – М., 2005. – 525 с.

43. *Стародубов В.И.* Здоровье нации и система здравоохранения Российской Федерации / В.И. Стародубов // Уровень жизни населения регионов России. – 2005. – № 11/12. – С. 65–69.

44. Суринов А.И. Основные показатели уровня жизни в условиях рыночной экономики (краткие методологические пояснения) / А.И. Суринов // Вестн. статистики. – 1992. – № 12. – С. 11–15.

45. Титаренко Л.Г. Качество жизни: субъектный подход : (по материалам белорусских исследований) / Л.Г. Титаренко // Качество жизни: критерии, оценки / ВНИИ техн. эстетики. – М., 2003. – С. 71–83.

46. Ушаков И.Б. Качество жизни и здоровье человека / И.Б. Ушаков. – М. ; Воронеж : Истоки, 2005. – 130 с.

47. Хахулина Л. Субъективный средний класс: доход, материальная обеспеченность, ценностные ориентации / Л. Хахулина // Мониторинг общественного мнения. Экономические и социальные перемены. – 1999. – № 2. – С. 24–33.

## РЕЦЕНЗИИ

*Е.А. Никитин*

### РЕЦЕНЗИЯ НА КНИГУ «ПСИХОДИАГНОСТИКА И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ» ПОД РЕДАКЦИЕЙ А.А. АЛЕКСАНДРОВА (СЕРИЯ «МАСТЕРА ПСИХОЛОГИИ»)

Медицинская психодиагностика является специализированным разделом психологической диагностики, неотъемлемой составной частью психологической науки и практики. Она представляет собой системную деятельность медицинских психологов, работающих в различных областях науки и практики. При этом психодиагностическая и психокоррекционная деятельность медицинских психологов имеет целостный, интегральный характер, проявляющийся в тесном взаимодействии и взаимобусловленности всех звеньев лечебно-диагностического процесса. Такой характер медицинской психологии позволяет осуществлять целенаправленное и развернутое изучение личности пациента во всем многообразии её индивидуальных психических проявлений в различных жизненных ситуациях.

Именно всестороннему анализу различных сторон медицинской психологии посвящена книга «Психодиагностика и психокоррекция», вышедшая в 2008 г. в Санкт-Петербурге в издательстве «Питер». Книга вышла в серии «Мастера психологии» под редакцией профессора А.А. Александрова на 384 страницах тиражом 2500 экземпляров.

Книга состоит из 12 глав, которые написаны высокопрофессиональными специалистами в области медицинской психологии и психотерапии. Она обобщает не только последние достижения психологической науки, но и собственный вклад авторов разделов в разработку актуальных проблем. Значительная часть материалов публикуется впервые.

1-я глава «Основные подходы к личности в их практическом применении» написана заведующим кафедрой медицинской психологии МАПО профессором А.А. Александровым. Автор рассматривает личность в рамках четырех основных подходов, принятых в научной психотерапии и психологии (психодиагностического, диспозиционного, поведенческого и феноменологического), поскольку такая классификация в наибольшей степени отвечает практике клинической психотерапии и психокоррекции.

Во 2-й главе, написанной тем же автором, прослеживается эволюция психоанализа от ортодоксального фрейдизма до патогенетической психотерапии В.Н. Мясницева, обсуждается вопрос о том, является ли наша отечественная психотерапия разновидностью психоанализа. Автор

надеется, что содержание этой главы поможет читателям избежать ошибок при выборе психотерапевтической ориентации.

3-я глава написана доцентом кафедры медицинской психологии МАПО О.Ю. Щелковой и посвящена применению методологии системного подхода в медицинской (клинической) психологии. В первом разделе рассматривается ряд современных общемедицинских положений, отвечающих принципу системности и имеющих значительную психологическую составляющую. Это такие интенсивно развивающиеся концепции, как реабилитация психически больных, функциональный диагноз в психиатрии, личность как система отношений, патогенез неврозов, качество жизни, психическая адаптация и дезадаптация.

Во втором разделе с позиций системного подхода рассматривается одно из направлений профессиональной деятельности медицинских психологов – психологическая диагностика в клинике. Анализируются структура и функции системы медицинской психодиагностики, разбирается понятие психологического диагноза. Показана связь психологической диагностики с диагностикой, осуществляемой врачом-клиницистом, а также другими компонентами лечебно-реабилитационного процесса.

В 4-й главе – «Современные теории интеллекта и практика», подготовленной доцентом Т.В. Чередниковой, изложен обзор последних достижений факторно-аналитических исследований интеллекта зарубежными специалистами с наиболее полной систематикой интеллектуальных способностей в рамках теории Кэттелла–Хорна–Кэрролла (СНС). В строгой, статистически и экспериментально обоснованной иерархии представлен комплекс наиболее общих и частных способностей интеллекта. Благодаря такой номенклатуре когнитивных способностей и определению методов их адекватного измерения, самые разные исследователи и практические работники могут теперь свободно ориентироваться в подборе соответствующих текстовых испытаний в соответствии с целями исследования и интеллектуальных способностей или их дефицита. СНС-систематика обеспечивает также всех специалистов единым словарем терминов и системой интерпретации различных измерений когнитивных функций. Здесь же рассматриваются проблемы теории интеллекта.

В 5-й главе – «Конструктивные особенности формализованных психологических тестов: критерии конструирования и выбора тестов в психодиагностической практике», открываются новые аспекты и подходы к изучению известной проблемы оценки эффективности тестового метода. Теоретические посылы подкрепляются данными практических наблюдений ассистента И.В. Овечкиной, оригинально выполненными экспериментами и широким арсеналом методов прикладной статистики, включая аппарат имитационного моделирования. Глава книги представляет несомненный интерес как для разработчиков психодиагностики, так и для практикующих психологов.

Одной из актуальных проблем медицинской психологии является проблема психосоматических расстройств. Среди них ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертония, язвенная болезнь и многие другие широко распространенные заболевания, связанные с определяющей человека средой, его личностными особенностями, образом жизни, положением в социуме. Многие исследователи пришли к убеждению, что любое соматическое расстройство есть нарушение психосоматическое, так как психический фактор и эмоциональные реакции через изменения нейрогумаральной регуляции влияют на все физиологические процессы в организме.

В 6-й главе – «Психологические факторы развития психосоматических заболеваний», написанной профессором В.А. Винокуром, обобщены последние достижения отечественной и зарубежной медицины и психологии, в том числе результаты собственных исследований. Автор отмечает, что психологические факторы, влияющие на развитие соматических заболеваний, тесно связаны с социальным статусом, уровнем образования, степенью включенности в социальные связи, выраженностью социальной поддержки, что подтверждает биопсихосоциальную природу самого широкого круга заболеваний человека и продолжительностью его жизни.

В последние годы заметное внимание ученых привлекает так называемый «синдром выгорания», возникающий на почве профессионального стресса. В этой связи очевидно, профессиональная деятельность врачей и медицинских сестер нередко способствует развитию у них различных нервно-психических и связанных с ними соматических расстройств. Для большинства медицинских работников хроническое и достаточно интенсивное эмоциональное напряжение являются одними из основных факторов производственной среды, неблагоприятно влияющих на их здоровье. Данная проблема подробно рассматривается в 7-й главе, подготовленной О.В. Рыбиной.

Одной из наиболее актуальных проблем современной жизни становится проблема патологических зависимостей. В настоящее время значительно расширился круг арсенала болезненного пристрастия: наряду с традиционной зависимостью от алкоголя и наркотиков отмечается все больше случаев игровой, компьютерной и прочих зависимостей. Данная проблема достаточно подробно рассматривается профессором Г.И. Григорьевым в 9-й главе «Психотерапия и психокоррекция патологических зависимостей, духовно ориентированная на православной основе».

Другая важная проблема, в основе которой лежит патологическая зависимость иного ряда, не менее разрушительная для личности по своим последствиям, связана с деятельностью культовых религиозных организаций, спекулирующих на человеческих слабостях. В 10-й главе – «Практическая психология и деструктивные культы» описываются психологические приемы и технологии, применяемые для вербовки, обращения и

поддержки верности новообращенных, техники контроля сознания и реформирования мышления, методы оказания помощи людям, оказавшимся под воздействием культов. Глава написана доцентом Т.В. Соколовской.

Относительно новым методом психотерапии и психокоррекции является танцевальная терапия – психотерапевтическое использование танца и движения как процесса, способствующего интеграции психики и соматики. Танцевальная терапия имеет широкий спектр применения – от пациентов психиатрического стационара и больных с нарушением опорно-двигательного аппарата до психологического консультирования детей и взрослых. 11-я глава «Танцевальная терапия как метод психологической коррекции» написана доцентом Т.В. Соколовской и кандидатом психологических наук Н.Ю. Оганесян. Авторами описывается метод танцевальной терапии больных шизофренией, основанный на зарубежной методологии и адаптированный к условиям России.

Завершает книгу 12-я глава «Психосоциальные проблемы геронтологии старости», написанная профессором Т.В. Решетовой. Во всем мире общепринятыми являются два пути старения психики – благоприятный и неблагоприятный. Известно, что тело с годами стареет, а вот что касается души, то здесь возможны варианты. Благоприятное старение позволяет человеку решать свои проблемы, придерживаясь конструктивных жизненных условий, находить способы разрешения различных социально-бытовых ситуаций. Исходом неблагоприятного пути являются психические болезни: деменция, депрессия.

Учитывая общечеловеческую значимость большинства изложенных в книге проблем, профессор А.А. Александров выражает надежду, что читатель найдет в книге не только полезную информацию для оптимизации своей профессиональной деятельности, но и для улучшения качества собственной жизни. Не вызывает сомнения, что книга вызовет интерес у самого широкого круга читателей – профессорско-преподавательского состава вузов, студентов, врачей и психологов.

## НАГРАЖДЕНИЯ



Редя Алитет Владимирович родился 3 сентября 1964 г. в селе Макевка, Смелянского района, Черкасской области, Украинской ССР. В 1991 г. окончил факультет подготовки врачей для Военно-морского флота Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова.

Являясь врачом экипажа тяжелого атомного подводного крейсера успешно провел медицинское обеспечение трех длительных автономных походов. В период службы на флотилии атомных подводных лодок принимал непосредственное участие в ликвидации радиационно опасных аварий.

В период обучения в клинической интернатуре Алитет Владимирович освоил методики психотерапии, мануальной терапии и иглоукалывания, углубленно изучал профессиональные заболевания плавсостава ВМФ. Им опубликовано 10 научных работ и оформлено 8 рационализаторских предложений. Принимал участие в клинических обследованиях участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС. Занимался научной работой в научно-исследовательской лаборатории «Всеармейский регистр Минобороны РФ» кафедры военно-полевой терапии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова.

С 1999 г. являясь начальником неврологического отделения 1-го Военно-морского клинического госпиталя (Санкт-Петербург), Алитет Владимирович проявил себя как высококвалифицированный специалист в области клинической неврологии, психотерапии и организации медицинской помощи. В 2002 г. успешно защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Работает над докторской диссертацией. Имеет высшую квалификационную категорию по специальности. Умело передает знания и опыт врачебному составу и медицинским сестрам.



А.В. Редя много сил отдает организации медицинской помощи офицерам запаса и в отставке, инвалидам Великой Отечественной войны и членам их семей. Под особым его контролем находятся военнослужащие, работающие с профессиональными вредностями (радиационное облучение, компоненты ракетных топлив) и офицеры плавающего состава, проходящие обследование в 1-м Военно-морском клиническом госпитале.

Алитет Владимирович – дисциплинированный и исполнительный офицер, имеет отличные данные организатора-руководителя, быстро ориентируется в обстановке, способен повести коллектив подразделения на выполнение сложных задач. Инициативен, самостоятелен, видит перспективу в работе. Высокопрофессиональный врач, исключительно добросовестно относящийся к исполнению своих служебных обязанностей. За заслуги перед здравоохранением, высокий профессионализм и самоотверженную работу по сохранению и укреплению здоровья военнослужащих кандидат медицинских наук, подполковник медицинской службы А.В. Редя Указом Президента Российской Федерации от 25 января 2008 г. № 82 награждён Государственной наградой – почетным званием «Заслуженный врач Российской Федерации».

Командование 1-го Военно-морского клинического госпиталя Минобороны РФ, редакционный совет и редакционная коллегия научного рецензируемого журнала «Вестник психотерапии» поздравляют Алитета Владимировича Редю с высокой Государственной наградой, желают ему счастья и дальнейших творческих успехов.

## РЕФЕРАТЫ

**Мильчакова Е.А., Григорьев Г.И.** Психологическая помощь при игровой зависимости на основе духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зорока // Вестник психотерапии. – 2008. – № 27(32). – С. 9–16.

Эпидемиологические исследования показывают, что в настоящее время в России около 700 тыс. человек страдают зависимостью от азартных игр, а каждый двадцатый россиянин может быть включен в группу риска развития игровой зависимости. Представлены социально-психологические и клинические особенности развития игровой зависимости у 85 пациентов, пролеченных в Международном институте резервных возможностей в 2000–2005 гг. Установлено, что после проведения духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зорока годовая ремиссия выявлена у 42 % пациентов.

**Ключевые слова:** игромания, психотерапия, духовно ориентированная психотерапия в форме целебного зорока, Международный институт резервных возможностей.

**Некрасова Н.Н.** Аутогенная тренировка в лечении пациентов с невротическими и соматоформными расстройствами в условиях поликлиники многопрофильной больницы // Вестник психотерапии. – 2008. – № 27(32). – С. 17–23.

Представлена модифицированная методика аутогенной тренировки с элементами групповой психотерапии для пациентов с невротическими и соматоформными расстройствами. Оценивается эффективность 14-летнего применения аутогенной тренировки в лечении тревожного и диссоматического синдромов у пациентов в амбулаторных условиях на базе многопрофильной больницы.

**Ключевые слова:** аутогенная тренировка, групповая психотерапия, невротические расстройства, психотерапевт.

**Осипова С.А., Курпатов В.И.** Изменение Я-структуры личности при формировании невротических депрессий // Вестник психотерапии. – 2008. – № 27(32). – С. 24–27.

Целенаправленно изучались и сравнивались изменения в структуре личности пациентов с невротической депрессией при помощи Я-структурного теста Аммона. Обнаружено снижение данных конструктивных шкал и повышение деструктивных и дефицитарных шкал. Выделены

различия в изменениях личности при формировании депрессии на фоне макрострессора или под влиянием хронического стресса.

**Ключевые слова:** невроз, депрессивное состояние, невротическое развитие, Я-структурный тест Аммона.

**Жулина Е.В., Чикунова Н.А.** Комплексная психологическая диагностика психического развития детей раннего возраста с задержкой речи // Вестник психотерапии. – 2008. – № 27(32). – С. 28–41.

Обозначены задачи, методика диагностического обследования и критерии оценки сформированности компонентов, их взаимодействие в структуре отклоняющегося психического развития детей с задержкой экспрессивной речи в раннем возрасте.

**Ключевые слова:** психическое развитие детей, экспрессивная задержка речи, ранний возраст, психодиагностика, психологическая коррекция.

**Клопов А.Ю., Клопова Е.А., Марищук В.Л.** О развитии этических свойств личности на основе их общности у представителей разных конфессий // Вестник психотерапии. – 2008. – № 27(32). – С. 42–45.

Даны определения морали и нравственности как идентичных понятий, характеризующих особую форму общественного сознания, определяющего нормы поведения людей, их социальные отношения. Разделение этих понятий нецелесообразно. Рассмотрены понятия нравственного сознания, совести, духовности, этики. Показано, что в Библии, Коране, буддийском учении понятия добра – зла, честности – нечестности, справедливости – несправедливости по сути являются однонаправленными.

**Ключевые слова:** мораль, нравственность, этика, совесть, духовность, христианство, мусульманство, буддизм.

**Губин А.И., Евдокимов В.И., Зайцев Д.В., Ценных Е.А.** Изучение профессиональной адаптации медицинских работников // Вестник психотерапии. – 2008. – № 27(32). – С. 46–61.

Разработана структура уровней профессиональной дезадаптации медицинских работников. Учет выраженности дезадаптационных проявлений может существенно помочь проведению первичной профилактики функциональных расстройств организма и коррекции профессиональной деятельности.

**Ключевые слова:** медицинские работники, профессиональная адаптация, уровни дезадаптации, профессиональное выгорание, качество жизни.

**Григорьев Г.И., Григорьев С.Г.** Опыт использования анализа времени жизни и кластерного анализа для прогнозирования ремиссии при алкоголизме и выявления закономерностей ее формирования // Вестник психотерапии. – 2008. – № 27(32). – С. 62–73.

Представлен опыт моделирования вероятности сохранения длительности ремиссии с использованием анализа времени жизни и возможности кластерного анализа при изучении и анализе закономерностей формирования ремиссии при патологических зависимостях на примере анализа данных о трехлетней ремиссии у больных алкоголизмом, добровольно и анонимно пролеченных в Международном институте резервных возможностей человека методом духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока.

**Ключевые слова:** доказательная медицина, психотерапия патологических зависимостей, духовно ориентированная психотерапия в форме целебного зарока, Международный институт резервных возможностей человека.

**Толкачев В.А.** Организационно-методические основы формирования здорового образа жизни на примере Белорусского общественного объединения «Трезвенность-Оптималист» им. Г.А. Шичко // Вестник психотерапии. – 2008. – № 27(32). – С. 73–78.

В настоящее время в Республике Беларусь наблюдается тенденция снижения уровня здоровья и физического состояния всех категорий населения, особенно детей и молодежи. Основными причинами, способствующими развитию заболеваний у человека, являются несоблюдение здорового образа жизни, а также все более усиливающееся употребление алкогольных напитков и других психоактивных веществ. Из анализа современных тенденций развития оздоровительной физической культуры в странах СНГ и за рубежом, сделано заключение о необходимости создания общественного объединения, в основу которого положен инновационный подход к оздоровлению различных групп населения с использованием средств физической культуры и нетрадиционных методов оздоровления.

**Ключевые слова:** здоровый образ жизни, здоровьесберегающие технологии, двигательная активность, вредные привычки, биологический возраст.

**Курпатов В.И., Осипова С.А.** Этапы формирования психогенно обусловленных расстройств // Вестник психотерапии. – 2008. – № 27(32). – С. 79–90.

Приведены результаты лонгитудинального исследования по изучению этиопатогенеза, динамики развития и клиники невротических состояний у лиц (3000 человек), находящихся в условиях длительного стресса, связанного с необходимостью находиться и работать в изолированном коллективе. Клинические наблюдения позволили выделить этапы и стадии болезненного процесса: преневротический (предболезненный) этап нервно-психического неблагополучия; невротический (болезненный) этап с тремя стадиями (кратковременных невротических реакций, устойчивой невротической симптоматики, затяжного невротического состояния); завершающий этап (переход болезни в невротическое развитие; резидуальное состояние или выздоровление с остаточными явлениями).

**Ключевые слова:** невротические состояния, этапы и стадии невротического развития.

**Федоров Я.О.** Современный психоанализ в психиатрической практике // Вестник психотерапии. – 2008. – № 27(32). – С. 91–101.

Представлено использование современного психоанализа в рутинной практике психиатра. На клинических примерах показано как присоединение, отзеркаливание и другие техники помогают решать чисто медицинские задачи, такие как получение согласия на лечение и прием лекарств, удержание в режиме отделения. Описывается возможный механизм действия техник, а также их роль в оказании помощи психотическим пациентам.

**Ключевые слова:** психоанализ, психоаналитические техники, психотерапия, психиатрический дневной стационар.

**Евдокимов В.И., Зайцев Д.В., Федотов А.Н.** Научно-методологические проблемы оценки качества жизни // Вестник психотерапии. – 2008. – № 27(32). – С. 102–131.

Представлены современные концепции качества жизни. Системообразующим фактором многих из них являются научно обоснованные потребности человека. Концептуальные модели качества жизни позволяют оценивать его двумя способами: измерением объективных условий жизни и измерением субъективных оценок жизни. Проанализированы основные направления исследований оценки качества жизни населения России и ее отдельных популяционных групп.

**Ключевые слова:** качество жизни, потребности, уровень жизни, социально-экономические показатели, субъективные оценки удовлетворенности жизнью.

**Milchakova E.A., Grigorjev G.I.** Psychological assistance to gambling abusers based on spirit-oriented psychotherapy via a healing vow // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2008. – No 27(32). – P. 9–16.

Epidemiologic studies show that about 700,000 individuals in Russia currently suffer from a gambling abuse and 1/20 can be included in a risk group of gambling dependence. Social, psychological and clinical characteristics of gambling dependence formation are described in 85 patients treated at the International Institute of Reserve Human Capabilities in 2000–2005. It has been concluded that after a spirit-oriented psychotherapy via a healing vow some 42% patients entered into a one-year remission.

**Keywords:** gambling abuse, psychotherapy, spirit-oriented psychotherapy via a healing vow, International Institute of Reserve Human Capabilities.

**Nekrasova N.N.** Autogenic training in the treatment of patients with neurosis and somatoform disorders in the multifield hospital polyclinic setting // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2008. – No 27(32). – P. 17–23.

The paper describes the modified method of autogenic training with group-psychotherapy elements for patients with neurosis and somatoform disorders. Beneficial effects of autogenic training in the treatment of anxiety and insomnia syndrome have been estimated. The data are based on the 14-year practical experience in groups of outpatient individuals with neurosis disorders on the multifield hospital base.

**Keywords:** autogenic training, group-psychotherapy, patients, psychotherapist.

**Osipova S.A., Kurpatov V.I.** Changes in a personality Ego-structure under development of neurotic depressions// “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2008. – No 27(32). – P. 24–27.

Changes in a personality structure of patients with neurotic depression were specially studied using Ego-structure test by G. Ammon. Parameters of the constructive scales were found to be decreased and those of destructive and deficit scales were increased correspondingly. Differences in personality altera-

tions during a depression development were identified on the background of macro stress and under the influence of chronic stress.

**Keywords:** neurosis, depressive state, neurotic development, Ego-structure test by G. Ammon.

**Zhulina E.V., Chikunova N.A.** Integrated psychological assessment of the development of early-aged children with speech delay // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2008. – No 27(32). – P. 28–41.

Considered are the problems, a method of diagnostic assessment and criteria of component maturity, their interrelation within the structure of deviant mental development in children with expressive speech delay at an early age.

**Keywords:** pediatric mental development, expressive speech delay, early age, psychodiagnostics, psychological correction.

**Klopov A.Y., Klopova E.A., Marischuk V.L.** The ethical personality characteristics development based on their similarity in different confession representatives. // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2008. – No 27(32). – P. 42–45.

The definitions of morality and morals as identical notions characterizing the specific form of social consciousness, which determines standards of human behavior and social relations are presented. To differentiate the notions is unreasonable. The notions «moral consciousness», «conscience», «spiritedness», «ethics» are examined. Actual unidirectionality of notions «good – bad», «honesty – dishonesty», «justice – injustice» in Bible, Koran and Buddhism teaching is demonstrated.

**Keywords:** morality, morals, ethics, conscience, spiritedness, Christianity, Islam, Buddhism.

**Gubin A.I., Evdokimov V.I., Zaitsev D.V., Tsennykh E.A.** An assessment of professional adaptation in health professionals // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2008. – No 27(32). – P. 46–61.

Categorization of deadaptation levels for health professionals has been developed. Taking deadaptation manifestations into account can significantly help in primary prevention of body function disorders and adjustment of occupational activities.

**Keywords:** health professionals, professional adaptation, deadaptation levels, professional burn-out, quality of life.

**Grigorjev G.I., Grigorjev S.G.** An experience of analysis of life-span and cluster analysis for predicting an alcoholism remission and identifying patterns of its formation // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2008. – No 27(32). – P. 62–73.

An example of simulating of probability of sustained remission using analysis of life-span and cluster analysis is provided for assessment of patterns of remission formation in pathologic dependencies on the model of 3-year remission in patients with alcoholism, which voluntarily and anonymously were treated at the International Institute of Reserve Human Capabilities by the method of spirit-oriented psychotherapy via a healing vow.

**Keywords:** conclusive medicine, psychotherapy of pathologic dependencies, spirit-oriented psychotherapy via a healing vow, International Institute of Reserve Human Capabilities.

**Tolkachev V.A.** Administrative and methodological basis for a healthy lifestyle formation by example of the G.A. Shichko Byelorussian community «Trezvennost-optimalist» («Sobriety») // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2008. – No 27(32). – P. 73–78.

Currently in the Byelorussian Republic one can observe a tendency to a decline of health and fitness in the whole population, mainly in children and young people. Principal reasons for disease development in humans are unhealthy lifestyle and constantly increasing consuming of alcohol beverages and other psychoactive substances. An analysis of current trends in development of health-improving physical activities in CIS countries and abroad has demonstrated a necessity to create a community organization based on the innovative approach to health improvement of various population groups using physical training and unconventional approaches.

**Keywords:** healthy lifestyle, health-preserving technologies, physical activity, bad habits, biological age.

**Kurpatov V.I., Osipova S.A.** Stages of psychogenic disorder formation // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2008. – No 27(32). – P. 79–90.

Provided are results of the longitudinal study of etiology and pathogenesis, development and clinical manifestations of neurotic states in individuals



(n=3000) under prolonged stress due to a necessity of staying and working in an isolated team. Clinical observations made it possible to identify stages and phases of pathology course: pre-neurosis (pre-disease) stage of nervous and mental ill-being; neurosis (disease) stage containing three phases (short-term neurotic reactions, sustained neurotic symptoms, prolonged neurotic state); and a final stage (disease transition into a neurotic development; residual state or resolution with consequences).

**Keywords:** neurotic states, stages and phases of neurotic development.

**Fedorov Ya.Yu.** Modern psychoanalysis in a psychiatry practice // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2008. – No 27(32). – P. 91–101.

The article is devoted to the application of the Modern Psychoanalysis in a routine psychiatrist practice. Such techniques as joining, mirroring and others facilitate solving administrative and medical problems, i.e. consenting to hospitalization and medication, regimen compliance. Applications of psychotherapeutic methods are shown on the clinical cases. Possible mechanisms of action and a role of psychoanalytic techniques in the treatment of psychotic patients are described.

**Keywords:** psychoanalysis, psychoanalysis techniques, psychotherapy, day psychiatric facility.

**Evdokimov V.I., Zaitsev D.V., Fedotov A.N.** Research and methodological issues of life quality assessment// “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2008. – No 27(32). – P. 102–131.

Modern concepts of life quality are presented. Many of them are based on the research-justified human needs. Conceptual models of life quality involve two ways of assessment: measurement of actual life settings and subjective life satisfaction. The main directions of life quality research in Russia population and its subgroups have been analyzed.

**Keywords:** life quality, needs, life level, social economical parameters, subjective measures of life satisfaction.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Миљчакова Елена Александровна** – Оздоровительное учреждение «Международный институт резервных возможностей человека», кандидат психологических наук, медицинский психолог, 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11, р.т. (812) 513-67-97

**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 grigorijgi@hotmail.com

**Григорьев Степан Григорьевич** – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, доктор медицинских наук, профессор, заместитель начальника кафедры автоматизации управления медицинской службой (с военно-медицинской статистикой), 194175, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6, р.т. (812) 292-34-79.

**Губин Артем Иванович** – Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, аспирант кафедры общей гигиены, 394622, г. Воронеж, ул. Студенческая, д. 10.

**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

**Жулина Елена Викторовна** – Нижегородский государственный педагогический университет, кандидат психологических наук, доцент кафедры специальной психологии, 603950, г. Нижний Новгород, ГСП-999, пл. Минина, д. 7, учебный корпус № 2, р.т. (8312) 439-03-20, e-mail: zhulinaelena@mail.ru

**Зайцев Дмитрий Анатольевич** – Тульская областная психиатрическая больница им. Н.П. Каменева, заведующий отделением пограничных состояний, кандидат медицинских наук, 300600, Тульская обл. пос. Четелино.

**Клопов Александр Юрьевич** – Военный институт физической культуры, зам. начальника института, кандидат педагогических наук, 194353, Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., д. 63.

**Клопова Елена Анатольевна** – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, преподаватель русского языка спец. факультета, 194175, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6.

**Курпатов Владимир Иванович** – ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психотерапии, 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41, р.т. (812) 445-16-07 доб.116, e-mail: kafedrapt@narod.ru

**Марищук Владимир Лаврентьевич** – Военный институт физической культуры, Заслуженный деятель науки РФ, доктор психологических наук, профессор, профессор кафедры гуманитарных и социально-экономических дисциплин, 194044, Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр. д. 63, р.т. (812) 292-31-61.

**Некрасова Надежда Николаевна** – МУЗ «Котласская центральная городская больница», врач-психотерапевт I категории, психиатр, терапевт, Архангельская обл., г. Котлас, пр. Мира, д. 36, 8-921-482-07-23.

**Осипова Светлана Анатольевна** – ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава, аспирант кафедры психотерапии, 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41, okdoksev@gmail.com

**Толкачев Валентин Андреевич** – ГУ «Республиканский учебно-методический центр физического воспитания населения» Министерства спорта и туризма Республики Беларусь, методист I-й категории, 220035, Минск, ул. Игнатенко, д. 13, e-mail: [tolk\\_m@rambler.ru](mailto:tolk_m@rambler.ru)

**Федотов Александр Николаевич** – Департамент здравоохранения Тульской обл., начальник отдела кадровой политики и мобилизационной подготовки, 300045, г. Тула, ул. Оборонная, д. 114 «г».

**Фёдоров Ян Олегович** – Восточно-Европейской институт Психодиагностики, кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой Пропедевтики психических болезней, 197198, Санкт-Петербург, П.С. Большой пр., д. 18, р.т. (812) 235-11-39, e-mail: [orthodoc@mail.ru](mailto:orthodoc@mail.ru)

**Ценных Елена Александровна** – Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, аспирант кафедры общей гигиены, 394622, г. Воронеж, ул. Студенческая, д. 10.

**Чикунова Нина Александровна** – Нижегородский государственный педагогический университет, ассистент кафедры специальной психологии, 603950, г. Нижний Новгород, ГСП-999, пл. Минина, д. 7, учебный корпус № 2, р.т. (8312) 439-03-20.



## 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](mailto:vestnik-pst@yandex.ru)

Сайт МИРВЧ: [www.mirvch.ru](http://www.mirvch.ru)

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

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

## **ВНИМАНИЮ ПОДПИСЧИКОВ!**

В июле 2008 г. вышла монография «Духовно ориентированная психотерапия патологических зависимостей» под редакцией профессора Г.И. Григорьева – 504 с.

В книге раскрыта проблема патологических зависимостей и изложены методы их лечения. Детально представлен психотерапевтический метод лечения – духовно ориентированная стрессовая психотерапия – разработанный в Международном институте резервных возможностей человека и реализованный при лечении большого (более 125 000) числа больных с патологическими зависимостями в течение 20 лет. Представлены социально-демографическая, индивидуально-психологическая и психофизиологическая характеристики больных с различными формами аддикции, добровольно обратившихся за медико-психологической помощью. Показан механизм воздействия и эффективность факторов, его повышающих.

Книга издана в твердом переплете, хорошо проиллюстрирована.

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

Стоимость монографии 500 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