

# АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОТЕРАПИИ

УДК [614.253 : 615.851] 341.7

*Т.А. Караваева, Т.С. Вьюнова,  
С.А. Подсадный*

## **ЗНАЧЕНИЕ ЭТИЧЕСКИХ НОРМ И ПРИНЦИПОВ В ПСИХОТЕРАПИИ И ИХ ЗАКРЕПЛЕНИЕ В ПРАВОВОМ РЕГУЛИРОВАНИИ**

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева;  
Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова

Этические нормы, как и правовые, являются одним из видов социальных норм, т. е., правил должного поведения, которые складываются на основе определенных общественных ценностей в процессе взаимодействия индивидов и групп и признаются обществом. Исторически до формирования относительно подробного медицинского законодательства этические нормы были чуть ли не единственным регулятором взаимоотношений между врачом и пациентом.

Главное отличие этики от права, включающего в себя механизмы принуждения со стороны государства, заключается в том, что этика использует только методы морального воздействия (осуждение, одобрение, общественную поддержку и др.), отражается и закрепляется в господствующих в обществе идеалах добра и зла. Этика в большей степени, чем право сконцентрирована преимущественно на анализе отдельных случаев, моральных коллизий, казусов, трудных с нравственной точки зрения для принятия решения. В то же время этика и законодательство регулируют один и тот же круг вопросов (права и обязанности договаривающихся сторон по отношению друг к другу, условия оказания, получения врачебной помощи и качество этой помощи, сроки, размеры и порядок вознаграждения за труд и др.), и тем самым дополняют друг друга. Этика в историческом плане опережает законы, в связи с чем правовое закрепление получают сложившиеся и опробованные в обществе этические нормы.

Особая значимость этического регулирования деятельности и отношений, возникающих в ходе организации и оказания медицинской помощи, определяется самой природой медицины, гуманистическими истоками ее возникновения и последующей социальной институционализацией.

Медицинская этика представляет собой исторически сложившийся комплекс или систему моральных (нравственных) представлений, взгля-

дов, традиций и норм, относящихся к биологии и медицине, т. е. к сфере и проблемам изучения, познания и защиты жизни и здоровья человека [ 2 ].

Различные нравственные регуляторы, функционировавшие на разных этапах развития общества, – религиозные, культурные, этнические, социально-экономические – оказали влияние и на формирование этических моделей в медицине. Учитывая все многообразие врачебного нравственного опыта, можно выделить следующие сосуществующие этические модели, элементы которых отражены и в современном понимании медицинской этики – модель Гиппократова, модель Парацельса, деонтологическая модель, биоэтика [ 3 ].

*Модель Гиппократова* является первой формой врачебной этики (460-377 гг. до н. э.) и основана на принципе «не навреди». Исторически она связывается с положениями, изложенными Гиппократом в трудах «Клятвы», «О законе», «О врачах», «О благоприличном поведении», «Наставления» и др. К ним относятся гарантии непричинения вреда, оказание помощи, проявление уважения, справедливости, отрицательное отношение к эвтаназии, абортам, отказ от интимных связей с пациентами, забота, принятие решений в пользу больного, врачебная тайна, обязательства перед учителями, коллегами и учениками. В этой модели взаимоотношения врача и пациента рассматриваются под углом зрения социальных гарантий и профессиональных обязательств медицинского сообщества [ 1 ].

Отражением этих представлений в современном этико-правовом регулировании медицинской деятельности может считаться «Клятва российского врача», закрепленная «Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан».

*Модель Парацельса*. В основе этой модели, сложившейся в Средние века, лежит нравственное отношение к пациенту, сформулированное в принципе «делай добро». Врачом учитываются индивидуальные особенности личности пациента, признается глубина его душевных контактов с врачом и важность включенности их в терапевтический процесс. В границах модели Парацельса в полной мере развивается патернализм как тип взаимосвязи врача и пациента, сохраняющий определенную актуальность и в настоящее время.

*Деонтологическая модель*. Ее основателем считается английский философ Бентам (1748–1832), впервые использовавший термин «деонтология». Эта модель базируется на учении о долге, моральной обязанности, нравственном совершенстве, безупречности и принципе «соблюдения долга». Согласно деонтологической модели поведение врача должно соответствовать определенным разработанным этическим нормативам. В работах по медицинской деонтологии периода 60–80-х годов XX в. делались попытки разработать перечни и характеристику «точно сформулированных правил поведения» практически для каждой медицинской специальности. Интернациональное распространение деонтологии легло в ос-

нову ряда международных документов, регламентирующих поведение врача: «Женевская декларация» (1948 г.), «Международный кодекс медицинской этики» (Лондон, 1949 г.), «Хельсинская декларация» (1964 г.), «Токийская декларация» (1975 г.) и др.

*Биоэтика.* В 60–70-х годах XX в. в связи с появлением новых философских и этических проблем, возникающих из-за бурного развития медицины, биологических наук и использования в здравоохранении высоких технологий, формируется новое исследовательское направление междисциплинарного характера и новая модель медицинской этики – биоэтика (этика жизни). Термин, предложенный Ван Ренселлером Поттером в 1971 г. понимается им как «систематические исследования поведения человека в области наук о жизни и здравоохранении в той мере, в которой это поведение рассматривается в свете моральных ценностей и принципов». Основным моральным принципом биоэтики становится принцип «уважения прав и достоинства личности». Под влиянием этого принципа меняется решение «основного вопроса» медицинской этики – вопроса об отношении врача и пациента, об участии больного в принятии врачебного решения. Это далеко не «вторичное» участие оформляется в новых типах взаимоотношения врача и больного – информационный, совещательный, интерпретационный типы являются по своему форме защиты прав и достоинства человека.

Биомедицинская этика опирается на четыре основных принципа (автономия, непричинение вреда, благодеяние, справедливость), пять этических норм (правдивость, приватность, конфиденциальность, лояльность, компетентность) и вытекающие из них этические стандарты поведения врача, которое может быть разным, поскольку оно представляет собой решения конкретных этических задач (этический выбор) в конкретной этической проблемной ситуации.

Современная форма биомедицинской этики существует в режиме всех четырех исторических моделей – моделей Гиппократ и Парацельса, деонтологической модели и биоэтики.

Стремительное развитие медицины, появление новых технологий, расширение возможностей воздействия на человеческую жизнь, осознание целостности организма и личности привели к разработке медицинскими сообществами современных этических принципов и правил.

В 1948 г. Всемирная медицинская ассоциация (ВМА) приняла Женевскую декларацию, в которой подтверждается приверженность принципу конфиденциальности врачебной деятельности: «Я буду уважать секреты, которые доверяются мне, даже после того, как пациент умрет». Требование к врачу – не допускать, чтобы соображения религиозной, национальной, партийной, политической принадлежности или социального положения препятствовали ему выполнять свой долг в отношении пациентов.

В 1949 г. ВМА приняла «Международный кодекс медицинской этики», в котором, в частности, признавались неэтичными: любое саморекламирование врача без одобрения профессионального врачебного сообщества; участие врача в медицинском обслуживании, если при этом он не обладает профессиональной независимостью; получение любой суммы денег помимо соответствующего профессионального вознаграждения.

В Кодексе также говорится, что любое действие или совет, которые могут ослабить физическую или психическую устойчивость человека, можно использовать только в его интересах, что врач должен утверждать или свидетельствовать лишь то, что он лично проверил, что при обнародовании новых методов лечения врач должен соблюдать величайшую осторожность и т.д.

Дальнейшее развитие «Международный кодекс медицинской этики» получил в результате принятия на Всемирных медицинских ассамблеях, организованных ВМА, таких исторических документов в области медицинской этики, как «Хельсинкская декларация» (1964), развивающая идеи Нюрнбергского кодекса 1947 г., «Лиссабонская декларация» (1981) о правах пациента, «Венецианская декларация» (1983) о терминальной стадии болезни и ряда других.

В последние годы постоянный Этический комитет Всемирной Психиатрической Ассоциации (ВПА) также активизировал свою деятельность в области психического здоровья, уделяя большое внимание разработке этического кодекса для психиатров.

В 1996 г. на X Конгрессе ВПА была принята «Мадридская декларация», которая наметила этические ориентиры в новых ситуациях, ставших актуальными со времени принятия «Гавайской декларации» в 1977 г. Она представляет собой этические принципы, которым должны следовать общества-члены ВПА, и включает рекомендации по поведению психиатров и отношению к эвтаназии, пыткам, смертной казни, смене пола и трансплантации органов. После Всемирного конгресса 1996 г. Этический комитет ВПА приступил к разработке новых этических рекомендаций, учитывая пожелания национальных психиатрических обществ. Так были подготовлены проекты этических рекомендаций, в том числе и в отношении психотерапии, которая представляет собой важный способ лечения душевных заболеваний: и как компонент всякого медицинского вмешательства, и как специфический вид терапии при некоторых расстройствах.

Основной движущей силой при оказании психотерапевтической помощи, имеющей большее значение по сравнению с другими медицинскими направлениями, являются взаимоотношения между врачом и пациентом. Именно интерперсональный характер их взаимодействия определяет важное значение этических норм. Правовое регулирование далеко не всегда может разрешить все сложные аспекты психотерапевтических отношений, возникающих при оказании медицинской помощи. Однако за-

конодатель, учитывая необходимость этического регулирования, ставит в статье 19 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» этические и правовые нормы на один уровень, определяя, что деятельность врача и медицинского персонала при оказании психиатрической помощи «основывается на профессиональной этике и осуществляется в соответствии с законом». Ряд базовых этических требований содержится и в клятве врача, которая в качестве статьи 60 помещена в «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». Важным положением данной статьи является юридическая ответственность врача за нарушение клятвы.

В нашем законодательстве не предусмотрены санкции за нарушение большинства этических норм, что в значительной степени приводит к их обесцениванию. Однако профессиональные этические кодексы как в нашей, так и в других странах уделяют им большое внимание. В этическом кодексе Канадской медицинской ассоциации записано: «Врач добросовестно избегает использования взаимоотношений врач-пациент для удовлетворения своих эмоциональных, финансовых и сексуальных потребностей». В кодексе медицинской этики Американской медицинской ассоциации (пересмотр 2001 г., раздел 8.14) зафиксировано: «Сексуальный контакт, который сопутствует взаимоотношениям врач-пациент, считается неправомерным сексуальным поведением». В Великобритании этические правила о границах включают в себя обязанность «избегать злоупотребления своим положением врача», «не использовать свою профессиональную должность для того, чтобы устанавливать либо добиваться сексуальных или неправомерных отношений с пациентом или с кем-нибудь из его близких».

На 4-й конференции Ассоциации врачей России в 1994 г. был утвержден «Этический кодекс российского врача». В документе зафиксированы такие этические принципы, как профессиональная компетентность врача, недопустимость причинения вреда, запрет на злоупотребление врачом своим положением и знаниями, его ответственность за качество оказываемой помощи, обязанность уважать права пациента и соблюдать моральные правила в общении с коллегами. Предполагается, что ответственность за нарушение профессиональной этики определяется уставами территориальных и профильных ассоциаций врачей. Но если нарушение этических норм одновременно затрагивает и положения действующего законодательства Российской Федерации (как, например, разглашение врачебной тайны), врач несет ответственность по закону. В то же время, подчеркивая моральный внутриличностный характер понимания и применения этических норм, в кодексе отмечается, что первый судья врача – собственная совесть, второй – медицинское сообщество, которое в лице врачебной ассоциации имеет право наложить на нарушителя взыскание в соответствии со своим уставом и иными документами.

В целях совершенствования этических норм в области психиатрии в нашей стране психиатрами в содружестве с психологами, юристами и философами разработан «Кодекс профессиональной этики психиатра», утвержденный Пленумом правления Российского общества психиатров в 1994 г. В соответствии с Кодексом, главным направлением профессиональной деятельности психиатра является оказание психиатрической помощи всякому нуждающемуся в ней, а также содействие укреплению психического здоровья населения. Основные положения кодекса:

- профессиональная компетентность врача-психиатра – его специальные знания и искусство врачевания являются необходимым условием психиатрической деятельности;

- психиатр не вправе нарушать древнюю этическую заповедь врача: «прежде всего не вредить»;

- всякое злоупотребление психиатром своими знаниями и положением врача несовместимо с профессиональной этикой;

- моральная обязанность психиатра – уважать свободу и независимость личности пациента, его честь и достоинство, заботиться о соблюдении его прав и законных интересов;

- психиатр должен стремиться к установлению с пациентом терапевтического сотрудничества, основанного на взаимном согласии и взаимной ответственности;

- психиатр должен уважать право пациента соглашаться или отказываться от предлагаемой психиатрической помощи после предоставления необходимой информации;

- психиатр не вправе разглашать без разрешения пациента или его законного представителя сведения, полученные в ходе обследования и лечения пациента и составляющие врачебную тайну;

- при проведении научных исследований или испытании новых медицинских методов и средств с участием пациентов должны быть заранее определены границы допустимости и условия их проведения;

- моральное право и долг психиатра – отстаивать свою профессиональную независимость;

- во взаимоотношениях с коллегами главными этическими основаниями служат честность, справедливость, порядочность, уважение к их знаниям и опыту, а также готовность передать свои профессиональные знания и опыт.

Ответственность за нарушение «Кодекса профессиональной этики психиатра» определяется Уставом Российского общества психиатров.

На X Всемирном психиатрическом конгрессе в Мадриде (1996) было принято решение разработать примерный кодекс этических стандартов в психиатрии, на основе которого национальные психиатрические службы могли бы создавать аналогичные кодексы в своих странах с учетом соци-

альных, экономических и других особенностей этих стран. Многие положения российского кодекса легли в основу этого международного документа.

В области психотерапии существуют «Кодекс психоаналитической этики национальной федерации психоанализа», «Кодекс профессиональной этики гештальт-терапевта», «Этические правила и кодекс европейской ассоциации телесных психотерапевтов», «Этические рекомендации международного центра позитивной психотерапии», «Этический кодекс психотерапевтов и психологов города Тольятти», «Деонтологический кодекс», «Этические стандарты психологов» и др.

Практически во всех этих кодексах особое внимание уделяется недопустимости применения лечебных процедур, в отношении которых не существует специальных показаний и доказательств их эффективности и безопасности. Эффективность и безопасность психотерапии должна оцениваться точно так же, как и эффективность и безопасность любого другого лечения в медицине, т. е. должны существовать критерии показаний, эффективности, безопасности и контроля качества проводимого лечения. Для этого, с одной стороны, необходимо специальное обучение в области психотерапии, включающее в себя теоретические и практические аспекты. Хотя на практике обучение зачастую превращается в демонстрацию конкретных приемов и техник, заимствованных из различных моделей и часто не сочетающихся или даже противоречащих друг другу. Однако именно теоретические представления, раскрывающие содержание понятий «норма» и «отклонение», определяют характер и специфику психотерапевтических воздействий и позволяют осознанно их осуществлять, а также создают базу для профессиональной подготовки психотерапевтов. Поэтому необходимы специальные механизмы оценки квалификации специалистов и для избегания формализации этого процесса, как часто происходит в реальности. Эти механизмы должны носить многоуровневый характер. Это могут быть, например, утвержденные программы обучения, квалификационные комиссии, этические комитеты, институт супервизии.

С другой стороны, необходим перечень разрешенных к использованию психотерапевтических методов, который должен быть не только утвержден в установленном порядке, но и проходить оценку научным сообществом и этическими организациями.

Создание в медицинских учреждениях специальных этических комиссий позволило бы заниматься всеми вопросами, связанными с соблюдением и реализацией прав пациента в конфликтных ситуациях и явилось бы их формой предупреждения и разрешения. К функциям этических комиссий относятся:

- проверка обоснованности жалоб и обращений пациентов, связанных с нарушением их прав;

- регулирование прав пациента механизмами их обеспечения и защиты;
- утверждение принципа взаимного доверия во взаимоотношениях пациента и медицинского работника;
- оперативное и объективное рассмотрение фактов нарушения прав пациентов и ответственности за нарушение их прав;
- контроль и независимая экспертиза качества медицинской и лекарственной помощи.

Целесообразно в таких комиссиях объединять представителей различных сторон, как оказывающих, так и получающих медицинскую помощь: врачей, пользующихся авторитетом среди коллег, пациентов, должностных лиц здравоохранения, а также представителей общественных организаций.

Еще одной важнейшей этической проблемой при оказании психотерапевтической помощи является опасность нарушения границ в отношениях с пациентами с целью получения личной, сексуальной, финансовой, академической или профессиональной выгоды. К сожалению, научных исследований в этой области крайне мало. В англоязычных странах большее внимание уделяется нарушению сексуальных границ между психотерапевтом и пациентом, поскольку одним из видов ответственности в этом случае служит аннулирование лицензии и запрет на право заниматься психотерапевтической деятельностью, и эта проблема более часто представлена в эмпирических исследованиях. Однако, это далеко не единственный вариант искажения межличностных отношений между специалистом и пациентом.

Нарушение границ следует понимать как любое нарушение безопасности взаимоотношений между пациентом и врачом. Сюда также может относиться чрезмерное самораскрытие врача перед пациентом и сокращение межличностной дистанции в общении, отношения, выходящие за рамки терапевтического контакта (деловые, личные, финансовые и т. д.), формирование и использование зависимости пациента от психотерапевта. Серьезные нарушения границ неэтичны, а во многих странах признаются противозаконными.

Ситуацией, на решение которой оказывают влияние транскультурные различия, являются денежные взаимоотношения пациента и психотерапевта. На Западе продолжение психотерапии после окончания оплаты не только не приняты, но и считаются грубым нарушением терапевтических границ, причем не имеет значения причина финансовых затруднений пациента (сложная жизненная ситуация, потеря работы, зависимость от заработка других членов семьи, растрата, потеря денежных средств). В России, по данным специальных исследований, в менталитете врача определяющее значение имеют противоположные моральные нормы, социально одобряется оказание помощи нуждающемуся в ней человеку.



### ***Заключение***

Во взаимоотношениях между врачом, оказывающим психотерапевтическую помощь, и пациентом постоянно возникают этические проблемы и вопросы, ответы на которые далеко не всегда можно найти в законах или этических кодексах. Важное значение имеют внутренние представления и ценности самого врача, его понимание норм морали и нравственности, личностная зрелость и ответственность. Поэтому становится важным профессиональный отбор в эту специальность, образование, включающее в себя знание моральных, правовых принципов и общественный, профессиональный и государственный контроль за лицами, оказывающими психотерапевтическую помощь. Большую роль в этом должны играть профессиональные сообщества и этические комитеты. Однако несомненно, что для реального, действенного контроля общество должно иметь не только правила, но и детально разработанные санкции за нарушения этих правил (например, официальное предупреждение, приостановление и отзыв сертификата, отказ в праве заниматься психотерапией и другие).

### ***Литература***

1. *Гиппократ*. Этика и общая медицина. – СПб., 2007. – 349 с.
2. *Биомедицинская этика* / под ред. В.И. Покровского. – М., 1997. – 259 с.
3. *Силуянова И.В.* Биоэтика в России: ценности и законы / И.В. Силуянова. – М. : Грантъ, 2001. – 192 с.

## **СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ШИЗОФРЕНИЕЙ И ШИЗОТИПИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

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

В настоящее время ни практические врачи, ни исследователи не оспаривают мнение о необходимости проведения психотерапевтической работы с больными эндогенными психозами, рассматривая психотерапию в качестве существенного элемента процесса лечения, во многом определяющего социальную адаптацию больных и качество их жизни. На практике положение психотерапии в системе реабилитации больных эндогенными психозами определяется представлением клинициста о возможностях существующих биологических и психотерапевтических методов лечения, их соотношении при лечении конкретного больного и адекватности выбранных врачом терапевтических целей адаптационно-компенсаторным возможностям пациента. И то, и другое определяется мнением психотерапевта относительно этиологии и патогенеза эндогенных психических нарушений.

Современные научные представления отдают приоритет адаптационной теории эндогенных психозов, предполагающей взаимодействие между специфической генетической уязвимостью индивида, стрессорными воздействиями среды и объемом индивидуальных и социальных ресурсов, позволяющих устранять или компенсировать развивающиеся после манифестации заболевания нарушения. Таким образом, участниками патологического процесса являются следующие составляющие: 1) биологическая реактивность; 2) агрессивность/протективность окружающей среды; 3) усвоенные в процессе индивидуального развития способы реагирования больного на различные стрессовые ситуации. Такое понимание развития эндогенного процесса (и базирующиеся на нем «уязвимость-стрессовые», «диатез-стрессовые» и «уязвимость-диатезо-стрессовые» модели заболевания) позволяет выделить главные направления в терапии психоза вообще и вытекающие из них конкретные психотерапевтические и психосоциальные мишени.

Если отбросить две крайние точки зрения – о неограниченных возможностях психотерапии эндогенных психозов и полной ее ненужности, то остается широкое пространство, где врач имеет возможность комбинировать различные терапевтические мероприятия, зависящие от преобладания биологической, психологической или социальной составляющей в дезадаптации пациента.

Предлагаемый в данной статье подход представляет собой определенную систему психотерапевтических воздействий по отношению к больным эндогенными психическими расстройствами, основанную на корректном соотношении методов семейной терапии и типов нарушения индивидуальной адаптации и ориентированную на социальное восстановление пациентов.

Большинство современных исследователей разделяют мнение о том, что психотерапия больных шизофренией имеет принципиальные отличия от традиционной психотерапии непсихотических расстройств. По мнению V. Car и P. Burnett (1983), психотерапия психозов должна соотноситься (быть релевантной) с «моделью болезни», а не с «моделью личности», на которой базируется традиционная психотерапия непсихотических расстройств и в которой наибольшее значение имеют субъективные переживания пациента. Традиционные психотерапевтические подходы, в основании которых лежат различные модели личности (психоаналитическая, когнитивно-поведенческая, гуманистическая и др.) предполагают, что симптом является следствием различных психологических процессов (вытеснения психотравмирующих переживаний, актуализации защитных механизмов, когнитивных ошибок, негативного обусловливания\*) или препятствий на пути личностного роста. В противоположность этим подходам, модель болезни предполагает, что симптом является, прежде всего, следствием церебральной патологии, а вышеперечисленные психологические процессы выполняют патопластическую роль.

При проведении психотерапии невротических нарушений предполагается существование такой психической интегрированности пациента, которая дает ему возможность: а) адекватно воспринимать и оценивать стимулы среды; б) иметь относительно ясную границу между миром субъективных переживаний и объективной реальностью; в) обладать способностью воздействовать на реальность, исходя из своих актуальных потребностей и перспективных целей; г) сохранять возможность к переживанию и накоплению индивидуального опыта; д) иметь в наличии эффективные и социально приемлемые способы переработки (физиологические и психологические адаптационные механизмы) отрицательных эмоций и «достаточно эластичную самооценку, чтобы допустить некоторые неприятные открытия относительно себя».

При шизофрении этой интегрированности, позволяющей быстро и эффективно справляться с отрицательными переживаниями, не существует вследствие биологически обусловленных базовых нарушений когнитивных, эмоциональных и волевых механизмов, определяющих поведение индивида. В то же время чрезвычайно важными для психотерапевтиче-

---

\* Негативное обусловливание – поведенческое закрепление неадаптивных форм поведения

ских усилий оказываются те из них, которые направлены на уменьшение «уязвимости» и проявлений «психопатологического диатеза» пациента, а также на снижение уровня стресса в окружающей его среде.

В настоящее время «уязвимость» является во многом гипотетическим понятием, под которым понимают генетически обусловленное снижение нервно-психической толерантности индивидуума к стрессорным воздействиям, свидетельствующее о потенциальном риске развития заболевания. Под «психопатологическим диатезом» понимается состояние предболезни, свидетельствующее об активизации, «проявляемости» [ 5 ] ранее скрытых механизмов уязвимости и в силу этого являющееся признаком реальной готовности индивидуума к развитию психического заболевания.

Логичным является предположение о наличии между уязвимостью и диатезом – «порога уязвимости» [ 13 ], а между диатезом и болезнью – «адаптационного барьера» [ 1, 2 ] – динамического образования, препятствующего дезорганизации функциональных систем, которые используются организмом при адаптации к конкретной ситуации. «Психопатологический диатез» проявляется в недостаточности биологических и психологических возможностей пациента, необходимых для успешной адаптации к среде. Когда уровень стресса превышает адаптационные возможности человека, заболевание манифестирует в виде позитивной и негативной симптоматики. В связи с этим терапевтическими целями при уже развившейся шизофрении могут являться: предупреждение обострения, редукция позитивной симптоматики и компенсация дефекта.

Огромное значение имеет тот факт, что, в отличие от невротических расстройств, заболевание шизофренией влечет за собой значительные социальные последствия для пациента, которые обусловлены не только его выраженной дезадаптацией в наиболее важных сферах социальной жизни, но и специфическим отношением окружающих к душевнобольным, которое выражается в негативном выделении пациента в обществе (этикетировании) с последующим стереотипным набором социальных реакций на него, то есть – стигматизацией. В силу этого больной шизофренией с самого начала заболевания сталкивается с патерналистским отношением к себе со стороны медперсонала, агрессивно-пренебрежительным или чрезмерно гиперпротективным отношением со стороны здоровых членов семьи, а также со всевозможными социальными ограничениями, связанными с трудоустройством и реализацией своих гражданских прав.

Сам больной, являясь членом данного общества, оказывается носителем пренебрежительного отношения к душевно нездоровым лицам, что (позволяя пациенту сохранить достаточную для психологического функционирования самооценку) способствует непризнанию им собственного душевного расстройства с последующим многократным отказом от лечения. В случае же признания себя психически больным имеющаяся нега-

тивная социальная установка на «душевную инакость» способствует появлению у пациента требований (по механизмам «вторичной выгоды» от болезни), в соответствии с которыми он начинает настаивать на исключительности своего жизненного невезения, уникальности имеющихся страданий и ожидать от окружения безмерного сочувствия, полного подчинения и выполнения любых своих прихотей. И первый (в наибольшей степени), и второй тип отношения к болезни являются специфическим и для психических заболеваний и становятся препятствиями на пути лекарственного лечения, психотерапии и, следовательно, социальной реабилитации пациента.

Несмотря на чрезмерность негативных реакций общества на больных, истоки этих реакций вытекают из вполне реальных обстоятельств – психическое заболевание действительно несет в себе принципиальную опасность для окружающих, а общение с душевно больным человеком зачастую обременительно и чревато неприятными неожиданностями для его ближайших родственников. Эта нагрузка, связанная с контактом или проживанием с больным шизофренией, приводит к значительному эмоциональному напряжению, которое по принципу обратной связи отрицательно сказывается на самом пациенте [ 4 ]. Поэтому, если при лечении невротических расстройств адаптация микросоциальной среды к пациенту может приводить к затягиванию разрешения психологической проблематики, то при шизофрении адаптация социальной среды к пациенту становится совершенно необходимой, так как она, будучи нормативной (по уровню стресса) по отношению к здоровому человеку, становится чрезмерной по отношению к больному шизофренией [ 3, 5, 10, 13 ]. Поэтому проблема адаптации микросоциальной среды к больному настолько же актуальна для психотерапии больных шизофренией, насколько и проблема адаптации больного к социальной среде.

Предупреждение обострения шизофренического процесса обуславливается комплексом биологических терапевтических усилий, направленных на нивелирование резкого нарушения церебральных функций, которые репрезентируют самую разнообразную симптоматику, отличающуюся у одного и того же больного в разные периоды болезни. В то время как при невротических расстройствах предупреждение обострения определяется профилактикой и нивелированием определенного психогенетически обусловленного симптома.

Исходя из ранее изложенного, психотерапия, проводимая с больными шизофренией, будет отличаться от традиционной психотерапии непсихотических пациентов, включая технику, отбираемые проблемы и цели (табл. 1). Соответственно этому выделяются психотерапевтические цели и тот опыт, который должен получить больной шизофренией во время психотерапии.

Таблица 1

*Различия психотерапии при невротических расстройствах и шизофрении*

Параметр психотерапевтических вмешательств	Особенности психотерапии	
	При невротических расстройствах	При шизофрении
Стратегическая цель вмешательства	Полное излечение	Предупреждение обострений заболевания, компенсация негативной симптоматики и создание максимально благоприятных условий для социальной адаптации
Способы достижения стратегической цели	Восстановление сознательно-го контроля над дезадаптивными эмоциональными проявлениями, когнитивными схемами или поведением, возникающими в определенных ситуациях; совершенствование стратегий психологической адаптации	Обучение стратегиям совладания с постоянно существующей или периодически возникающей, принципиально не контролируемой сознательными усилиями, церебральной дезинтеграцией; стимуляция сниженных энергетических и когнитивных возможностей; адаптация микросоциальной среды к больному
Основная ориентация психотерапии	Оптимизация эмоционального и когнитивного интрапсихического опыта; оптимизация поведения	Оптимизация быта социальных отношений больного; восстановление психологического функционирования; работа с микросоциальным окружением
Мишени, поддающиеся психотерапевтическому управлению	Защитные механизмы, когнитивные ошибки, патологическое обусловливание, неосознаваемые чувства, недостаток информации и опыта, редукция эмоционального напряжения, копинг-ответы на социальные ситуации	Уровень средового стресса, проявления биологически обусловленной аффективной дисрегуляции, отношение к болезни, копинг-ответы на симптоматику
Значение фармакотерапии	Вспомогательное, в основном для уменьшения эмоционального напряжения	Основное, обуславливающее снижение уязвимости, улучшение церебральной интегрированности, редукцию позитивной и частично – негативной симптоматики

Психотерапевтические отличия при шизофрении и невротических состояниях, как уже было сказано, следуют из разности гипотетической этиологии расстройств, механизмов симптомообразования, причин, при-

водящих к дезадаптации, объема дезадаптации, индивидуальных и социальных последствий и возможности психотерапии вообще (табл. 2).

Таблица 2

*Различия этиопатогнеза невротических расстройств и шизофрении*

Показатель	Психическое расстройство	
	Невротическое расстройство	Шизофрения
Гипотетическая этиология	Биографический или ситуационно обусловленный внутриличностный и межличностный конфликты	Наследственно обусловленное (динамически изменяющееся) несоответствие адаптивных возможностей индивида нормативному уровню средового стресса
Симптомогенез	Обусловленный психологическими факторами	Обусловленный периодической или хронической церебральной дезинтеграцией
Особенности дезадаптации больного	Моносимптом или симптомокомплекс снижает субъективные переживания дезадаптации, обусловленные конфликтными отношениями	Моносимптом или симптомокомплекс тотально дезинтегрирует личность и ее отношения с окружающей средой
Объем дезадаптации	Чаще локальный (ситуационный)	Чаще тотальный
Индивидуальные последствия	Эмоциональный дискомфорт, потеря контроля над психическими функциями в личностно-значимых ситуациях	Потеря ощущения внутренней целостности, автономности, идентичности и контроля над психическими процессами в целом
Основные социальные последствия	Межличностные конфликты, уменьшение социальных связей, снижение работоспособности	Стигматизация, социальная изоляция, инвалидизация, нагрузка на семью

Таким образом, шизофрения, как объект психотерапевтических действий, представляет собой весьма специфическое и отличное от другой психической патологии заболевание. Это определяется следующими факторами:

- значительной психической дезинтегрированностью пациента;
- наличием позитивной и негативной симптоматики;
- чрезмерностью для пациента нормативных стрессов среды;
- наличием для пациента серьезных негативных социальных последствий;
- высокой нагрузкой для микросоциального (главным образом, семейного) окружения в связи с проявлением заболевания у находящегося в нем больного.

Соответственно указанному, главные задачи психотерапии при шизофрении состоят в:

- 1) предупреждении обострения;
- 2) компенсации негативной симптоматики;
- 3) снижении уровня стрессогенности микросоциального окружения больного;
- 4) преодолении социальных последствий заболевания;
- 5) адаптации социального окружения, контактирующего с больным.

Достижение этих задач не приводит к полному излечению пациента, но создает условия для успешной социальной реабилитации больного – оптимизации непосредственного взаимодействия пациента с естественной средой обитания (производственной, межличностной, семейной, бытовой). Необходимо помнить, что психотерапия при шизофрении, строящаяся на адаптивной модели болезни, имеет своей целью не «окончательное» излечение пациента, а приобретение им нового опыта существования с психической болезнью как проблемой, не поддающейся полному устранению, а доступной только ограниченному сознательному регулированию. Таким образом, речь идет об адаптации прежнего когнитивного, эмоционального и поведенческого опыта пациента к его функционированию в условиях периодической или постоянной, биологически обусловленной, психической дезинтегрированности.

Психотерапевт, работающий с больным шизофренией, должен всегда предполагать, каким образом его действия станут естественным началом социальной реабилитации больных. Решение вышеперечисленных задач возможно только при одновременном применении разнообразных психотерапевтических подходов. Так, наиболее эффективными психотерапевтическими методами, приводящими к снижению частоты рецидивирования, являются, во-первых, различные варианты семейной психотерапии, направленные на снижение «эмоциональной экспрессивности» (критические замечания, чрезмерная назойливость, эмоциональная холодность и враждебность со стороны членов семьи) по отношению к больному, на оптимизацию социальных ожиданий к больному в семье [ 4 , 5 ], снижение «семейной нагрузки» и, во-вторых, обучение пациента способам управления болезнью. Существуют также специальные подходы для уменьшения нежелательных эффектов негативной симптоматики и повышения уровня социального функционирования больного. Подробнее эти методические приемы будут рассмотрены далее.

Методы семейной психотерапии, доказавшие свою эффективность не только в снижении рецидивирования заболевания, но и в улучшении социального функционирования пациентов, опираются на следующие принципы:

- а) выработку позитивного подхода и достижение рабочих взаимоотношений между терапевтом и членами семьи;



б) обеспечение устойчивой структуры и стабильности функционирования семьи;

в) акцент на использование в процессе психотерапевтических занятий принципа «здесь и сейчас»;

г) применение в процессе психотерапии концепций, создаваемых и реализуемых семьей;

д) использование приемов когнитивно-поведенческой психотерапии;

е) улучшение коммуникаций между членами семьи.

Основными целями семейной психотерапии являются:

- нормализация реакции семьи на психическое заболевание родственника;

- усиление семейного сопротивления болезни;

- снижение семейной нагрузки.

Наиболее релевантным адаптационной теории эндогенных психических расстройств является метод психотерапевтической работы с семьей, направленный на увеличение предсказуемости и стабильности семейного окружения пациента через снижение у членов его семьи тревоги, усиление их уверенности в себе, повышение знаний о заболевании и способности конструктивно реагировать на больного. В основе данного подхода лежит представление, что научение членов семьи техникам совладания с симптомами заболевания снижает эмоциональное давление со стороны родственников на пациента и сводит к минимуму возможность его гиперстимуляции через аффективно заряженные коммуникации, характеризующиеся критицизмом или чрезмерной вовлеченностью членов семьи в проблемы пациента [ 9 ]. Эти широкие цели семейного вмешательства могут быть сформулированы в виде узких и определяемых задач:

1) снижение стресса у членов семьи, вызванного фактом и проявлениями психического заболевания у родственника;

2) повышение понимания заболевания членами семьи и формирование адекватного отношения к длительной лекарственной терапии;

3) улучшение коммуникаций, обучение навыкам проблемно-решающего поведения;

4) восстановление и усиление социальных связей семьи;

5) минимизация длительно существующих разногласий, вызывающих эмоциональное напряжение в семье.

### *1. Снижение семейного стресса*

Шизофрения, проявляющаяся отгороженностью пациента от социального окружения, нарушением его коммуникаций и непредсказуемостью поведения, делает очень сложными взаимоотношения даже в тех семьях, которые хорошо справляются со всеми другими кризисами. Поскольку трудно понять причины и значение необычного поведения пациента, оно вызывает у членов семьи чувства вины, гнева или чрезмерной

озабоченности. Эти чувства могут быть причиной возникновения или обострения уже имевшихся в семье «коммуникативных отклонений» [ 8 ] и повышенной «выраженности эмоций» [ 12 ].

Для коррекции семейного стресса используются следующие техники: присоединение к семье; достижение лечебного контракта; беседы об истории кризиса и связанных с ним чувствах; о пациенте и болезни; достижение эмпатии во взаимоотношениях между членами семьи и психотерапевтом; выработка практических предложений, которые мобилизуют и трансформируют эмоциональное напряжение в эффективные механизмы совладания со стрессом.

Членам семьи предлагаются ясные правила и благоразумные и умеренные ожидания, которые упрощают семейные интеракции и в целом поддерживают и облегчают эффективные межличностные и межвозрастные границы. Ясные границы и правила способствуют поддержанию структуры и предсказуемости семейной жизни и снижают хаос, гиперстимуляцию и необходимость принятия скоропалительных решений в кризисных ситуациях. Более того, если члены семьи обеспечены основными принципами регулирования обостряющегося поведения больного, то они обычно меньше реагируют на его отклоняющееся поведение, более уважительны к потребности пациента в поддержании индивидуальной комфортной межличностной дистанции, начинают контролировать собственную дистанцию во взаимоотношениях с пациентом и более уверены в своих возможностях сосуществовать с пациентом в течение многих лет.

## *2. Повышение понимания заболевания членами семьи*

Обеспечение родственников информацией относительно теории этиопатогенеза, течения, исхода, симптоматологии, эффективного управления заболеванием приводит к снижению у них чувства вины, раздражительности и других эмоциональных переживаний, приводящих к гиперпротективному или чрезмерно критичному поведению. Конечной целью такой работы является доведение максимальной информации о заболевании до родственников с целью достижения общего представления о болезни и способах ее преодоления в треугольнике: врач – родственники – пациент.

Это достигается с помощью постепенного и дозированного обеспечения информацией о тяжести и последствиях заболевания, выявлении точек соприкосновения и точек разногласия относительно природы заболевания у родственников, больного и терапевта.

Усилия должны быть направлены на снижение вероятности негативного или чрезмерно упрощенного одностороннего взгляда родственников на больного. Наибольшее внимание уделяется двум крайним позициям: а) мнению членов семьи о том, что пациент «неизлечимо болен» или что он не может контролировать свое поведение; б) точке зрения на

больного как имеющего дурной характер или как вполне способного контролировать свое поведение, но не делающего этого только из-за собственной вредности или лени.

В первом случае семьи склонны реагировать чрезмерной эмоциональной вовлеченностью в состояние пациента, чрезмерной сосредоточенностью на нем и постоянно пытаются поддержать и ограничить больного, чтобы компенсировать реальный, но все-таки преувеличенный ими дефект. И хотя проявление определенной доли протективности несомненно необходимо, все-таки чрезмерная протекция является дополнительным стрессогенным фактором для всех членов семьи, включая самого больного. Гиперпротективные семьи не склонны нагружать пациента нереалистичными ожиданиями, но они часто не способны обеспечить пациента адекватными представлениями о социальной структуре и границах, необходимыми для того, чтобы упростить восприятие больным окружающей среды, минимизировать порожденное болезнью ее диссоциированное восприятие и создать условия для индивидуального роста.

Во втором случае родственники, предполагая, что пациент может исправить свое проблемное поведение с помощью силы воли, реагируют на его поведение критикой, гневом и враждебностью.

Эти две крайние точки зрения часто зависят от непонимания родственниками сути шизофренического процесса, приводя к неправильной трактовке ими девиантного поведения больного и обуславливая такие эмоциональные ответы на это поведение, которые часто становятся мишенями для бреда и страхов пациентов.

Обеспечение родственников больного информацией (даже неполной) приводит к улучшению понимания членами семьи болезни и усилению их эмоциональной толерантности к больному, а также способствует более адекватному использованию имеющихся в распоряжении семьи поведенческих навыков. В результате происходит снижение конфликтов между членами семьи, которые приобретают более адекватные представления о возможностях пациента и оказываются способными к более правильным путям реагирования на его поведение. Таким образом, эмоциональная напряженность семейной жизни снижается, а конструктивная суппортивность усиливается.

Ниже изложены темы занятий и тренинговых семинаров, которые могут проводиться как с отдельной семьей, так и в группах, состоящих из нескольких семей.

№ занятия	Содержание занятия	Продолжительность, мин
1.	Семинар «Ознакомительная встреча»	30
	Тренинг «Установление контакта с больным родственником»	90
2.	Семинар «Общие представления о психических расстройствах»	30
	Тренинг «Обсуждение с больным факта его заболевания»	90
3.	Семинар «Виды и признаки психических нарушений, диагноз»	30
	Тренинг «Тактика поведения при обострении психических расстройств (бред, галлюцинации, отгороженность, отказ принимать пищу)»	90
4.	Семинар «Виды и признаки психических нарушений, диагноз» (окончание)	30
	Тренинг «Тактика поведения при депрессии»	90
5.	Семинар «Специфические проблемы в поведении больного»	30
	Тренинг «Неряшливость, бездеятельность – пути преодоления»	90
6.	Семинар «Специфические проблемы в поведении больного» (продолжение)	30
	Тренинг «Необщительность больного»	90
7.	Семинар «Специфические проблемы в поведении больного» (окончание)	30
	Тренинг «Поведение при асоциальных контактах, вовлечении в секту»	90
8.	Семинар «Агрессивность и покушение на самоубийство»	30
	Тренинг «Поведение в ситуации агрессии»	90
9.	Семинар «Лекарственная терапия»	30
	Тренинг «Поведение при покушении на самоубийство»	90
10.	Семинар «Лекарственная терапия» (окончание)	30
	Тренинг «Обсуждение с больным лекарственной терапии»	90
11.	Семинар «Психотерапия»	30
	Тренинг «Отказ больного принимать лекарства»	90
12.	Семинар «Психотерапия» (окончание)	30
	Тренинг «Проблемы общения с лечащим врачом» (в больнице, диспансере)	90
13.	Семинар «Влияние семьи на течение заболевания»	30
	Тренинг «Конфликт в семье»	90
14.	Семинар «Права пациентов и родственников»	30
	Тренинг «Конфликт в семье»	90
15.	Семинар «Дееспособность, профессиональные ограничения, инвалидность, трудоустройство»	30
	Тренинг «Навыки решения проблем (умение договариваться, выработать решение, идти на компромисс, выслушать противоположную сторону и т. д.)»	90

№ занятия	Содержание занятия	Продолжительность, мин
16.	Семинар «Общественные организации родственников больных»	90
17.	Семинар «Клубы для психически больных, «группы роста», общественные организации больных, группы самопомощи»	90
18.	Семинар «Пути участия родственников в планировании служб охраны психического здоровья, взаимодействие профессионалов и потребителей»	90

### *3. Улучшение коммуникаций, обучение навыкам проблемно-решающего поведения*

Зачастую семьи больных уже к моменту манифестации заболевания имеют проблемы во взаимоотношениях в виде «коммуникативных отклонений», проявляющихся аморфностью, неясностью и фрагментарностью коммуникаций, и порожденные этим сложности в разрешении внутрисемейных конфликтов. Для уменьшения этих проявлений обычно используются техники поведенческого и ролевого тренинга, направленные на:

1) снижение уровня критических замечаний по отношению к пациенту путем разграничения поступков, обусловленных заболеванием, от поступков, связанных с особенностями межличностных отношений;

2) создание во время занятий условий для дистанцированного обсуждения эмоционально горячих тем в присутствии терапевта как лица нейтрального и незаинтересованного;

3) осуществление поддержки больного в случае чрезмерного давления со стороны членов семьи (требования, претензии, критика);

4) коррекцию коммуникативных нарушений путем воодушевления родственников к более короткому, ясному и прямому выражению своих мыслей;

5) оптимизацию эмоциональной дистанции между пациентом и родственниками;

6) негрубое директивное вмешательство в неконструктивные и имеющие характер «двойной связи» коммуникации между больным и родственниками;

7) формирование адекватных ожиданий от больного путем конструктивного обсуждения его реальных возможностей и ограничений, а также с помощью контролируемых и постепенно усложняющихся домашних заданий;

8) проигрывание типичных семейных конфликтов во время сессии с последующим их обсуждением и повторным проигрыванием в более ясной коммуникативной манере.

#### *4. Нормализация социальных контактов семьи*

Как сами больные шизофренией, так и их родственники имеют тенденцию к сокращению связей с более обширной социальной средой, которая могла бы быть потенциальным буфером от стрессорных влияний [ 6, 7, 11 ]. Существуют исследования, свидетельствующие, что члены семьи с низкой или уменьшенной социальной поддержкой больше вовлекаются в гиперпротективные или критикующе-враждебные отношения с пациентами [ 7 ]. Кроме того, дефицит внешней социальной поддержки логично приводит к увеличению количества времени, которое родственники проводят лицом друг к другу, интенсифицируя эмоциональные отношения, что потенциально чревато обострением заболевания у пациента. Нашими исследованиями было убедительно доказано, что социальная изоляция семьи является наиболее важным фактором, снижающим качество жизни больных шизофренией [ 4, 5 ].

По этой причине большое значение должно уделяться увеличению как количества, так и качества социальных контактов семьи больного. С помощью домашних заданий можно и необходимо стимулировать возникновение и сохранение следующих типов внесемейных социальных контактов:

- межличностные контакты, где другие люди используются для отреагирования беспокойства, напряжения и нужд членов данной семьи, и, таким образом, обеспечивают поддержку и успокоение;

- социальные контакты или отдых, которые необходимы для отвлечения, развлечения или стимулирования тех интересов, которые могут снизить тотальность вовлечения семьи в жизнь пациента и его заболевание;

- рабочие и профессиональные контакты, которые подчеркивают альтернативные области личной компетенции, альтруизма и возможности быть востребованным другими.

Очень сложной проблемой для психотерапевта является реакция семьи на стигматизирующий эффект психического заболевания. Процесс, который происходит в семье после манифестации заболевания у родственника, был обозначен термином «самостигматизация» семьи [ 4 ]. Характерными его признаками являются:

- а) социальная самоизоляция семьи, сокрытие от окружающих информации о заболевании родственника и фиксация лишь на «своей» проблеме;

- б) демонстрация исключительности своей ситуации, обусловленной психическим заболеванием члена семьи.

Можно выделить три этапа семейной «самостигматизации». На 1-м этапе члены семьи стараются скрыть факт заболевания родственника, что обычно осуществляется за счет ограничения прежних социальных контактов.

2-й этап наступает в том случае, когда сокрытие информации о заболевании становится невозможным по причине заметной для окружения социальной дезадаптации больного или из-за его необычного поведения. Именно этот этап является критическим для нахождения семьей путей приспособления к проживанию с психически больным.

На 3-м этапе семейная адаптация завершается либо окончательной изоляцией семьи, противопоставлением себя обществу, принятием роли «изгоев» и т. п., либо семья находит адекватные пути приспособления, вырабатывая нейтрально-доброжелательное отношение к наличию в семье больного. В этом случае здоровые члены семьи получают возможность для нормализации своего досуга и повседневной активности, восстановления прежних или создания новых социальных связей.

##### *5. Уменьшение длительно существующих разногласий, вызывающих стресс в семье*

Эти проблемы могут быть специфичными для семей шизофреников, но могут быть и не связанными с попытками семьи справиться с проявлениями шизофрении. К их числу относятся проблемы, затрагивающие отношения между родителями и детьми, а также конфликты между сиблингами, связанные с финансовыми взаимоотношениями, семейными тайнами и т. д. Длительно существующие проблемы могут провоцировать (вследствие повышенной эмоциональной чувствительности как самих больных, так и – после возникновения заболевания – вследствие интенсификации эмоциональной напряженности семьи в целом) обострения состояния, а также способствовать резистентности симптоматики к проводимой фармакотерапии.

Для решения этих проблем, как правило, используются традиционные техники структурной и системной семейной психотерапии, описанные в литературе. Наш опыт работы позволяет выделить два принципиальных этапа динамики семейной системы при проведении психотерапии у больных шизофренией: 1-й этап адаптации семьи к психической болезни родственника; 2-й этап превращения семейной среды в терапевтическую.

На 1-м этапе в процессе адаптации членов семьи к проживанию с больным родственником происходит:

- а) снижение уровня стресса, вызванного фактом возникновения заболевания у родственника;
- б) преодоление чувства вины или чрезмерной тревоги по отношению к заболевшему родственнику;
- в) адекватное отношение к заболеванию;
- г) выработка толерантности к периодическим ухудшениям состояния больного и научение способам совладания с проявлениями заболевания и адекватного эмоционального реагирования на них;

- д) создание оптимальной эмоционально-психологической дистанции между пациентом и членами семьи;
- е) предъявление адекватных ожиданий к больному;
- ж) сохранение существовавших до заболевания конструктивных элементов стиля и образа жизни семьи;
- з) сохранение или восстановление социальных связей семьи.

2-й этап. После того, как достигается достаточный уровень адаптации членов семьи к психическому заболеванию родственника, обычная семейная среда становится «терапевтической». В этом случае пациент начинает чувствовать, что обладает прежней свободой, как и до болезни, что существующие социальные ограничения носят временный и действительно обоснованный характер, что его заболевание не принесло чрезмерного ущерба никому из его родных, что он в любой момент может надеяться на помощь и поддержку, что от него никто не будет требовать невозможного или психологически непреодолимого, что его незначительные (по сравнению с доболезненным уровнем) успехи поощряются, что проявления заболевания не идентифицируются окружающими с его личностью.

В такой ситуации факт болезни постепенно теряет свою катастрофичность и больной получает возможность шаг за шагом создавать эффективные стратегии совладания с заболеванием и адаптации к социальной среде, спонтанно развивая процесс Я-отмежевания. Одной из важных характеристик «терапевтической» семейной среды являются ясные и одновременно гибкие границы как внутри семьи, так и между семьей и окружающим ее социальным пространством. Такая структура укрепляет идентичность не только пациента, но и здоровых членов семьи, часто имеющих значительную дисгармонию в своем индивидуальном развитии.

### *Эффективность метода*

Нами была осуществлена психотерапевтическая программа у 62 больных мало- и умеренно-прогредиентной формой шизофрении с последующим их катамнестическим обследованием через 12 мес. Предварительные результаты свидетельствуют об эффективности предлагаемого подхода. Так, частота регоспитализаций в группе пациентов, где было только фармакологическое лечение ( $n = 40$ ), оказалось равным 65 %, в группе пациентов, где вместе с фармакотерапией проводилась индивидуальная психотерапия и коммуникативно-активирующий тренинг ( $n = 43$ ) – 18 %, в то время как в группе пациентами, с которыми сверх этого проводилась семейная терапия ( $n = 19$ ) частота регоспитализаций была 5 %. Статистический анализ с использованием непараметрического критерия  $\chi^2$  Пирсона выявил значимую связь уменьшения частоты госпитализации с проведением индивидуальной психотерапии ( $p < 0,01$ ) и семейной психотерапии ( $p < 0,01$ ).



Кроме того, в группе пациентов, прошедших семейную психотерапию в катамнезе, по сравнению с группой, не проходивших семейную психотерапию, успешность социального функционирования была выше на уровне тенденций во всех сферах (табл. 3). Динамика показателей межличностной сферы (увеличение лиц с хорошим и удовлетворительным уровнем функционирования и уменьшение пациентов со сниженным уровнем) имеет статистически значимую связь с фактом проведения семейной психотерапии ( $p < 0,05$ ).

*Таблица 3*

*Уровень социального функционирования больных шизофренией в катамнезе, n (%)*

Социальные сферы	Прошедшие семейную психотерапию		Не прошедшие семейную психотерапию	
	1	2	1	2
Трудовая сфера	13 (68,4)	6 (31,6)	26 (56,5)	20 (43,5)
Межличностная сфера*	14 (73,7)	5 (26,3)	19 (41,3)	27 (58,7)
Отношения с родителями	12 (63,2)	7 (36,8)	18 (39,1)	28 (60,9)
Организация быта	13 (68,4)	6 (31,6)	27 (58,7)	19 (41,3)
Сексуальные отношения	4 (21,4)	15 (78,9)	5 (10,9)	41 (89,1)

Примечание: 1 – с хорошим и удовлетворительным уровнем функционирования в социальных сферах; 2 – со сниженным уровнем функционирования в социальных сферах, \* –  $p < 0,05$ .

Наконец, были получены достоверные корреляции ( $p < 0,05$ ) между наличием семейной психотерапии и некоторыми конструктивными поведенческими копинг-стратегиями: сотрудничеством ( $r = 0,365$ ), обращением ( $r = 0,341$ ) и избеганием ( $r = -0,317$ ), что подтверждает высокую значимость семейной психотерапии для формирования комплайенса и проведения реабилитационных мероприятий.

### ***Заключение***

Разработанная интегративная модель групповой психотерапии пригодна для применения в амбулаторных и полустационарных условиях при лечении и реабилитации больных, страдающих мало- и умереннопрогредиентной шизофренией и эндогенной депрессией. Семейная психотерапия при шизоаффективных расстройствах в силу промежуточности положения данной группы психозов должна учитывать особенности подходов как при шизофрении, так и при эндогенных депрессиях.

Отличительной особенностью методики является комбинированное использование различных психотерапевтических методов, гибкое их варьирование на различных этапах развития группового процесса и, одно-

временно, модификация каждого из используемых методов с учетом специфики нозологической принадлежности участников группы.

### *Литература*

1. *Александровский Ю.А.* Состояния психической дезадаптации и их компенсация / Ю.А. Александровский. – М. : Наука, 1976. – 272 с.
2. *Вальдман А.В.* Психофармакотерапия невротических расстройств: (экспериментально-теоретический и клинико-фармакологический анализ) / А.В. Вальдман, Ю.А. Александровский. – М. : Медицина, 1987. – 287 с.
3. *Воловик В.М.* Психофармакология и психотерапия / В.М. Воловик, В.Д. Вид // Фармако-терапевтические основы реабилитации психически больных. – М. : Медицина, 1989. – С. 98–117.
4. *Зайцев В.В.* Влияние семейных отношений на социальную адаптацию и качество жизни больных шизофренией : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Зайцев В.В. – СПб., 1999. – 23 с.
5. *Коцюбинский А.П.* Значение психосоциальных факторов в этиопатогенезе шизофрении и социальной адаптации больных : дис. ... д-ра мед. наук / Коцюбинский А.П. – СПб., 1999. – 46 с.
6. *Beels C.C.* Family and social management of schizophrenia / C.C. Bells // Schizophrenia Bull. – 1975. – Vol. 1. – P. 97–118.
7. *Brown G.W.* Influence of family life on the course of schizophrenic illness: a replication / G.W. Brown, J.L.T. Birley, J.K. Wing // Brit. J. Psychiat. – 1972. – Vol. 121. – P. 241–258.
8. *Goldstein M.J.* Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics / M.J. Goldstein, E.H. Rodnick, J.R. Evannis // Arch Gen. Psych. – 1978. – Vol. 35, N 10. – P. 1169–1177.
9. *Hogarty G.E.* Family psychoeducation, social skill training, and maintenance chemotherapy in treatment of schizophrenia / G.E. Hogarty, C.M. Anderson, D.J. Reiss // Arch. Gen. Psychiat. – 1987. – Vol. 43. – P. 633–642.
10. *Olbrich R.* Die Verletzbarkeit der Schizophrenen: Zubins Konzept der Vulnerabilität / R. Olbrich // Nervenarzt. – 1987. – N 58. – S. 65–71.
11. *Tolsdorf C.C.* Social networks, support and coping: An explanatory study / C.C. Tolsdorf // Fam. Proc. – 1975. – Vol. 15. – P. 404–417.
12. *Vaughn C.E.* The measurement of EE in the families of psychiatric patients / C.E. Vaughn, J.P. Leff // Brit. J. Soc. Clin. Psychol. – 1976. – Vol. 15. – P. 157–165.
13. *Zubin J.* The metamorphosis of schizophrenia: from chronicity to vulnerability / J. Zubin, J. Magaziner, S. Steinhauer // Psychol. Med. – 1983. – N 13. – P. 551–571.

## **СТАНОВЛЕНИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ И МЕДИКО- ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ВЗГЛЯДОВ В ТРУДАХ ПЕРВЫХ СЪЕЗДОВ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ПСИХИАТРОВ**

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

Содержание первых трех съездов отечественных психиатров уже неоднократно рассматривалось в литературе, однако вопросы, свидетельствующие о появлении и развитии психотерапевтических и медико-психологических идей в России в конце XIX – начале XX вв., которые нашли отражение в докладах и прениях, не освещались.

Прежде чем приступить к непосредственному изложению данной темы, хотелось бы остановиться на социально-экономических условиях в России в это время и на факторах, которые способствовали созыву Первого съезда, на котором была, в полной мере, раскрыта необходимость продолжения этой традиции. Первый съезд проходил в 1887 г., в последние годы правления Александра III – периода жесткого полицейского режима в так называемую эпоху «народного самодержавия».

Председатель профессор И.П. Мержеевский в своей вступительной речи указал, что в возникновении и развитии душевных заболеваний играет роль «не только та психическая организация, которую человек получил по наследству, но и среда, в которой он вращается» [ 1, с. 15–38 ]. А среда эта в конце XIX в. была «не только небезупречна в распространении нервных и душевных заболеваний, но, напротив, очень богата целым рядом условий, способствующих их развитию» [ 1 ]. Это было время, когда в результате реформ министра финансов Н.Х. Бунге, на основе фабрично-заводского законодательства, налоговых реформ, возрос спрос на умственный труд, ужесточилась конкуренция; жизнь требовала «большей работы психического механизма и большей его порчи». Кризисы, банкротства, тяжелые и продолжительные войны, служившие постоянным «источником общей нервности», чрезмерные требования школы, относительно небольшое количество культурных центров в таком огромном государстве, все это, наряду со многими другими факторами, способствовали увеличению числа душевнобольных в нашем государстве, обнажили то крайне бедственное положение, в котором находилась психиатрия в Российской империи на рубеже веков. Безотлагательного вмешательства требовали практически все сферы как научной так и практической работы: начиная с процесса подготовки специалистов-психиатров. Например, профессор П.И. Ковалевский отмечал, что, «до введения нового универ-

ситетского устава в университетах психиатрия составляла отдел специальной патологии и терапии; доценты психиатрии не имели ни клиник, ни ассистентов, ни кабинетов. Естественно, что выходящие из университета врачи при таком состоянии преподавания душевных болезней, были лишены надлежащих сведений о душевных болезнях и способах их лечения» [ 1, с. 13 ]. Это относилось и к вопросам организации призрения душевнобольных (отмечались полная зависимость отделений или заведений для душевнобольных от общесоматических земских больниц, заведование подобными отделениями и заведениями врачами – не психиатрами, отсутствие устава, регулирующего отношения психиатрических учреждений с органами земских и городских общественных управлений, отсутствие четких, оптимальных принципов организации заведений для душевнобольных, а также условий их призрения и дальнейшей эвакуации больных из лечебных учреждений). Учитывая вышесказанное, неудивительно, что первый съезд отечественных психиатров состоялся гораздо ранее аналогичных съездов врачей специалистов по терапии и хирургии, а темы, которые поднимались в докладах участников съезда, касались в основном административно-хозяйственных вопросов организации наиболее эффективной помощи душевнобольным, условий их содержания, законодательных основ их прав и свобод, вопросов отчетности о лечебно-профилактической деятельности этих учреждений.

В ходе обсуждения вопросов организации учреждений для душевнобольных и условий их содержания была затронута роль труда в лечебном процессе. Как заметил И.П. Мержеевский в своей заключительной речи, «разумно организованный физический труд составляет не только одно из важнейших лечебных средств, но может до известной степени понизить бюджет заведений, хотя труд никоим образом не должен быть принудительным, и при организации его всегда на первом месте должно стоять благо больных» [ 1, с. 1064–1067 ]. Профессор И.А. Сикорский как одну из причин «вырождения физического, умственного и нравственного» считал то, что «век пара и телеграфов ... исторг из рук человека массу физического труда; то, что прежде производили мускулы человека, теперь выполняет мертвая машина, и прежний рукоделец обращен неумолимым запросом жизни к умственному труду ... Запрос на умственный труд возрос до чрезвычайной степени, и человеческие отношения крайне усложнились в борьбе за физическое и нравственное существование» [ 1, с. 1055–1064 ]. Роль данного терапевтического фактора подчеркивалась многими участниками съезда как в докладах, так и во время прений. Об использовании физического труда в различных регионах России конца XIX в. упоминал И.Р. Пастернацкий в своем докладе «К вопросу о домах умалишенных в России». В нем он приводил достаточно подробные сведения о заведениях для душевнобольных в различных губерниях Российской империи, из которых можно увидеть, что даже при довольно скром-

ных возможностях лечебниц во многих из них прилагались немалые усилия для организации труда больных. Так, в Вятской губернии «способные к труду больные летом обрабатывают огороды, подчищают сад, косят и убирают сено; женщины же занимаются шитьем, вязаньем и стиркою белья» [ 1, с. 837–884 ]. В Курской – «спокойные больные ... работают дома, в саду и ежегодно зарабатывают земству 3–4 тыс. рублей» [там же]. В Лифляндской же губернии при лечебнице имелись не только сад, огород и парк для прогулок больных, но также ферма и мастерские (столярная и др.). В Колмовской Новгородской земской лечебнице помимо мастерских была организована и земледельческая колония. В Пермской губернии имелись швейная (больные сами обшивали себя), переплетная и столярная мастерские, больные выпиливали из дерева, работали в огороде. Тверская же губерния предоставила следующие сведения: в портняжной и сапожной мастерских а также на сельскохозяйственной ферме постоянно работали 14 % мужчин и 12 % женщин. Херсонская губерния отличилась довольно большим разнообразием мастерских, среди которых – сапожная, столярная, щеточная, портняжная, слесарная, бондарная, швейная и прядильная («в течение 1884 г. больные работали по преимуществу для отделения и заработали 3350 руб. 32 коп.» [там же]). Одобрительный отзыв у участников съезда вызвала идея устройства сельскохозяйственных колоний, так как этот вид труда особенно был близок нашим соотечественникам.

Еще меньше, чем роль труда, раскрывалась роль в лечебном процессе такого фактора как организация досуга и отдыха больных. Но все из того же доклада И.Р. Пастернацкого можно сделать вывод, что в заведениях для душевнобольных прилагались немалые усилия для того, чтобы обеспечить больным различные игры, наличие на территории лечебных учреждений садов и парков для прогулок, выезды за город. В некоторых лечебницах больные посещали театр и ставили различные театральные постановки своими силами, могли пользоваться услугами библиотеки. В отделениях имелись различные музыкальные инструменты, в оформлении интерьеров использовались картины.

Отдельного упоминания заслуживает доклад П.П. Викторова «Учение о личности как нервно-психическом организме», в котором нет еще упоминания термина «психотерапия», но указывается на существование таких состояний, при которых «в качестве лечебного фактора должно быть испытано убеждение и логическое противоборство» [ 1, с. 953–1046 ].

П.П. Викторов предполагал, что «на упражнении мышечной силы и проистекающего отсюда развития мышечного чувства и двигательных представлений, вероятно, основывается полезное влияние гимнастики на образование характера» [ 1, с. 966 ]. Спустя более чем полвека, В. Райх также будет придавать огромное значение в своей терапевтической деятельности физическим проявлениям характера индивида.

Немало внимания уделялось в докладе таким расстройствам как «болезни настроения, болезни личности, которые мы выделяем в совершенно самостоятельную группу ... этого рода болезни, выражающиеся только изменением настроения в связи с соответствующим изменениям поведения без перехода в душевную болезнь, зависят единственно от несоответствия личности с условиями физической или общественной среды, вовсе не поддаются лекарственному лечению и ... составляют вполне законченную, вполне самостоятельную группу функциональных расстройств настроения.

... Болезни личности отличаются сравнительно легкой излечимостью. Последняя достигается такой комбинацией общественных условий, при которой отношение между личностью и средою регулируется не принуждением, а справедливостью. Тогда уничтожается и то «духовное принуждение» (*der geistige Zwang*), которое, хотя сама личность может относить, как мы видим, на счет собственных несовершенств и нравственного настроения, но которое, поистине, всегда лежит вне ее самой: в семейных отношениях, сословных, государственно-общественных. С падением «духовного принуждения» падает и то ненужное здание болезненно отложенных теорий, о чем упоминалось выше: личность невольно опять возвращается к действительности ... Но, что всего печальнее, болезни настроения описанной группы всего чаще захватывают наиболее выдающиеся дарования и наиболее впечатлительные умы: последние чаще всего и гибнут» [ 1, с. 1044–1045 ].

Докладчик также приводил определение темперамента и личности, как соответственно первичной и вторичной плоскости личности: «Посредством темперамента внешняя среда вдвигается в пределы нашей индивидуальности; посредством характера наша индивидуальность вдвигается в среду. Посредством темперамента расширяются пределы нашей первичной индивидуальности, посредством характера мы расширяем нашу вторичную индивидуальность» [там же].

И.В. Маляревский в своем докладе рассказал о работе созданного им в 1883 г. лечебно-воспитательного заведения с учетом принципов медицинской педагогики. «Программа лечебно-воспитательного заведения ... обнимает задачи: дать приют детям, наследственно предрасположенным к душевным заболеваниям, а равно и детям с приобретенными психическими недостатками, с тем, чтобы путем влияния, основанного на ближайшем изучении их природы, довести развитие этих детей до возможной степени совершенства и обеспечить их будущее» [ 1, с. 1046–1053 ]. В прениях по данному докладу Н.Н. Баженов и П.Я. Розенбах обратили внимание, что западные и особенно французские психиатры «заявляли о благотворном влиянии внушения в гипнотическом состоянии на нравственное состояние таких субъектов» [ 1, с. 1053–1055 ]. И.В. Маляревский ответил, что «этого средства никогда не применял к своим воспитанни-

кам; я вообще держусь принципа, что на таких детей нужно воздействовать путем сознательного развития, а не гипнотизирования» [ 1, с. 1055 ].

На закрытии первого съезда отечественных психиатров было высказано намерение созвать очередной съезд спустя несколько лет, но прошло почти два десятилетия до момента созыва второго съезда. Как сказал председатель распорядительного комитета съезда профессор И.А. Сикорский в своем вступительном слове, «... за истекшие 18 лет сама постановка научных и практических задач существенно изменилась: установилась физиологическая и эволюционная психология, широко осветив психиатрические горизонты ... в области воспитательного дела выяснилась потребность компетентной консультации врачей-психологов ... Жизнь настойчиво стучится в двери психологической медицины и ждет ее критики и ее голоса» [ 2, с. 23–25 ]. Видимо, именно эта настойчивость и способствовала созыву съезда в столь непростое для страны время, и она же побуждала практически каждого докладчика (начиная с вступительного слова академика В.М. Бехтерева и заканчивая заключительной речью И.А. Сикорского) упоминать и доказывать влияние социально-политических факторов на состояние душевного здоровья в Российской империи (результатом чего стало единогласное принятие резолюции, в которой указывается на необходимость «коренного изменения настоящего государственного строя путем фактического предоставления всем без исключения гражданам России всех политических и гражданских прав...» [там же]). За этим последовало предупреждение Министерства внутренних дел через губернатора г. Киева, о том, что «председателям означенных собраний надлежит озаботиться неразрешением внесения таковых общегосударственных вопросов на рассмотрение собрания». Но как следует из того же вступительного слова И.А. Сикорского «в сфере художественного и поэтического творчества ... почувялась настоятельная потребность в психологической и психиатрической критике новых направлений» [ 2, с. 24 ].

Профессор Л.С. Минор указал на наблюдавшуюся изменчивость в нозологических формах под влиянием социально-экономических факторов «... закон, давший право каждому рабочему взыскивать с предпринимателя вознаграждение за увечье, создал этим совершенно новый вид сутяжнического невроза с упорными, неотступными идеями о получении желаемой ренты, невроза, крайне усложняющего картину травмы» [ 2, с. 456–471 ].

О роли общих факторов, способствующих росту числа душевных заболеваний, говорил и В.К. Рот, отмечая, что если еще «прошлое столетие и врачами и публикой называлось нервным веком» [ 2, с. 213–215 ], то в начале XX в. можно говорить о развившейся «нервной пандемии». И способствуют этому «... подрастающие поколения, рожденные слабо-нервными и тем легче уродуемые условиями среды и невозможным вос-

питанием под кровом родителей, в лучшем случае лишь не в меру чувствительных и безвольных» [там же].

В.П. Сербский, в свою очередь, указал на существующие в то время сложности в самом научном мире: «10–15 лет назад доминировала одна школа, теперь же произошел крупный раскол среди научных воззрений психиатров и примирить их по существу на основании какого-либо общего принципа решительно нет возможности» [ 2 ].

Но, несмотря на все трудности, о которых упоминалось ранее, очевидно развитие психиатрии вообще, психотерапии и медицинской психологии в частности. Так, многими докладчиками высказывалось убеждение о назревшей необходимости включения психологии в программу обучения врачей различных специальностей.

В.М. Бехтерев достаточно подробно раскрыл определение личности с точки зрения различных школ. Сам же он придерживался мнения, что личность, как понятие, наряду с внутренним объединением и координацией, содержит в себе и активное отношение к окружающему миру, основанное на индивидуальной переработке внешних воздействий. В.М. Бехтерев утверждал, что личность представляет собой основу, на которой зиждется современная общественная жизнь: с помощью наглядных примеров из реальной жизни доказывалась роль каждой отдельной личности в историческом развитии народов и, таким образом, указывается острая необходимость охраны здоровья и правильного развития личности. В.М. Бехтерев выделял и ряд факторов, способствующих разложению личности, и среди них ведущую роль он уделял рабству и подавлению свободы.

Продолжением темы, затронутой П.Я. Сукачевым на первом съезде, где он пытался объяснить развитие психических явлений движением протоплазмы нервной и мышечной ткани и утверждал, что психические явления не могут происходить без совместного участия мышечной ткани, может служить доклад И.И. Иванова. Здесь высказывается скорее противоположная точка зрения: в диаде «психика – мышечная система» первичная роль отводится именно психическим явлениям. Он, ссылаясь на В. Вундта, говорил о сопровождении «чувствования» реакциями со стороны внутренних органов (сердца, кровеносных сосудов, дыхательных органов), наружных органов движения (сначала наступают сокращения мышц рта, затем мышц верхних конечностей и всего тела, а при более сильных аффектах – расстройства иннервации в виде дрожания мышц, судорожных сокращений грудобрюшной преграды и лицевых мышц, параличного расслабления мышечного тонуса). Так же под влиянием аффекта возникают изменения в психической деятельности – вызывая изменения со стороны чувственной и интеллектуальной сферы.

В своем докладе о важнейших задачах современной практической психиатрии М.Я. Дрознес затронул несколько актуальных вопросов, что



вызвало протесты во время прений, как это была слишком обширная тема для обсуждения в рамках съезда. Это и значение психопрофилактических мер, информированности населения, включение в состав комиссий, осуществляющих освидетельствование «душевных, умственных и нравственных отправления человека» врача-психиатра–психолога, и значение отдыха для сохранения психического здоровья, и нецелесообразность снабжения обращающегося за помощью душевнобольного рецептом и возвращение его в прежнюю, вредную для него среду. М.Я. Дрознес указывал на выделении так называемых «quasi-здоровых субъектов», которые не могут быть рассматриваемыми как совершенно больные, но и не могут считаться совершенно душевно нормальными (истеричные лица, неврастеники, ипохондрики, алкоголики и т. д.). Докладчик убеждал в необходимости создания специальных лечебных учреждений для данного контингента больных наподобие «народных лечебниц» в Германии, имеющих специальное устройство и преследующих как лечебную, так и перевоспитательную цели. Созвучны с вышесказанными идеями и слова В.Е. Ларионова, который говорил, что измененные психические состояния при истерии и неврастении не должны считаться психозами и вноситься в научные классификации душевных болезней и, что помещать таких больных в психиатрические лечебницы не только неправильно, но и ненаучно.

В продолжение этой темы стоит упомянуть и доклад В.К. Рота «Общественное попечение о нервно-больных. Устройство специальных санаториев», которые уже упоминались ранее и о которых стоит отметить еще несколько моментов. В первую очередь – это роль организации санаториев для больных невротами. В.К. Рот утверждал, что правильное воспитание и целесообразный режим могут внести могущественный корректив для «нервных» больных, но зачастую главным целебным фактором служит их удаление из привычных психотравмирующих условий и смена этой обстановки на более целесообразную. Докладчик считал санатории не панацеей, но совмещением наиболее благоприятных комбинаций лечебных факторов для большинства неврастеников, истериков и вообще больных невротами; отмечал роль как лечебных факторов режима, труда, массажа, гимнастики, спорта, гидротерапии, климатических факторов.

Также в докладе говорится об этиологии и эпидемиологии функциональных расстройств нервной системы – неврастении, истерии и менее многочисленных форм различных невротозов, в большей или меньшей степени комбинирующихся с неврастением и истерией. Обосновывается большее значение в развитии вышеуказанных состояний воспитания и условий формирования личности, чем наследственности. Так, В.К. Рот считал, что «... у экзальтированной и неуравновешенной дочери болезненные проявления нервности не настолько унаследованы от матери истерички, сколь развиты в силу неправильного образа жизни, психического конта-

гия и извращенного воспитания» [ 2, с. 478–499 ] и отмечал огромное количество мужчин, у которых невращения развивается на сексуальной почве. Также он утверждал, что в развитии невращения большую роль играют не сами трудности в жизни, а тот психологический контекст, на котором они возникают: так, развитию невроза способствует больше бездетность, чем трудности, связанные с рождением ребенка. Еще один момент, о котором упоминается в докладе – это положительная роль в лечении невротических больных совместности врача и пациента.

Не меньшего внимания заслуживает доклад Г.И. Россолимо, в котором он говорил о важной роли «искусства врачевания» в медицине. И это «искусство» заключается в использовании в лечебном процессе не только законов физиологии и фармакологии, но и особенностей личностей врача и пациента, их взаимного влияния, а также взаимного влияния психики больного и лечебных мероприятий. Главной сутью медицины Г.И. Россолимо считал психологическое взаимодействие врача и больного, которое обеспечивается общечеловеческим контактом доверия и состраданием. По мнению докладчика, «... терапевтический контакт, о котором идет речь, требует создания всяческих условий, возможно, больше вырабатывающих и развивающих в больном общую внушаемость; применения мероприятий, которые не только прямо соответствуют терапевтической цели, но и импонируют самому больному и заслуживают его доверия; он требует от врача знания, опыта, удачи в лечении, а главное – авторитета его личности, который служил бы больному точкой опоры для веры в исцеление и для надежды на помощь и врачебную, и человеческую; врач должен продемонстрировать больному качества «человека достойного доверия, сильного волей, доброго сердцем, полного благородных стремлений и умудренного житейским опытом» [ 2, с. 300–311 ]. Г.И. Россолимо обращал внимание на роль в лечебном процессе чувства самосохранения больного и о положительном влиянии фактора косвенного внушения и самовнушения в лечебном процессе, но отграничивая его от гипнотического внушения.

Говоря о лечении не только душевно- но и соматических больных, Г.И. Россолимо считал, что в первую очередь стоит апеллировать к личности больного и рассматривать страдающего больного как особую психологическую субстанцию. Г.И. Россолимо, хотя и отзывался скептически об эффективности «под час ни на что не годных курортов, местных и иностранных» [ 2 ], но также отмечал важное значение перемены обстановки и нормированного режима.

В прениях же по данному докладу, профессора и академики, присутствующие на съезде, воздержались от каких-либо высказываний, а мнения остальных участников отразили противоречивое отношение к роли психотерапии как лечебного метода. Так, наряду с несколькими одобряющими голосами, более многочисленными оказались мнения в пользу

ограниченности применения психотерапии из-за «богатого, шагающего гигантскими шагами, арсенала фармакологических, физических и всяких других терапевтических средств» [ 2, с. 311–316 ], а также высказывания о том, что «первенствующее значение психологических факторов ни на чем не основано» и «не дышит новизной».

Интересны доклады приват-доцента Московского Университета Ф.Е. Рыбакова «Лечение алкоголиков» и А.Г. Розенеля «О значении гипноза при лечении нервных и душевных болезней вообще и в частности алкоголизма». Ф.Е. Рыбаков указал в своем докладе на помещение алкоголиков в специальные лечебницы и «систематическое применение гипноза на ходу» (т. е. амбулаторным способом), как на основной метод лечения алкоголизма. Здесь прослеживается разница во взглядах по этому поводу с Л.С. Минором, представившим свой доклад о лечении алкоголизма на первом съезде отечественных психиатров, и указывающим на то, что большинство психиатров того времени считали залогом успешного лечения неудержимого влечения к алкоголю временное лишение больного его личной свободы. Ф.Е. Рыбаков же высказывался в пользу амбулаторного метода лечения и одним из основных терапевтических принципов выдвигал «принцип непринудительности». Наиболее эффективным Ф.Е. Рыбаков считал создание амбулаторий при лечебницах и тогда при «правильной постановке дела лечения алкоголиков в России ... вся страна покроется сетью амбулаторий для пьяниц» [ 2, с. 316–326 ].

Ординатор же психиатрического отделения Черниговской губернской земской больницы А.Г. Розенель назвал гипноз «не более как симуляцией известного состояния» [ 2, с. 327–328 ] и высказал мнение, что «гипнотерапия не дает никаких заметных результатов при лечении нервно-психических заболеваний» [ 2, с. 327 ].

И хотя в докладах обнаруживаются две прямо противоположные точки зрения, в прениях по их поводу высказывались достаточно однородные взгляды, которые сводились к двум основным положениям: первое – «гипнотизм не только есть факт, с которым надо считаться, но и терапевтическое средство, которое в строго определенном круге показаний может быть несомненно полезным» [ 2, с. 328–341 ]; и второе – «гипноз в лечении алкоголизма – паллиатив» [ 2 ] и, что нужно стремиться не к «покрытию страны сетью амбулаторий», а уделять больше внимания социально-экономическим факторам, т. е. устранять основную причину распространения алкоголизма в Российской империи.

Профессор И.А. Сикорский предоставил вниманию съезда два доклада по вопросам воспитания «Психологические основы воспитания», который был зачитан в рамках программы торжественного заседания съезда, и доклад «О воспитании отсталых, умственно недоразвитых и нервных детей», который не был зачитан непосредственно на заседаниях съезда, но был помещен в приложении к трудам второго съезда отечественных пси-

хиатров. В них докладчик обратил внимание на роль врачебно-педагогических институтов в воспитании и значении психологического обследования в педагогическом процессе. Также он выделял роль воспитания в первые годы жизни. Учитывая, что «слабость воли составляет национальную черту русского, как и других славянских народов» [ 2, с. 665–690 ], И.А. Сикорский считал необходимым развитие внимания, воли, интеллектуального чувства и утверждал, что «обучение ремеслам и искусствам ... служит средством для физического и умственного развития воспитанников для укрепления воли и выработки настойчивости» [там же]. И.А. Сикорский говорил о роли научения в воспитательном процессе отсталых детей и выделял большое значение в этом моментов игры и новизны, акцентировал внимание на необходимости поддерживать положительный эмоциональный настрой воспитанников, а также принимал во внимание индивидуальные особенности воспитанника, для дальнейшего объединения каждого члена коллектива в «дружную семью, все члены которой движутся к единой цели».

Он считал необходимым создание амбулаторий, целью которых будет помощь в воспитании детей, путем консультирования родителей по возникающим у них вопросам. Помимо детского населения, амбулатории будут посещать и взрослые молодые люди, работающие над самовоспитанием и желающие получить совет по поводу своего неправильного характера.

Интервал между созывом второго и третьего съездов оказался значительно меньше чем между первым и вторым, что может свидетельствовать о более интенсивном развитии психиатрии и смежных с ней областей в начале XX в. Можно говорить и о росте интереса к рассматриваемым мероприятиям и их значимости не только для медицинских кругов и не только в нашей стране. Свидетельством этому были и представители зарубежного славянства, присутствовавшие на съезде (один из которых, профессор Е. Форманек сказал, что «все славянство видит в России могучую силу, которая создает славянскую науку, славянскую культуру ... [ 3, с. 17 ]), и многочисленные делегации, представляющие различные научные, врачебные, общественные и правительственные органы, и приветственные телеграммы, пришедшие в большом количестве из различных регионов России и Западной Европы.

В трудах третьего съезда, прошедшего в Петербурге в 1909 г. еще больше внимания, чем прежде было уделено социально-экономическим и законодательным вопросам. Свидетельством этому может быть уже то, что первое торжественное заседание было открыто юристом, почетным академиком А.Ф. Кони, который сравнил роль врачей с ролью присяжных заседателей, которые добиваются пересмотра закона путем последовательного произнесения однородных оправдательных приговоров, указывающих на несоответствие того или иного уголовного закона требованию

справедливости и голосу совести. Одним из результатов работы съезда было вынесение резолюции о полном уравнивании прав женщин с мужчинами в области семейных, гражданских, общественных и политических прав.

Актуальные вопросы, касающиеся психического здоровья населения Российского государства, были озвучены в приветственной речи председателя организационного комитета съезда академика В.М. Бехтерева. Он говорил о том, что «современная культура ведет к возрастанию числа нервных и душевных больных» [3, с. 43–66] и общий кризис в стране приводил к росту числа самоубийств даже среди школьников. В.М. Бехтерев указал и на неудовлетворительную постановку вопроса об оказании помощи нервно-психическим больным и на «ограничение личной свободы массой возлагаемых на человека обязанностей, сопряженных с ответственностью и отчужденностью от природы» [там же] и на «всеобщее поклонение золотому тельцу, приводящее к крайнему переотягощению физических и нравственных сил населения, умственному переутомлению, целому ряду нравственных лишений и к физическому истощению» [там же]. Физическое истощение и нравственные лишения, в свою очередь, приводят к излишнему употреблению возбуждающих средств, в корне расстраивающих деятельность нервной системы, а положение дел лечения зависимых от алкоголя или других психоактивных веществ также оставляло желать лучшего. Среди путей борьбы с психическими заболеваниями В.М. Бехтерев обратил внимание на роль психопрофилактики и организации санаториев для нервнобольных. О положительной роли курортов, морских купаний, климатических станций, санаториев и лечебных колоний упоминал и А.Ф. Мальцев, ссылаясь на статьи, датированные еще концом XIX в., он же отмечал и положительное влияние на душевно-больных труда, с помощью которого они приобретают осмысленность интересов и душевную устойчивость. Особое внимание В.М. Бехтерев уделил воспитательному фактору. Было высказано мнение о целесообразности создания курсов для нянь и будущих матерей, а также общественных организаций с воспитательным характером, выполняющих функцию дошкольного образования, так как этот возраст считается самым нужным и важным для будущего развития личности. Подчеркивалось значение физической и нравственной гигиены и в дальнейший период школьного образования.

Нашел свое отражение в трудах съезда и возросший в последнее десятилетие интерес к расовой психиатрии. Так П.П. Виктор в своем докладе «Реорганизация психиатрического дела в Могилевской губернии в связи с особенностями белорусского края» обратил внимание на влияние культурологических особенностей белорусского края на психопатизацию некоторой части населения. Особое внимание в этом отношении было уделено еврейской национальности. Об особенностях протекания психи-

ческих заболеваний у евреев говорилось в докладах Э.В. Эриксона «О формах признания душевнобольных в Царстве Польском» и А.М. Виршубского «Психиатрическая помощь еврейскому населению Виленской губернии». Э.В. Эриксон сделал вывод, что истерия у евреев встречается чаще, чем эпилепсия, а у поляков наоборот. А.М. Виршубский, в свою очередь, считал, что «предрасположение евреев к душевным заболеваниям есть расовое свойство» [ 3, с. 122–147 ], но обосновывал свою точку зрения скорее не антропологическими особенностями представителей еврейской нации, а социально-экономическими и политическими условиями, в которых развивался этот народ. «Революция, вселявшая в узкое мировоззрение лиц, привыкших к серой будничной жизни, необъятные горизонты быстрого и коренного переворота в их социальном и правовом положении и очутившихся у старого разбитого корыта, тем самым создала благодатную почву для эпидемии психозов, вылившихся в данном случае преимущественно в меланхолический симптомокомплекс, гармонирующий с атмосферой грустных повествований о многовековых репрессиях» [там же].

Все больше говорилось о необходимости развития клинической психологии, введения ее обязательной дисциплиной в систему профессиональной подготовки врачей и внедрения психологических обследований в психиатрическую практику. На съезде упоминались существующие уже специальные курсы экспериментальной психологии с обставленными лабораториями при ВМА и женском медицинском институте. Психоневрологический институт и Психологическая академия (детище А.П. Нечаева) имели целью подготовить соответственно образованных педагогов. В.П. Осипов подчеркивал важность психологического критерия, как части клинического для определения и классификации болезней.

Л.С. Павловская рассказала участникам съезда о предпринятой ею попытке экспериментального психологического исследования больных хроническим алкоголизмом. Исследование проводилось по методу В.М. Бехтерева. На основании результатов исследования докладчица сделала вывод, что ассоциации и умозаключения у алкоголиков практически не отличаются от таковых у здоровых, внимание снижено по сравнению со здоровыми исследуемыми, а воображение наоборот оказалось живее и заключало больше творческой активности, чем у здоровых лиц. При клиническом наблюдении было замечено, что больные с хроническим алкоголизмом обнаруживают слабость воли, отсутствие этических и религиозных чувствований, цинизм, лень, легкомыслие. В заключение своего доклада Л.С. Павловская высказала мнение, что «... явления хронического алкоголизма нельзя рассматривать как результат отравления алкоголем, а нужно считать сложным явлением, состоящим из разных индивидуальных особенностей и влияния алкоголя» [ 3, с. 203–217 ], и отвела основную роль в лечении особой воспитательной системе, направленной на

развитие воли, приучение к планомерной и систематической работе, педагогическому распределению времени занятий и отдыха. Доклад вызвал бурные прения, в которых звучали немалочисленные возражения против уменьшения роли вредного воздействия алкоголя на нервную систему.

Вообще же вопросам лечения, профилактики и этиологии алкоголизма было посвящено немало докладов, на основании которых можно увидеть неоднозначность мнений по этому поводу. Так, председательствующий во время докладов В.М. Бехтерев отметил противоречие между Л.С. Минором, который отрицал роль наследственности, и Ф.Е. Рыбаковым и высказал мнение, что в этом вопросе надо использовать и другие методы кроме статистических исследований. В.М. Бехтерев считал невозможным не учитывать, помимо наследственного фактора, роль воспитания родителями алкоголиками, которые часто и сами отравляют своих детей в нежном детском возрасте алкоголем. По его мнению, «неправильное воспитание и подражание детей алкоголизму старших также играет большую роль в развитии так называемого наследственного алкоголизма» [ 3, с. 229–230 ]. Здесь же стоит упомянуть доклад А.М. Коровина «Дипсомания как ритм и истощение». В его докладе говорилось о необходимости предварительного изучения психической нормы человека в ее историческом развитии вне зависимости от алкоголизма и только после этого следует делать вывод о роли наследственности. Докладчик дал психологическое объяснение поведенческим реакциям и связывал форму запоя с личностными особенностями преморбидного фона. Он поддержал уже неоднократно высказывающееся мнение о первостепенной роли психотерапии в лечении данного контингента больных и даже дал конкретные рекомендации по применению психотерапии в зависимости от вида запоя. Говоря о значении воспитания в юношеском возрасте, докладчик, поддерживая многих педагогов того времени, ставил на первый план развитие сил и свойств, которые служат для борьбы с аффектами, особенно с чувством гнева.

При обсуждении профилактических мер в борьбе с алкоголизмом докладчики были более-менее единодушны в признании роли просветительской работы с населением и социально-экономических реформ. Доклады, касающиеся лечения алкоголизма, в контексте данной статьи, интересны, прежде всего, тем, что демонстрировали господствующее в то время в российской научной среде отношение к гипнотерапии и психотерапии вообще. Прежде всего, надо отметить, что среди населения пользовалось огромной популярностью амбулаторное лечение алкоголизма с применением, главным образом, гипноза. По словам Л.С. Минора, «русский простолюдин обладает совершенно изумительной гипнотической внушаемостью, которая приближает его в этом отношении к истерической женщине или ребенку» [ 3, с. 171–202 ] и, учитывая это, а также условия жизни и труда крестьян, которые составляют основной процент об-

рашающихся за помощью, «амбулатория для алкоголиков – есть чисто русское, местное изобретение» [ 3, с. 172 ].

Подтверждением вышесказанному может служить и немалая популярность в борьбе с алкоголизмом у русских крестьян знахарей, священников и принятия зарок. По результатам проведенного сравнительного исследования эффективности применения у алкоголиков гипноза и психотерапии, о котором доложил И.Н. Введенский, очевидно, что и посещаемость и эффективность лечения с применением гипноза была выше, чем при применении психотерапии в широком смысле слова, хотя нужно заметить, что при оценке результатов спустя 3–4 года после курса терапии эффективность гипно- и психотерапии выравнивается. Но, по словам того же И.Н. Введенского, «... за общим увлечением гипнотерапией и преувеличенными ожиданиями и требованиями к ней, которые были результатом блестящих работ Парижской и Нансйской школ в области гипнотизма, наступило более правильное отношение к ней и как неизбежная реакция, некоторое разочарование и скептицизм по отношению к гипнотическому методу лечения» [ 3, с. 331–345 ].

Л.С. Минора указывал, несмотря на трансформацию «старого, авторитативного гипноза» в «диалектический» Л. Левенфельда, «... тот, кто следит за эволюцией психотерапии с чисто практической точки зрения, тот увидит, что последнее время и лучшие представители гипнотерапии берут, правда, еще под свою защиту зашатавшийся престиж старого гипноза, но уже в такой форме, которая показывает, что они сами считают настоящую, резонирующую, оперирующую рассудком, волей и логикой пациента психотерапию более просвещенным методом лечения, чем гипноз» [ 3, с. 171–202 ].

Большинство докладчиков и участников прений сошлись во мнении, что нашему алкоголику нужна именно планомерная, перевоспитывающая психотерапия в широком смысле слова как способ перевоспитания больного путем постепенного разрушения и вытеснения неправильных представлений и умозаключений, замены их правильными представлениями и сообщения ему здоровых умственных навыков. Ведь отправляясь лечиться, он еще не расстался душевно с вечно милой ему водкой. Для лечения алкоголизма, направленного на индивидуальность пьющего человека, «требуется именно планомерная перевоспитывающая психотерапия, а не гипноз, даже в этом «модернизированном» виде ... Нашему алкоголику нужна по моему убеждению, новая психотерапия, в смысле П. Дюбуа ... Гипнотическое внушение не оставляет места для личной активности больного и самостоятельной успешной борьбы с болезнью. На этой почве возникло новое направление, которое нашло наибольшее выражение в работах П. Дюбуа и его последователей с их принципом «психической ортопедии» и резко отрицательным отношением к гипнозу. Наконец, учение З. Фрейда, не получившее общего признания, но успевшее за по-



следние 10 лет оказать влияние на многие области психопатологии и нормальной психологии, и основанный на нем метод психоанализа, открывают новые пути и перспективы для рациональной психотерапии в той области, которая раньше с большим или меньшим успехом обслуживалась гипнозом. К. Абрахам придает особенное значение в этиологии раннего слабоумия вредным влияниям на половую сферу в юности. А низкая эффективность психотерапии в широком смысле слова объяснялась не особенностями самого метода, а условиями его применения. Здесь снова стоит вернуться к словам И.Н. Введенского: "Психотерапия в широком смысле слова, внушение наяву, перевоспитание больного, может и должно иметь место главным образом в стационарных лечебницах для алкоголиков, где помимо прямого психического воздействия со стороны врача... удаление больного из семьи и обычной обстановки, окружающая атмосфера трезвости, режим и неутраченный труд и т. д. являются могущественными психотерапевтическими факторами ..."» [ 3, с. 331–345 ]. Также отмечалась важная роль профессиональной подготовки врачей, применяющих психотерапию в своей практике. И в этом направлении уже существовали определенные практические наработки. Так, А.Л. Мендельсон в своем докладе рассказал о работе сети амбулаторий для алкоголиков, созданных при Петербургском попечительстве о народной трезвости, которые выполняли лечебные (психотерапия и лекарственная терапия) воспитательные (просветительные) задачи. Врачи, работающие в амбулаториях, прошли предварительную подготовку, длительное время проработав с докладчиком. Для врачей была создана научная библиотека из изданий, имеющих отношение к алкоголизму. Также амбулатории посещали врачи из провинции, командированные для изучения психотерапии алкоголизма. При одной из амбулаторий уже читались систематические курсы А.Л. Мендельсоном по терапии алкоголизма с практическими занятиями по лечению алкоголиков внушением. Отмечалась также положительная роль применения к алкоголикам воспитательно-нравственного ремесла, при условии индивидуализации труда, при обязательном изучении личности каждого.

Профессор В.А. Муратов указал на роль вторичной выгоды в развитии травматического невроза и считал «лучшей психотерапией травматического невроза – страхование рабочих и пенсионирование инвалидов не зависимо от судебного доказательства инвалидности и существующей системы состязательного процесса» [ 3, с. 242 ].

Наряду с распространением психотерапевтических идей среди лечебных мероприятий свое место сохраняли и физиопроцедуры. Так, М.Н. Жуковский демонстрировал больного с объективными явлениями истероневрастении, состояние которого улучшилось на фоне лечения ваннами, бромидами, внушением и электризацией, а В.М. Гаккебуш представил целый доклад о применении длительных ванн в психиатрической

практике и их благотворном влиянии на пациентов, не поддающихся постельному режиму. В Харькове докладчик стал применять их с 1907 г. А первые указания на успех лечения такими ваннами встречались уже в середине XIX в. у французских авторов (острая паранойя, маниакальное возбуждение). Среди положительных эффектов ванн выделялись успокаивающий, снотворный эффекты и стимуляция аппетита.

В.П. Кашенко в своем докладе привлек внимание к дефективным детям, констатируя факт возрастания детской преступности, несмотря на применение наказаний. Докладчик говорил о необходимости создания специальной заботы о дефективных детях путем организации вспомогательных учреждений, в которых очень важна ассоциация сил врача и педагога. Причем врачу, подготовленному в области психологии и психопатологии ребенка, необходимо знать педагогику, так же как и учитель должен обладать качествами наблюдателя и психолога. Необходимо изучать индивидуальные способности каждого ребенка и предъявлять индивидуальные требования к каждому ребенку.

Базисом учебно-воспитательных и образовательных воздействий на отсталого ребенка является ручной труд, который, с одной стороны, имеет значение как изучение ремесел, а с другой, влияет на развитие интеллекта, внимания, воли. Довольно очевидна ориентация на западноевропейские страны. В пример приводятся немецкие учреждения, но в то же время и самим докладчиком отмечается насколько трудно адаптировать зарубежный опыт для нашей страны, поскольку у нас даже численность детей, нуждающихся в такой специальной постановке образования, не установлена.

Важное место вопросам психологии воспитания уделял и П.П. Тутьшкин. Упомянув, в свою очередь, о таких представителях Запада как Г. Лебон, А. Бине, и других исследователей в области педагогической психологии Америки и Германии, ратующих за индивидуализацию методов преподавания сообразно природным склонностям и задаткам ребенка, согласно индивидуальным особенностям всего его психофизического склада, отдается дань и вкладу отечественных психиатров в эту область. Из русских психиатров вопросами педагогической психологии занимался И.А. Сикорский, а последнее время В.М. Бехтерев. А.Н. Бернштейну принадлежит заслуга введения в жизнь систематического психологического исследования в психиатрических больницах России.

В нашей стране особо остро ощущается необходимость изменения строя колоний для малолетних преступников в духе лечебных учреждений и изгнание из них тюремного духа. Несомненно, что врач-психиатр в роли директора колонии, производя систематическое психологическое исследование своих воспитанников, найдет в нем источник мероприятий индивидуальной психотерапии. В своем докладе П.П. Тутьшкин уделил достаточно внимания и социальной психологии, отмечая, что социально-экономические и политические бедствия массового характера значитель-

но понизили средний уровень запаса физических и психических сил личности русского обывателя во всех слоях общества.

Этот упадок психической энергии обнаруживается, главным образом, в ослаблении волевой сферы; на этой почве болезненного безволия, с одной стороны, возникает масса неврастеников, истеричных и всяких неудачников, не умеющих приспособиться к тяжелым условиям современной русской действительности; с другой – господствующими слоями общества чаще поощряются более грубые и низменные инстинкты личности взамен самодеятельности, инициативы, умственного богатства и нравственной стойкости личности. «Я позволил бы себе охарактеризовать психологию современной общественной реакции русского общества, как массовое нравственное поглупение [ 3, с. 735–744 ]. То есть в процессе эволюции нравственного помешательства возрастает роль психиатров в психопрофилактике.

«Современная психиатрия, которая базирует свои клинические наблюдения и обобщения на данных современной научной психологии, не может не считаться с учением об эволюции идей и об импульсивности идей, по которому каждая идея, заполняющая сознание личности, импульсивно стремится вылиться в форму действия, в волевой акт. Это учение американского психолога У. Джеймса, согласное с учением о психических рефлексах нашего знаменитого соотечественника И.М. Сеченова и других психологов и натуралистов об эволюции идей, дает психиатру полную уверенность, что культивируя определенный цикл идей и, пробуждая в известном направлении общественную мысль и общественное сознание, он в то же самое время содействует проявлению и волевых эффектов, неразрывно связанных с данными идеями, а следовательно, ведет активную борьбу с общественной реакцией и воспитывает вслед за массовой реакцией массовую волю» [ 3, с. 743 ]. Нужно продвигать в первую очередь идеи «права» и «законности» вместо общераспространенных идей «беззакония» и «произвола». Не приходится обосновывать право психиатра разрабатывать вопросы «уголовного права». В связи с чем программной темой четвертого съезда была предложена всесторонняя психологическая разработка идеи права и законности в связи с профилактикой нравственного вырождения русского народа.

А.Б. Владимирский, в свою очередь, приводит воспитательный процесс к физиологическому учению о сочетательных и условных рефлексах, разрабатываемых И.П. Павловым и В.М. Бехтеревым. Противников же экспериментальной психологии он разделял на два лагеря: научно образованные психологотеоретики (во главе с профессором Г.И. Челпановым), которые усматривают в широко распространившихся психологических изысканиях педагогов как бы падение научного достоинства психологии. «Громадная заслуга экспериментальной психологии – это тот незримый факт, который я охарактеризовал бы как подъем педагогической мысли,

который отмечают последние годы. Экспериментальная психология фиксировала внимание общества и педагога на личности ученика; второй лагерь – педагоги-практики» [ 3, с. 744–762 ].

В своем докладе «Основы распознавания и классификации душевных болезней» В.П. Осипов остановился на вопросе о становлении экспериментальной психологии в мировой науке и в России в частности. Так, он приводил слова Э. Крепелина о его уверенности в том, что прогресс клинической психиатрии в ближайшем будущем будет связан теснейшим образом с прогрессом психологического анализа душевных явлений и с применением этого анализа к изучению душевных болезней. Профессор И.Г. Оршанский видел в этом психологическом направлении реакцию против чисто анатомического направления, овладевшего одно время слишком сильно умами психиатров, и полагает, что без аналитической оценки элементарных психических симптомов душевных болезней мы не можем далеко продвинуться в понимании последних. Несмотря на ироническое отношение старых психиатров к этому новому направлению, оно все же быстро развивалось и крепло, пока «лаборатории экспериментальной психологии не свили себе прочных гнезд на кафедрах душевных болезней в различных странах» [ 3, с. 851–863 ]. Именно за последнее десятилетие можно отметить появление новых данных обещающих хорошие результаты и в дальнейшем.

«Приемы исследования и постановка опытов, которые могут быть названы объективными методами, применяются в психологии уже давно; они входили в содержание экспериментальной психологии, составляли солидную часть так называемой физиологической психологии, психофизики, но не выделялись и не объединялись под названием объективного метода. Лишь выделение и изучение профессором И.П. Павловым на животных «условных рефлексов» всего несколько лет тому назад сообщило могучий толчок рассматриваемому направлению.

В.М. Бехтерев, в свою очередь, «... объединил результаты психологических исследований, проведенных им самим и его учениками, с применением объективных методов исследования над человеком, выдвинул значение объективного метода в своих работах, указал возможности применения этого метода и тем положил прочную основу его дальнейшему развитию. Задачу этого метода, по мнению В.М. Бехтерева, составляет изучение соотношения между характером и силой внешнего воздействия и последующей внешней реакцией организма без всякого соображения о том субъективном состоянии, которое переживается данным лицом за указанный период времени. В.М. Бехтерев в широких пределах перенес изучение условных рефлексов на человека, причем, как мериллом этих рефлексов и показателем их проявления, предложил пользоваться органами произвольного движения вместо слюнной реакции И.П. Павлова; самые же рефлекссы он предложил обозначать как «сочетательные».

Результатом всеобщего признания значения экспериментальной психологии явилось быстрое и мощное развитие этой науки, необходимость ввести ее методы в психопатологию, в дело исследования и изучения душевнобольных. В последние годы появилось большое количество научных исследований, произведенных над больными различных категорий, возникла потребность в целях тончайшего изучения психологических состояний разлагать характеризующие их психические процессы на более элементарные части, подвергая их тщательному изучению, создаются новые схемы клинического исследования больных (В.М. Бехтерев, А.Н. Бернштейн), авторы которых стремятся к применению в них методов экспериментальной психологии, новых методов, направленных к объективной оценке в изучении явлений индивидуальной жизни. Одной из ближайших задач ученых обществ является выработка единообразной схемы, которая могла бы быть принята большинством психиатрических учреждений» [там же].

Как на одно из современных направлений в психологии и психиатрии В.П. Осипов указывал на психоаналитический метод З. Фрейда. Хотя докладчик и говорил, что «увлекшись применением психоанализа, З. Фрейд слишком решительно высказался о роли сексуальной травмы, как причины истерии, тем не менее его методу нельзя отказать в известном значении в деле изучения психической сферы больных, в деле лучшего выяснения этиологии заболевания и даже в терапии психоневрозов, причем в некоторых случаях терапия по психоаналитическому методу З. Фрейда дает успешные результаты там, где другие методы остались без заметных результатов на течение болезни» [там же]. Также прослеживал дальнейшее развитие идей З. Фрейда в работах цюрихских психиатров Е. Блейлера и К.Г. Юнга, предложивших учение о «психологических комплексах» и разработавших так называемый «ассоциативный эксперимент». Несмотря на излишнее увлечение авторами собственным методом, по мнению докладчика, он дал интересные результаты в применении к психологии и психопатологии.

Итак, перед нами достаточно длительный период времени, дающий возможность проследить зарождение и развитие определенных идей в области психологии, психотерапии, психиатрии на рубеже XIX–XX вв. и прежде всего развитие этих областей в общем. Так, если в трудах первого съезда мы встречаем лишь эпизодические упоминания о роли психотерапии в лечении психически и нервно-больных, то на втором съезде уже встречаются доклады, посвященные отдельным методам психотерапии. А сравнив материалы второго и третьего съездов, можно с уверенностью предположить дальнейшее интенсивное развитие научной мысли в этой области в нашей стране.

Но даже из достаточно немногочисленных докладов во время первого съезда, касавшихся вопросов психотерапии, видно, что в конце XIX

в. уже рассматривались как отдельная группа пациенты с нарушениями настроения, которые выделялись как болезни личности. Отмечалась неэффективность при этих заболеваниях медикаментозной терапии и подчеркивалась роль психологических факторов в лечении, роль труда, физического развития, отдельное место уделялось в этом вопросе системе отношений больных и социально-экономическим факторам. Уделялось также место вопросам воспитания и создавались первые в нашей стране врачебно-воспитательные учреждения.

В трудах второго съезда вопросы, поднятые ранее проблемы, получают более полное развитие. Как отдельные области выделяются физиологическая и эволюционная психология, обосновывается необходимость экспериментальных психологических исследований больных, обсуждаются психологические факторы психотерапевтического процесса (совместимость врача и пациента, атмосфера доверия и безопасности в психотерапевтическом контакте, влияние особенностей личности психотерапевта на лечебный процесс), аргументируется значительная роль изучения личности как во время болезни, так и в преморбидный период, выделяются особенности личности больных людей по сравнению со здоровыми. Растет роль воспитания в формировании здоровой гармоничной личности, причем основной акцент делают на первых годах жизни.

Наряду с ролью труда как лечебного фактора, выделяют также роль музыкотерапии, правильно организованного отдыха, условий среды и отмечают благотворное влияние санаторного лечения как метода, дающего возможность сочетать целесообразный режим, различные лечебные факторы и устранение привычных социально-бытовых условий. И как логичное следствие данного развития является образовавшийся раскол среди научных воззрений психиатров, что можно обнаружить в достаточно противоречивых мнениях, высказываемых в докладах и во время прений. Противоречия особенно были очевидны в обсуждениях роли психотерапии в лечении психических заболеваний вообще и лечении алкоголизма, в частности. Немало мнений было против психотерапии как лечебного метода и в пользу традиционных фармако- и физиотерапии, обосновывалась интоксикационная и аутоинтоксикационная этиология психических заболеваний и приводились соответствующие методы их лечения.

Высказываются также достаточно многочисленные мнения в пользу применения психотерапии в лечении нервно-психических заболеваний. Основным психотерапевтическим методом в то время был гипноз, который нашел наиболее распространенное применение в лечении алкоголизма. Он имел и своих противников, хотя и немногочисленных, но с тем, что гипноз является паллиативным методом лечения алкоголизма, соглашались практически все. Не менее очевиден был раскол в области психологии, в которой недавно сформировавшаяся как отдельное направление и

набирающая популярность экспериментальная психология также имела много противников.

На основании трудов третьего съезда отечественных психиатров видно, что роль социально-экономических и социально-бытовых факторов в психическом здоровье населения оценивалась все выше. Получают свое развитие расовая психиатрия и социальная психология, интенсивно развивается клиническая психология. Уже встречаются указания на существование специальных курсов по экспериментальной психологии при некоторых высших учебных заведениях.

В практику психиатрических больниц внедрялись психологические исследования больных и предпринимались попытки их стандартизации. В то же время все большей критике подвергается гипноз как оптимальный метод лечения алкоголизма и растет популярность «психотерапии в широком смысле слова» – психотерапии П. Дюбуа, З. Фрейда и учение о «психологических комплексах» разрабатываемое Е. Блейлером и К.Г. Юнгом.

### *Литература*

1. *Труды I съезда* отечественных психиатров, происходившего в Москве с 5 по 11 января 1887 г., издаваемые Министерством внутренних дел. – СПб., 1887. – 1067 с.

2. *Труды II съезда* отечественных психиатров, происходившего в г. Киеве с 4 по 11 сентября 1905 года / под ред. И.А. Сикорского. – Киев., 1907. – 701 с.

3. *Труды III съезда* отечественных психиатров, изданные Организационным комитетом / под ред. В.М. Бехтерева. – СПб., 1911. – 910 с.

# ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 159.947.5 [355.33 : 351.74/.76]

*В.И. Евдокимов, Б.А. Клименко,  
В.И. Шевченко*

## ОЦЕНКА МОТИВАЦИОННОГО АСПЕКТА ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СПЕЦИАЛИСТОВ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ СИЛОВЫХ СТРУКТУР

Государственный научно-исследовательский испытательный институт  
военной медицины Минобороны РФ, Москва;  
Белгородский юридический институт МВД России;  
Медицинская служба Северо-Кавказского военного округа, Ростов-на-Дону

### *Введение*

Напряженные условия профессиональной деятельности сотрудников подразделений силовых структур, высокие требования, предъявляемые к функциональным резервам организма, негативные социально-демографические процессы, происходящие в России в последнее десятилетие, обуславливают повышенный интерес многих специалистов к методам и средствам формирования надежности деятельности, оптимизации профессионального здоровья и увеличения профессионального долголетия.

Например, исследования сотрудников силовых структур показывают снижение у них функциональных резервов организма и уменьшение профессионального долголетия на 5–7 лет за счет ухудшения состояния здоровья. Установлено также, что за последние 20 лет средняя величина потери физиологических резервов по критерию индекса физического состояния у лиц летного состава находится в пределах от 1,2 до 2,0 % в год. Аналогичные данные имеются в зарубежных научных документах [ 12, 13 ].

На этом фоне традиционная физическая подготовка, которая бесспорно способствует повышению эффективности и надежности профессиональной деятельности специалистов экстремальных профессий, боеготовности и боеспособности войск, может способствовать дополнительному расходу функциональных резервов организма. В этом случае наиболее целесообразным для ряда специалистов экстремальных профессий может явиться оздоровительно-направленная физическая культура, проводимая с учетом уровня их профессионального здоровья [ 16 ].

По данным отечественных и зарубежных ученых здоровье, прежде всего, зависит от образа жизни, его привычек и даже от уровня образования (49–53 %), в 17–20 % случаев на здоровье влияют экологические факторы, в 18–22 % – генетические факторы, и только в 8–10 % здоровье че-



ловека связано с качеством здравоохранения. Таким образом, здоровье – это не результат лечения, а производное разумного с социально-гигиенических позиций образа жизни и труда (табл. 1) [ 11 ].

*Таблица 1*

*Влияние неблагоприятных факторов на здоровье населения*

Сфера	Группа обуславливающих факторов	Доля, %
Образ и условия жизни	Курение Употребление алкоголя Несбалансированное питание Психоэмоциональный стресс Вредные условия труда Гиподинамия Низкий культурный и образовательный уровень Непрочность семейных отношений, одиночество и т. д. Низкая медицинская активность Злоупотребление лекарствами, психоактивными веществами	49–53
Генетика, биологические факторы	Предрасположенность к наследственным болезням (хромосомным, генетическим и др.) Предрасположенность к хроническим заболеваниям (генетический риск)	18–22
Окружающая (экологическая) среда	Загрязнение воздуха, воды, почвы химическими, физическими, биологическими и другими вредными для здоровья веществами, канцерогенами Резкая смена атмосферных явлений Повышенные гелиокосмические, радиационные, магнитные и другие излучения	17–20
Здравоохранение	Неэффективность профилактических мер Низкое качество медицинской помощи Несвоевременность оказания медицинской помощи и др.	8–10

Под образом жизни обычно понимаются устойчивые формы социального бытия, совместной деятельности людей, типичные для исторически конкретных социальных отношений, формирующиеся в соответствии с генерализованными нормами и ценностями, отражающими эти отношения [ 2 ]. Образ жизни – не векторное понятие и не может быть оценен количественными терминами: «высокий» или «низкий». Для него реальны только качественные показатели. Образ жизни характеризуется социально-психологическими (способ жизни, стиль жизни и ценностные ориентации) и социально-экономическими (уклад жизни) показателями (рис. 1).

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) – это формы и способы жизнедеятельности человека, направленные на формирование гармоничного чело-

века и способствующие повышению резервных возможностей организма, обеспечивая сохранение и укрепление здоровья, и успешное выполнение социальных и профессиональных функций.

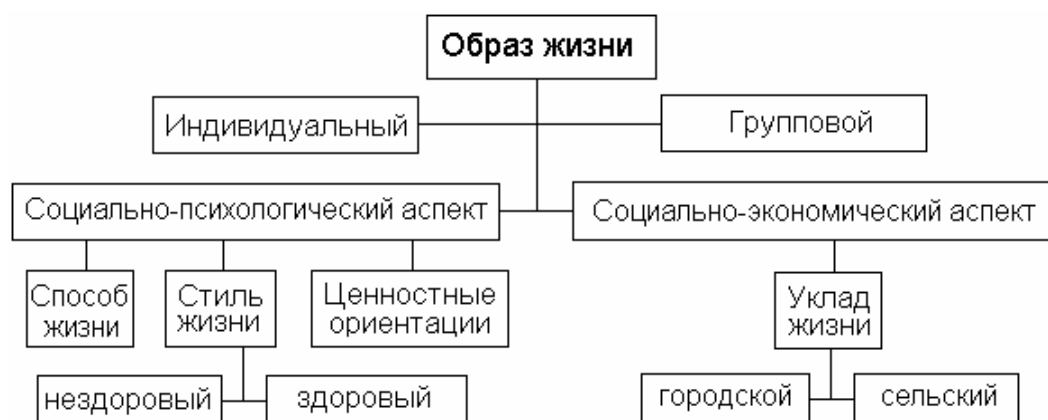


Рис. 1. Составляющие образа жизни и здорового образа жизни.

Выделяются несколько направлений формирования ЗОЖ: а) медико-гигиенический, б) философско-социологический, в) психолого-педагогический. Обобщенно можно указать, что представления о ЗОЖ у большинства ученых различных направлений, как правило, совпадают. В качестве его компонентов называются соблюдение режима труда, отдыха и питания, искоренение вредных привычек, воспитание культуры общения, поведения, регулярные занятия физической культурой, внедрение в жизнь здоровьесберегающего поведения и гармоничное развитие личности.

Анализ документального книжного потока за 1987–2006 гг., который содержал сведения о формировании ЗОЖ, показывает, что в настоящее время отмечается смещение акцента с профилактических и гигиенических мероприятий на психолого-педагогическое воздействие по формированию ценностных ориентаций ЗОЖ в повседневной жизни в семье, среди детей, школьников и студентов. Внедрение ЗОЖ среди взрослого населения страны позволяет сохранять профессиональное здоровье, продлевает профессиональное долголетие и повышает удовлетворенность качеством жизни [ 6 ].

Можно полагать, что основополагающим фактором формирования ЗОЖ у специалистов подразделений силовых структур является физическая культура, которая в широком смысле слова включает систему жизненных ценностей, мотивацию к двигательной активности, физкультурно-спортивную активность, тренировочный эффект, закаливание, двигательную активность, направленную на физическое совершенство человека, социальные институты реализации физкультурной и спортивной деятельности [ 4, 6, 8 ].

Отечественной теорией и практикой физической культуры разработан общий подход к психолого-педагогическому процессу формирования ЗОЖ, который должен включать следующие структурные элементы: целевой, содержательно-операционный, мотивационно-ценностный, программно-ориентировочный, деятельностный и оценочный (рис. 2) [ 10, 14 ].



Рис. 2. Система формирования ЗОЖ у специалистов силовых структур.

В современной теории и практике физической подготовки войск проблема формирования здоровьесберегающих технологий и ЗОЖ занимает одно из приоритетных мест. Этому направлению посвящены диссертационные исследования [ 3, 15, 16 ]. Однако его масштабность и многоуровневость обуславливают широкий спектр еще неизученных проблем. Несмотря на кажущуюся простоту оценки ЗОЖ, данный аспект является менее разработанным. Вместе с тем, следует отметить, что оценка сформированности ЗОЖ может определять резервы профессионального здоровья.

Эта оценка особенно важна для специалистов подразделений силовых структур. Например, при одинаковой физической подготовленности и равных функциональных резервах организма, которые можно определить при помощи функциональных проб и нормативов по физической подготовке, предпочтение при отборе спецконтингента или при выдвижении на вышестоящие должности следует отдавать лицам, имеющим более выраженную мотивацию на ЗОЖ. Можно полагать, что у этих лиц в экстремальной деятельности уровень профессионального здоровья будет лучшим, а профессиональное долголетие – более длительным.

Актуальность данной проблемы определила цель исследования – разработать и апробировать методику определения мотивационного аспекта формирования ЗОЖ у специалистов подразделений силовых структур России.

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

В качестве объекта исследования взяты курсанты Белгородского юридического института МВД России, будущие специалисты подразделений силовых структур. Предмет исследования составили показатели их качества жизни и сформированности ЗОЖ. Курсантов 1-го и 2-го курсов (младших курсов) было 110, 3-го и 4-го курсов (старших курсов) – 112. Средний возраст курсантов младших курсов был ( $17,5 \pm 0,1$ ) лет, старших курсов – ( $20,9 \pm 0,1$ ) год.

Уровень сформированности ЗОЖ у курсантов определяли при помощи специально разработанного опросника «Оценка сформированности ЗОЖ», содержащего 120 вопросов. Из них 45 вопросов отражали мотивационный компонент формирования ЗОЖ, 37 – индивидуальные типологические и характерологические особенности, способствующие ведению ЗОЖ, 28 – когнитивный компонент формирования ЗОЖ и 10 – достоверность исследования.

Стандартизация данного опросника проводилась в несколько этапов. В качестве концептуальной модели его стандартизации использовались рекомендации А. Анастаси (1982). На первом этапе рассматривались теоретико-эмпирические типы валидности опросника. Вначале преподавателями по физической подготовке и спорта, опытными методистами, врачами и психологами были отобраны темы, которые могли бы отражать основные аспекты формирования ЗОЖ у обследованных лиц.

При конструировании опросника «Оценка сформированности ЗОЖ» выдвинуты предположения, что определенные значимые ситуации, обеспечивающиеся содержанием утверждений, будут выявлять у обследуемых лиц индивидуальные и характерологические особенности, способствующие ведению ЗОЖ, мотивационный и когнитивный компоненты формирования ЗОЖ.

Анализ содержания и интерпретации утверждений опросника определял только гипотезу к выбору стимульного материала для выявления основных компонентов формирования ЗОЖ. Чтобы установить валидность опросника необходимо было эту гипотезу проверить. Для этой цели применена совокупность методов, показывающая качественные и количественные характеристики взаимосвязей, различий и сходств между оценками, получаемыми при помощи данного опросника и реальными показателями жизнедеятельности курсантов (оценками успеваемости, физической подготовленности, экспертными оценками дисциплинированности, состояния здоровья и др.) и показателями КЖ.

Под качеством жизни (КЖ) нами понималась система жизненных ценностей, характеризующих созидательную деятельность, структуру потребностей и условий развития человека и общества, удовлетворенность людей жизнью, социальными отношениями и окружающей средой.

Удовлетворенность жизнью определяли при помощи опросника, содержащего 25 вопросов, по способу оценки качества жизни (КЖ), зарегистрированного патентом на изобретение № 2335240 [ 5 ]. Определялись удовлетворенность курсантов уровнем потребления материальных и духовных благ (уровнем жизни), учебно-профессиональными и семейными отношениями, состоянием здоровья, духовностью и здоровьесберегающим поведением. Для унифицирования результатов исследования высчитаны нормированные Т-оценки для курсантов БЮИ по формуле:

$$T = 50 + \frac{10(x - M)}{\sigma}, \quad (1)$$

где: Т – шкальный показатель;  
х – «сырой» результат по шкале конкретного курсанта;  
М – средняя величина общей группы курсантов вузов силовых структур;  
σ – среднее квадратическое отклонение общей группы.

В качестве внешних критериев адаптации на курсантов собраны экспертные оценки успеваемости, дисциплинированности и состояния здоровья в 7-балльной системе оценок (7 баллов – высшая оценка) (табл. 2). Эти данные свидетельствуют о достаточно высоком адаптационном ресурсе курсантов. Оценки физического развития, физического состояния и физической подготовленности собраны в ходе проведения занятий по физической подготовке и на дополнительных занятиях по формированию ЗОЖ.

Для проведения математической обработки данных использовалась типовая статистическая программа в Microsoft Excel персонального компьютера. Результаты исследования были проверены на нормальность распределения. Сходства (различия) полученных данных определяли при помощи t-критерия Стьюдента, взаимообусловленность (взаимосвязи) количественных характеристик – при помощи параметрического корреляци-

онного анализа Пирсона. Все представленные в тексте статьи коэффициенты корреляции – значимые.

*Таблица 2*

*Средние экспертные оценки социально-учебной адаптации  
обследованных курсантов ( $M \pm m$ , балл)*

Курс обучения	Успеваемость	Здоровье	Дисциплинированность
Старшие курсы	4,72 ± 0,11	5,30 ± 0,11	5,08 ± 0,12
Младшие курсы	4,70 ± 0,14	5,34 ± 0,14	5,38 ± 0,14

### ***Результаты исследования и их анализ***

Общие оценки КЖ у курсантов были незначительно выше стандартизованных оценок, рассчитанных для курсантов (табл. 3). Сравнительный анализ показывает, что у курсантов младших курсов, по сравнению с курсантами старших курсов были статистически более высокие оценки удовлетворенности уровнем жизни, учебно-профессиональными и семейными отношениями и соответственно более высокая общая оценка КЖ

*Таблица 3*

*Стандартизированные обобщенные оценки КЖ у курсантов ( $M \pm m$ , балл)*

Показатель качества жизни	Общая группа	Младшие курсы (1)	Старшие курсы (2)	p, 1–2
Уровень жизни	55,0 ± 0,8	58,2 ± 1,1	52,2 ± 1,0	< 0,001
Учебно-профессиональные отношения	51,8 ± 0,8	55,0 ± 1,1	49,1 ± 1,0	< 0,001
Состояние здоровья	50,3 ± 0,9	50,4 ± 1,3	50,2 ± 1,2	-
Семейные отношения	49,8 ± 0,8	53,3 ± 1,1	46,8 ± 1,1	< 0,001
Духовность и здоровьесберегающее поведение	50,8 ± 0,9	51,8 ± 1,3	49,9 ± 1,2	-
Общая оценка качества жизни	51,5 ± 0,8	54,8 ± 1,2	48,7 ± 1,1	< 0,001

Практически аналогичные данные были получены нами при обследовании курсантов Военного института физической культуры [ 4 ]. С одной стороны, факт более высоких оценок уровня жизни, при практически одинаковых условиях проживания, питания и статистически не различающихся ежемесячных денежных доходов, приходящихся на каждого члена семьи (у курсантов младших курсов – (4670 ± 179) руб., старших курсов – (4239 ± 180) руб.;  $p > 0,05$ ) можно объяснить тем, что молодые люди дают более оптимистические оценки окружающей действительности, а также тем, что на формирование удовлетворенности уровнем жизни влияют не

только объективные показатели, но и их субъективная интерпретация, исходя из воспитания, сформированной системы потребностей и индивидуальных особенностей личности. Такие результаты были получены также О.И. Губиной (2008), Г.М. Зараковским (2003), А.Г. Климзовым (2005).

С другой стороны, возникает предположение, что процесс профессионального обучения в военном вузе не в полной мере соответствует ожиданиям и потребностям курсантов. Например, курсанты младших курсов по сравнению с курсантами старших курсов военного вуза показали более высокие оценки учебно-профессиональных отношений (учебно-профессиональной мотивации, профессиональных перспектив, организации учебного процесса). Оказалось, что профессиональная мотивация и удовлетворенность учебным процессом у курсантов по результатам наших исследований в период обучения снижается. Эти данные обуславливают необходимость более целенаправленного изучения этого явления и изыскания новых форм и методов совершенствования учебно-воспитательного процесса, в том числе по формированию здоровьесберегающего поведения.

Данные обследования курсантов опросником «Оценка сформированности ЗОЖ» представлена в табл. 4. Курсанты с вероятностью в 71–75 % давали благоприятные ответы на утверждения, которые отражали уровень сформированности ЗОЖ. Следует указать, что у курсантов выявлена высокая достоверность результатов исследований. Отрицательные ответы по шкале «Достоверность» в нашем исследовании в целом по группе наблюдались в 26 %, а достоверные ответы – в 74 %.

*Таблица 4*

*Компоненты сформированности ЗОЖ у курсантов (M ± m, балл)*

Показатель	Общая группа	Младшие курсы (1)	Старшие курсы (2)	p, 1–2
Общая оценка	79,6 ± 1,0	81,4 ± 1,3	78,2 ± 1,2	p < 0,06
Мотивационный компонент	31,5 ± 0,5	32,6 ± 0,7	30,5 ± 0,6	p < 0,03
Когнитивный компонент	20,3 ± 0,3	20,7 ± 0,3	19,9 ± 0,3	-
Индивидуальные особенности	27,9 ± 0,4	28,1 ± 0,6	27,8 ± 0,5	-
Достоверность	2,6 ± 0,2	2,8 ± 0,2	2,4 ± 0,2	-

Проведенное обследование выявило, что общая оценка сформированности ЗОЖ у курсантов младших курсов была выше, чем у курсантов старших курсов. Достоверность различий приближалась к значимым величинам (p < 0,06). Оказалось также, что у курсантов 1–2-х курсов оценки мотивационного и когнитивного компонентов ЗОЖ были выше, чем у курсантов 3–4-х курсов (см. табл. 4). Различия оценок мотивационного аспекта ЗОЖ у курсантов младших и старших курсов значимые (p < 0,03).

Результаты показали, что при практически одинаковых типологических и характерологических особенностях, способствующих ведению ЗОЖ у курсантов старших и младших курсов, у курсантов младших курсов более высокий показатель сформированности ЗОЖ определялся высоким мотивационным компонентом формирования ЗОЖ.

Для определения диагностической валидности данных опросника его показатели были прокоррелированы с результатами оценки КЖ и учебно-социальной адаптации. Оказалось, что оценка мотивационного компонента формирования ЗОЖ зависела от выраженности когнитивного компонента ЗОЖ ( $r = 0,55$ ;  $p < 0,001$ ), типологических и характерологических особенностей курсантов, способствующих реализации мероприятий ЗОЖ ( $r = 0,46$ ;  $p < 0,001$ ). Мотивационный компонент ЗОЖ находился в положительной статистически значимой взаимосвязи с оценками учебно-профессиональных отношений КЖ (профессиональной мотивации и профессиональных перспектив), самооценками физического состояния (работоспособности, средней физической активности в течение учебного дня, физической подготовленности) и самочувствия, что вполне закономерно и свидетельствует о диагностической валидности полученных данных исследования (рис. 3).

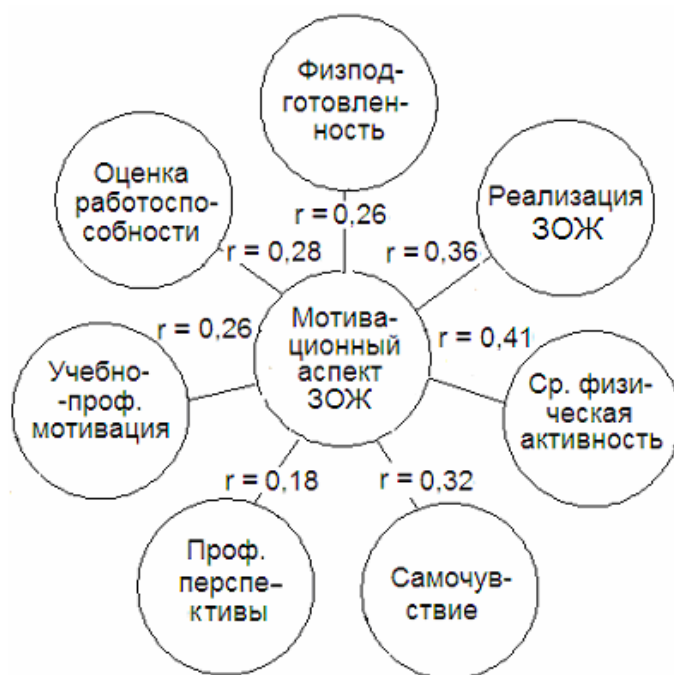


Рис. 3. Корреляционные связи мотивационного компонента ЗОЖ и самооценок КЖ курсантов.

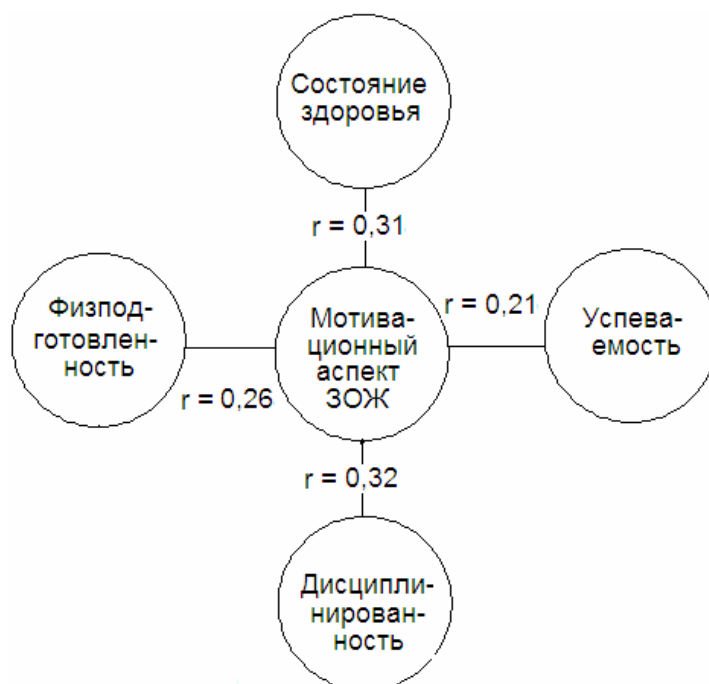
Достаточно показательными оказались корреляционные связи оценок мотивационного компонента формирования ЗОЖ и данных учебно-социальной адаптации курсантов. Например, со всеми экспертными оцен-



ками мотивационный компонент формирования ЗОЖ имел положительные корреляционные связи (рис. 4) и, что особенно важно, эти взаимосвязи могут указывать на прогностическую валидность выявления мотивационного компонента ЗОЖ.

Оценка когнитивного компонента формирования ЗОЖ с показателями адаптации и КЖ имела меньше корреляционных связей, чем другие выделенные нами аспекты формирования ЗОЖ (мотивационный и особенности личности), и они были менее выраженными.

Наиболее значимая психодиагностическая информация была получена при анализе взаимосвязей общей оценки сформированности ЗОЖ, показателей учебно-социальной адаптации и КЖ курсантов. Оказалось, что общая оценка сформированности ЗОЖ положительно и значимо коррелировала с обобщенными шкалами КЖ. Наиболее высокие корреляционные зависимости обнаружили со шкалой «Состояние здоровья» и обобщенной оценкой КЖ (рис. 5). Эти данные позволяют нам утверждать, что уровень сформированности ЗОЖ у курсантов определяется показателями КЖ.



*Рис. 4. Корреляционные связи мотивационного компонента ЗОЖ и экспертных оценок адаптации курсантов.*

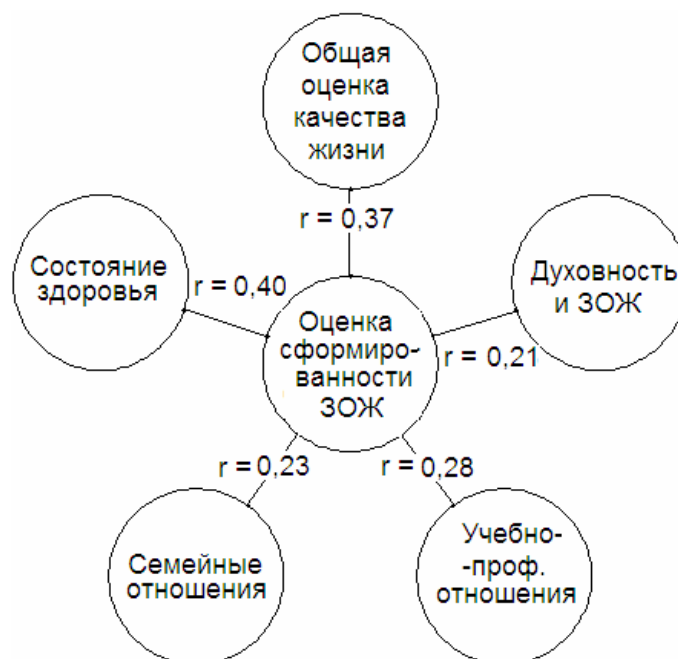


Рис. 5. Корреляционные связи общей оценки сформированности ЗОЖ и обобщенных показателей КЖ курсантов.

Были исследованы взаимосвязи общей оценки сформированности ЗОЖ и некоторых утверждений опросника оценки КЖ. Результаты значимых корреляционных зависимостей представлены в табл. 5. Оказалось, что оценка сформированности ЗОЖ зависит от уровня реализации курсантом мероприятий ЗОЖ, средней физической активности, самочувствия, физической подготовленности. На сформированность оценки оказывают также положительное влияние показатели уровня жизни, характера семейных и учебно-профессиональных отношений и отрицательное влияние – курение и употребление спиртных напитков (см. табл. 5).

Таблица 5  
Корреляционные зависимости общей оценки сформированности ЗОЖ и некоторых показателей качества жизни курсантов

Показатель опросника оценки КЖ	Корреляционная зависимость, $r$
Удовлетворенность потребностей в материальной и духовной сферах	0,24
Характер питания	0,24
Реализация семьей мероприятий ЗОЖ	0,14
Учебно-профессиональная мотивация	0,23
Межличностные отношения в отделении, учебной группе	0,26
Организация учебного процесса	0,21

Показатель опросника оценки КЖ	Корреляционная зависимость, $r$
Оценка работоспособности	0,33
Оценка физической подготовленности	0,34
Средняя физическая активность	0,45
Оценка самочувствия	0,36
Реализация курсантом мероприятий ЗОЖ	0,34
Удовлетворенность от употребления спиртных напитков и курения	-0,15

Корреляционный анализ общей оценки сформированности ЗОЖ у курсантов БЮИ значимо коррелировал с показателями адаптации курсантов (с экспертными оценками состояния здоровья, успеваемости, дисциплинированности и оценками физподготовленности) (рис. 6).

Заметим, что в представленной корреляционной плеяде самые высокие взаимосвязи оказались у оценки сформированности ЗОЖ с экспертной оценкой состояния здоровья и оценкой физической подготовленности.

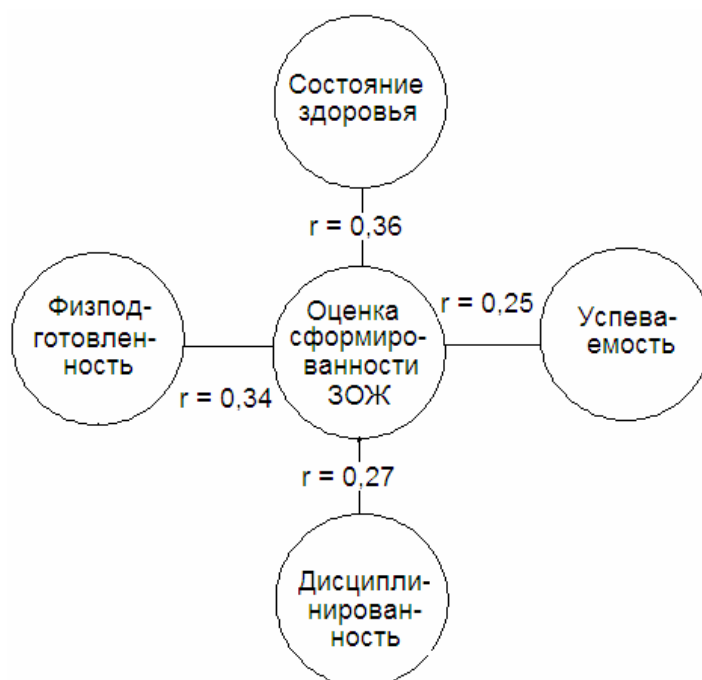


Рис. 6. Корреляционные связи общей оценки сформированности ЗОЖ и показателей адаптации курсантов.

### *Заключение*

Анализ документального книжного потока по формированию ЗОЖ показал, что в настоящее время отмечается смещение акцента с профилактических и гигиенических мероприятий на психолого-педагогическое воздействие по формированию ценностных ориентаций ЗОЖ в жизнедеятельности специалистов силовых структур.

Современный психолого-педагогический процесс формирования ЗОЖ включает следующие структурные элементы: целевой, содержательно-операционный, мотивационно-ценностный, программно-ориентировочный, деятельностный и оценочный. Несмотря на кажущуюся простоту оценки ЗОЖ, данный аспект является менее разработанным. Вместе с тем, следует отметить, что оценка сформированности ЗОЖ может определять мотивационный компонент здоровьесберегающего поведения и резервы профессионального здоровья.

Проведенные исследования показали, что у подавляющего количества курсантов не отмечается роста удовлетворенности учебно-профессиональными отношениями, потребностями в реализации ЗОЖ и другими показателями качества жизни в течение учебно-воспитательного процесса в военном вузе.

Обследование курсантов опросником «Оценка сформированности ЖОЗ» выявило, что при практически одинаковых типологических и характерологических особенностях, способствующих ведению ЗОЖ у курсантов старших и младших курсов, у курсантов младших курсов более высокий показатель сформированности ЗОЖ определяется высоким мотивационным компонентом формирования ЗОЖ.

Можно также утверждать, что сконструированный и апробированный опросник показал высокую валидность и надежность в выявлении у курсантов мотивационного аспекта и обобщенной оценки сформированности ЗОЖ, которые находятся во значимой взаимосвязи с показателями учебно-социальной адаптации. Использование результатов исследования способствует индивидуализации мероприятий по формированию ЗОЖ у курсантов и специалистов подразделений силовых структур.

### *Литература*

1. *Анастаси А.* Психологическое тестирование : пер. с англ. / А. Анастаси ; под ред. К.М. Гуревича, В.И. Лубовского. – М. : Педагогика, 1982. – Т. 1. – 320 с. ; Т. 2. – 336 с.

2. *Возьмитель А.А.* Образ жизни: концепция, сущность, динамика : дис. в виде науч. доклада ... д-ра социол. наук / Возьмитель А.А. ; [Ин-т социологии РАН]. – М., 2000. – 74 с.

3. *Глазырин А.А.* Формирование здорового образа жизни курсантов учебных заведений МВД средствами физической культуры и спорта : ав-

тореф. дис. ... канд. пед. наук / Глазырин А.А. ; [Акад. МВД Респ. Беларусь]. – Минск, 1998. – 19 с.

4. *Евдокимов В.И.* Оценка формирования здорового образа жизни у курсантов военных училищ / В.И. Евдокимов, Б.А. Клименко, О.А. Чурганов // Вестн. психотерапии. – 2006. – № 18(23). – С. 92–100.

5. *Евдокимов В.И.* Способ оценки качества жизни : патент № 2325240 Рос. Федерация, МПК<sup>8</sup> А 61 В 5/16 / Евдокимов В.И. – № 2006125925, заявл. 19.06.2006 ; опубл. 10.10.2008, Бюл. 28 (I ч.). – 3 с.

6. *Евдокимов В.И.* Формирование здорового образа жизни с применением средств и методов физической культуры : библиогр. указ. (1987–2006 гг.) / В.И. Евдокимов, Б.А. Клименко, А.С. Удалых ; ред. В.Н. Дружинина ; Воен. ин-т физ. культуры, Гос. науч.-исслед. испытат. ин-т воен. медицины, Рос. нац. б-ка. – СПб. : ВИФК, 2007. – 68 с. – (Полезная библиография ; вып. 5).

7. *Зараковский Г.М.* Формирование здорового образа жизни молодежи – условие повышения качества жизни населения России / Г.М. Зараковский // Качество жизни и здоровье нации : тр. ВНИИ техн. эстетики. – М., 2003. – С. 39–51. – (Качество жизни ; вып. 7).

8. *Клименко Б.А.* Развитие инноваций в сфере физической культуры с целью формирования здорового образа жизни военнослужащих и других профессионально-популяционных групп населения / Б.А. Клименко, А.С. Удалых // Актуал. пробл. физ. подготовки силовых структур. – 2007. – № 2. – С. 78–83.

9. *Климзов А.Г.* Физическая подготовка как средство улучшения качества жизни военнослужащих : автореф. дис. ... канд. пед. наук / Климзов А.Г. ; [Воен. ин-т физ. культуры]. – СПб., 2005. – 23 с.

10. *Левченко А.В.* Здоровьесберегающие технологии в профессиональной подготовке студентов педагогического университета / А.В. Левченко. – Самара : Офорт, 2005. – 171 с.

11. *Лисицын Ю.П.* Детерминационная теория медицины: доктрина адаптивного реагирования / Ю.П. Лисицын, В.П. Петленко. – СПб. : Гиппократ, 1992. – 414 с.

12. *Номограммы* для определения некоторых интегральных показателей биологического возраста и профессионального здоровья / Пономаренко В.А., Ступаков Г.П., Тихончук В.С. [и др.]. – М. : ВЦ АН СССР, 1991. – 51 с.

13. *Проблема* профессионального здоровья в авиационной медицине / Бугров С.А., Лапаев Э.В., Пономаренко В.А., Ступаков Г.П. // Воен.-мед. журн. – 1993. – № 1. – С. 61–64.

14. *Степанюк И.А.* Развитие мотивации студентов университета к здоровому образу жизни средствами физической культуры : автореф. дис. ... канд. пед. наук / Степанюк И.А. ; [Магнитогор. гос. ун-т]. – Магнитогорск, 2005. – 23 с.

15. Сыченков В.В. Физическая культура и спорт как факторы ориентации будущих офицеров на здоровый образ жизни : автореф. дис. ... канд. пед. наук / Сыченков В.В. ; [Воен. ин-т физ. культуры]. – СПб., 2004. – 21 с.

16. Чурганов О.А. Оздоровительная физическая культура в системе качества жизни военнослужащих : автореф. дис. ... д-ра пед. наук / Чурганов О.А. ; [Воен. ин-т физ. культуры]. – СПб., 2004. – 47 с. – (Для служебного пользования).

УДК 612.017.2 : 614.87

*В.Л. Марищук, А.А. Алябьев,  
О.Н. Логинов, Т.В. Платонова*

## **АДАПТАЦИЯ К ЭКСТРЕМАЛЬНЫМ ФАКТОРАМ ТРУДА, СРЕДЫ ОБИТАНИЯ И ВОПРОСЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ**

Военный институт физической культуры, Санкт-Петербург;  
Российский национальный государственный университет  
физической культуры, спорта и здоровья им. П.Ф. Лесгафта;  
Московский университет потребительской кооперации

Жизнедеятельность человека, его функциональное состояние и работоспособность в существенной мере связана с адаптированностью к факторам труда, обитания, окружающей среды [ 1, 6–8 ]. С другой стороны, успешность адаптации зависит от оптимальности функционального состояния человека, его здоровья. Высока роль исходного психического состояния, способности к самоуправлению от соблюдения здорового образа жизни [ 9 ] и от качества жизни [ 5, 10 ].

Суть адаптации состоит в приспособлении организма к изменяющимся условиям (факторам) окружающей среды, деятельности и обитания, на основе определенных компенсаторных реакций нервной системы, вызывающих соответствующие физиологические, психологические и другие в нем изменения. Условия, связанные с соответствующими факторами среды, определяющими (или исключаящими) адаптацию, можно рассмотреть по нескольким ступеням силы их воздействия.

*Оптимальные условия.* Это условия в широком диапазоне параметров различных воздействий, к которым человек сумел адаптироваться в процессе эволюции и естественного отбора. Они воспринимаются, в определенной мере, комфортностью и не требуют новой адаптации.

*Параэкстремальные условия.* Они характеризуются относительно умеренным отключением от привычных факторов труда и среды обитания, приспособление (адаптация) к которым реализуется на основе нейро-рефлекторных приспособительных реакций без широких гормональных сдвигов. Примером параэкстремальных условий могут быть небольшие физические нагрузки или, напротив, ограничения двигательной активности, стимулирующие гипокинезию, гиподинамию, небольшое уменьшение парциального давления кислорода во вдыхаемом воздухе или умеренный температурный дискомфорт и др. Реакциями на параэкстремальные воздействия могут быть некоторое повышение частоты пульса, артериального давления, увеличение выброса катехоламинов в мозговом отделе надпочечников и др.

*Экстремальные условия* характеризуются преобладанием величины воздействия неблагоприятных факторов к пределам их переносимости с помощью только нейрорефлекторных реакций и небольшого выброса катехоламинов. Для экстремальных условий этого уже недостаточно и требуется переход к регуляции организма на гормональный уровень, т. е. уровень стресса [ 11, 12 ].

Развитие стресса определяется значительным выбросом адренокортикотропного гормона (АКТГ) из передней доли гипофиза (также тиреотропного и соматотропного гормонов) и значимой экскрецией стероидных гормонов (в частности 13- и 17-оксикортикостероидов) из кортикового слоя надпочечников, сопровождаемых расточительными вегетативными реакциями, в том числе со стороны значительного выброса катехоламинов и других сдвигов. Например, в полетных экспериментах у летчиков наблюдалась статистически значимая экскреция стероидных гормонов на фоне роста частоты пульса (выше 180 уд./мин) и дыхания (более 25–30 цикл./мин) с одновременным значимым ухудшением показателей разностороннего тестирования психических и психомоторных процессов [ 7 ]. В исследованиях А.А. Алябьева, при воссоздании экстремальных условий путем применения стрессора в виде прыжка в воду с 7-метровой вышки, помимо выраженных внешних проявлений эмоций, вегетативных сдвигов, развития мышечной скованности, были выявлены тремор рук, ног, щек и значимые стато-кинетические реакции [ 2 ]. Однако при повторном выполнении сложных полетов и при повторных прыжках с вышки в воду, особенно после физических упражнений в плане активного отдыха, стрессовые реакции, как правило, существенно снижались и проявлялись элементы адаптации.

Важное значение имеет исходный уровень адаптированности к конкретным экстремальным факторам труда и обитания. Диапазон индивидуальной адаптированности достаточно широк. Например, пробегание 1 км за 3,5 мин для тренированного спортсмена можно отнести к оптимальным условиям деятельности, а для человека с избыточным весом, весьма огра-

ниченного в движениях – это условие деятельности на самом высоком уровне экстремальности. Подобное можно сказать в отношении исходной адаптированности к ограниченному содержанию кислорода во вдыхаемом воздухе (например, у жителей среднегорья), влиянии температурных факторов (для тех, кто давно проживает в южных широтах) и др.

Перенесению экстремальных условий и адаптация к ним, как уже отмечалось, способствуют хорошие функциональные резервы организма и, конечно, приверженность к здоровому образу жизни.

Экстремальные условия (как и стадии эв-стресса и ди-стресса) в начальной степени могут характеризоваться общим повышением, реализацией скрытых функциональных резервов (в стрессе это перекрестная резистентность), затем их перераспределением в виде перекрестной сенсibilизации, с ростом адаптированности к одним неблагоприятным факторам за счет падения сопротивляемости к другим. Перекрестная резистентность (соответствующая эв-стрессу) иногда рассматривается под термином неспецифической устойчивости. Механизмы перекрестной сенсibilизации известны в аспектах минимизации в виде минимума ресурсов организма на относительно второстепенные компоненты выполняемой деятельности [ 7 ].

Относительное закрепление механизмов неспецифической устойчивости и минимизации можно рассматривать с позиции общей и частичной адаптации к экстремальным условиям обитания и деятельности, и к отдельным стрессорным факторам.

Паратерминальные и терминальные условия труда и обитания характеризуются деятельностью, неблагоприятными воздействиями, для перенесения которых организм уже не имеет резервов. В терминах стресса это переход к стадии истощения и сама стадия истощения. Адаптация здесь уже исключена. Если в паратерминальных условиях при прекращении действия стрессора организм еще возможно как-то сохранить для последующей в начале весьма ограниченной деятельности и возможно провести частичное восстановление функциональной реактивности его органов и систем, то сама деятельность лишь форсирует летальный исход.

Очевидно, что деятельность и обитание в терминальных условиях не допустимы. Паратерминальные условия (т. е. около предела) являются сигналом к прекращению воздействия стрессора (иначе исчерпываются возможности реабилитации). Но при экстремальных условиях сохраняются и, более того, представляются перспективными адаптации к ним. Возможен также перенос адаптации, особенно при эв-стрессе в стадии перекрестной резистенции или в ходе развития неспецифической устойчивости.

Примером позитивной деятельности в экстремальных условиях является проведение различной высоко нагрузочной физической и спортивной тренировки, которая обычно связана реакциями по механизму стрес-



са, что отмечали В.Я. Апчел и В.Н. Цыган, 1999; А.Н. Алябьев, 2001; В.Л. Марищук и В.И. Евдокимов, 2001 и др. [ 3, 4, 7 ].

С экстремальными условиями связаны и тренировки, направленные на достижение высоких показателей, силы, силовой и общей выносливости, быстроты, различных военно-прикладных навыков, устойчивости к неблагоприятным факторам военного труда, в частности, в полетах, в морской службе и т. п. (к перегрузкам, укачиванию и др.).

Часть из них относится к неспецифической устойчивости и в них реализуется перенос на основе общих физиологических, психологических механизмов (например, распределение внимания, точность и быстрота действий, развиваемые в спортивных играх, переносятся на различные виды военно-профессиональных действий, на развитие конкретных профессиональных качеств (например, устойчивости к перегрузкам, к дыханию под избыточным давлением, к гипоксии и др.).

Физиологической базой для успешной адаптации к самым различным экстремальным условиям является общее состояние здоровья, которое может укрепляться и сохраняться при соблюдении здорового образа жизни [ 9 ], что сочетается и с достижением удовлетворенности качеством жизни [ 5, 10 ].

Успехи в формировании здорового образа жизни содержат: информационный компонент – передачу и усвоение соответствующих знаний; убеждение в необходимости соблюдения здорового образа жизни для ее продолжительности, для высокой производительности труда, содействия адаптации к сложным условиям самой различной деятельности; формирование устойчивых привычек к практическому соблюдению положений здорового образа жизни и подавлению привычек, вредных для здоровья. При опросах преподавателей вузов, школьных учителей, представителей различных гуманитарных и других профессий, мы убедились, что около половины участников не имеют достаточно четкого представления по данному вопросу и многие рекомендуемые положения практически нарушают (курят, употребляют спиртные напитки, переедают, конфликтуют по пустякам и т. п.).

После проведения теоретических собеседований в 58 % случаев были получены положительные результаты по улучшению отношения к здоровому образу жизни, к знаниям его сущности, но достаточной убежденности и, тем более, в последующих практических действиях успехи оказались ниже. Значительно более высокий эффект получен при проведении выездных практических школ здорового образа жизни «ЗОЖ» [ 9 ]. Проведено более 80 таких выездов (на Кавказ, в Прибалтику, в горную местность Тянь-Шаня, лесные районы Ленинградской и Московской области и др.) На данных выездах особое внимание уделялось занятиям физической культурой (около 4 ч): оздоровительной гимнастикой, психосоматическим и дыхательным упражнениям, освоение приемов релаксации, медитации и др.

Помимо высокого оздоровительного эффекта, были достигнуты позитивные результаты в развитии основных физических качеств, а некоторыми из участников выездов освоены приемы управления своим психическим состоянием. Поскольку до 20–30 % лиц из числа участников наших выездов школы «ЗОЖ» посетили по 3–6 раз, можно было видеть длительную адаптацию к факторам климатических и физических нагрузок. Так, вторая (через год) поездка в горный район (на высоты 1500–2500 м над уровнем моря) вызвала более умеренные реакции со стороны организма на туристские прогулки в горной местности (у 16 человек стали более умеренные вегетативные и психологические реакции, нежели при первоначальном выходе в горы, хотя маршрут, быстроту перемещения, подъемы на перевал, были проведены по однотипной стандартизированной программе).

Также, при повторных поездках в другие районы и применение относительно нагрузочных туристских переходов на эмоциональном фоне любования красивой местностью, играми и выполнением упражнений на лоне природы, быстрее проходили восстановительные реакции по физиологическим параметрам, самочувствию (психореабилитация).

Что же касается оптимизации оцениваемых параметров в начале и в конце трехнедельного пребывания в школе «ЗОЖ», то они всегда были весьма позитивными. Для примера приведем результаты группы из 26 человек, в основном женщин среднего возраста, которые провели 3 нед в лагере около Туапсе (таблица).

*Таблица*

*Показатели экспериментальной группы во время пребывания  
в туристском лагере школы «ЗОЖ», (M ± m)*

Показатель	До эксперимента	После эксперимента	Достоверность различий, p
Окружность талии, см	79,0 ± 0,57	76,9 ± 0,46	< 0,05
Ситуативная тревожность, усл. ед.	45,2 ± 0,66	42,4 ± 0,54	< 0,01
Жизненный индекс	36,0 ± 2,62	42,8 ± 2,54	< 0,05
Биологический возраст, коэф.	0,94 ± 0,032	0,82 ± 0,03	< 0,05
Самооценка здоровья, усл. ед.*	12,0 ± 0,96	8,8 ± 0,62	< 0,05
МПК, мл/кг/мин	34,4 ± 0,83	37,2 ± 0,58	< 0,05

\*Самооценка здоровья проводилась с помощью компьютерной системы «ФАКТОР», чем меньше усл. ед. с жалобами, тем выше результат.

### *Заключение*

К усложненным условиям труда и обитания человек адаптируется в связи с мерой их сложности. Достаточно проблемной является адаптация к экстремальным факторам и выполняемой деятельности. Это объясняется высокой вероятностью развития стресса. Важное значение при этом имеет исходный уровень здоровья и функционального состояния.

Успешной адаптации может способствовать соблюдение здорового образа жизни, особенно пребывание в специальных выездных школах здорового образа жизни, в которых осуществляется широкое применение разносторонних физических упражнений, с включением элементов медитации, произвольной релаксации.

### *Литература*

1. Агаджанян Н.А. Адаптация и резервы организма / Н.А. Агаджанян. – М. : ФиС, 1983. – 176 с.
2. Алябьев А.А. Психологическая подготовка курсантов военных учебных заведений / О.Н. Логинов, А.А. Алябьев, Е.В. Князева // Вест. психотерапии. – 2008. – № 26(31). – С. 109–113.
3. Алябьев А.Н. Вопросы физиологии, психологии и педагогики в лыжной подготовке / А.Н. Алябьев, В.Л. Марищук, В.Н. Цыган. – СПб. : ВИФК, 2001. – 124 с.
4. Апчел В.Я. Стрессоустойчивость человека / В.Я. Апчел, В.Н. Цыган. – СПб. : ВМедА, 1996. – 86 с.
5. Евдокимов В.И. Качество жизни оперативного персонала особо сложных систем управления / В.И. Евдокимов, Г.Н. Ролдугин. – Воронеж : Кварта, 2003. – 152 с.
6. Ендальцев Б.В. Физическая культура, здоровье и работоспособность человека в экстремальных экологических условиях / Б.В. Ендальцев. – СПб. : ВИФК, 2008. – 198 с.
7. Марищук В.Л. Поведение и регуляция человека в условиях стресса / В.Л. Марищук, В.И. Евдокимов. – СПб. : Сентябрь, 2001. – 260 с.
8. Меерсон Ф.З. Адаптация, стресс и профилактика / Ф.З. Меерсон. – М. : Наука, 1981. – 280 с.
9. Платонова Т.В. Школа здорового образа жизни для всех. Оздоровительная физическая тренировка / Т.В. Платонова, Д.Н. Гаврилов ; С.-Петербург. гос. ун-т физ. культуры им. П.Ф. Лесгафта – СПб., 2005. – 58 с.
10. Чурганов О.А. Основные понятия качества жизни военнослужащих / О.А. Чурганов, В.И. Евдокимов, В.Л. Марищук. – СПб. : ВИФК, 2003. – 132 с.
12. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме / Г. Селье. – М. : Медицина, 1960. – 254 с.
13. Селье Г. Стресс без дистресса / Г. Селье. – М. : Прогресс, 1982. – 128 с.

## **КРИЗИСНО-РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АДДИКТИВНОМ ПОВЕДЕНИИ**

Международный институт резервных возможностей человека, Санкт-Петербург

Кризисно-реабилитационная психологическая помощь при разных формах аддиктивного поведения (в том числе алкоголизма), связана с проблемой психологической и социальной безопасности и становится особенно актуальной в современном мире. Патологическое зависимое поведение способно создать кризисную ситуацию как у самого человека, зависимого от алкоголя, токсических веществ, азартных игр, и людей его окружающих (в первую очередь, близких родственников, друзей и коллег по работе), так и в обществе в целом.

В самом общем виде кризисные ситуации можно охарактеризовать как ситуации, порождающие дефицит смысла в дальнейшей жизни человека. В свою очередь, смысл жизни понимается как установление соответствия между структурой ценностей человека и ситуацией, в которой он находится [ 4 ].

Кризис, как непредвиденный случай, чрезвычайное происшествие, крайность, чрезвычайные обстоятельства, критическое положение, аварийная ситуация, срочность, неотложность, происходит, когда психическое состояние человека способно привести к действиям, которые могут закончиться серьёзными повреждениями или смертью, если не последует немедленное вмешательство [ 4 ].

В таких ситуациях имеет огромное значение своевременная психодиагностика и психологическая помощь: психокоррекция, психотерапия и психологическое консультирование.

Достаточно дискуссионным и по настоящее время является вопрос о разделении двух сфер психологической помощи – психологической коррекции и психотерапии [ 1, 2, 8, 9 ]. И психокоррекция, и психотерапия предъявляют сходные требования к личности клиента (пациента) и специалиста, оказывающего помощь: к уровню его профессиональной подготовки, квалификации и профессиональным навыкам; используются одинаковые процедуры и методы; помощь оказывается в результате специфического взаимодействия между клиентом (пациентом) и специалистом.

Термин «психотерапия» (psychetherapeia) является международным и во многих странах мира однозначно используется по отношению к методам работы, осуществляемым профессиональными психологами. Однако в нашей стране психотерапия является лечебной практикой, которой по

закону может заниматься только лицо, имеющее высшее медицинское образование.

В связи с этим существуют определённые трудности в разграничении на практике понятий «психотерапия» и «психологическая коррекция».

Термин «психологическая коррекция» получил распространение в начале 1970-х годов. В это время психологи стали активно и успешно работать в области психотерапии [ 9 ]. Психологическая коррекция – это направленное психологическое воздействие, осуществляемое психологом, использующим совокупность психологических приёмов, направленных на определённые психологические структуры с целью исправления недостатков в психологии или поведении и обеспечения полноценного развития и функционирования индивида [ 1, 8, 9 ].

Таким образом, психокоррекция решает задачу исправления (корректировки) тех особенностей психического развития, которые по принятой системе критериев не соответствуют «оптимальной» модели. При этом цель психологического воздействия связывается с понятием «норма» и определяется, как выработка и овладение навыками психологической компенсации, оптимальной для индивида и эффективной для сохранения здоровья психической деятельности, способствующей личностному росту и адаптации человека в обществе. То есть, как «возврат» или «подтягивание» индивида к должному уровню, исходя из его возрастных и индивидуальных особенностей, а также медико-социальных и культурологических требований [ 7 ].

В то время как психотерапия (в узком смысле) решает задачу купирования психопатологической симптоматики, посредством чего предполагается достижение внутренней и внешней гармонизации личности, психокоррекция ориентируется, в первую очередь, на здоровые стороны личности, независимо от степени нарушения, и на настоящее и будущее человека, переживающего кризис и обратившегося за психологической помощью [ 7 ].

А.А. Осипова (2002) по характеру направленности выделяет симптоматическую психокоррекцию и каузальную (причинную). Первая предполагает кратковременное воздействие для снятия острых симптомов. Вторая требует значительных и длительных усилий для устранения причин отклонений. По содержанию автор предлагает различать коррекцию: личности, познавательной сферы, аффективно-волевой, поведенческих аспектов, межличностных и внутригрупповых отношений. Кроме того, психокоррекция может быть индивидуальной, групповой (закрытой или открытой), смешанной, а по характеру управления корригирующими воздействиями – директивной и недирективной.

Психокоррекция как направленное психологическое воздействие в медицине реализуется в трёх основных областях её применения: психопрофилактике, собственно лечении (психотерапии) – и в реабилитации [ 9 ].

Психокоррекция решает задачи психопрофилактики на всех её этапах, особенно при осуществлении вторичной и третичной профилактики. В настоящее время в системе восстановительного лечения различных заболеваний всё шире реализуется комплексный подход, учитывающий наличие в этиопатогенезе биологического, психологического и социального факторов, каждый из которых нуждается в лечебных или психокорректирующих воздействиях, соответствующих его природе. Определить общую схему соотношения психологической коррекции и психотерапии вне конкретной нозологии практически невозможно. Следует подчеркнуть, что как психотерапия, так и психопрофилактика с реабилитацией не ограничивают свою практику только коррекцией, что указывает на разноуровневый, динамический характер соотношения задач и методов психокоррекции и психотерапии, которые взаимопересекаются, но полностью не исчерпывают друг друга [ 9 ].

Так же как и психокоррекция, психологическое консультирование и психотерапия очень тесно соприкасаются, а часто и пересекаются друг с другом [ 6 ]. Неопределённость предмета психологического консультирования отражается в разнообразии его определений. Но все они включают ряд основных положений:

- 1) консультирование помогает человеку выбрать и действовать по собственному усмотрению;
- 2) помогает обучаться новому поведению;
- 3) способствует развитию личности;
- 4) в консультировании акцентируется ответственность пациента, а консультант создаёт условия, которые поощряют его волевое поведение;
- 5) обязательно «консультативное взаимодействие» между пациентом и консультантом, основанное на философии «пациент-центрированной» терапии [ 6 ].

Таким образом, психологическое консультирование – это форма оказания практической психологической помощи в осознании пациентом сути проблем и способов их разрешения в виде советов и рекомендаций на базе предварительного изучения различными методами психологической диагностики проблем, беспокоящих пациента и его взаимоотношений с окружающими людьми, с целью формирования личностной позиции, психологической защиты и компенсации, а также расширения психологической культуры и личностного роста пациента [ 5–7, 9 ].

В качестве пациентов при психологическом консультировании могут выступать здоровые или больные люди, предъявляющие проблемы экзистенциального кризиса (человек, имеющий экзистенциальную проблему, рассматривается как конфронтирующий с тремя аспектами мира: с

окружающей средой и биологическими возможностями человека; с миром его взаимоотношений с другими людьми и с миром его собственного внутреннего опыта [ 9 ], межличностных конфликтов, семейных затруднений и т. д. В большинстве случаев предъявляемая проблема маскирует индивидуальный или семейный кризис, который и становится объектом психологической коррекции [ 3, 9 ].

Основной тенденцией развития кризисно-реабилитационной психологической помощи при болезненных влечениях на современном этапе является ее эволюция от гетеро- и ауто-суггестивных воздействий, направленных на выработку отвращения к игре (приему алкоголя), от разъясняющей терапии в группах к глубокому анализу личности больного, системы его ценностных отношений [ 9 ]. Цели конкретного психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии при игромании составляют в целом континуум, на одном полюсе которого – общие, глобальные, перспективные цели: повышение социально-психологической и духовной адаптации пациента, что должно привести в итоге к отказу человека играть, а на другом – специфические, конкретные, краткосрочные цели: устранение напряжения, раздражительности, тревоги и т. д.

### *Литература*

1. Александров А.А. Психодиагностика и психокоррекция / А.А. Александров. – СПб. : Питер, 2008. – 384 с.
2. Алёшина Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование / Ю.Е. Алёшина. – 2-е изд. – М. : Независимая фирма «Класс», 1999. – 208 с.
3. Берн Э. Введение в психиатрию и психоанализ для непосвящённых / Э. Берн. – СПб. : МФИН, 1992. – 280 с.
4. Бурмистрова Е.В. Система оказания психологической помощи в кризисной ситуации / Е.В. Бурмистрова // Психологическая наука и образование. – 2003. – № 3 – С. 16–20.
5. Колесникова Г.И. Основы психопрофилактики и психокоррекции : учеб. пособие / Г.И. Колесникова, С.В. Стародубцев. – М. : Март, 2005. – 191 с.
6. Кочунас Р. Основы психологического консультирования. Групповая психотерапия / Р. Кочунас. – М. : Акад. проект, 2005. – 464 с.
7. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич. – М., 2002. – 592 с.
8. Осипова А.А. Общая психокоррекция : учеб. пособие / А.А. Осипова. – М. : СФЕРА, 2002. – 510 с.
9. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд. перераб. и доп. – СПб. : Питер, 2006. – 944 с.

# ПСИХОСОМАТИКА

УДК [159.9 : 369.011] [612.821 : 616.36–002.2]

*А.Ю. Барановский, Л.И. Вассерман, Т.Г. Михайличенко*

## **ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ КОНТЕКСТ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ В РАМКАХ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА**

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования;  
Санкт-Петербургский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

### *Введение*

Изучение проблемы «личность, болезнь и лечение» наиболее продуктивно при системном подходе [ 5, 10 ]. Именно системный анализ позволяет рассматривать во взаимосвязи роль объективных (по сути биологических) и субъективных (психологических) факторов, определяющих масштаб переживаний болезни личностью.

Взаимосвязи соматического и психологического обязывают понимать болезнь как единый психосоматический процесс, в котором объект и субъект одинаково важны для диагностики и лечения. При изучении этого соотношения важным также является и система межличностного взаимодействия врача и больного, поскольку этап отношения к болезни (социально-психологический уровень) обусловлен процессом социализации больного к интериоризации жизненного опыта (своего или значимых других). В результате у больного вырабатываются свои знания и представления о болезни и отношение к здоровью как жизненной ценности. Этот этап включает переживания, высказывания и действия, а также общий рисунок поведения больного, связанные с заболеванием, иными словами, формируется значимая система отношений, которая по В.Н. Мясищеву включает когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты.

Одним из кардинальных критериев, определяющих отношение больного к болезни, следует считать ее признание или игнорирование, отрицание [ 6 ]. При осознании болезни складываются определенные паттерны, которые определяются её признаками, оценкой витальной угрозы, способами проводимого лечения, методами обследования, а также взаимоотношениями с лечебным коллективом. С практической точки зрения, выделение типов отношения к болезни, определение принципов их диагностирования позволяет получить более содержательное представление о



характере адаптации/дезадаптации пациента к болезни. Эта проблема экспериментально решается с помощью методики «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) [ 11 ]. Авторами подчеркивается, что ВКБ (внутренняя картина болезни, синоним отношения к болезни) можно рассматривать только как целостное, сложное многокомпонентное и многоуровневое образование. При этом ВКБ следует представлять как интегральную индивидуальную характеристику личности, аккумулирующую сенситивный и интеллектуальный уровни психического отражения больным собственного состояния. В настоящее время целенаправленного изучения ВКБ при неалкогольной патологии печени не проводилось. В основном, имеющиеся исследования связаны с изучением психической феноменологии отношений больного в связи с болезнью, т.е. психиатрического статуса. Следует отметить необходимость комплексного исследования больных с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП). Это связано с широким её распространением, хроническим характером течения, субъективной витальной угрозой, а, следовательно, дистрессом, блокирующим реализацию актуальных социальных потребностей и снижающим качество жизни (КЖ).

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

Клинико-психологические исследования НАЖБП проведены на кафедре гастроэнтерологии и диетологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. Соотношение мужчин (42,3 %) и женщин (57,7 %), принявших участие в исследовании (общее количество больных 130 человек) отражает большую частоту заболеваемости НАЖБП среди женской части населения, что согласуется с данными о преобладании женщин среди больных НАЖБП [ 12, 14, 17 ] и противоречит исследованиям, в которых выявлено преобладание мужчин [ 13, 15, 16 ]. Средний возраст исследуемой группы составил ( $49,7 \pm 1,1$ ) год.

Согласно теоретическим представлениям [ 4, 7 ] и результатам экспериментально-психологических исследований в области соматопсихических соотношений [ 1, 3 ], КЖ и ВКБ рассматриваются как сложные многомерные феномены. Экспериментально-психологическое исследование проводилось нами при помощи методики для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ) [ 11 ] и краткого общего опросника оценки статуса здоровья (SF – 36) («The Medical Outcomes Study Short Form 36 Items Health Survey») для оценки КЖ в целом и отдельных сфер жизнедеятельности.

### ***Результаты и их анализ***

Сенситивный тип отношения к болезни ( $15,27 \pm 0,77$ ) баллов явился ведущим в наших исследованиях. Можно полагать, что обследуемые нами пациенты чрезмерно чувствительны к мнению других людей относитель-

но своей болезни. Их отличает чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения о болезни. Больные стремятся скрыть и не показывать другим переживаемый физический и эмоциональный дискомфорт в связи с заболеванием.

В тех случаях, когда окружающие проявляют сочувствие и заботу больные реагируют раздражительно и даже вербально агрессивно. Общие неврозоподобные расстройства выявляются при помощи симптоматического опросника изучения невротических расстройств. Имеют место отчетливые корреляции астенических и сомато-вегетативных расстройств с сенситивным типом отношения к болезни.

Следует подчеркнуть, что дезадаптация в связи с заболеванием, как правило, наблюдается у пациентов со скрытой психической уязвимостью, актуализирующейся в ситуации болезни, возможно, что это отражает преморбидную личностную типологию и связанное с ней сенсбилизированное отношение к болезни. Такое отношение к болезни проявляется в особой чувствительности к происходящим вокруг больных переменам, в частности, вокруг ситуации их болезни. За внешним проявлением повышенной психической ранимости, чрезмерной склонности к слезам (как обратная сторона реакции – к агрессии), стоит высокий уровень личностной тревожности и тревоги, связанный с состоянием здоровья.

Все эти особенности личностного реагирования на болезнь не могут не сказаться на КЖ пациентов в целом. Больные с НАЖБП, прежде всего, предъявляют жалобы на физическое функционирование [ 8 ], что формирует у них (в соответствии с их личностными особенностями) специфическую картину болезни, определяющую КЖ. В ряде публикаций КЖ рассматривается как сложный неоднозначный феномен, изучение которого на современном этапе характеризуется осознанием несоразмерности концепции КЖ тому, что исследуется с помощью опросных методик, в связи с чем некоторые авторы подчеркивают сделать акцент на необходимости изучения механизмов формирования удовлетворенности (неудовлетворенности) различными аспектами жизнедеятельности, а также на учете ценностного-смыслового аспекта бытия [ 1 ].

Исследования показали, что в основном больные оценивают свое КЖ как низкое, большинство шкальных оценок находится в интервале от  $(39,71 \pm 4,21)$  до  $(69,75 \pm 2,3)$  баллов. Данный факт указывает на низкую дифференцированность важных сфер жизнедеятельности, влияющих на оценку КЖ. Удовлетворенность общим состоянием здоровья на момент исследования носит низкий характер и составляет  $(45,98 \pm 1,68)$  баллов в изучаемой группе, значительно отличаясь от нормативного показателя. Таким образом, больные, имеющие определенные проблемы со здоровьем, субъективно выделяют именно их и связанные с ними ухудшения КЖ. Вместе с тем параметры физического функционирования, отражающие

степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок и представляющие собой субъективную оценку респондентами возможные объемы своей повседневной физической нагрузки вполне сопоставимы с нормативными данными –  $(69,75 \pm 2,3)$  баллов. Таким образом, несмотря на низкую оценку КЖ, больные способны выполнять действия, требующие определенных физических усилий.

Шкальное значение самооценки психического здоровья в группе больных ниже нормативных показателей и равно  $(54,75 \pm 2,00)$  баллов. Данный показатель в первую очередь характеризует настроение пациентов (депрессию, тревожные переживания и т.п.) на протяжении последнего месяца перед обследованием. Следует отметить, что эмоциональные проблемы в ряде случаев способны ограничивать повседневную активность пациентов, этот показатель составляет  $(43,33 \pm 3,89)$  баллов в группе. Так, в некоторых жизненных ситуациях, носящих фрустрирующий характер, больные не способны реально оценить ситуацию для планирования своих действий, а тревожные переживания в ряде случаев значительно снижают уровень социальной адаптации. Больные недовольны влиянием своего негативного физического и психического состояния на выполняемую деятельность.

Субъективная оценка своего жизненного тонуса снижена по сравнению с нормативными данными и составляет  $(48,43 \pm 2,04)$  баллов. Таким образом, можно говорить о том, что болезнь негативно влияет на психическое состояние пациентов, снижая их психическую и физическую активность и, следовательно, работоспособность. В целом пациенты справляются с привычными для них проблемами, однако данный результат постоянно требует увеличения ресурсов адаптации к новым, меняющимся условиям жизнедеятельности. Вместе с тем, привыкая к определенным условиям, больные демонстрируют пассивный характер адаптации. Поэтому социальная активность в исследуемой группе снижена по сравнению с нормативными данными и равна  $(48,69 \pm 1,42)$  баллам. В особенности это отчетливо проявляется в личностных отношениях – больные имеют устоявшиеся социальные связи, но степень удовлетворенности межличностными контактами имеет невысокий уровень. Таким образом, относительно низкие показатели по всем исследованным позициям КЖ в сравнении с нормативными данными могут служить «мишенями» для психотерапевтической работы с больными НАЖБП.

Негативное влияние личностной тревожности на формирование ВКБ подтверждается реагированием на болезнь по тревожному типу ( $r = 0,51$ ). В целом, при низком жизненном тонусе исследованные больные демонстрируют дезадаптивные стили личностных реакций на болезнь: ипохондрический ( $r = -0,43$ ), депрессивный ( $r = -0,49$ ), апатический ( $r = -0,41$ ), сенситивный ( $r = -0,41$ ) типы. Тревожный тип отношения к болезни имеет тесные связи с ипохондрическим ( $r = 0,54$ ), неврастеническим ( $r =$

0,52), депрессивным ( $r = 0,53$ ), апатическим ( $r = 0,46$ ), сенситивным ( $r = 0,53$ ) типами, что формирует определенную (дезадаптивную по своей тенденции) структуру ВКБ.

Корреляционная структура показателей типов отношения к болезни позволяет сделать вывод о системообразующем факторе тревожного типа отношения к болезни, при котором сенситивный компонент, возможно, играет существенную роль в коммуникативных формах поведения больных. Необходимость поддержки и сопереживания в ситуации болезни, стремление получить эмоциональный отклик на жалобы, в сочетании с повышенной тревожностью и ранимостью больных в случае их субъективных переживаний «непонимания» и «отвержения», формируют специфический, поведенческий паттерн, который приводит к интрапсихической дезадаптации.

Ряд исследований показывает, что сенситивный компонент в структуре реакций личности на болезнь более характерен для лиц со смешанным типом психологической активности, отличающихся, однако, в преморбиде лабильностью эмоционального реагирования, тревожностью и другими особенностями, которые можно отнести к неврозоподобным расстройствам [ 9 ]. В целом, полученные результаты указывают на особую значимость межличностных отношений для больных с НАЖБП, что важно учитывать при психотерапии. Наиболее часто используемыми стратегиями совладающего с дистрессом болезни поведения у больных является поиск социальной поддержки, при наличии общего экстернального локуса контроля. Между тем, межличностные отношения имеют интернальный локус контроля, что можно рассматривать как личностный ресурс для повышения уровня адаптации, рассчитывая на свои собственные силы и способности.

Таким образом, в системе отношения к болезни, включающей сенситивные компоненты, именно тревожная фиксация на состоянии своего здоровья выполняет системообразующую интегрирующую функцию. Мотивационно-поведенческий компонент отображает выработку определенной стратегии поведения в жизненных ситуациях в связи с болезнью, а также связанные с болезнью реакции, способствующие адаптации к ней. ВКБ формируется в защитных целях, и её сущностные характеристики не могут быть полностью осмыслены без анализа механизма, совладающего со стрессом болезни поведения и деятельности.

### *Заключение*

Подводя итог, можно сказать, что полученные данные о больных с НАЖБП, согласуются с данными о том, что личностные особенности играют более фундаментальную роль в формировании внутренней картины болезни, чем объективные (клинические) характеристики заболевания и,

следовательно, изучение эмоционально-личностных особенностей пациентов должно являться обязательной составляющей исследований.

Кроме того, выявленные особенности привлекают внимание к содержательному (структурному) сходству понятий ВКБ и КЖ связанного со здоровьем в контексте системного обеспечения психической адаптации человека [ 2 ]. КЖ при этом может выступать как метасистема, в структуре которой могут быть выделены сложные подсистемы (например, сложно организованная система ВКБ), определяющие возможность удовлетворения человеком индивидуальных потребностей, успешность его функционирования в конкретных условиях, в том числе условиях болезни.

### *Литература*

1. *Вассерман Л.И.* Методология исследования качества жизни в контексте психосоматических и соматопсихических соотношений / Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова // *Обозр. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева.* – 2006. – № 4. – С. 12–15.

2. *Вассерман Л.И.* Внутренняя картина болезни как структурный компонент метасистемы качества жизни / Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова // *Психосоматические и соматопсихические расстройства в общей медицинской практике : материалы конф.* – СПб., 2007. – С. 17–19.

3. *Вассерман Л.И.* Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией / Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова, В.Л. Федорова // *Сиб. психол. журн.* – 2008. – № 27. – С. 67–72.

4. *Иовлев Б.В.* Психология отношений: концепция отношений В.Н. Мясищева и медицинская психология / Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова. – СПб., 1999. – 76 с.

5. *Кабанов М.М.* Реабилитация психически больных / М.М. Кабанов. – Л. 1985. – 216 с.

6. *Квасенко А.В.* Психология больного / А.В. Квасенко, Ю.Г. Зубарев. – Л., 1980. – 183 с.

7. *Мясищев В.Н.* Личность и неврозы / В.Н. Мясищев. – Л., 1960. – 426 с.

8. *Петрова Ю.Н.* Клинико-лабораторная характеристика неалкогольной жировой болезни печени у больных с метаболическим синдромом : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Петрова Ю.Н. – СПб., 2007. – 20 с.

9. *Психодиагностическая методика для определения невротических и невротоподобных нарушений (ОНР) : пособие для врачей и психологов / Л.И. Вассерман, Б.Д. Карвасарский, В.А. Абабков [и др.] ; С-Петербур. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева.* – СПб., 1998. – 30 с.

10. *Ташлыков В.А.* Внутренняя картина болезни при неврозах и ее значение для терапии и прогноза : автореф. дис... д-ра мед. наук / Ташлыков В.А. – Л., 1986. – 50 с.

11. *Усовершенствованная методика для психологической диагностики отношения к болезни (ТОБОЛ) : пособие для врачей / Л.И. Вассерман, Б.В.Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс ; С-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. – СПб., 2002. – 33 с.*
12. *Angulo P. Nonalcoholic fatty lever disease / P. Angulo // N. Engl. J. Med. – 2002. – Vol. 346, N 6. – P. 1221–1231.*
13. *Clark J.M. Nonalcoholic fatty liver disease / J.M. Clark, F.L. Brancati, A.M. Diehl // Gastroenterology. – 2002. – Vol. 122. – P. 1649–1657.*
14. *Diehl A.M. Fatty livery, hypertension, and the metabolic syndrome / A.M. Diehl // Gut. – 2005. – N 53(7). – P. 923–924.*
15. *Liver pathology and the metabolic syndrome X in severe obesity / P. Marceau, S. Biron, F.S. Hould [et al.] // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 1999. – Vol. 84. – P. 1513–1517.*
16. *Nonalcoholic steatohepatitis: an expanded clinical entity / B.R. Bacon, M.J. Farahvash, C.G. Janney, B.A. Neuschwander-Tetri // Gastroenterology. – 1994. – Vol. 107. – P. 1103–1109.*
17. *The natural history of nonalcoholic steatohepatitis: a follow-up study of forty-two patients for up to 21 years / E.E. Powell, W.G. Cooksley, R. Hanson [et al.] // Hepatology, 1990. – Vol. 11. – P. 74–80.*

# ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ

УДК 616.89

*Я.О. Федоров*

## **ЧАСТНАЯ ПСИХИАТРИЯ – РЕСУРС ИЛИ ОПАСНОСТЬ?**

Восточно-Европейский институт психоанализа, Санкт-Петербург

### ***Введение***

Реформа отечественной психиатрии, о которой много говорится профессионалами и общественностью, подразумевает не только смещение усилий службы со стационарного на амбулаторное звено, но и использование других ресурсов для повышения качества медицинского обслуживания. При этом обсуждается возможность развития института частной психиатрической помощи, которая в европейских странах является важной составляющей психиатрии. И здесь уместно упомянуть высказывание К. Ясперса о том вкладе, который внесли частные клиники в развитие общей психопатологии: «Врачи частных клиник, благодаря своим высокообразованным пациентам, располагают необычайно ценным исследовательским материалом ...» [ 7 ]. Будет ли частная психиатрия полезна для всех сторон: пользователей психиатрической помощи, медицинского персонала и общества? Данная статья служит попыткой проанализировать этот вопрос на основе собственного профессионального опыта.

### ***Постановка проблемы***

Можно говорить о трех негативных сторонах введения института частной психиатрической помощи. Во-первых, это отсутствие строгого контроля над психиатрическим контингентом больных, что может увеличить их потенциальную опасность для общества в виде совершения ими противоправных действий. Во-вторых, это социальная незащищенность этого контингента пациентов: невозможность получить инвалидность, бесплатное лекарственное обеспечение и врачебную помощь. В-третьих, уменьшение числа специалистов с высокой квалификацией в государственном секторе за счет их оттока в частную медицину.

Выше перечисленные отрицательные стороны неоднозначны. Диспансеризация, как показывает практика, не является 100 % гарантией от совершения психически больными опасных деяний, да и степень опасности, которую представляют психически больные, часто преувеличивается обществом [ 1 ]. Скорее наоборот, страх оказаться под наблюдением диспансера («возьмут на учет») для потенциального пациента в большей сте-

пени служит причиной отказа от психиатрической помощи, что затягивает возможность ее получения.

Социальная защищенность на современном этапе, к великому сожалению, является скорее декларируемым, чем реальным преимуществом. Уровень денежного пособия по инвалидности позволяет больному обеспечить только самые насущные нужды (1–3 МРОТ<sup>1</sup>). Нет достаточной стабильности в льготном обеспечении не только современными импортными психофармакологическими средствами, но даже недорогими препаратами отечественного производства, что существенно затрудняет проведение поддерживающей терапии. Нельзя не заметить, что в некоторых странах с высоким уровнем жизни, социальный ресурс может быть ведущим звеном психиатрической помощи, например в Швеции (амбулатории, трудоустройство и образование, обилие специалистов по реабилитации и социальных работников и т. д.). Хотя своевременность врачебной помощи, по замечанию самих шведских коллег, оставляет желать лучшего. И, наконец, небольшая часть пациентов психоневрологического диспансера ищет помощи «частного» врача потому, что их не устраивает «бесплатное» лечение.

Отток специалистов, как правило, более активных и так происходит, только в менее профессиональные сферы: от работы в фарминдустрии до специальностей, не имеющих отношения к медицине. Неужели потеря специалиста, которого государство обучало в течение 7–9 лет, предпочтительнее, чем его полное или частичное сохранение в отрасли? Не говоря о том, что можно разработать механизмы, повышающие экономическую заинтересованность врача в своей специальности: от банального увеличения заработной платы, до возможности вести «частичный частный прием» на своем рабочем месте, после окончания официального времени работы.

Если говорить о положительных сторонах частной психиатрии, то это в первую очередь возможность избежать негативных последствий психиатрической стигматизации: потерять работу из-за «диагноза не совместимого с профессией», получить ярлык «сумасшедшего» от окружающих или ощутить себя психически неполноценным. Во-вторых, другая степень конфиденциальности и реальная персональная ответственность врача перед пациентом обязательно будет способствовать качеству его работы. В-третьих, позволив психиатру улучшить собственный уровень жизни, а своим высококвалифицированным трудом – и уровень жизни своего пациента, государство экономит дважды – решает проблему бюджетника без привлечения собственных средств и увеличивает отдачу от потенциального пациента как от работника, который не стал инвалидом и сохранил работоспособность (см. случай ниже).

---

<sup>1</sup> Минимальный размер оплаты труда.



Частная психиатрия активно функционирует в области наркологии. Здесь мы имеем широко развитую структуру. Хотя если сравнить ту же социальную опасность психиатрического и наркологического контингентов, то она будет выше у последнего. Можно только упомянуть число погибших (1743) и раненых (14 848) от ДТП по вине нетрезвых водителей за первые девять месяцев 2008 г. [ 3 ]. Не развивая частную психиатрию, и тем самым, отнимая право выбора у потенциального пациента, мы увеличиваем число людей, пользующихся сомнительной помощью (парапсихологов, магов, недобросовестных врачей), а потом сожалеем о низкой психологической культуре населения или упущенном времени, способствующему прогрессу заболевания.

В качестве примера хочется привести случай из практики, который может продемонстрировать насущную необходимость в альтернативе существующей помощи. И здесь нельзя говорить о казуистике, т. к. аналогичных ситуаций у практического врача в течение года не один десяток. Такие случаи ставят психиатра перед нелегким выбором – поступить строго по «Закону о психиатрической помощи и прав граждан при ее оказании» или в интересах пациента.

### ***Клинический пример***

Пациентка – молодая женщина. Наследственность не отягощена. Развитие без особенностей. По характеру активная, жизнерадостная. Всегда хорошо училась. Закончила престижный институт, работала по специальности. Замужем. Есть дети. Живет в отдельной квартире. В последние несколько лет активно занималась устройством домашнего очага, много работала. За три месяца до обращения к врачу появились необычные идеи, касающиеся ее профессиональной деятельности. Когда идеи стали выходить далеко за рамки профессии пациентки и стали распространяться на окружающих людей и события, родственники решили обратиться к психиатру. В силу того, что профессиональная деятельность пациентки была бы невозможна при установлении ей психиатрического диагноза, эта консультация максимально затягивалась. Когда состояние пациентки достигло степени острого психоза, было решено воспользоваться хорошо знакомым семье специалистом.

На момент осмотра можно было констатировать «Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении» (F 23.10). У пациентки наблюдались следующие симптомы: продуктивному контакту не доступна (ответы были в виде рифмованных фраз или бессвязных слогов), бредовые идеи воздействия и преследования, вербальные галлюцинации, психические автоматизмы, бессвязное мышление, неустойчивость аффекта (колебания от эйфорического до депрессивного), волевые нарушения (активность только в пределах постели, хаотические

движения). Была назначена терапия: инъекции клопиксола-акуфаза<sup>2</sup> 50 мг 1 раз в 2–3 дня (2 нед) в сочетании с инъекциями седуксена 10 мг или 20 мг, затем Клопиксол-депо 200 мг 1 раз в 2–3 нед на фоне циклодола до 6 мг/сут (2 мес). В течение первой недели врач проводил ежедневный контроль состояния, выезжая на дом, корректировал назначение препаратов. Затем в течение первого месяца пациентка не реже 1 раза в неделю посещала психиатра, к тому же был налажен телефонный контакт с ее родственниками, что давало возможность получать объективную информацию о состоянии. Через 2 мес, когда были полностью купированы галлюцинаторно-параноидные переживания, и к ним стала формироваться критика, были отменены нейролептики и циклодол. Еще до этого (через 5–6 нед) развилось депрессивное состояние, которое выражалось тоскливым аффектом с чувством безысходности, значительным снижением активности, невозможность получать удовольствие от чего бы то ни было, отсутствие аппетита и либидо, похуданием на 6–7 кг, пессимистическим видением будущего, психическим болезненным бесчувствием, высокой степенью субъективного страдания с мыслями о нежелании жить, но без опасных тенденций, страхом потери своей специальности, работы, семьи. Последующий прием флуоксетина в течение 1,5 мес в дозировке 20 мг/сут не приносил значительного улучшения. Купировать депрессию удалось только через 4 мес терапии на дозировке 40 мг. Попытка дважды снизить дозировку препарата до 20 мг приводила к появлению слабости, снижению активности, и расценивалось пациенткой как явное ухудшение, приходилось снова возвращаться к 40 мг.

Сразу после купирования острой психотической продукции, примерно через 1 мес от момента первого осмотра, пациентка стала получать 1 раз в неделю индивидуальную психотерапию, при том, что еще сохранялись бредовые идеи. Первоначально она демонстрировала сопротивление лечению (сознательное и бессознательное противодействие психотерапевтическим отношениям). Психотерапия расценивалась как «разговоры, которые можно и на кухне вести». Однако высокая степень доверия к лечащему психиатру, буквально заставляли пациентку посещать психотерапевта. Она постепенно включилась в активную психотерапевтическую работу, которая была очень успешной за довольно короткий период (здесь сыграли положительную роль личные качества клиентки). Ей удалось преодолеть кризис и восстановить свой психический и социальный потенциал на прежнем уровне менее чем за 1 год, пока с опорой на психотерапевтическую помощь и антидепрессант.

---

<sup>2</sup> Клопиксол – антипсихотического (нейролептического) средство, производное тиксоксантена. Клопиксол-акуфаз используется для купирования острых психозов, продолжительность действия 2–3 дня. Клопиксол-депо назначается в качестве средства поддерживающей терапии с длительностью терапевтического эффекта около 3 нед.

### *Обсуждение*

Катамнез в течение 1 года, свидетельствующий о планомерном улучшении не только клинической, но и социальной ситуации пациентки, демонстрирует успешность выбранной стратегии. Если попытаться проанализировать составляющие эффективной терапии, то их несколько.

Во-первых, семейный ресурс. Доверие членов семьи и самой пациентки к психиатру явилось благоприятной почвой, на которой смогли взойти плоды успешной фармако- и психотерапии. Активное желание сотрудничать у всех членов семейной системы, чтобы получить максимально хороший терапевтический эффект, присутствовало с самого начала.

Во-вторых, врачебный. У доктора было активное желание помогать данной семье, исходя из искреннего уважения к ней, что снижало собственную тревогу врача, по поводу возможных неудач в терапии (но с другой стороны и увеличивало степень ответственности). Была уверенность, что родные смогут хорошо проконтролировать ситуацию, при необходимости незамедлительно проконсультироваться по телефону, обеспечить хороший уход. Фигура врача для родных выполняла роль транквилизатора, т. к. она снимала их собственную тревогу и они получали уверенность, что ситуация контролируется и есть четкий план действий. Стоит отметить, что в первые дни острого психоза общее настроение семьи было подавленным и растерянным, т. к. имелись весьма понятные пессимистические, если не трагические, ожидания. Использование психиатром специальных психотерапевтических техник с первой встречи и до купирования психоза, укрепляло доверительную основу контакта с пациенткой.

В третьих, психотерапевтический. Применение комплексного подхода – активное купирование психоза мощным нейролептиком и использование современного психоанализа еще на фоне продуктивной симптоматики [ 4 ]. С родственниками и пациенткой изначально психотерапия оговаривалась как длительная (1–2 года) и обязательная составляющая эффективной терапии. Пациентке и ее семье внушалась значимость психотерапевтической помощи, как созидательного элемента комплексного подхода, позволяющего реконструировать адаптивные механизмы психологической защиты. Эта позиция искренне разделялась врачом, и была основана на его собственном положительном психотерапевтическом опыте [ 5, 6 ], опыте коллег и полном собственном доверии к рекомендуемому психотерапевту.

Последняя составляющая – сама личность пациентки: активность, готовность к сотрудничеству, высокий интеллект, хорошо развитое наблюдающее Эго. Можно предполагать, что именно благодаря этим качествам удалось получить быстрый результат. Естественно, что ими располагают далеко не все пациенты, но негативные характерологические особенности больных не являются противопоказанием для психотерапевтической помощи, хотя усложняют работу специалиста.

Лечение пациента с показаниями для госпитализации в «обход правил» показало, что в данном случае такой риск оправдан: сохранение социального статуса как основного ресурса к выздоровлению. И здесь существует другая проблема – необходима большая дифференцируемость при определении лучшего формата терапии для конкретного пациента. Не просто учет психологических и социальных ресурсов, а их определяющая значимость для самого прогноза по сравнению с чисто психопатологическим подходом, на что указывают многие авторы [ 2, 8, 9, 10 ]. Данный случай показывает, что психосоциальные факторы явились главными в выборе терапевтической стратегии, несмотря на острый психотический характер нарушений. Очевидно, что наличие развитой системы частной психиатрии могло бы улучшить качество оказания психиатрической помощи именно для такого контингента потенциальных пациентов: социально успешных и активных, что позволило бы сохранить трудовые ресурсы для общества, и соблюсти все правовые нормы врачу.

Развитие данного психоза можно понять с экзистенциальных позиций. Активная жизненная позиция, привычка брать всю ответственность на себя и преодолевать трудности за счет собственных ресурсов, привели пациентку к срыву психологических защит и регрессу психических процессов до психотического уровня. Однако перенесенный психоз позволил ей изменить отношение к близким в сторону их большего принятия, в большей степени опереться на них, делегировать им часть ответственности, то, чего она раньше не могла себе позволить в силу ригидных установок Супер-Эго («должна за всем следить, за все отвечать, ... на женщине должен держаться дом»). Эти события раскрыли новые положительные возможности для ее семейной системы («... я не думала, что муж может провести с детьми целый день – и это им всем очень понравится ...») и позволили более позитивно смотреть на ее перспективы. Хотя надо признать, что большинство кризисов подобного рода имеют другой, драматический характер, как для семьи, так и самого пациента. Все это стало возможным благодаря комплексному подходу с опорой на социальные ресурсы пациентки.

### *Заключение*

Хочется надеяться, что у частной психиатрии в России есть будущее. Пациент сможет иметь выбор, частный врач – легализацию своего труда, а значит большую защищенность (экономическую, социальную), государство – экономии бюджетных средств и более высокий уровень жизни граждан. Все стороны извлекут пользу. Представляется оправданным, если частной психиатрии будет позволено оказывать весь спектр услуг, включая купирование психозов. И как описанный выше случай показывает, это может быть обеспечено и в домашних условиях, пусть в качестве исключения. Для этого врач должен иметь широкий выбор опти-

мальных стратегий терапии, в том числе иметь право избегать госпитализации, если располагает лучшим ресурсом реабилитации. Данное положение найдет много противников, а его принятие поставит вопрос о специализированной профессиональной подготовке, выработке критериев «правильных» стратегий и т. д., но это предмет уже отдельного разговора. Собственный опыт свидетельствует о том, что внедрение института частной психиатрии более чем актуально, но будет стоить значительный усилий заставить его эффективно работать.

P.S. Отдельная благодарность моей пациентке, которая не только согласилась, чтобы ее случай был описан в специальной литературе, но и внесла ценные дополнения во время подготовки статьи.

### *Литература*

1. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении / В.Д. Вид. – СПб. : Питер, 2001. – 431 с.
2. Мосолов С.Н. Основы психофармакологии / С.Н. Мосолов. – М. : Восток, 1996. – 288 с.
3. *Официальный сайт* ГИБДД МВД России [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.gibdd.ru/news/main/?20081009\\_report](http://www.gibdd.ru/news/main/?20081009_report), вход свободный.
4. Спотниц Х. Современный психоанализ шизофренического пациента: теория техники / Х. Спотниц. – СПб. : Вост.-Европ. ин-т психоанализа, 2004. – 296 с.
5. Федоров Я.О. Случай психотерапии шизофрении в условиях дневного стационара // Я.О. Федоров // Вестн. психотерапии. – 2006. – № 16 (21). – С. 32–46.
6. Федоров Я.О. Современный психоанализ в психиатрической практике / Я.О. Федоров // Вестн. психотерапии. – 2008. – № 27 (32). – С. 91–101.
7. Ясперс К. Общая психопатология : пер. с нем. / К. Ясперс. – М. : Практика, 1997. – 1053 с.
8. Kryspin-Exner K. Langzeittherapie psychiatrischer Erkrankungen / K. Kryspin-Exner, H. Hinterhuber, H. Schubert. – Stuttgart, 1984. – 277 s.
9. Leff J. Psychosocial relevance and benefit of neuroleptic maintenance: experience in the United Kingdom / J. Leff, L. Kuipers, R. Berkowits // J. Clin. Psychiat. – 1984. – № 5 (sec. 2) – P. 43–49.
10. Mortimer A.M. First-line atypical antipsychotics for schizophrenia are appropriate – with psychosocial interventious / A.M. Mortimer // Psychiat. Bulletin. – 2001. – Vol. 25. – P. 287–288.

## ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ МУЖЧИН, ПРОЛЕЧЕННЫХ В МИРВЧ МЕТОДОМ ДУХОВНО ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Международный институт резервных возможностей человека, Санкт-Петербург

Проведенное ранее эпидемиологическое обследование больных алкоголизмом в Международном институте резервных возможностей человека [ 3 ] и научные работы, посвященные проблеме эффективности их лечения, показали, что длительность ремиссии в наибольшей степени зависит от условий внешней среды, в которых росли и воспитывались пациенты, формировалась их зависимость и которые побудили их обратиться за медицинской помощью. В рамках таких исследований практический интерес представляет изучение своеобразия социально-психологического статуса и клинического течения алкогольной зависимости, формирования ремиссии в выделенных группах больных.

Важное значение в становлении ремиссии играет осознанная настроенность больного на необходимость лечения, основной характеристикой которого является длительность зарока, определенного больным.

В связи со сказанным целью исследования стало изучение социально-демографического, клинического и социально-психологического статуса 1423 больных алкоголизмом мужчин, определивших для себя срок зарока не принимать алкогольных напитков на 5 лет и более.

Распределение больных по возрастным группам представлено на рис. 1, из которого следует, что около половины больных были в наиболее активном возрасте от 30 до 39 лет.

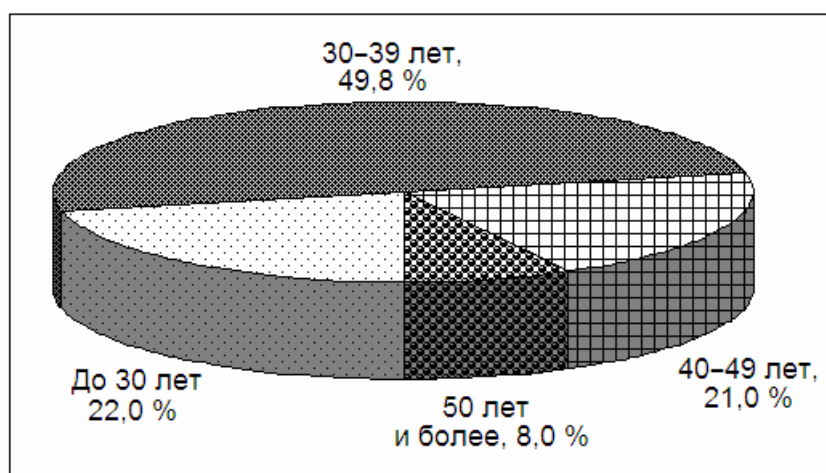


Рис. 1. Распределение пациентов по возрасту.

Социально-демографические характеристики изучаемой группы приведены в табл. 1. Их характерными особенностями являются высокие уровни образования (88,5 % имели среднее или высшее образование) и занятости (94,1 % из них работали или учились). 69,4 % работающих пациентов отмечают хорошие профессиональные отношения. 17,6 % пациентов признают наличие на работе конфликтных ситуаций, напряженности и даже вопросов об увольнении по причине злоупотребления алкоголем.

*Таблица 1*

*Социально-демографическая характеристика больных алкоголизмом мужчин*

Характеристика	Категория характеристики	Распределение, %
Образование	начальное	1,3
	незаконченное среднее	11,2
	среднее	39,2
	средне специальное	34,6
	незаконченное высшее	3,4
	высшее	10,3
	всего	100
Обстановка на работе	на вопрос не ответили	13,1
	в целом хорошая	69,4
	бывают конфликты	12,2
	напряженная	3,2
	на грани увольнения	2,2
	всего	100,0
Семейный статус	холостые	5,1
	женатые	81,4
	разведенные	12,3
	вдовцы	1,2
	всего	100
Наличие детей	на вопрос не ответили	4,0
	один ребенок	42,7
	двое детей и более	43,6
	нет детей	9,7
	всего	100
Семейные отношения	на вопрос не ответили	4,6
	в целом хорошие	21,0
	бывают конфликты	47,2
	напряженные	12,2
	на грани развода	15,0
	всего	100
Бытовые условия	на вопрос не ответили	2,5
	отдельная квартира	72,3
	коммунальная квартира	18,8
	нет своего жилья	6,4
	всего	100

Основная часть обратившихся за медицинской помощью пациентов состояла в браке, 18,6 % были неженатыми, дополнительно 12,3 % находились в разводе. 86,3 % опрошенных лиц имели детей. 74,4 % респондентов отметили, что из-за пристрастия к алкоголю в их семьях были постоянные конфликты и их семьи находились на стадии распада. Лишь 21,0 % считают их семейные отношения как хорошие.

91,1 % пациентов ответили, что проживают в отдельной (72,3 %) или в коммунальной (18,8 %) квартире, только у 6,4 % обследованных лиц не было своего жилья.

Для характеристики клиники алкоголизма нами использовались традиционные в наркологии признаки: стадия болезни, давность алкоголизации, суточная доза употребления алкоголя, предпочитаемый алкогольный напиток, случаи употребления суррогатов, течение алкогольной зависимости (наличие и продолжительность запоев и люцидных промежутков), алкогольная анозогнозия и клинические проявления алкогольного абстинентного синдрома. Стадия болезни (врачебный диагноз) определялась с учетом рекомендаций Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Результаты изучения названных характеристик представлены в табл. 2.

Таблица 2

*Клиническая характеристика больных алкоголизмом мужчин*

Характеристика	Категория характеристики	Распределение, %
Длительность злоупотребления алкоголем	на вопрос не ответили	2,5
	до 5 лет	29,4
	5-14 лет	48,3
	15 лет и более	19,8
	всего	100
Наличие запоев, вызывающих прогулы различной длительности	на вопрос не ответили	47,9
	наличие запоев признали	31,0
	запой отрицали	21,1
	всего	100
Продолжительность запоев	на вопрос не ответили	68,9
	более 3 дней	19,6
	более 7 дней	9,1
	более месяца	2,4
	всего	100
Возможность контроля величины принимаемой дозы во время выпивки	на вопрос не ответили	3,3
	контроль не терялся	5,1
	контроль теряется иногда	35,4
	контроль теряется часто	35,6
	контроль теряется всегда	20,6
	всего	100



Характеристика	Категория характеристики	Распределение, %
Появляется ли желание добавить дозу после первого приема алкоголя	на вопрос не ответили	5,2
	да	92,3
	нет	2,5
	всего	100
Как преодолевается появившееся желание добавить дозу алкоголя	на вопрос не ответили	3,0
	легко	15,9
	с трудом	49,1
	не возможно до сильного опьянения	32,0
	всего	100
Наличие люцидных промежутков	на вопрос не ответили	10,8
	да	42,4
	нет	46,8
	всего	100
Причины перерывов в приеме алкоголя	организм «не принимает спиртного»	26,5
	отсутствие денег	48,9
	необходимость выходить на работу	50,5
	из-за воздействия окружающих	14,2
Причина возобновления алкоголизации	неудержимая тяга к алкоголю	23,6
	уговоры пьющих знакомых	50,0
	снятие напряжения	60,9
	скука	30,8
	привычка	35,3
	получка	38,7
	выходные дни	30,8
	отпуск	39,4
	праздник	60,1
Средняя доза в течение последнего года в пересчете на водку, мл	на вопрос не ответили	2,6
	не превышает 300	4,7
	300–400	30,4
	500–600	34,1
	700 и более	28,2
	итого	100

Длительность злоупотребления алкоголем у 68,1 % пациентов составил 5 лет и более. На вопрос о наличии запоев значительная часть опрошенных (47,9 %) от ответа воздержалась. Тем не менее, 31,0 % лиц признали наличие запойного характера употребления алкоголя. При этом у 19,6 % лиц запои продолжались более 3 дней, у 9,1 % – более 7 дней, а у 2,4 % даже более 1 мес (см. табл. 2).

В ответ на вопрос о возможности контроля за величиной принимаемой дозы алкоголя во время выпивки 8,4 % опрошенных пациентов или от ответа воздержались, или утверждали, что эту ситуацию всегда держат под контролем, 35,6 % – часто теряют такой контроль, а 20,6 % пациентов контроль за количеством выпиваемого алкоголя теряют всегда (рис. 2).

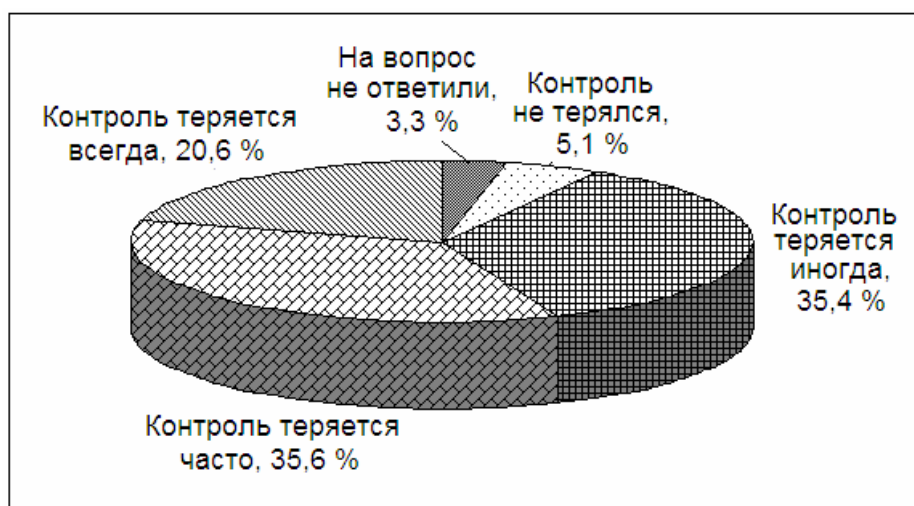


Рис. 2. Оценка контроля величины принимаемой дозы алкоголя.

На вопрос о появлении желания добавить дозу после первого приема алкоголя положительно ответили подавляющее число опрошенных – 92,3 %. Остальные от ответа воздержались (5,2 %) или ответили отрицательно (2,5 %). Только 15,9 % легко справлялись с таким желанием, 81,1 % – с трудом или напивались до сильного опьянения.

Положительные ответы на вопрос о наличии люцидных промежутков давались достоверно реже, чем отрицательные (соответственно 42,4 и 46,8 %;  $p < 0,01$ ). Основными причинами перерывов в приеме алкоголя 50,5 % пациентом называли необходимость выходить на работу, 48,9 % – отсутствие денег, 26,5 % – «организм не принимает спиртного» (рис. 3).

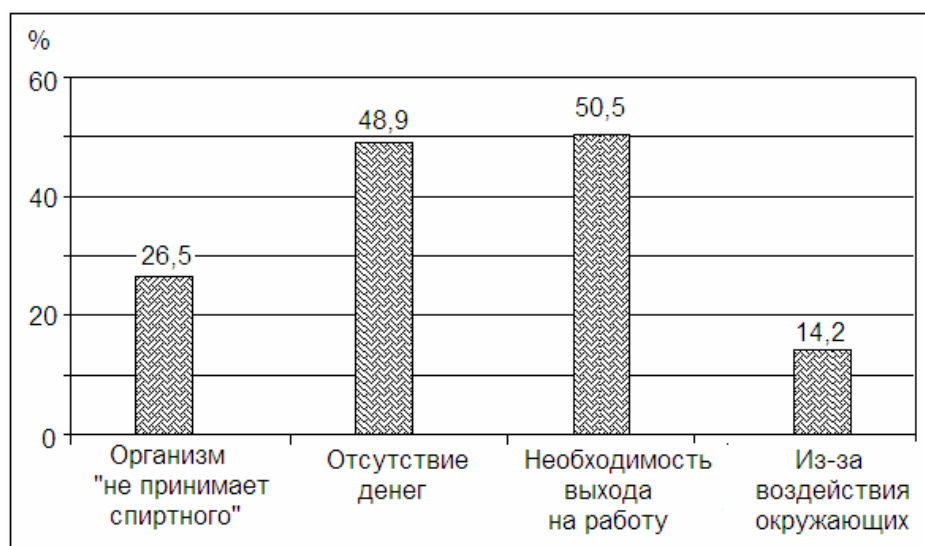


Рис. 3. Основные причины перерывов в приеме алкоголя.

Причины возобновления приема алкоголя были более разнообразными: 60,9 % принимали алкоголь для снятия напряжения, 60,1 % – в ре-

зультате праздника, 50,0 % – уговоров пьющих знакомых (рис. 4). Неудержимую тягу к алкоголю отметили 23,6 % опрошенных пациентов.

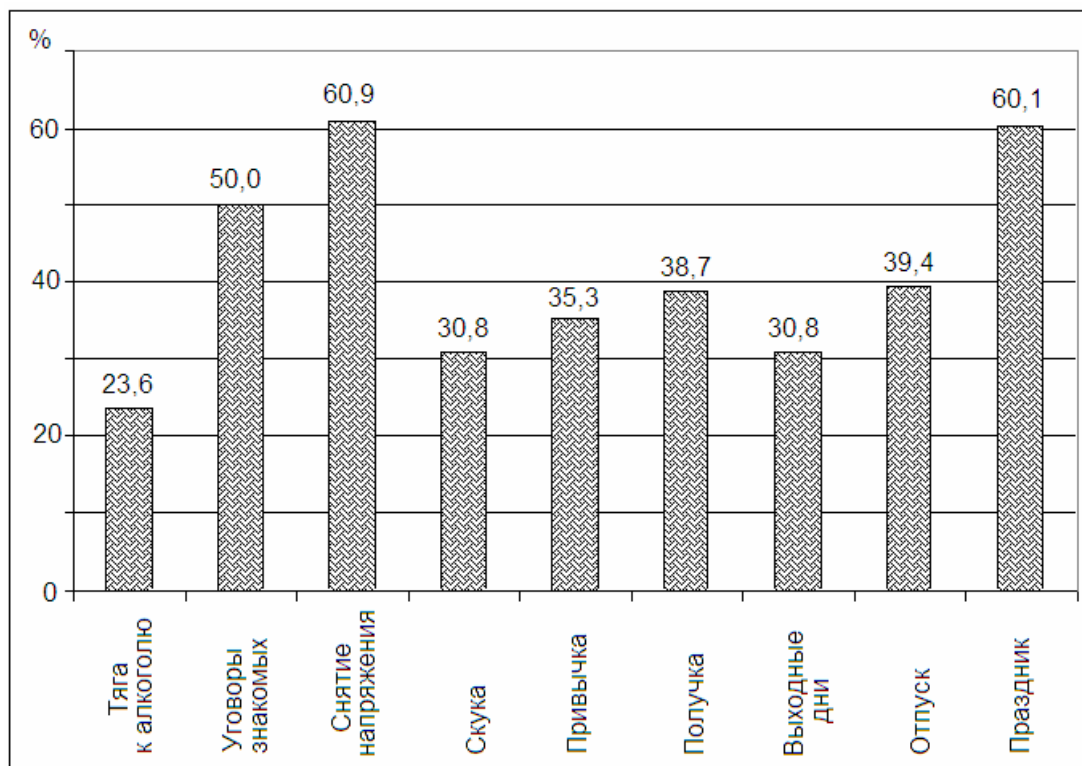


Рис. 4. Причины возобновления приема алкоголя.

Средняя доза, употребляемая за сутки в пересчете на водку, для 64,5% пациентов составила от 300 до 700 мл, для 28,2 % такая доза превышала 700 мл. Самым предпочтительным напитком оказалась водка, на который указало 56,2 % пациентов. Случаи периодического употребления суррогатов отметили 40,4 % обследованных лиц.

При исследовании абстинентного синдрома у одного и того же больного выявлялись одновременно несколько симптомов. Наиболее часто у больных отмечались чувство вины перед близкими людьми (84,6 %), проявление астении (84,1 %), потливость (81,4 %), плохой сон (80,2 %), потеря аппетита (77,3 %), плохое настроение, тревога, страх (67,6 %), тремор (63,1 %), головная боль (62,1 %), сердцебиение, боль в области сердца (54,5 %). В 29,2 % случаев у опрошенных лиц возникали суицидальные мысли.

Важным моментом при выработке индивидуальной психотерапевтической программы оказания помощи больному алкоголизмом является формирование психологической установки больного к лечению и к трезвости [ 1–4 ]. Названная установка нами оценивалась по следующим показателям (табл. 3): самооценке зависимости от алкоголя; степени понимания болезненного характера пристрастия; оценке пути, по которому боль-

ной пришел к решению необходимости лечения зависимости; оценке возможности избавления от зависимости; по наличию попыток самостоятельно прекратить пьянство; оценке отношения и распространенности употребления алкоголя в обществе; по источнику оплаты за лечение; серьезной подготовке к реализации плана по избавлению от зависимости (срок трезвости до лечения и выбранный срок залога).

Таблица 3

*Социально-психологическая характеристика больных алкоголизмом мужчин*

Показатель	Категория показателя	Распределение, %
Самооценка в отношении алкоголизма	на вопрос не ответили	3,0
	алкоголик	23,3
	злоупотребляющий алкоголем	58,9
	умеренно пьющий	14,6
	трезвенник	0,2
	всего	100
Понимание болезненного характера своего пристрастия к выпивке	на вопрос не ответили	48,7
	понимание есть	49,8
	понимание отсутствует	1,5
	всего	100,0
Решение лечиться от алкоголизма принято	самостоятельно	62,6
	совместно с родными	51,6
	под давлением жены, родственников	30,4
	по настоянию администрации предприятия	2,8
	по совету знакомых	19,5
	по настоянию участкового милиционера	0,8
Оценка возможности избавления от алкоголизма	на вопрос не ответили	3,0
	легко	6,8
	трудно	87,1
	не возможно	3,1
	всего	100
Попытки самостоятельно прекратить пьянство	на вопрос не ответили	5,8
	да	79,5
	нет	14,7
	всего	100
Отношение к употреблению алкоголя в обществе	на вопрос не ответили	6,2
	за сухой закон	30,3
	за культурное потребление спиртных напитков	63,5
	всего	100
Источник платы за лечение	на вопрос не ответили	29,5
	свои средства	57,3
	средства родственников или предприятия	13,2
	всего	100

Показатель	Категория показателя	Распределение, %
Срок трезвости до лечения	менее двух недель	68,7
	от двух недель до одного месяца	25,9
	от одного до двух месяцев	4,6
	свыше двух месяцев	0,8
	всего	100,0
Выбор срока зарока воздержания от алкоголя	зарок на 5 лет	60,2
	зарок на 10 лет	17,1
	зарок на всю жизнь	16,4
	другие сроки зарока более 5 лет	6,3
	всего	100,0

Подавляющее число опрошенных пациентов (82,2%) довольно реалистично оценивают свои взаимоотношения с алкоголем: 58,9 % считают себя злоупотребляющими алкоголем, а 23,2 % даже алкоголиками. При этом 49,8 % осознают, что их зависимость от алкоголя является заболеванием. Необходимо отметить, что 48,7 % пациентов от ответа на этот вопрос воздержались.

Для оценки психологической мотивации к лечению от алкоголизма, важные сведения были получены при исследовании вариантов причин обращения за медико-психологической помощью. В 62,6 % случаев такое решение принималось больным самостоятельно, в 51,6 % – под воздействием родственников, в 30,4 % – по настоятельному требованию жены. Совет знакомых был важен для пятой части пациентов (19,5 %). Малое количество опрошенных лиц указали, что обратились за помощью по настоянию администрации предприятия (2,8 %) и участкового милиционера (0,8 %) (см. табл. 3).

Оценивая возможность избавления от алкоголя, 87,1 % опрошенных пациентов считают, что избавление от алкогольной зависимости не является простым и связано с трудностями, а 3,1 % полагают, что избавление от алкоголизма вообще невозможно. Есть и такие лица (6,8 %), которые не видят особых проблем и смогут легко справиться с алкоголизмом. Самостоятельно бросить пьянство пытались 79,5 % пациентов, а 14,7 % – таких попыток не предпринимали (см. табл. 3).

Несмотря на то, что многие пациенты осознают пагубность алкоголизма и трудность избавления от него, 63,5 % пациентов при оценке употребления алкоголя в обществе ратуют за культурное потребление спиртных напитков и только 30,3 % – за сухой закон.

Оплату за лечение своими средствами осуществили 57,3 % пациентов, 29,5 % – на этот вопрос предпочли не отвечать. 68,7 % пациентов сумели воздержаться от приема алкоголя перед лечением менее 2 нед, 25,9 % – от 2 нед до 1 мес. 60,2 % больных выбрали для себя срок зарока воздержания от алкоголя в 5 лет, 17,1 % – в 10 лет, а 16,4 % дали зарок не употреблять алкоголь на всю жизнь (см. табл. 3).

55,7 % пациентов, пролеченных в МИРВЧ, ранее за медицинской помощью по поводу алкоголизма не обращались, 32,9 % – имели опыт лечения в учреждениях государственной наркологической службы, 18,3 % – в частных медицинских учреждениях, а 3,4 % успели побывать в ЛТП (табл. 4).

*Таблица 4*

*Распределение больных алкоголизмом по предыдущему лечебному опыту*

Показатель	Категория показателя	Распределение, %
Психотерапевтическая помощь до лечения в МИРВЧ	нигде не лечились	55,7
	лечились в госнаркослужбе	32,9
	лечились в частных медицинских учреждениях	18,3
	побывали в ЛТП	3,4

Планируя будущее, связанное с прекращением пьянства, 88,7 % опрошенных лиц предполагали уход от неприятностей, 55,3 % – заняться хозяйством, 49,3 % – решить проблемы в трудовой деятельности, 46,4 % – повысить свой общеобразовательный уровень, 46,5 % – создать семью или восстановить семейные взаимоотношения и пр. (табл. 5).

*Таблица 5*

*Планы больных алкоголизмом на будущее*

Содержание планов	Частота, %
Создать или восстановить семью	46,5
Решить проблемы в трудовой деятельности	49,3
Решить жилищные проблемы	31,9
Повысить свой общеобразовательный уровень	46,4
Заняться хозяйством	57,3
Заняться спортом	37,3
Другие планы	53,5
С планами не определился	13,5
Уйти от неприятностей, связанных с пьянством	88,7

### ***Заключение***

Таким образом, можно указать на следующие значимые проявления алкоголизма у мужчин, самостоятельно и добровольно обратившихся за анонимной помощью в МИРВЧ и давших зарок на 5 лет и более:

- высокий уровень образования, высокая социальная и профессиональная сохранность;

- срок употребления алкоголя более 5 лет, с выраженной сниженной толерантностью к алкоголю при наличии запоев от 3 дней до 1 мес и наличие люцидных промежутков;
- выраженная степень алкогольной анозогнозии при высоком уровне проявлений симптоматики алкогольного абстинентного синдрома;
- способность оценить катастрофичность своего положения и добровольно, самостоятельно, под воздействием родственников, друзей или в силу сложившихся семейных, а в некоторых случаях служебных обстоятельств обратиться за медицинской помощью;
- клинические проявления алкоголизма II ст.

### *Литература*

1. *Альтшулер В.Б.* Патологическое влечение к алкоголю / В.Б. Альтшулер. – М. : Медицина, 1994. – 216 с.
2. *Григорьев Г.И.* Клинико-статистическое исследование эффективности метода целебного зорока в комплексной психотерапии алкоголизма : 3-е сообщение : многомерный анализ и обсуждение / Г.И. Григорьев, И.Н. Гурвич // Вестн. психотерапии. – 1997. – № 4(9). – С. 9–39.
3. *Духовно ориентированная психотерапия* / Г.И. Григорьев, С.Г. Григорьев, С.В. Мизерас [и др.] ; под ред. Г.И. Григорьева. – СПб. : ИИЦ ВМА, 2008. – 504 с.
4. *Портнов А.А.* Клиника алкоголизма / А.А. Портнов, И.Н. Пятницкая. – Л. : Медицина, 1973.
5. *Фридман Л.С.* Наркология / Л.С. Фридман, Н.Ф. Флеминг. – М. : Бином, 1998. – 317 с.

# НАУКОВЕДЕНИЕ, ОРГАНИЗАЦИЯ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 615.851(048)

*В.И. Евдокимов*

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ КНИГ ПО ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОГИГИЕНЕ, ИЗДАНЫХ НА РУССКОМ ЯЗЫКЕ В 2007 Г.

В связи с несовершенством современной Государственной системы научной и научно-технической информации, определенным рассеиванием документального потока, разобщенностью научного сообщества и географической отдаленностью редколлегия журнала приняла решение продолжить публикацию библиографических сведений о научных документах, вышедших в свет по психотерапии и психогигиене.

Представленный указатель содержит алфавитный достаточно полный перечень книжных изданий (монографий, учебно-методических пособий, материалов научных конференций, брошюр), опубликованных на русском языке в 2007 г. (212 назв.) и поступивших в качестве обязательного экземпляра в Российскую книжную палату.

Библиографическое описание документов проведено по ГОСТ 7.1–2003 «Библиографическая запись. Библиографическое описание. Общие требования и правила составления». В библиографическую запись включены сведения о тираже, по которым можно судить о распространенности издания, Международный стандартный номер книги (ISBN), который может быть использован в качестве дополнительных характеристик при поиске книги, и шифр ее хранения в фондах Российской национальной библиотеки (РНБ).

При составлении указателя использованы: ежегодник «Книги Российской Федерации» (2007); библиографический указатель «Книжная летопись» (2007–2008); электронные каталоги РНБ (Санкт-Петербург).

1. Авдеев Д.А. Очерки православной психотерапии : в помощь страдающей душе / Д.А. Авдеев. – [3-е изд., испр., доп. и перераб.]. – М. : Омега, 2007. – 541 с. Тираж 5000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/8415.

2. Авдеев Д.А. Размышления православного врача / Д.А. Авдеев. – М. : МБЦ преп. Серафима Саровского, 2007. – 207 с. Тираж 7000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/2550.

3. Авидон И. 100 разминок, которые украсят ваш тренинг / И. Авидон, О. Гончукова. – СПб. : Речь, 2007. – 245 с. – (Просто, но эффективно!). ISBN 5-9268-0500-7. Тираж 4000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-2/4122.



4. Айенгар В.К. Йога. Путь к здоровью : [перевод] / Йогачарья (Б.К.С. Айенгар). – М. : Флинта, 2007. – 335. ISBN 5-89750-255-2 Тираж 2000 экз.

5. Айенгар В.К. Основное методическое пособие для преподавателей йоги : (на основе курса подгот. учителей нач. уровня в ин-те RIMYI) / Б.С. Айенгар, Г.С. Айенгар. – М. : Содействие, 2007. – 117 с. ISBN 5-903-01906-4. Тираж 1000 экз.

6. Айенгар Г.С. Йога: жемчужина для женщин : [пер. с англ.] / Г.С. Айенгар А.С. Гита. – 3-е изд. – Ростов н/Д : Феникс ; Харьков : Фолио, 2007. – 346 с. – (Живая линия). ISBN 978-5-222-11308-0, ISBN 966-03-3256-4. Тираж 4000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/17021.

7. Александров А.А. Аутотренинг : справочник / А.А. Александров. – СПб. [и др.] : Питер, 2007. – 270 с. – (Крат. справ.). ISBN 978-5-91180-281-3. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/4976.

8. Алешина Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование / Ю.Е. Алешина. – [Изд. 2-е]. – М : Класс, 2007. – 202 с. – (Б-ка психологии и психотерапии / гл. ред. Л.М. Кроль ; вып. 62). ISBN 5-86375-111-8. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/5268.

9. Алкоголизм, наркомании, токсикомании : учеб. пособие : для студентов мед. вузов / Л.М. Барденштейн, Н.П. Герасимов, Ю.Б. Можгинский, Н.И. Беглянкин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 54 с. ISBN 978-5-9704-0387-7. Шифр хранения в РНБ: 2007-4/6740, М<sub>1</sub> Р645.1/Б-247.

10. Амбросьева Н.Н. Классный час с психологом: сказкотерапия для школьников : метод. пособие / Н.Н. Амбросьева. – 2-е изд., перераб. и доп., новое изд. – М. : Глобус, 2007. – 187 с. (Классное руководство). ISBN 978-5-903050-60-4. Тираж 5000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-3/960.

11. Ахвердова О.А. Аддиктивное поведение подростков: генез и коррекция / О.А. Ахвердова, О.В. Погожева ; Ставроп. гос. ун-т. – Ставрополь : Изд-во СГУ, 2007. – 91 с. ISBN 5-88648-538-4. Тираж 300 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-4/11712.

12. Бабич А.П. Исцеление божественной силой : в помощь начинающим целителям / А.П. Бабич, Н.А. Бабич. – СПб. : Весь, 2007. – 268 с. (Феномен) (Добрые вести). ISBN 978-5-9573-1223-9. Тираж 5000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/31848.

13. Бабич А.П. Исцеляйтесь святой молитвой / А.П. Бабич, Н.А. Бабич. – СПб. : Весь, 2007. – 223 с. – (Добрые вести). ISBN 978-5-9573-1222-2. Тираж 5000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/33359.

14. Баскаков В.Ю. Танатотерапия: теоретические основы и практическое применение / В.Ю. Баскаков ; Ин-т танатотерапии. – М. : Ин-т общегуман. исслед. : В. Секачев, 2007. – 170 с. – (Современ. психология : теория и практика). ISBN 978-5-88230-196-4. Тираж 5000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/17969, У Р357.19/Б-273.

15. Бисалиев Р.В. Аутоагрессивное поведение при опийной наркомании / Р.В. Бисалиев, Л.П. Великанова ; Астрахан. гос. мед. акад. – Астрахань : Изд-во Астрахан. гос. мед. акад., 2007. – 117 с. Тираж 200 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/33337, 2007-3/26322, М<sub>1</sub> Р645.1/Б-650.

16. Браун Д.В. Ароматерапия = Aromatherapy : [пер. с англ.] / Д.В. Браун. – М. : Фаир-пресс, 2007. – 269 с. – (Грандиозный мир). ISBN 978-5-8183-1106-7. Тираж 5000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/19913.

17. Будза А.А. Эзотерическая фотография Дзэн и фото-арт-терапия / А.А. Будза. – Ростов н/Д : Феникс ; СПб. : Северо-Запад, 2007. – 442 с. – (Эзотерика). ISBN 978-5-222-10929-8 (Феникс), ISBN 978-5-938-35209-4 (Сев.-Зап.). Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/20658.

18. Булка А.П. Методы психотерапии : учеб. пособие / А.П. Булка, Д.С. Медведев, М.В. Зотов ; Рос. новый ун-т, С.-Петерб. фил. – СПб. : Береста, 2007. – 54 с. 978-5-98052-139-4. Тираж 500 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-4/10677.

19. Бурлачук Л.Ф. Психотерапия : психол. модели / Л.Ф. Бурлачук, А.С. Кочарян, М.Е. Жидко ; под общ. науч. ред. Л.Ф. Бурлачука. – 2-е изд., стер. – СПб. [и др.] : Питер, 2007. – 471 с. – (Учеб. для вузов). ISBN 978-5-91180-451-0. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-7/5387.

20. Бухаров Я.М. Психотерапия в практике врача-непсихотерапевта / Я.М. Бухаров, М.В. Голубев. – М. : Медпрактика-М, 2007. – 55 с. ISBN 978-5-98803-080-5. Тираж 1000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-4/13253.

21. Бэндлер Р. Структура магии. Главная книга по НЛП в мире : [т. 1, 2] / Р. Бэндлер, Д. Гриндер. – СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. – 375 с. – (Лучшие психотехнологии мира). ISBN 978-5-93878-472-7 (Лучшие психотехнологии мира), ISBN 978-5-93878-443-7 (Психология – лучшее). Тираж 2500 экз. Шифр хранения в РНБ: Шифр хранения в РНБ: 2007-3/24484.

22. Вачков И.В. Сказкотерапия : развитие самосознания через психологическую сказку / И.В. Вачков. – 3-е изд., [перераб. и доп.]. – М. : Ось-89, 2007. – 143 с. ISBN 5-86894-521-2, ISBN 978-5-98534-625-1. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007 3/21964.

23. Вебер Г. Два рода счастья = *Zweierlei gluck* : системно-феноменологическая психотерапия Берта Хеллингера : [пер. с нем.] / Г. Вебер. – Изд. 3-е, исп. и перераб. – М. : Ин-т консультирования и систем. решений, 2007. – 330 с. – (Систем. терапия и консультирование). ISBN 978-5-94405-021-7. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-5/863.

24. Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии : материалы рос. конф., [Москва, 9–11 окт. 2007 г.] : с участием гл. психиатров и наркологов, рук. психиатр. и нарколог. учреждений / отв. ред. Краснов В.Н. ; Пленум Правления Рос. о-ва психиатров, Моск. НИИ психиатрии, [и др.]. – М. : Рос. о-во психиатров, 2007. – 495 с. Тираж 1000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/33957.

25. Виилма Л. Понимание языка стрессов : лекции и беседы / Л. Виилма. – Екатеринбург : У-Фактория, 2007. – 157 с. – (Прощаю себе : лекции и беседы). ISBN 978-5-9757-0004-9. Тираж 10 000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/34701.

26. Вильямс П. Лайф-коучинг – новая профессия для психотерапевтов : как перейти от психотерапии к коучингу : [пер. с англ.] / П. Вильямс, Д. Дейвис. – М. : Междунар. акад. коучинга, 2007. – 250 с. ISBN 5-98397-004-6. Тираж 2000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-7/2845.

27. Владимирова Н.В. Шаг за шагом : индивидуальное консультирование выпускников детских домов и школ-интернатов / Н.В. Владимирова, Х. Спаньярд. – М. : Генезис : Женщины и дети прежде всего, 2007. – 172 с. ISBN 978-5-98563-119-7. Тираж 1500 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/35805.

28. Воедилов Д.В. НЛП по-русски : [базовые техники: российский опыт, новые формулы успеха, уникальная методика обучения] / Д.В. Воедилов. – М. : Фаир, 2007. – 196 с. ISBN 978-5-8183-1230-9. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/2385.

29. Волкан В.Д. Жизнь после утраты = Life after loss : психология горевания : [пер. с англ.] / В.Д. Волкан, Э. Зинтл. – М. : Когито-Центр, 2007. – 158 с. – (Современ. психотерапия). ISBN 978-5-89353-213-5. Тираж 2600 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/34482.

30. Волкова Н.Н. Популярная психогинекология : [использование современ. методов психол. коррекции и психотерапии в лечении гинекологических заболеваний : роль стресса в возникновении гинекологических нарушений. Единство психики и тела. Улучшение отношений в семье. Практ. советы и рекомендации] / Н.Н. Волкова. – М. ; СПб. : Диля, 2007. – 184 с. ISBN 978-5-88503-688-7. Тираж 5000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-3/16205, У Р715/В-676, М<sub>1</sub> Р715/В-676.

31. Вызовы эпохи в аспекте психологической и психотерапевтической науки и практики : материалы третьей всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием, 22–23 нояб. 2007 г. / под ред. С.В. Петрушина ; Ин-т психол., Рос. акад. наук, Казан. гос. ун-т [и др.]. – Казань : Нов. знание, 2007. – 799 с. ISBN 978-5-89347-487-9. Тираж 50 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-3/2851.

32. Гагин Т.В. Модели НЛП в работе психолога / Т.В. Гагин, С.С. Козакевич ; [Ин-т психотерапии]. – [2-е изд.]. – М. : Психотерапия, 2007. – 285 с. – (NLP : Нейро-лингвистическое программирование). ISBN 5-903182-15-1. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/4905.

33. Гагин Т.В. Пластилин мира, или курс «НЛП-практик» как он есть / Т.В. Гагин. – М. : Психотерапия : Ин-т психотерапии, 2007. – 269 с. – (Нейро-лингвистическое программирование : NLP). ISBN 978-5-903182-29-9. Тираж 4000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/8789.

34. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь : [пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов и всех интересующихся проблемой] / А.В. Гнездилов. – СПб. : Речь, 2007. – 161 с. – (Психол. помощь). ISBN 5-9268-0062-5. Тираж 2000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-3/800.

35. Гончарова Л.М. Йога / Л.М. Гончарова. – М. : Развитие таланта, 2007. – 62 с. ISBN 5-89408-057-6. Тираж 10 000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-4/9567.

36. Горин С.А. НЛП: техники россыпью / С.А. Горин. – М. : Твои книги : КСП+, 2007. – 558 с. – (Б-ка NLP). ISBN 5-89692-013-X. Тираж 2000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/6897.

37. Гребенщикова Л.Г. Основы куклотерапии : галерея кукол / Л.Г. Гребенщикова. – СПб. : Речь, 2007. – 78 с. ISBN 5-9268-0562-7. Тираж 2000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-4/10044.

38. Григорьев Г.И. Духовно ориентированная психотерапия патологических зависимостей : учеб. пособие / Г.И. Григорьев ; Междунар. ин-т резерв. возможностей человека. – СПб. : Междунар. ин-т резерв. возможностей человека, 2007. – 138 с. ISBN 5-87177-056-8. Тираж 500 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/15130.

39. Групповая работа: стратегия и методы исследования : метод. пособие / сост.: В.В. Козлов. – М. : Психотерапия, 2007. – 220 с. ISBN 978-5-903182-31-2. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-5/3460.

40. Грязнов А.Н. Социальная психология аддиктивной личности / А.Н. Грязнов. – Казань : Медицина, 2007. – 149 с. ISBN 978-5-7645-0317-2. Тираж 500 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/33695.

41. Даренский И.Д. Методы психотерапии наркологических больных / И.Д. Даренский. – М. : Спутник+, 2007. – 414 с. ISBN 978-5-364-00733-9. Тираж 150 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-3/5110.

42. Девис П. Ароматерапия от А до Я = Aromatherapy an A-Z : [энциклопедия : пер. с англ.] / П. Девис. – М. : Фаир-Пресс, 2007. – 671 с. ISBN 978-5-8183-1119-7, ISBN 978-5-8183-1119-7. Тираж 2000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/6042.

43. Джонсон В. Метод убеждения : как помочь наркоману или алкоголику принять решение : [пер с англ.] / В. Джонсон. – М. : ИОИ : В. Секачев, 2007. – 127 с. ISBN 978-5-88230-206-0. Тираж 5000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/12746.

44. Джордж М. 7 шагов к жизни без стресса = The 7 aha!s of highly enlightened souls : [пер. с англ.] / М. Джордж. – М. : София, 2007. – 152 с. ISBN 978-5-91250-417-4. Тираж 5000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/29561.

45. Дилео Д. Детский рисунок = Children drawings : диагностика и интерпретация : [пер. с англ.] / Д. Дилео. – 2-е изд., испр. – М. : Апрель Пресс : Психотерапия, 2007. – 252 с. – (Детская психология). ISBN 978-5-

903182-20-6. Тираж 4000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/6505, У Ю98/Д-460.

46. Диллман Э. Йога : самоучитель : простые упражнения, доступные каждому за 10 мин в день : [тянись, дыши, живи : перевод] / Э. Диллман. – М. : Эксмо, 2007. – 190 с. – (Хочу всегда быть в форме!) (Советы и упражнения). ISBN 978-5-699-00694-6. Тираж 5100 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-2/145.

47. Дитсман К. Энергия для жизни = Energy for Life : [пер. с англ.] / К. Дитсман. – М. : Центрполиграф, 2007. – 220 с. + 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). – (Психотерапия). ISBN 978-5-9524-3131-7. Тираж 5000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/32232.

48. Дорцен Эмми ван. Практическое экзистенциальное консультирование и психотерапия : [пер. с англ.] / Э. ван Дорцен. – Ростов н/Д : Ассоц. экзистенциального консультирования, 2007. – 215 с. ISBN 978-5-9901005-1-0. Тираж 1000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/5360.

49. Дрешер Ю.Н. Библиотерапия : полн. курс : учеб. пособие / Ю.Н. Дрешер. – М. : Фаир, 2007. – 558 с. – (Спец. изд. проект для б-к). ISBN 978-5-8183-1235-4. Тираж 2000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/2585, У Ч73/Д-738, Л1 Ч735/Д-738, Ю Ч73/Д-73.

50. Егоров А.Ю. Нехимические зависимости / А.Ю. Егоров. – СПб : Речь, 2007. – 190 с. – (Современ. учеб.) ISBN 5-9268-0649-6. Тираж 1500 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-7/7047.

51. Егоров В.Л. Знакомство со «Странником», или почему отменяется поход в поликлинику / В.Л. Егоров, Л.Д. Мишина ; Карел. регион. отделение Рос. благотвор. фонда «Нет алкоголизму и наркомании» [и др.]. – Петрозаводск, 2007. – 31 с. ISBN 978-5-9901001-2-1. Тираж 250 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-7/3845.

52. Елизаров А.Н. Концепции и методы психологической помощи : Альфред Адлер, Карен Хорни, Карл Густав Юнг, Роберто Ассаджиоли : учеб. пособие / А.Н. Елизаров. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Ось-89, 2007. – 159 с. ISBN 5-98534-474-6. Тираж 2000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/9314.

53. Елькин, И.О. Профилактика зависимого поведения подростков : (на примере наркомании и алкоголизма) : учеб. пособие / И.О. Елькин, Е.С. Набойченко ; Ин-т спец. Образования [и др.]. – Екатеринбург : Урал. гос. пед. ун-т [и др.], 2007. – 125 с. ISBN 5-901487-34-6. Тираж 250 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/32473.

54. Ермолаева М.В. Современные технологии психологического консультирования и психотерапии пожилых людей : учеб. пособие / М.В. Ермолаева ; Рос. акад. образования, Моск. психол.-соц. ин-т. – М. : Моск. психол.-соц. ин-т ; Воронеж : МОДЭК, 2007. – 92 с. – (Б-ка студента). ISBN 978-5-9770-0034-5, ISBN 978-5-89395-795-2. Тираж 5000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-4/19090.

55. Еротич В. Корабль спасения : 40 вопросов к православному психотерапевту : [пер. с серб.] / В. Еротич. – М. : Сиб. благовонница, 2007. – 188 с. ISBN 978-5-91362-019-4. Тираж 5000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-2/1754.

56. Захаров АИ. Дневные и ночные страхи у детей / А.И. Захаров. – СПб. : Речь, 2007. – 310 с. – (Детская психология и психотерапия). ISBN 5-9268-0368-3. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/2784.

57. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Он и она: тайный шифр сказки отношений : [сокровищница подсказок для психолога и сказкотерапевта] / Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева. – СПб. : Речь, 2007. – 284 с. ISBN 5-9268-0548-1. Тираж 4000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-2/1969.

58. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Сказки – это лекарство : руководство по сказкотерапии / Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева. – М. : Литтерра, 2007. – 94 с. – (Сказка на здоровье) (Психология. Неврология). ISBN 978-5-98216-090-4. Тираж 25 000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-2/4579.

59. Зойя Л. Наркомания : патология или поиск инициации? / Л. Зойя ; [ст. Ю. Власова]. – М. : Добросвет : КДУ, 2007. – 206 с. – (Глубин. психология и психоанализ). ISBN 978-5-98227-234-6. Тираж 1000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/18812.

60. Исаев В.П. Популярная смехотерапия – лекарство от всех болезней : книга-розыгрыш / В.П. Исаев, М.Ю. Краснощеков, А.Ю. Краснощеков. – М. : ЭКСМО, 2007. – 236 с. ISBN 978-5-699-22374-9. Тираж 5000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/30272.

61. Йога в кармане : крат. руководство по самостоятельной практике / [авт. текста Ю. Макарова]. – М. : Фэшн Букс, 2007. – 175 с. – (Б-ка Yoga journal). ISBN 978-5-9614-0613-9. Тираж 10 000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-2/4276.

62. Как бросить наркотики / авт.-сост. : Казарян Н.Р. [и др.]. – М. : Эксмо, 2007. – 256 с. ISBN 978-5-699-22898-0. Тираж 5000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-3/4485, У Р645.1/К-160, М<sub>1</sub> Р645.1/К-160.

63. Как бросить пить / авт.-сост.: О.Д. Абрамович [и др.]. – М. : Эксмо, 2007. – 254 с. – (СТОП : бросить – легко!). ISBN 978-5-699-22899-7. Тираж 5000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/33962

64. Как помочь страдающим от недуга пьянства и наркомании : духовные советы и молитвы для матерей, жен и детей. – М. : Ковчег, 2007. – 96 с. ISBN 5-7850-0105-5. Тираж 10 000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-2/2751.

65. Карр А. Легкий способ бросить пить = Easy way to control alcohol : [пер. с англ.] / А. Карр. – М. : Добрая кн., 2007. – 268 с. ISBN 978-5-98124-191-8, ISBN 5-98124-191-8. Тираж 15 000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/5569.

66. Кейсельман В.Р. Котерапия : групповые феномены, методы, эффекты / В.Р. Кейсельман. – СПб. : Речь, 2007. – 191 с. – (Психол. практи-

кум). ISBN 5-9268-0596-1. Тираж 1500 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/27434

67. Кино против наркомании : [метод. материалы] / сост.: Валеева Г.А. [и др.] ; Межвед. комис. Совета безопасности Респ. Татарстан по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незакон. обороту [и др.]. – Казань : КНПО ВТИ, 2007. – 58 с. ISBN 978-5-902511-13-7. Шифр хранения в РНБ: 2007-4/21056.

68. Кларк Л. SOS. Обуздай свои эмоции : как справиться с тревогой, гневом и депрессией : [пер. с англ.] / Л. Кларк. – М. : АСТ : Астрель, 2007. – 301 с. ISBN 5-17-040608-8, ISBN 5-271-15295-2. Тираж 4000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/13856.

69. Ковалев С.В. На врача надейся, а сам не плошай, или программы самоисцеления без врачей и лекарств / С.В. Ковалев. – М. : АСТ [и др.], 2007. – 383 с. – (Здоровая жизнь) (От болезни – к здоровью!). ISBN 5-17-036084-3 (АСТ), ISBN 5-271-13121-1 (Астрель), ISBN 5-9762-0008-7 (Хранитель). Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/2790.

70. Ковпак Д.В. Как избавиться от тревоги и страха : [практ. руководство психотерапевта] / Д.В. Ковпак. – СПб. : Наука и техника, 2007. – 235 с. – (Саквояж эскулапа). ISBN 5-94387-329-5. Тираж 5000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/13252, М<sub>1</sub> Р357/К-560, У Ю935/К-567.

71. Козлов В.В. Интегративная психология : пути духовного поиска, или освещение повседневности / В.В. Козлов. – М. : Психотерапия, 2007. – 520 с. – (Золотой фонд психотерапии). ISBN 978-5-903182-26-8. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/8522, М<sub>1</sub> Р64/К-592, У Ю9/К-592.

72. Козлов В.В. Работа с кризисной личностью : [метод. пособие] / В.В. Козлов. – [2-е изд., доп.]. – М. : Психотерапия, 2007. – 332 с. – (Советы психолога). ISBN 978-5-903182-16-9. Тираж 4000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/4887, У Ю937/К-592.

73. Копытин А.И. Техники аналитической арт-терапии : исцеляющие путешествия / А.И. Копытин, Б. Корт. – СПб. : Речь, 2007. – 140 с. ISBN 5-9268-0533-3. Тираж 2000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/9159.

74. Короленко Ц.П. Идентичность : развитие. Перенасыщенность. Бегство / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева, Е.Н. Загоруйко ; Новосиб. гос. пед. ун-т, Новосиб. гос. мед. ун-т. – Новосибирск : Изд-во НГПУ, 2007. – 468 с. ISBN 978-5-85921-637-6. Тираж 1500 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-3/2256.

75. Котлячков А.В. Оружие – слово : оборона и нападение с помощью ... : (практ. руководство) / А. Котлячков, С. Горин. – М. : КСП+, 2007 [2006]. – 350 с. – (Б-ка NLP). ISBN 5-89692-059-8. Тираж 2000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/3511, У Ю94/К-734.

76. Кошкотерапия : пушистое лекарство / [Д.В. Нестерова]. – М. : РИПОЛ классик, 2007. – 63 с. – (Здоровье и красота). ISBN 978-7905-3914-5. Тираж 10 000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-4/19584.

77. Кристенсен Э. Йога для всех : путь к здоровью : [руководство для начинающих по правильному дыханию, выполнению несложных физ. упражнений и рациональному питанию : пер. с англ.] / Э. Кристенсен. – М. : Эксмо, 2007 [т.е. 2006]. – 189 с. ISBN 5-699-10022-9. Тираж 7000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-7/319.

78. Кулаков С.А. Основы психоматики / С.А. Кулаков. – СПб. : Речь, 2007. – 287 с – (Психол. практикум). ISBN 5-9268-0170-2. Тираж 1000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/2822.

79. Кулаков С.А. Практикум по психотерапии психосоматических расстройств / С.А. Кулаков. – СПб. : Речь, 2007. – 292 с. – (Современ. учеб.). ISBN 5-9268-0611-9. Тираж 2500 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-7/5622.

80. Курпатов А.В. 3 роковых инстинкта. Жизнь, власть, секс / А.В. Курпатов ; Изд. дом Нева. – 5-е изд. – М. : ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 236. – (Бестселлер). ISBN 978-5-373-00944-7. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/12842.

81. Курпатов А.В. 7 уникальных рецептов победить усталость / А.В. Курпатов ; Изд. Дом Нева. – 3-е изд. – М. : ОЛМА Медиагрупп, 2007. – 215 с. – (Бестселлер). ISBN 978-5-373-00044-4. Тираж 4000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/9694.

82. Курпатов А.В. Как не комплексовать? / А.В. Курпатов. – М. : ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 92 с. – (Все решим! : главная тема ; вып. 8). ISBN 978-5-373-01010-8. Тираж 40 000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-4/11591.

83. Курпатов А.В. Психосоматика : психотерапевтический подход / А.В. Курпатов в соавт. с Г.Г. Аверьяновым. – М. : ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 478 с. – (Философия психологии). ISBN 978-5-373-00427-5. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/3963.

84. Курпатов А.В. Развитие личности : психология и психотерапия / А.В. Курпатов в соавт. с А.Н. Алехиным. – [2-е изд.]. – М. : ОЛМА Медиагрупп, 2007. – 444 с. – (Философия психологии : серия книг). ISBN 978-5-373-00022-2. Тираж 2000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/1680.

85. Курпатов А.В. Руководство по системной поведенческой психотерапии / А.В. Курпатов в соавт. с Г.Г. Аверьяновым. – М. : ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 568 с. ISBN 978-5-373-00355-1. Тираж 2000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/4684.

86. Курпатов А.В. Счастлив по собственному желанию : 1-я половина пути / А.В. Курпатов ; Издат. дом Нева. – 5-е изд. – М. : ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 239 с. – (Бестселлер). ISBN 978-5-373-00335-3. Тираж 4000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/9469.

87. Кучера И. Что со мной такое? : симптомы болезней и семейная расстановка : [пер. с нем.] / И. Кучера, К. Шэффлер ; науч. ред. М. Бурняшев ; с предисл. Б. Хеллингера. – М. : Ин-т консультирования и систем.



решений, 2007. – 152 с. – (Систем. терапия и консультирование). ISBN 5-91160-007-2. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/9544.

88. Куэ Э. Школа самообладания путем сознательного (преднамеренного самовнушения) = *La Maitrise desoi-meme par l'autosuggestion consciente* : [пер. с фр.] / Э. Куэ ; под ред. и с предисл. проф. И.Д. Ермакова. – Изд. 2-е. – М. : URSS : ЛКИ, 2007. – 71 с. – (Из наследия мировой психологии). ISBN 978-5-382-00088-6. Шифр хранения в РНБ: 2007-6/996.

89. Кюне М. Мудры для начинающих : упражнения йоги для здоровья и уравновешенности : [познание сокровенного] : [пер. с нем.] / М. Кюне. – М. : Гранд : ФАИР, 2007. – 159 с. – (Для начинающих). ISBN 978-5-8183-1280-4. Тираж 4000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/19911.

90. Лабиринт души: терапевтические сказки / под ред. Хухлаевой О.В. ; Науч.-внедрен. лаб. психопедагогике образования. – [5-е изд.]. – М. : Акад. проект, 2007. – 175 с. (Технологии психологии) (Руководство практ. психолога). ISBN 5-8291-0794-5. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/5464, У Ю98/Л-123.

91. Лад В. Аюрведа для начинающих : [древнейшая наука самоисцеления и долголетия] : [пер. с англ.] / В. Лад. – М. : Гранд : Фаир-Пресс, 2007. – 220 с. – (Для начинающих). ISBN 978-5-8183-1278-1. Тираж 5000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/19915.

92. Лаппа А. Йога : традиция единения / А. Лаппа. – 6-е изд., испр. и доп. – М. : София, 2007. – 373 с. ISBN 978-5-91250-099-2. Тираж 4000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-7/329.

93. Левин П.А. Пробуждение тигра – исцеление травмы : природная способность трансформировать экстремальные переживания : [пер. с англ.] / П.А. Левин, Э. Фредерик ; [науч. ред. Е.С. Мазур]. – М. : АСТ, 2007. – 314 с. ISBN 978-5-17-045796-0. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-3/555.

94. Лейтц Г. Психодрама: теория и практика : классическая психодрама Я.Л. Морено : [пер. с нем.] / Г. Лейтц. – Изд. 2-е, испр. и доп. – М. : Когито-Центр, 2007. – 379 с. – (Современ. психотерапия). ISBN 978-5-89353-200-5. Тираж 2000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/7407.

95. Лелор Ф. Он – шизофреник?! : как общаться с трудными людьми : [бестселлер французских психотерапевтов : пер. с фр.] / Ф. Лелор, К. Андре. – М. : Поколение, 2007. – 399 с. ISBN 978-5-9763-0029-3. Тираж 5000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-2/3503.

96. Леонова Н.С. Ароматерапия для начинающих : [обретите внутреннее равновесие] / Н.С. Леонова. – М. : Фаир, 2007. – 217 с. – (Для начинающих). ISBN 978-5-8183-1346-7. Тираж 4000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-3/3218.

97. Литвак М.Е. Как узнать и изменить свою судьбу : способности, темперамент, характер / М.Е. Литвак. – 9-е изд. – Ростов н/Д : Феникс,

2007. – 347 с. – (Психол. этюды). ISBN 978-5-222-11271-7. Тираж 5000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/6048.

98. Литвак М.Е. Если хочешь быть счастливым : учеб. пособие по психотерапии и психологии общения / М. Е. Литвак. – Изд. 14-е. – Ростов н/Д : Феникс, 2007. – 460. – (Психол. этюды). ISBN 978-5-222-12534-2. Тираж 5000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-5/634.

99. Литвак М.Е. Из Ада в Рай : избранные лекции по психотерапии : учеб. пособие / М.Е. Литвак. – Изд. 7-е. – Ростов н/Д : Феникс, 2007. – 429 с. – (Психол. этюды). ISBN 978-5-222-11387-5. Тираж 5000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/6482.

100. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика = Psychoanalytic diagnosis : понимание структуры личности в клиническом процессе : учеб. пособие по спец. «Психотерапия и медицинская психология» / Н. Мак-Вильямс. – М. : Класс, 2007. – 474 с. – (Б-ка психологии и психотерапии ; вып. 49). ISBN 5-86375-098-7. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-5/974.

101. Макдермот Я. Практический курс НЛП : [пер. с англ.] / Я. Макдермот, В. Яго. – М. : Эксмо, 2007. – 462 с. – (Психология общения). ISBN 978-5-699-12157-1. Тираж 5000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/7053, У Ю94/М-155.

102. Маклеод Д. Цвета души : измени свою жизнь с помощью цветотерапии = Colours of the soul : [пер. с англ.] / Д. Маклеод. – М. : София, 2007. – 222 с. ISBN 978-5-91250-414-3. Тираж 4000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/28058.

103. Малкина-Пых И.Г. Лишний вес : освободиться и забыть навсегда / И.Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2007. – 252 с. – (Психология здоровья). ISBN 978-5-699-24467-6. Тираж 5100 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-3/1825.

104. Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого поведения : [справочник] / И.Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2007. – 1037 С. – (Справ. практ. психолога). ISBN 978-5-699-20742-8. Тираж 5000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/26630, У Р64-3/М-194, М<sub>1</sub> Р415/М-194.

105. Малкина-Пых И.Г. Семейная терапия : [психол. анализ семейной системы. Методы семейной психодиагностики. Основные направления и общие вопросы семейной терапии. Индивидуальное и групповое семейное консультирование] : справ. практ. психолога / И.Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2008[т.е. 2007]. – 990 с. ISBN 978-5-699-11868-7. Шифр хранения в РНБ: 2008-3/3707, У Ю94/М-194.

106. Мардер Л.Д. Цветной мир : групповая арт-терапевтическая работа с детьми дошкольного и младшего школьного возраста / Л.Д. Мардер. – М. : Генезис, 2007. – 143 с. (Детская психотерапия). ISBN 978-5-98563-121-0. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/35794.

107. Методическое пособие по противодействию наркомании и наркопреступности среди военнослужащих, проходящих военную службу по контракту / сост.: А.В. Брагуца [и др.] ; под общ. ред. А.А. Башлакова ; Гл. упр. воспитат. работы Вооружен. сил Рос. Федерации. – М. : ГУВР ВС РФ, 2007. – 238 с. Тираж 16 500 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-3/5141.

108. Мехта М. Простые упражнения йоги для здоровья : [пер. с англ.] / М. Мехта. – М. : ФАИР-Пресс, 2007. – 253 с. ISBN 978-5-8183-1104-3. Тираж 1600 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-7/2587.

109. Миркин В.И. Ускоренный курс похудения : 30 дней 10 кг : за месяц на десять килограммов / В.И. Миркин. – М. : Центрполиграф, 2007. – 189 с. – (Уникальная авторская методика). ISBN 978-5-9524-3019-8. Тираж 10 000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/26569.

110. Млодик И.Ю. Приобщение к чуду, или неруководство по детской психотерапии / И.Ю. Млодик. – М. : Генезис, 2007. – 188 с. – (Детская психотерапия). ISBN 978-5-98563-120-3. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-3/16397.

111. Моница Г.Б. Проблемы маленького ребенка / Г.Б. Моница, Е.К. Лютова. – СПб. : Речь, 2007. – 181 с. – (Детская психология и психотерапия). ISBN 5-9268-0087-0. Тираж 2000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/11650.

112. Найт С. НЛП на работе : различия, которые важны в бизнесе : [пер. с англ.] / С. Найт. – [2-е изд.]. – М. : АСТ : Астрель, 2007. – XVIII, 444 с. ISBN 978-5-17-036742-9 (АСТ), ISBN 978-5-271-13124-0 (Астрель). Тираж 1500 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/20399.

113. Наркомании и их профилактика : учеб. пособие : для студентов высш. учеб. заведений, обучающихся по спец. 050104 (033300) – «Безопасность жизнедеятельности» / сост.: А.П. Лиферов [и др.] ; Рязан. гос. ун-т им. С.А. Есенина. – Рязань : Рязан. гос. ун-т, 2007. – 151 с. ISBN 978-5-88006-484-7. Тираж 200 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/8752.

114. Николаева М.В. «Хитопадеша»: парадоксы взаимности / М.В. Николаева (Шанти Натхини). – М. : Амрита-Русь, 2007. – 107 с. – (Путь к совершенству). ISBN 978-5-9787-0035-0. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/18354.

115. Николаева М.В. Основные школы хатха-йоги / М. В. Николаева. – СПб. : Азбука-классика : Петерб. востоковед., 2007. – 315 с. – (Мир Востока. Индия : МВ). ISBN 978-5-352-02116-3 (Азбука-классика), ISBN 978-5-85803-348-6 (Петербург. востоковед.). Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/22897.

116. Николаева М.В. Основы психологического консультирования : учеб.-метод. пособие по курсу «Основы психол. консультирования и психокоррекции» / М.В. Николаева, О.А. Карпушова ; Волгоград. гос. пед. ун-т. – Волгоград : Перемена, 2007. – 127 с. ISBN 978-5-88234-984-3. Тираж 150 экз. 2008-3/17984.

117. Николаева М.В. Панчатантра : индийская стратегия успеха / М.В. Николаева (Шанти Натхини). – М. : Амрита-Русь, 2007. – 125 с. – (Путь к совершенству). ISBN 978-5-9787-0009-1. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/14883.

118. Новые направления в игровой терапии : проблемы, процесс и особые популяции : [сборник] : [пер. с англ.] / под ред. Гарри Л. Лэндрета. – М. : Когито-Центр, 2007. – 477 с. ISBN 978-5-89353-134-3. Тираж 2000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/21187.

119. Огнев В.С. Дружно всеми средствами / В.С. Огнев. – Сыктывкар : Полиграф-Сервис, 2007. – 415 с. ISBN 978-5-7934-0213-2. Тираж 1000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-3/15471.

120. Опосредованная психофармакологическая коррекция сознания болезни при опийных наркоманиях : (метод. рекомендации) / А.В. Погосов, Е.М. Евдокимова, С.А. Борисов, А.Н. Дядичко ; Курск. гос. мед. ун-т. – Курск : КГМУ, 2007. – 13 с. ISBN 978-5-7487-1196-8. Шифр хранения в РНБ: 2008-4/3769.

121. Организация и содержание духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей : учеб. пособие / Г.И. Григорьев, С.Г. Григорьев, Л.П. Кузнецов [и др.] ; под ред. Г.И. Григорьева ; С.-Петербург. мед. акад. последиплом. образования, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова, Междунар. ин-т резерв. возможностей человека [и др.]. – СПб. : Борей Арт : ВМедА, 2007. – 280 с. – (Малые музеи Санкт-Петербурга ; вып. 1). ISBN 5-87177-057-6. Тираж 500 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/14804.

122. Осипова О.В. Секреты Востока. Ароматерапия [Электронный ресурс] / Осипова О.В., Сарафанова Н.А. ; Изд. дом Равновесие. – Мультимед. информ. электрон. изд. (416 Мб). – М. : Равновесие, сор. 2007. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM) : цв. ; 12 см. – (Электрон. справ). Систем. требования: процессор Pentium-II ; память 256 МБ ОЗУ ; дисковод 24-х CD-ROM ; Windows 98/NT/2000/XP. – Загл. с вкладыша. Шифр хранения в РНБ: CD 2008-2/308.

123. Панкратов В.Н. Защита от психологического манипулирования : практ. руководство / В.Н. Панкратов. – М. : Психотерапия, 2007. – 183 с. (Психология успеха и эффективного управления). ISBN 5-903182-12-7. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/2954, У Ю935/П-164.

124. Панкратов В.Н. Эффективное общение: правила игры : практ. руководство / В.Н. Панкратов. – М. : Психотерапия, 2007. – 253 с. (Психология успеха). ISBN 978-5-903182-13-8. Тираж 4000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/2951.

125. Перлз Ф.С. Внутри и вне помойного ведра : радость. Печаль. Хаос. Мудрость : [пер. с англ.] / Ф.С. Перлз. – [3-е изд.]. – М. : Психотерапия, 2007. – 219 с. – (Золотой фонд психотерапии). ISBN 978-5-903182-23-7. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/9936.

126. Перлз Ф.С. Гештальт-семинары = Gestalt therapy verbatim : [пер. с англ.] / Ф.С. Перлз. – М. : Ин-т общегуманит. исслед., 2007. – 348 с. – (Современ. психология: теория и практика). Шифр хранения в РНБ: 2007-3/14313, У Р357.19/П-274.

127. Полный справочник психоаналитика : [методы исследования в психоанализе, природа человека и его характер, агрессия и деструктивность, сновидения и их толкование, детский, подростковый и семейный психоанализ] / О.Д. Абрамович [и др.]. – М. : Эксмо, 2007. – 606 с. ISBN 978-5-699-16894-1. Тираж 4000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/27734, У Ю937/П-519, С<sub>1</sub> Ю9/П-519.

128. Полный справочник психотерапевта / [А.А. Дроздов, М.В. Дроздова]. – М. : Эксмо, 2007. – 702 с. ISBN 978-5-699-24894-0. Тираж 4000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-3/2746, У Р64-5/П-519, М<sub>1</sub> Р64/Д-754, Ю Р64/П-51.

129. Пономарев А.В. Первичная профилактика наркомании в вузе: теория и практика : учеб. пособие / А.В. Пономарев, Н.С. Лопаева ; науч. ред. Ю.Р. Вишневский ; Урал. гос. техн. ун-т – УПИ. – Екатеринбург : УГТУ-УПИ, 2007. – 354 с. ISBN 978-5-321-01134-8. Тираж 200 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/35081.

130. Просто жить, или жить просто : сказкотерапия обсессивно-компульсивных расстройств / [сост.: Д.Ю. Соколов, Н.А. Сакович]. – М. : Литтерра, 2007. – 29 с. – (Сказка на здоровье) (Проект компании «Солвей Фарма») (Психиатрия. Неврология). ISBN 978-5-98216-091-1. Тираж 40 000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-2/4583.

131. Профилактика психологического стресса и эмоционального выгорания у медицинских работников : учеб.-метод. пособие / сост.: Ф.Ф. Гатин [и др.] ; Респ. центр психотерапии Респ. клин. психиатр. больницы им. В.М. Бехтерева М-ва здравоохранения Респ. Татарстан. – Казань : Медицина, 2007. – 83 с. ISBN 978-5-7645-0330-1. Тираж 150 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-4/10439.

132. Прудиус Е.К. Рунный круг в сказках и мифах. У источника Урд / Е.К. Прудиус. – СПб. : Речь, 2007. – 390 с. ISBN 5-9268-0607-0. Тираж 2500 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-2/4091.

133. Психоаналитическая психотерапия подростков, страдающих тяжелыми расстройствами = Psychoanalytic psychotherapy of the severely disturbed adolescent : [пер. с англ.] / Р. Андерсон, М. Водделл, Ф. Жамме [и др.] ; под ред. Д. Анастасопулоса (гл. ред.) [и др.]. – М. : Когито-Центр, 2007 [т.е. 2006]. – 198 с. – (Детский психоанализ). ISBN 5-89353-166-3. Тираж 2000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/855.

134. Психологическое сопровождение личности в условиях меняющейся социальной реальности / М.И. Постникова, И.И. Беликов, Т.Б. Булыгина [и др.] ; под. общ. ред. М.И. Постниковой ; Помор. гос. ун-т. – Ар-

хангельск : Помор. ун-т, 2007. – 241 с. ISBN 978-5-88086-682-3. Тираж 200 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-3/6905.

135. Психология управления персоналом : пособие для специалистов, работающих с персоналом / А.В. Батаршев [и др.] ; под ред. А.В. Батаршева, А.С. Лукьянова. – [2-е изд., испр.]. – М. : Психотерапия, 2007. – 613 с. – (Учеб. пособие). ISBN 978-5-903182-28-2. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/8688.

136. Психоневрология в современном мире. Что нового в современной психиатрии и психотерапии? Креативные аспекты в современном лечении : юбил. науч. сессия, 14–18 мая 2007, Санкт-Петербург : материалы / под ред. Н.Г. Незнанова ; С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева [и др.]. – СПб. : Человек и здоровье, 2007. – 319 с. ISBN 978-5-902337-29-4. Тираж 800 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-8/2870.

137. Психотерапия : учебник : для студентов мед. вузов / Абабков В.А., Исурина Г.Л., Казаковцев Б.А. [и др.] ; под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд., перераб. и доп. – СПб. [и др.] : Питер : Питер, 2007. – 672 с. – (Нац. мед. б-ка). ISBN 978-5-469-01672-4. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-7/3991.

138. Радж К. Аюрведа для детей : десять секретов аюрведической медицины, которые должны знать все родители : [пер. с англ.] / К. Радж. – СПб., 2007. – 331 с. ISBN 5-98012-035-1. Тираж 300 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-3/280.

139. Разработка методики интерперсональной психотерапии для лечения невротических расстройств и оценка ее эффективности : метод. рекомендации / В.А. Абабков [и др.] ; С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. – СПб. : С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т, 2007. – 49 с. ISBN 978-5-94651-024-0. Тираж 100 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-4/5680.

140. Рамендик Д.М. Загляни внутрь себя / Д.М. Рамендик, М.Г. Рамендик. – М. : Форум : Инфра-М, 2007. – 157 с. ISBN 978-5-91134-082-7, ISBN 978-5-16-002899-6. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/9947.

141. Робин Ж.-М. Гештальт-терапия = La gestalt therapie : [пер. с фр.] / Ж.-М. Робин ; [под ред. Хломова Д.Н., Кедровой Н.Б.]. – М. : Ин-т общегуман. исслед. : В. Секачев, 2007. – 62 с. – (Современная психотерапия: теория и практика). ISBN 978-5-88230-208-4. Тираж 5000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-2/3255.

142. Роджерс К.Р. Клиент-центрированная психотерапия : теория, современная практика и применение : [пер. с англ.] / К.Р. Роджерс. – М. : Психотерапия, 2007. – 558 с. – (Золотой фонд психотерапии). ISBN 5-903182-11-9. Тираж 4000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/2967, У Ю94/Р-601, С<sub>1</sub> Ю94/Р-600.

143. Ромек В.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях : [пособие для практ. психологов, психотерапевтов и студентов психол. фак.] / В.Г. Ромек, В.А. Конторович, Е.И. Крукович. – СПб. : Речь, 2007. – 256 с. – (Психол. практикум). ISBN 5-9268-0247-4. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/27234.

144. Роут Б. Язык гипноза : практ. руководство по применению методов гипнотерапии и самогипноза : [пер. с англ.] / Б. Роут. – М. : Эксмо, 2007. – 317 с. – (Психол. бестселлер). ISBN 978-5-699-12677-4. Тираж 4100 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/15977.

145. Роуч М. Тибетская книга йоги = The Tibetan book of yoga : древние буддийские учения о философии и практике йоги : [пер. с англ.] / М. Роуч в соавт. с А. Маккаллаф, У. Маккаллаф, К. Макнэлли [и др.]. – М. : Открытый мир, 2007. – 156 с. – (Самадхи). ISBN 978-5-9743-0067-7. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/19093.

146. Руководство по аддиктологии / Аксельрод Б.А. [и др.] ; под ред. В.Д. Менделевича. – СПб. : Речь, 2007. – 766 с. – (Мэтры мировой психологии). ISBN 5-9268-0543-0, ISBN 978-5-9268-0543-4. Тираж 2000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-7/2450, У Р645.1/Р-851, С1 Ю93/Р-851

147. Руководство по телесно-ориентированной терапии / [сост. Якубанеце Б.]. – СПб. : Речь, 2007. – 246 с. – (Мастерская психологии и психотерапии). ISBN 5-9268-0553-8. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/3156.

148. Рыбакова С.Г. Арт-терапия для детей с ЗПР : [учеб. пособие] / С.Г. Рыбакова. – СПб. : Речь, 2007. – 139 с. ISBN 5-9268-0538-4. Тираж 2000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/10644.

149. Савина Е. Духовной жаждою томим : выздоровление от алкоголизма и наркомании / Е. Савина. – М : Адрус, 2007. – 363 с. (Выздоровление от алкоголизма и наркомании). ISBN 5-9900106-6-4. Тираж 5000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/10000.

150. Сандомирский М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия : практ. руководство / М.Е. Сандомирский. – М. : Класс, 2007. – 588 с. – (Бка психологии и психотерапии). ISBN 5-86375-059-6. Тираж 4000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/5839.

151. Сандомирский М.Е. Элементы нейропсихотерапии : психорефлекторный подход / М.Е. Сандомирский. – М. : Степень свободы, 2007. – 112 с. ISBN 978-5-9900685-2-0. Тираж 500 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/28918.

152. Свищева Т.Я. Наркомания стучится в каждый дом : профилактика и лечение : [как избавиться от пагубных привычек] / Т.Я. Свищева. – М. ; СПб. : Диля, 2007. – 413 с. ISBN 978-5-88503-621-4. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/19944, М<sub>1</sub> Р645.1/С-249, У Р645.1/С-249, Ю Р12/С-24.

153.Сергеев С.А. Йога для всей семьи : первые шаги / С.А. Сергеев. – М. : АСТ ; Донецк ; Сталкер, 2007.– 285 с. ISBN 978-5-17-047679-4, ISBN 978-966-09-0276-3. Тираж 5000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-3/1402.

154.Синельников В.В. Возлюби болезнь свою : как стать здоровым, познав радость жизни / В.В. Синельников. – 14-е изд., дораб. и доп. – М. : Центрполиграф, 2007. – 414 с. – (Стань хозяином своей судьбы!) (Тайны подсознания). ISBN 978-5-9524-3309-0. Тираж 50 000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-3/1950, 2008-3/17124,

155.Сирота Н.А. Профилактика наркомании и алкоголизма : учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений, обучающихся по направлению и специальностям психологии / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский. – 3-е изд., стер. – М. : Академия, 2008. – 174 с. – (Высш. проф. образование. Психология). ISBN 978-5-7695-4604-4. Тираж 1500 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/2130

156.Сихон П. Йога на работе и дома = Yoga fur Beruf und privat : [пер. с нем.] / П. Сихон, Г. Фихтль. – М. : Омега-Л, 2007. – 127 с. – (Taschen Guide : просто! Практично!). ISBN 978-5-365-00682-9. Тираж 500 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-2/1032.

157.Соколов Д.Ю. Исцеляющее безумие: между мистерией и психотерапией / Д.Ю. Соколов. – СПб. : Речь, 2007. – 2 37 с. ISBN 5-9268-0534-1. Тираж 2000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-2/1966.

158.Становление и организация духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей : учеб. пособие / Г.И. Григорьев, С.Г. Григорьев, В.Ф. Зверев [и др.] ; под ред. Г.И. Григорьева ; С.-Петерб. мед. акад. последиплом. образования, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова, Междунар. ин-т резерв. возможностей человека [и др.]. – СПб. : МАПО [и др.], 2007. – Вып. 2. – 2007. – 296 с. ISBN 5-87177-057-6. Тираж 500 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-3/535.

159.Стикс В. В царстве запахов : эфирные масла и их действие : [пер. с нем.] / В. Стикс, У. Вайгершторфер. – М. : НАВЕУС, 2007. – 144 с. ISBN 5-900040-07-0. Тираж 10 000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/17201.

160.Сусанина И.В. Введение в арт-терапию : учеб. пособие / И.В. Сусанина. – М. : Когито-Центр, 2007. – 93 с. ISBN 5-89353-215-5. Шифр хранения в РНБ: 2006-4/37750.

161.Сытин Г.Н. Мысли, избавляющие от вредных привычек / Г.Н. Сытин. – СПб. : Весь, 2007. – 230 с. – (Реальное продление жизни). ISBN 978-5-9573-0994-9. Тираж 5000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/25700.

162.Сытин Г.Н. Мысли, творящие здоровую систему дыхания / Г.Н. Сытин. – [2-е изд., перераб. и доп.]. – СПб. : Весь, 2007. – 280 с. – (Реальное продление жизни). ISBN 978-5-9573-0984-0. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/5701.



163. Сытин Г.Н. Мысли, творящие красоту и молодость женщины до 100 лет и дальше / Г.Н. Сытин. – СПб. : Весь, 2007. – 382 с. – (Реальное продление жизни). ISBN 978-5-9573-0642-9. Тираж 5000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/32238.

164. Сытин Г.Н. Мысли, усиливающие иммунитет / Г.Н. Сытин. – 2-е изд. перераб. и доп. – СПб. : Весь, 2007. – 270 с. – (Реальное продление жизни). ISBN 978-5-9573-0985-7. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/26187.

165. Тарасов Е.А. Секс да секс кругом / Е.А. Тарасов. – М. : Эксмо, 2007. – 125 с. ISBN 978-5-699-21707-6. Тираж 6000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-1/514.

166. Тарасов Е.А. Хроники поехавшей крыши / Е.А. Тарасов. – М. : Эксмо, 2007. – 125 с. ISBN 978-5-699-23555-1. Тираж 5000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-1/113.

167. Татаринцева А.Ю. Детские страхи : куклотерапия в помощь детям / А.Ю. Татаринцева, М.Ю. Григорчук. – СПб. : Речь, 2007. – 215 с. – (Психология детства). ISBN 5-9268-0584-8. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/7135.

168. Тейлор Р. «BAD» LUCK. Прояви себя на все 100 : [пер. с англ.] / Р. Тейлор, С. Скотт, Р. Лейтон. – М. : РИПОЛ классик, 2007. – 234 с. – (Психология Casual). ISBN 978-5-7905-5146-8. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-2/2325.

169. Терапевтические отношения в психоанализе : [сб. статей] / науч. ред. : И. Романов, К. Ягнюк. – М. : Когито-Центр, 2007. – 234. – (Б-ка психоанализа). ISBN 978-5-89353-223-4. Тираж 2000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/10554.

170. Тимошенко Г.В. Стратегии и тактики практической психотерапии / Г.В. Тимошенко, Е.А. Леоненко. – М. : Психотерапия, 2007. – 188 с. – (Золотой фонд психотерапии). ISBN 978-5-903182-18-3. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/6577.

171. Тукаев Р.Д. Психотерапия : теории, структуры, механизмы / Р.Д. Тукаев. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Мед. информ. аг-во, 2007. – 385 с. ISBN 5-89481-531-2. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-3/8662, У Р357.1/Т-819.

172. Уолтерс Дж.Д. Научите меня жить = Education for life : как подготовить детей к самостоятельной жизни : [пер. с англ.] / Дж.Д. Уолтерс. – М. : София, 2007. – 219 с. ISBN 978-5-91250-301-6 (обложка), ISBN 978-5-91250-483-9 (переплет). Тираж 6000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-3/8823.

173. Уорден М. Семейная психотерапия = Family therapy basics : диагностика, техники, секреты мастерства : [практ. курс : пер. с англ.] / М. Уорден. – 4-е междунар. изд. – СПб. : Прайм-Еврознак, 2007. – 309 с. (Проект Психология : лучшее) (Психология – лучшее). ISBN 978-5-93878-487-1. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-3/3916.

174. Уроки французского психоанализа : десять лет франко-русских клинических коллоквиумов по психоанализу : [пер. с фр.] / под ред. П.В. Качалова, А.В. Россохина. – М. : Когито-Центр, 2007. – 558. – (Б-ка психоанализа). ISBN 5-89353-217-1. Тираж 2000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2006-5/9529.

175. Ферро А. Психоанализ: создание историй : пер. с итал. / А. Ферро. – М. : Класс, 2007. – 228 с. – (Б-ка психологии и психотерапии / гл. ред. и изд. Л.М. Кроль). ISBN 978-5-86375-141-2. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/4555.

176. Филатова М.В. Жизнь после инфаркта : [кардиологич. реабилитация. Лечебная гимнастика. Правильное питание. Рекомендации психотерапевта] / М.В. Филатова. – М. : АСТ ; СПб. : Сова, 2007. – 126 с. – (Советы опытного врача). ISBN 978-5-17-046177-6. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/33546.

177. Фишер Э.Б. 7 шагов к жизни без курения : [пер. с англ.] / Э.Б. Фишер, Т. Голдфарб, С. Эверетт Куп. – М. : Астрель : АСТ, 2007. – 281 с. ISBN 5-17-039727-5 (АСТ), ISBN 5-271-13125-4 (Астрель). Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/2548.

178. Франц М.-Л. фон. Архетипические паттерны в волшебных сказках = Arcetypal patterns in fairy tales : пер. с англ. / М.-Л. фон Франц. – М. : Класс, 2007. – 249 с. – (Б-ка психологии и психотерапии). ISBN 978-5-86375-146-7. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/10040.

179. Франц М.-Л. фон. Избавление от колдовства в волшебных сказках = The psychological meaning of redemption motifs in fairytales : пер. с англ. / М.-Л. фон Франц. – М. : Класс, 2007. – 123 с. – (Б-ка психологии и психотерапии / гл. ред. Л.М. Кроль). ISBN 978-5-86375-148-1. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-3/1303.

180. Франц М.-Л. фон. Кошка = The cat : сказка об освобождении феминности : пер. с англ. / М.-Л. фон Франц. – М. : Класс, 2007. – 141 с. – (Б-ка психологии и психотерапии). ISBN 978-5-86375-144-3. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/28952.

181. Фроули Д. Индивидуальная йога = Yoga for your type : аюрведический подход к практике асан : [пер. с англ.] / Д. Фроули, С.С. Козак. – Изд. 2-е. – Ростов н/Д : Феникс, 2007. – 355 с. – (Феникс-Фитнес). ISBN 978-5-222-11039-3. Тираж 2500 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-7/4969.

182. Фроули Д. Йога и аюрведа для всех : [индивидуальный подход к практике асан] / Д. Фроули, С.С. Козак. – Ростов н/Д : Феникс, 2007. – 355 с. ISBN 978-5-222-11326-4. Тираж 2500 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-7/4956.

183. Хеллингер Б. Порядки любви = Ordnungen der liebe : как жизнь и любовь удаются вместе : [пер. с нем.] / Б. Хеллингер. – 2-е изд., перераб. – М. : Ин-т консультирования и систем. решений : Психотерапия, 2007. – 347

с. – (Систем. терапия и консультирование). ISBN 978-5-91160-005-1, ISBN 978-5-903182-17-6. Тираж 6000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/4869.

184. Холл Д.А. Юнгианская интерпретация сновидений = Jungian dream interpretation : a handbook of theory and Practice : руководство : пер. с англ. / Д.А. Холл. – М. : Класс, 2007. – 139 с. (Б-ка психологии и психотерапии). ISBN 5-86375-147-4. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/34973.

185. Черепанова И.Ю. Клич Гамаюн : научная магия суггестивного влияния языка / И.Ю. Черепанова. – М. : Профит Стайл, 2007. – 459 с. – (Б-ка NLP). ISBN 5-98857-055-0. Тираж 2000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/7514.

186. Черепанова И.Ю. Дом колдуньи : язык творческого бессознательного / И.Ю. Черепанова. – М. : Профит Стайл, 2007. – 397 с. – (Б-ка NLP). ISBN 5-98857-054-2. Тираж 2000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/8328.

187. Черняева С.А. Психотерапевтические сказки и игры / С.А. Черняева. – СПб. : Речь, 2007. – 166 с. – (Art-терапия). ISBN 5-9268-0108-7. Тираж 2000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/9165.

188. Шавердян Г.М. Основы психотерапии : [учеб. пособие] / Г.М. Шавердян. – СПб. [и др.] : Питер, 2007. – 202 с. – (Учеб. пособие) (Издат. программа 300 лучших учеб. для высш. шк.). ISBN 978-5-91180-459-6. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/8020, У Ю94/Ш-141, М<sub>1</sub> Р357/Ш-141.

189. Шафии М. Свобода от себя = Freedom from the self : суфизм, медитация и психотерапия : [пер. с англ.] / М. Шафии. – М. : Эннеагон пресс, 2007. – 350 с. – (Слон в темноте). ISBN 978-5-91051-016-0. Тираж 2000 экз.

190. Шварц-Салант Н. Нарциссизм и трансформация личности = Narcissism and character transformation : психология нарциссических расстройств личности : пер. с англ. / Н. Шварц-Салант. – М. : Класс, 2007. – 291 с. – (Б-ка психологии и психотерапии). ISBN 978-5-86375-142-8. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/6337.

191. Швец Н.Н. Йога : теория и практика / Н.Н. Швец. – М. : Центрполиграф, 2007. – 190 с. ISBN 978-5-9524-3125-6. Тираж 5000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/32221.

192. Шиффман М. Лицом к подсознанию : техники личностного роста на примере метода самотерапии : [пер. с англ.] / М. Шиффман. – М. : Психотерапия : Апрель-Пресс, 2007. – 235 с. – (Золотой фонд психотерапии). ISBN 978-5-903182-24-4. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/8547, У Ю937/Ш-652.

193. Шлиппе А. Учебник по системной терапии и консультированию = Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung : [пер. с нем.] / А. фон Шлиппе, Й. Швайтцер. – М. : Ин-т консультирования и системных реше-

ний, 2007. – 360 с. – (Системная терапия и консультирование). ISBN 5-91160-002-1. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/2987.

194. Шмитт Д.С. Йога для каждой женщины : как стать сильнее, здоровее, умнее и красивее в любом возрасте : [практ. руководство] : [пер. с англ.] / Д.С. Шмитт. – М. : София, 2007. – 319 с. – (Йога). ISBN 5-91250-239-2. Тираж 5000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-7/1479.

195. Шрага М.Х. Социальные болезни (социопатии) : учеб. пособие для высш. учеб. заведений : [для студентов по направлению подготовки 521100 – «Социальная работа»] / М. Х. Шрага, Л. И. Кудря. – Архангельск : КИРА, 2007. – 183 с. ISBN 978-5-98450-020-3. Тираж 500 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-3/1394.

196. Шубина Е.В. Основы телесной терапии : ил. руководство для профессионалов и непрофессионалов : общие принципы работы телесного терапевта, возможности тела (практикум), коррекция избыточного веса, техника ступенчатого расслабления, полюби свое тело / Е.В. Шубина. – СПб. : Наука и техника, 2007. – 236 с. – (Саквояж эскулапа) (Науч.-популяр. лит.). ISBN 978-5-94387-340-9. Тираж 5000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/27910, М<sub>1</sub> Р357/Ш-951.

197. Шубина Е.В. Развитие интуиции : смотрю в будущее : уникальная методика / Елена Шубина ; ОЛМА Медиагруп. – М. : ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 62 с. – (Книга-целитель). ISBN 978-5-373-01626-1. Тираж 7300 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-6/1752.

198. Шульц Л. Язык интуиции : [как использовать свою интуицию для решения самых сложных проблем] : [пер. с англ.] / Л. Шульц. – М. : Эксмо, 2007. – 447 с. – (Психол. бестселлер). ISBN 978-5-699-12766-5. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/13839, У Ю935/Ш-959, Ю Р359/Ш-95.

199. Шутценбергер А.А. Психодрама : [пер. с фр.] / А.А. Шутценбергер. – М. : Психотерапия, 2007. – 444 с. – (Золотой фонд психотерапии). ISBN 978-5-903182-33-6. Тираж 4000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-5/1384.

200. Шутценбергер А.А. Синдром предков : трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины, передача травм и практич. использование геносоциопрограммы : [пер. с фр.] / А.А. Шутценбергер. – [3-е изд.]. – М. : Психотерапия, 2007. – 252 с. – (Золотой фонд психотерапии). ISBN 978-5-903182-22-0. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/6510, С<sub>1</sub> Ю94/Ш-976, У Ю94/Ш-978.

201. Щеглов Ф. Г. Игровая зависимость : рецепты удачи для азартных игроков / Ф.Г. Щеглов. – СПб. : Речь, 2007. – 442 с. – (Психол. практикум). ISBN 5-9268-0566-X. Тираж 2000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/4518.

202. Эйдемиллер Э.Г. Семейная психотерапия : хрестоматия / Э.Г. Эйдемиллер, Н.В. Александрова, В. Юстицкис. – СПб. : Речь, 2007. – 399 с. ISBN 5-9268-0532-5. Тираж 2000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-7/1726.

203. Эйдемиллер Э.Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия : учеб. пособие для системы послевуз. образования врачей / Э.Г. Эйдемиллер, И.В. Добряков, И.М. Никольская. – [Изд. 3-е]. – СПб. : Речь, 2007. – 341 с. – (Мэтры мировой психологии). ISBN 5-9268-0204-0. Тираж 4000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-7/5873.

204. Экслейн В. Игровая терапия : [пер. с англ.] / В. Экслейн. – М. : Психотерапия, 2007. – 412 с. – (Золотой фонд психотерапии). ISBN 978-5-903182-30-5. Тираж 4000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/10102.

205. Эль Г.Н. Человек, играющий в песок : динамическая песочная терапия / Г.Н. Эль. – СПб. : Речь, 2007. – 201 с. ISBN 5-9268-0536-8. Тираж 2000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/9648.

206. Эриксон М. Гипнотические реальности = Hypnotic realities : наведение клинического гипноза и формы косвенного внушения : [пер. с англ.] / М. Эриксон, Э. Росси, Ш. Росси ; под ред. М.Р. Гинзбурга. – М. : Класс, 2007. – 348 с. – (Б-ка психологии и психотерапии / гл. ред. Л.М. Кроль ; вып. 64). ISBN 5-86375-113-4. Тираж 2000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/5647.

207. Ялом И.Д. Дар психотерапии = The gift of therapy : открытое письмо новому поколению психиатров и их пациентам : [пер. с англ.] / И.Д. Ялом. – М. : Эксмо, 2007. – 350 с. – (Впервые на русском языке!) (Психотерапевт. истории). ISBN 978-5-699-13766-4. Тираж 3100 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-2/5164.

208. Ялом И.Д. Групповая психотерапия : теория и практика = Theory and practice: group psychotherapy : [пер. с англ.] / И.Д. Ялом. – М. : Апрель пресс, 2007. – 574 с. – (Золотой фонд психотерапии). ISBN 978-5-903182-35-0. Тираж 4000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-5/1073.

209. Ялом И.Д. Когда Ницше плакал : [пер. с англ.] / И.Д. Ялом. – М. : Эксмо, 2007. – 492 с. – (Практ. психотерапия) (Психотерапевт. истории). ISBN 978-5-699-13761-9. Тираж 4100 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-2/679.

210. Ялом И.Д. Мамочка и смысл жизни : психотерапевт. истории : [пер. с англ.] / И.Д. Ялом ; под ред. И. Колесниковой. – М. : Эксмо, 2007. – 378 с. – (Практ. психотерапия). ISBN 978-5-699-13763-3. Тираж 3100 экз. Шифр хранения в РНБ: 2008-2/1277.

211. Ялом И.Д. Психотерапевтические истории = Tales of psychotherapy : [пер. с англ.] / И.Д. Ялом. – М. : Эксмо, 2007. – 1214 с. – (Б-ка всемирной психологии). ISBN 978-5-699-13729-9. Тираж 3000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-3/2281, У Ш6(7США)/Я-517, С<sub>1</sub> Ю9/Я-515.

212. Янушко Е.А. Игры с аутичным ребенком : установление контакта, способы взаимодействия, развитие речи, психотерапия : практ. пособие для психологов, педагогов и родителей / Е.А. Янушко. – Изд. 2-е. – М. : Теревинф, 2007. – 135 с. – (Особый ребенок). ISBN 978-5-901599-21-1. Тираж 2000 экз. Шифр хранения в РНБ: 2007-5/8678.

## РЕЦЕНЗИИ

*Е.А. Никитин*

### **СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ДУХОВНО ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ**

1-й Военно-морской клинический госпиталь, Санкт-Петербург

Проблемы психотерапии патологических зависимостей сегодня актуальны как никогда. Это связано не только с широким распространением и разнообразием заболеваний наркологического профиля, но и сложностями их лечения. Наряду с медикаментозным и другими физико-химическими воздействиями, широкое применение в этой сфере находят различные психотерапевтические методы.

Одному из современных и эффективных методов лечения патологических зависимостей – духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока – посвящена научная монография «Духовно ориентированная психотерапия патологических зависимостей», вышедшая в свет под редакцией профессора Г.И. Григорьева в Санкт-Петербурге в Информационно-издательском центре Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в 2008 г. тиражом 1000 экземпляров. В книге раскрыта проблема патологических зависимостей и изложены методы их лечения. Детально представлен психотерапевтический метод лечения – духовно ориентированной стрессовой психотерапии, – разработанный в Международном институте резервных возможностей человека и реализованный при лечении более 125 000 больных с патологическими зависимостями.

Рассматривая дар исцеления больного как редчайший Божий дар, не подлежащий тиражированию и медицинскому обучению, авторам метода удалось выделить ту научно-медицинскую зону врачебного искусства, где возможно обучение врачей-специалистов без вторжения в зону религии и Церковных таинств, совершаемых священнослужителями. Не пытаясь научно проанализировать механизм воздействия Божией благодати на человека, но используя широкий арсенал психологических, психофизиологических и социодемографических методов изучения личности больных с алкогольной и наркологической зависимостями, а также самый современный аппарат математико-статистических методов обработки первичных данных и материалов динамического наблюдения пациентов, авторам удалось вскрыть некоторые психологические механизмы воздействия метода духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока

на православной основе. Книга изложена на 504 с. текста и состоит из предисловия, шести глав, списка литературы и сведений об авторах.

1-я глава монографии «Проблемы патологических зависимостей. Возможные направления лечения и реабилитации больных патологическими зависимостями» посвящена проблемам патологических зависимостей в современной России, анализу существующей системы оказания медицинской помощи больным с патологическими зависимостями, психотерапии в системе комплексного лечения, медицинской и социально-психологической реабилитации указанных больных.

Профессор Г.И. Григорьев дает определение патологической зависимости как злоупотребление психоактивными веществами (алкоголем, никотином, наркотическими и токсическими средствами) и зависимость от азартных игр, трактуемых как аддиктивные расстройства личности (от латинского *addictus* – пристрастившийся к чему-либо, полностью преданный, зависимый, порабощенный). В настоящее время они представляют одну из острейших глобальных проблем, составляющих угрозу здоровью населения, экономике, социальной сфере и правопорядку, во многих странах мира.

Случаи употребления алкоголя и наркотиков, распространения их в армейской и флотской среде имеют место во многих воинских подразделениях всего мира и в России в частности. Высок уровень преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков и совершенных правонарушений в состоянии алкогольного опьянения. Это свидетельствует о недостаточной эффективности мер, принимаемых командованием и органами военного управления по противодействию указанным нарушениям.

2-я глава монографии – «Организационная структура и научная деятельность Международного института резервных возможностей человека и Религиозного общества трезвости и милосердия святого благоверного Великого Князя Александра Невского». С целью лечения и духовно-нравственного исцеления больных с патологическими зависимостями и другими психосоматическими заболеваниями, пропаганда трезвости и здорового образа жизни, по Благословиению Его Святейшества Святейшего Патриарха Московского и всея Руси Алексия II и по Благословиению Его Высокопреосвященства Высокопреосвященнейшего Митрополита Санкт-Петербургского и ладожского Иоанна, 15 декабря 1988 г. в Ленинграде был создан Международный институт резервных возможностей человека (МИРВЧ), а 18 июня 1991 г. на его базе было воссоздано дореволюционное Общество трезвости и милосердия святого благоверного Великого Князя Александра Невского.

Создавали МИРВЧ, его филиалы и представительства, клинику ассоциации наркологов и наркологический реабилитационный центр в деревне Белое Витебской области Беларуси, Ученый совет, всероссийский научно-практический журнал «Вестник психотерапии», вспомогательные

структурные подразделения, среднюю экспериментальную общеобразовательную школу «Пушкинский лицей», а также Свято-Александро-Невское братство трезвости – не только многие известные ученые, врачи, психологи, богословы, педагоги, писатели и журналисты, но и специалисты в области информатики, медицинской статистики, организации здравоохранения, юриспруденции, экономики и финансов. Общая численность сотрудников МИРВЧ в разные годы колебалась от 250 до 300 человек. В монографии перечислены имена, должности и ученые звания около 70 профессоров, 40 кандидатов наук, 140 врачей и психологов, 30 попечителей и 20 духовных сотрудников МИРВЧ и общества трезвости.

В этой же главе приведены некоторые данные первичного медицинского осмотра и последующего учета, статистической обработки математических методов. Выбор тех или иных методов статистического анализа, в том числе кластерного, проводился с учетом конкретно решаемых задач.

В 3-й главе «Метод духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока на православной основе» изложены истоки и пути становления метода. Метод духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока (ДОП ЦЗ)<sup>\*</sup> на православной основе сформировался в процессе совершенствования запатентованных Г.И. Григорьевым и соавторами трех патентов на изобретения РФ<sup>\*\*</sup> и их интеграции с православной психотерапией.

Развивая новую методологию, профессор Г.И. Григорьев и сотрудники сосредоточили свое внимание на эмоционально-эстетической стрессовой сущности психотерапии, последовательно раскрывая роль и лечебный потенциал отдельных ее составляющих с клинических и медико-психологических позиций. После психотерапевтического лечения в МИРВЧ и принесения перед врачами медицинского (лечебного) зарока желающие пациенты посещали православный храм, где во время таинства исповеди перед Крестом и Евангелием давали зарок, который авторы определили как церковный (целебный). Зарок – акт не юридический и не купирующее-медицинский, а исключительно духовный с глубоким нравственным содержанием. Он представляет собой свидетельство перед Богом и своей совестью о принятии решения об избавлении от недуга. Зарок – это глубоко эшелонированная оборона, защищающая человека от физической, психической и духовной патологических зависимостей.

Число сторонников духовно ориентированного направления в медицине неизменно увеличивается из года в год. Последнее связано как с высокой потребностью населения в данном виде помощи, так и с кризи-

---

<sup>\*</sup> Метод духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока (ДОП ЦЗ). Психотерапевтическая энциклопедия. СПб., Питер. 1999. 2000. 2006 (3-е изд.).

<sup>\*\*</sup> № 2011374 от 30.04.1994 г., № 2034575 и № 2034576 от 10.05.1995 г.



сом современной медицины и психотерапии, что, в свою очередь, является результатом бездуховности современного общества.

4-я глава «Характеристики больных с патологическими зависимостями, добровольно обратившихся за анонимной психотерапевтической помощью» посвящена эпидемиологическому обследованию больных алкоголизмом.

Доля мужчин больных алкоголизмом, обратившихся за помощью в МИРВЧ с 1988 по 2005 год, составляла 80–90 %. За те же годы в общей структуре пациентов устойчиво увеличивалась доля женщин. Исследования показали существенное увеличение доли больных старшей возрастной группы. При этом значительно возрастает доля женщин этой возрастной группы. В старшей возрастной группе совсем отсутствуют мужчины-вдовцы.

Если сравнивать образовательный уровень мужчин и женщин в целом, то следует отметить, что среди пациентов-мужчин, добровольно обратившихся за помощью, значительно чаще встречаются пациенты со средним и средним специальным образованием. Таких мужчин было 73,6 %, женщин – 57,3 %.

Оценка семейного статуса показала, что доминирующую группу больных представляют семейные лица. Женатые мужчины в различных возрастах составляют от 80,0 до 92,3 %, замужние женщины – от 82,0 до 85,0 %.

5-я глава – «Результаты катамнестического наблюдения больных патологическими зависимостями и разработка многомерных математических моделей прогноза эффективности лечения методом ДОП ЦЗ». Авторы отмечают, что в качестве критериев эффективности лечебных методов при патологических состояниях, как правило, выбираются признаки, характеризующие положительную динамику состояния организма. В наркологии основным критерием качества реабилитации лечебных программ является ремиссия. Под этим понимается такой этап лечения хронического заболевания, когда проявления болезни в значительной мере или полностью исчезают, но продолжают существовать в скрытой форме, будучи готовыми вновь проявляться при соответствующих условиях.

Авторы приводят данные десятилетнего мониторинга 1996 больных алкоголизмом. Отмечают, что наибольшей частотой срывов характеризовались первые годы после лечения. Предложены прогностические модели определения длительности ремиссии при лечении алкоголизма.

6-я глава «Психофизиологические механизмы воздействия духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока на православной основе при героиновой наркомании» знакомит читателей с данными психологического и психофизиологического обследования больных героиновой наркоманией перед сеансом психотерапии и через год пребывания в ремиссии. Установлено, что группа больных наркоманией, продер-

жавшихся в состоянии ремиссии в течение одного года, характеризовалась более низким уровнем психического утомления и эмоционального стресса, чем до лечения.

В книге приведен библиографический указатель, содержащий 669 публикаций по теме работы. Главный редактор профессор Г.И. Григорьев счел возможным представить основные сведения об авторском коллективе книги в количестве 66 человек.

В предисловии книги заслуженный деятель науки РФ профессор Б.Д. Карвасарский отметил, что «Представленные в монографии данные заостряют вопрос о необходимости наличия в общегосударственной системе оказания помощи больным с патологическими зависимостями общественных и религиозных оздоровительных учреждений, оказывающих духовно ориентированную анонимную помощь добровольно обратившимся больным с патологическими зависимостями». Мы полностью присоединяемся к этому мнению.

Книга является не только монографией, подводящей итоги 20-летней деятельности Международного института резервных возможностей человека, но и учебным пособием для врачей наркологов и психотерапевтов, студентов и профессорско-преподавательского состава медицинских и психологических факультетов, священнослужителей, всех, кто неравнодушен к проблемам алкоголизма, наркоманий и других патологических зависимостей.

**СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ  
В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ:**

рецензия на книгу А.Б. Ситтеля

«Мануальная терапия спондилогенных заболеваний»

1-й Военно-морской клинический госпиталь, Санкт-Петербург

Под термином «мануальная терапия» принято понимать способ лечения позвоночника, спинномозговых и церебральных нарушений с помощью ручного воздействия. Мануальная терапия сконцентрировала в себе достижения неврологии, ортопедии и народной медицины. Субстратом для диагностики и лечения этим методом является суставы позвоночника и конечностей, межпозвонковые диски, мышцы и нервы.

Мануальная диагностика направлена на выявление ограничений подвижности в пределах нормальной физиологической функции суставов. Основа мануальной терапии – строго дозированное локальное механическое воздействие на суставы с целью восстановления нормальной подвижности в них.

По данным ВОЗ спондилогенные заболевания с клиническим проявлением диагностируют у 80 % населения планеты. Общепринятые методы амбулаторного и стационарного лечения приводят только к временным ремиссиям. Многие врачи на этом фоне возвращаются к одному из традиционных методов лечения сустава – мануальной терапии. Следует особо подчеркнуть, что успех мануальной терапии возможен только при параллельном воздействии психотерапии.

В 2008 г. в издательстве «Медицина» вышла в свет монография профессора Анатолия Болеславовича Ситтеля «Мануальная терапия спондилогенных заболеваний». Книга опубликована тиражом 3000 экз., на 408 с текста, проиллюстрирована качественными цветными рисунками и таблицами. Монография состоит из предисловия, введения, 12 глав, заключения, приложений и списка литературы. Рекомендуются управлением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России в качестве учебного пособия для слушателей послевузовского профессионального образования врачей.

В I главе «Развитие мануальной терапии в России и за рубежом» раскрываются исторические аспекты и приводятся определения остеопатии, хиропрактик, костоправства, спондилотерапии. Особое внимание уделяется мануальной терапии как научной дисциплине.

II глава «Анатомия и биомеханика позвоночника» посвящена описанию особенностей строения шейных, грудных, поясничных, крестцовых и копчиковых позвонков, биомеханике суставов тела человека. При-

водится подробная схема основных движений, участие в них мышечных групп и их иннервация.

III глава «Этнология и патология болезней позвоночника» посвящена этиологическим факторам болезней позвоночника и суставов. Ими являются статико-динамические нарушения с развитием функциональных блокад, то есть ограничения пассивной подвижности суставов в процессах их физиологической нормы.

Обобщая свой тридцатилетний опыт мануальной терапии, Анатолий Болеславович Ситтель выделяет четыре степени функциональных блокад. Градация степеней основана на пружинировании сустава, что дает возможность врачу составить чувственное представление об индивидуальной подвижности каждого конкретного больного. Здесь же автор рассматривает вопросы генетической предрасположенности, дегенеративно-дистрофических изменений суставов и позвоночных дисков, рефлекторные изменения в нервной системе, влияния нагрузки и травм на суставы.

Весь объем пассивных движений в суставе называется «игрой пассивных движений сустава» (joint play). Мануальная диагностика основана на том, что позвоночник и суставы представляют собой единый орган, имеющий специфические особенности, зависящие от строения и функции костно-связочного и мышечно-сухожильного аппарата, иннервации и кровоснабжения.

В IV главе «Клиническая диагностика и методы обследования больных с заболеваниями позвоночника и суставов конечностей» автор рассматривает как классические подходы – расспрос, общий осмотр, исследования пассивных и активных движений, так и диагностические возможности современных технологий (компьютерной и магнитно-резонансной томографии, ультразвуковой и электродиагностики).

Особое внимание уделяется психическому фактору. По данным центра мануальной терапии обострение спондилогенных заболеваний после психических нагрузок наступает в 40–42 % случаев. Это происходит в результате того, что при стрессе, особенно при хроническом, усиливается тоническое напряжение скелетных мышц. После стресса тоническое напряжение скелетных мышц уменьшается, кривизна физиологических изгибов позвоночника изменяется. Возникает отек и набухание мягких тканей, распространяющийся на сосудисто-нервный пучок, формируется развернутая клиническая картина болезни.

В V главе «Дифференциальная диагностика» проводится разработанная в центре мануальной терапии методика обследования больных, включающая 14 основных требований. Здесь подчеркивается особая роль современных методов исследования – магнитно-резонансной и томографии, ультразвуковой диагностики. Установлено, что у поступивших на лечение с болями в спине пациентов, выявлено: новообразований – 12,0 %,

полинейропатией – 3,6 %, демиелинизирующих заболеваний – 5,4 %, психических заболеваний – 3,0 %.

В VI главе «Методы мануальной терапии» отмечается, что показаниями к мануальной терапии являются функциональные изменения в опорно-двигательном аппарате. Автор считает, что для получения положительного эффекта лечения у больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата обязательно необходима психотерапевтическая перекодировка образовавшегося патологического стереотипа, которая приспособливает пациента к болезни, а не к здоровому образу жизни.

В VII главе «Дискогенная болезнь» приводится её определение: «Это нарушение анатомо-функциональных взаимоотношений функциональных блокад дугоотростчатых суставов межпозвоночного диска со спинномозговыми нервными корешками, окружающими их сосудами, эпидуральной клетчаткой и костно-суставными структурами. При разных клинических проявлениях дискогенной болезни и разных степенях повреждений межпозвоночных дисков (трещины, протрузии, грыжи и т.д.) происходит характерное распределение функциональных блокад. Болезнь сопровождается разной степенью выраженности дисциркуляторных явлений (нарушение микроциркуляции, отек и венозный стаз, раздражение синувентрального нерва)» и описываются особенности ее клинического течения.

В VIII главе «Вертебробазилярная болезнь» автор отмечает четкую корреляционную связь возраста больных с развитием у них атеросклеротического процесса в экстравазальных отделах брахиоцефальных сосудов. В этой связи позвоночная артерия рассматривается как уникальная, так как это единственная артерия у человека, проходящая в позвоночном костно-хрящевом канале через поперечные отростки шейных позвонков. Позвоночная артерия является первой ветвью подключичной артерии и обычно начинается от ее верхней поверхности на 0,5–2,0 см ближе от устья других ветвей подключичной артерии. Отсюда сосудистые расстройства в вертебробазилярной системе следует рассматривать как самостоятельную форму заболеваний – вертебробазилярную болезнь.

Так же отдельной нозологической формой в IX главе «Сколиотическая болезнь» – рассматривается распространенная и сложная патология опорно-двигательного аппарата у детей. Термины «сколиоз», «лордоз» и «кифоз» (искривления позвоночника во фронтальной и сагиттальной плоскостях включаются в состав сколиотической болезни). Среди больных основную группу сколиотической болезни составляют дети, у которых деформация позвоночника проявляется как основное заболевание. Это так называемые идиопатические сколиозы, составляющие около 90 % от всех деформаций позвоночника. Кроме того, известны сколиозы неврогенной этиологии – после полиомиелита, синингомиелии и других заболеваний нервной системы.

В X–XII главах рассматриваются спондилогенные патологии костей, суставов, внутренних органов; лечебная физкультура при спондилогенных заболеваниях. Особое внимание автором уделяется патологии и лечебному воздействию на кости таза, крестцово-копчиковый, коленный и голеностопные суставы. Описана методика диагностики и лечения спондилогенных нарушений.

Лечебная физкультура при скопдилогенных заболеваниях включает в себя общее расслабление мышц, дыхательные упражнения, упражнения при болях в позвоночнике и конкретных суставах.

В Приложении приведены руководящие документы и инструктивно-методические документы по специальности «Мануальная терапия». Список литературы включает основные публикации по проблеме отечественных и зарубежных ученых.

В заключении автор констатирует: «Мануальная терапия как медицинская специальность внесла свой весомый вклад в современную медицину, обогатив её теоретическими и практическими положениями о целостном двигательном стереотипе человека, функциональной блокаде суставов, мышечном дисбалансе, роли сосудистого фактора в клинических проявлениях болезни, объединив в единую систему разрозненные и единичные ранее существовавшие сведения.

Мануальная терапия сочетает в себе все преимущества неврологии, с её точностью постановки топического диагноза и эффективности нейрохирургии как лечебного воздействия, и в новом тысячелетии на основании высоконаучных достижений займет свое достойное место в ряду других медицинских специальностей, уменьшающих страдания больных».

Мы полностью присоединяемся к мнению автора.

Наряду со сказанным хотелось бы отметить недостаточно отраженную роль суггестивного, психотерапевтического воздействия на пациента при мануальной терапии. А ведь при этом врач лечит не только руками, но и словом. Уверены, что этот раздел будет значительно расширен в последующих публикациях.

Не вызывает сомнений, что монография профессора Анатолия Болеславовича Ситтеля «Мануальная терапия спондилогенных заболеваний» явится достойным учебным пособием для мануальных терапевтов, студентов и профессорско-преподавательского состава медицинских вузов, широкого круга врачей, занимающихся лечением заболеваний позвоночника и суставов.

## РЕФЕРАТЫ

**Караваева Т.А., Вьюнова Т.С., Подсадный С.А.** Значение этических норм и принципов в психотерапии и их закрепление в правовом регулировании // Вестник психотерапии. – 2008. – № 28(33). – С. 9–17.

В статье рассмотрены основные существующие этические модели, этические нормы и принципы в медицине, показано их место и значение в психотерапии, как в специальности, имеющей собственную выраженную специфику и с учетом несовершенства правового регулирования психотерапии на современном этапе развития медицины.

**Ключевые слова:** биоэтика, психотерапия, права пациента, этический кодекс.

**Зайцев В.В.** Семейная психотерапия больных с шизофренией и шизотипическими расстройствами // Вестник психотерапии. – 2008. – № 28(33). – С. 18–34.

Представляется краткое руководство по организации и проведению семейной психотерапии больных шизофренией и эндогенной депрессией. Изложены теоретическое обоснование и основные принципы психотерапевтической работы с данной группой пациентов, определены различия между психотерапевтической помощью больными шизофренией и больными неврозами, описаны способы достижения конкретных терапевтических мишеней, даны ясные рекомендации по проведению отдельных психотерапевтических действий.

**Ключевые слова:** психотерапия, семейная психотерапия, шизофрения, невротические расстройства.

**Гайдамакина Е.В., Зотова А.В., Подсадный С.А.** Становление психотерапевтических и медико-психологических взглядов в трудах первых съездов отечественных психиатров // Вестник психотерапии. – 2008. – № 28(33). – С. 35–55.

Представлены исторические аспекты становления психологии, психотерапии и психиатрии на рубеже XIX–XX вв. Опираясь на труды первых психиатрических съездов, авторы раскрывают роль гипноза и психотерапии в лечении психических больных и анализируют методы психотерапии того времени, обсуждается роль психологических факторов в психотерапевтическом процессе.

**Ключевые слова:** психотерапия, гипноз, история психотерапии, съезды отечественных психиатров.

**Евдокимов В.И., Клименко Б.А., Шевченко В.И.** Оценка мотивационного аспекта формирования здорового образа жизни у специалистов подразделений силовых структур // Вестник психотерапии. – 2008. – № 28(33). – С. 56–70.

Обоснована необходимость формирования здорового образа жизни (ЗОЖ) у сотрудников подразделений силовых структур. Проведено изучение качества жизни и оценен компонентный состав ЗОЖ у 222 курсантов Белгородского юридического института МВД России, будущих сотрудников силовых структур. Оказалось, что у подавляющего количества курсантов не отмечается роста удовлетворенности учебно-профессиональными отношениями, потребностями в реализации ЗОЖ и другими показателями качества жизни в течение учебно-воспитательного процесса в военном вузе. Применение сконструированного и апробированного опросника «Оценка сформированности здорового образа жизни» показало высокую валидность и надежность в выявлении у курсантов мотивационного аспекта и обобщенной оценки сформированности ЗОЖ, которые находятся в значимых корреляционных зависимостях с показателями учебно-социальной адаптации.

**Ключевые слова:** курсанты военных вузов, качество жизни, здоровый образ жизни, мотивация, оценка сформированности здорового образа жизни.

**Марищук В.Л., Алябьев А.А., Логинов О.Н., Платонова Т.В.** Адаптация к экстремальным факторам труда, среды обитания и вопросы здорового образа жизни // Вестник психотерапии. – 2008. – № 28(33). – С. 70–75.

Рассматриваются представления об адаптации к эмоциональным факторам среды и роли здорового образа жизни как одного из условий, способствующих адаптации.

**Ключевые слова:** условия жизнедеятельности, адаптация, здоровый образ жизни, самоуправление, самообладание.



**Мильчакова Е.А., Советная Н.В., Цветкова Т.Н.** Кризисно-реабилитационная психологическая помощь при аддиктивном поведении // Вестник психотерапии. – 2008. – № 28(33). – С. 76–79.

Представлены основные методические положения, характеризующие сходства и различия психотерапии, психологической коррекции и психологического консультирования. Указан разноуровневый, динамический характер соотношения задач и методов рассматриваемых категорий, которые взаимодополняют, но полностью не исчерпывают друг друга.

**Ключевые слова:** психотерапия, психологическая коррекция и психологическое консультирование.

**Барановский А.Ю., Вассерман Л.И., Михайличенко Т.Г.** Психосоматический контекст внутренней картины болезни и качества жизни у больных с неалкогольной жировой болезнью печени в рамках метаболического синдрома // Вестник психотерапии. – 2008. – № 28(33). – С. 80–86.

Приводятся данные, полученные в ходе многомерного исследования по изучению внутренней картины болезни у больных с неалкогольной жировой болезнью печени в рамках метаболического синдрома и влияние её на качество жизни, связанного со здоровьем. Показана необходимость проведения дифференциальной диагностики указанной патологии с использованием современных экспериментально-психологических методик в связи с задачами формирования психотерапевтических мишеней в комплексной терапии.

**Ключевые слова:** метаболический синдром, внутренняя картина болезни, качество жизни, психодиагностика, психотерапевтические мишени.

**Федоров Я.О.** Частная психиатрия – ресурс или опасность? // Вестник психотерапии. – 2008. – № 28(33). – С. 87–93.

Представлена попытка проанализировать позитивные стороны частной психиатрии в России и проблемы его развития. На клиническом примере показано, как в домашних условиях удалось купировать острое психотическое состояние у пациентки. Катамнез свидетельствует о восстановлении ее психического и социального потенциала, что подтверждает правильность выбранной врачебной тактики. Успешность терапии была обусловлена использованием комплексного подхода: купирование психоза мощным антипсихотиком и скорейшее включение больной в психотерапевтическое лечение.

**Ключевые слова:** инновации в психиатрии, частная психиатрия, современный психоанализ.

**Цветкова Т.Н.** Демографическая и клиническая характеристики больных алкоголизмом у мужчин, пролеченных в МИРВЧ методом духовно ориентированной психотерапии // Вестник психотерапии. – 2008. – № 28(33). – С. 94–103.

Представлены результаты обследования социально-демографического, клинического и социально-психологического статуса у 1423 больных алкоголизмом мужчин, определивших для себя срок залога не принимать алкогольные напитки 5 лет и более, добровольно обратившихся за психолого-медицинской помощью в Международный институт резервных возможностей человека (Санкт-Петербург).

**Ключевые слова:** алкоголизм мужчин, клиника алкоголизма, ремиссия, социально-психологический статус, Международный институт резервных возможностей человека.

**Karavaeva T.A., Vyunova T.S., Podsadnyi S.A.** The significance of ethical standards and principles in psychotherapy and their consolidation in legal regulation // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2008, No 28(33), P. 9–17.

The essential ethical models, ethical standards and principles of medicine are considered in the article. The authors show their place and meaning in psychotherapy as a very specific discipline. They took into account all imperfection of the psychotherapy’s legal regulation at the current stage of the medicine development.

**Keywords:** psychotherapy, bioethics, patient rights, ethical code.

**Zaitsev V.V.** Family psychotherapy of patients with schizophrenia and schizotypic disorders // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2008, No 28(33), P. 18–34.

A concise manual is presented for arrangement and execution of family psychotherapy in patients with schizophrenia and endogenous depression. A theoretical rationale and main principles of psychotherapy work with this group of patients are listed, differences between psychotherapy aid for patients with schizophrenia and neuroses are outlined, ways of reaching specific psychotherapy targets are described, and clear guidelines for individual psychotherapy actions are provided.

**Keywords:** psychotherapy, family psychotherapy, schizophrenia, neurotic disorders.

**Gaydamakina E.V., Zotova A.V., Podsadnyi S.A.** The development of psychotherapeutic and medical-psychological views in materials of the first congresses of the native psychiatrists // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2008, No 28(33), P. 35–55.

The article describes historical aspects of the development of psychology, psychotherapy and psychiatry at the boundary of XIX-XX ages. Based on materials of the native psychiatric congresses the authors discover the role of psychotherapy in the treatment of mentally ill patients and analyze methods of psychotherapy existed that time. A role of psychological factors in the psychotherapeutic process is also discussed.

**Keywords:** history of psychotherapy, congresses of native psychiatrists, methods of psychotherapy.

**Evdokimov V.I., Klimenko B.A., Shevchenko V.I.** Assessment of healthy life-style development in officers of military and law enforcement agencies // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2008, No 28(33), P. 56–70.

A rationale for healthy life-style (HLS) development in officers of law enforcement agencies is presented. Quality of life and HLS component composition were studied in 222 students of the Belgorod Institute of Law, Department of the Interior of Russia, future officers of military and law enforcement agencies. As it turned out, an overwhelming majority of students lack for increasing of satisfaction with educational and professional relationships, needs for HLS and other parameters of life quality during the educative process in the military institute. Constructed and approved questionnaire "Assessment of healthy life-style development" has shown a high validity and reliability in revealing motivational aspect and summarized assessment of HLS maturity significantly correlated with educational and social adjustment parameters in students.

**Keywords:** students of military institutes, quality of life, healthy life-style, motivation, assessment of healthy life-style development.

**Marischuk V.L., Alyabiev A.A., Loginov O.N., Platonova T.V.** Adaptation to the occupational factors of emotional nature, an environment and aspects of healthy life style // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2008, No 28(33), P. 70–75.

The article deals with the ideas of adaptation to the emotional factors of the environment and about the role of healthy life style as one of the adaptation-facilitating factors.

**Keywords:** living conditions, adaptation, healthy life-style, self-government, self-control.

**Milchakova E.A., Sovetnaya N.V., Tsvetkova T.N.** Crisis rehabilitation psychological aid for persons with addictive behavior // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2008, No 28(33), P. 76–79.

The main methodical regulations are presented to characterize similarity and difference between psychotherapy, psychological correction and psychological consulting. For categories considered, a multilevel, dynamic nature of relationship in objectives and methods is highlighted, which complement but not completely overlap each other.

**Keywords:** psychotherapy, psychological correction and psychological consulting.

**Baranovsky A.Yu., Wasserman L.I., Mikhailichenko T.G.** Psychosomatic context of the inner disease pattern and life quality in patients with non-alcoholic fatty hepatitis within metabolic syndrome // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2008, No 28(33), P. 80–86. This article examines data from a large-scale multivariate study of the internal picture of the disease in patients with non-alcoholic steatohepatitis in terms of metabolic syndrome and effects of the disease picture on the health-related quality of life. The study suggests differential diagnostics of mentioned pathology using modern experimental psychological methods to form psychotherapeutic targets in comprehensive therapy protocols.

**Keywords:** metabolic syndrome, inner disease pattern, life quality, psychodiagnostics, psychotherapy targets.

**Fyodorov Ya.O.** Private psychiatry – a resource or a danger? // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2008, No 28(33), P. 87–93.

Positive aspects of the private psychiatry in Russia and the problems of its development are analyzed in this article. Clinical case is given as the example that shows the possibility to cure acute psychotic state in the female patient without hospitalization. The catamnesis gives evidence of a recovery of her mental and social potential, confirming a right choice of the therapeutic approach. The comprehensive approach provided successful therapy: using pow-

erful antipsychotic medicine to treat her psychotic state and the involving her in the psychotherapy at the early stage of treatment.

**Keywords:** innovations in psychiatry, private psychiatry, modern psychoanalysis.

**Tsvetkova T.N** Demographic and clinical characteristics of male patients with alcoholism treated the International institute for human reserve capabilities (IIHRC) by a method of a spirit-oriented psychotherapy // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2008, No 28(33), P. 94–103.

The paper presents data of examination of social demographic, clinical and social psychological status in 1423 male patients with alcoholism, which identified a vow to refrain from alcoholic beverages during 5 years and more, and voluntarily turned for a psychological medical aid to the International institute for human reserve capabilities (St. Petersburg).

**Keywords:** alcoholism in males, alcoholism manifestations, remission, social psychological status, International institute for human reserve capabilities.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Алябьев Александр Анатольевич** – Российский национальный государственный университет физической культуры, спорта и здоровья им. П.Ф. Лесгафта, соискатель кафедры психологии, 190121, Санкт-Петербург, ул. Декабристов, д. 35, м.т. 8-911-749-72-82, e-mail: fsospb@yandex.ru

**Барановский Андрей Юрьевич** – ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава, заведующий кафедрой гастроэнтерологии и диетологии, доктор медицинских наук, профессор, 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д.41, т. (812) 235-10-93.

**Вассерман Людвиг Иосифович** – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, руководитель лаборатории клинической психологии, профессор психологического факультета Санкт-Петербургского государственного университета, доктор медицинских наук, профессор, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3, р.т. (812) 356-04-44.

**Вьюнова Татьяна Сергеевна** – Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им В.М. Бехтерева, младший научный сотрудник отделения неврозов и психотерапии, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, р.т. (812) 567-34-79.

**Гайдамакина Екатерина Васильевна** – Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, ассистент кафедры психотерапии ФПК, 195067, Санкт-Петербург, Пискаревский пр., д. 47, р.т. (812) 567-90-52.

**Зайцев Виктор Владимирович** – Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, доцент кафедры психотерапии, кандидат медицинских наук, 195067, Санкт-Петербург, Пискаревский пр., д. 47, р.т. (812) 567-73-11.

**Зотова Анна Владимировна** – ГУЗ ГП № 38 врач-психотерапевт отделения реабилитации, 191015, Санкт-Петербург, ул. Кавалергардская, д. 26, р.т. (812) 274-94-55.

**Евдокимов Владимир Иванович** – Государственный НИ испытательный институт военной медицины, ведущий научный сотрудник, доктор медицинских наук профессор, 125083, г. Москва, Петровско-Разумовская аллея, д. 12 А, e-mail: evdok@omnisp.ru

**Каравеева Татьяна Артуровна** – Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им В.М. Бехтерева, старший научный сотрудник отделения неврозов и психотерапии, кандидат медицинских наук, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, р.т (812) 567-90-52.

**Клименко Борис Александрович** – Белгородский юридический институт МВД России, преподаватель кафедры физической подготовки и боевых единоборств, 308024, г. Белгород, ул. Горького, д. 71, р.т. 52-55-35, e-mail: kba-4444@mail.ru

**Логинов Олег Анатольевич** – Химкинский филиал Российского университета кооперации, кандидат педагогических наук, и.о. директора филиала, доцент, 141420, г. Химки Московской области, микрорайон Сходня, ул. Октябрьская, д. 30, р.т. (495) 574-18-72.

**Марищук Владимир Лаврентьевич** – Военный институт физической культуры, профессор кафедры гуманитарных и социально-экономических дисциплин, Заслуженный деятель науки РФ, доктор психологических наук, профессор, 194044, Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр. д. 63, р.т. (812) 292-31-61.

**Мильчакова Елена Александровна** – Оздоровительное учреждение «Международный институт резервных возможностей человека», медицинский психолог, кандидат психологических наук, 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11, р.т. (812) 513-67-97.

**Михайличенко Татьяна Геннадьевна** – ГОУ ДПО Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Росздрава, клинический психолог кафедры гастроэнтерологии и диетологии, 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д.41, т. (812) 355-51-79, e-mail: mikhaylichenko@list.ru

**Никитин Евгений Александрович** – 1-й Военно-морской клинический госпиталь, заведующий диагностическим кабинетом, Заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор, 198020, Санкт-Петербург, Старо-Петергофский пр., д. 2, р.т. (812) 251-82-70.  
**Платонова Татьяна Васильевна** – Российский национальный государственный университет физической культуры, спорта и здоровья им. П.Ф. Лесгафта, доцент кафедры теории и методики массовой физкультурно-оздоровительной работы и туризма, кандидат педагогических наук, доцент, 190121, Санкт-Петербург, ул. Декабристов, д. 35, р.т. (812) 714-47-32.

**Подсадный Сергей Александрович** – Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, заведующий кафедрой психотерапии ФПК, кандидат медицинских наук, доцент, 195067, Санкт-Петербург, Пискаревский пр., д. 47, р.т. (812) 567-33-04, e-mail: podsadnyi@list.ru

**Редя Алитет Владимирович** – 1-й Военно-морской клинический госпиталь, начальник неврологического отделения, Заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук, 198020, Санкт-Петербург, Старо-Петергофский пр., д. 2, р.т. (812) 251-82-70.

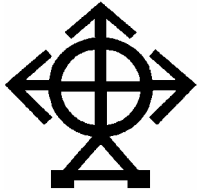
**Советная Наталья Викторовна** – Оздоровительное учреждение «Международный институт резервных возможностей человека», директор Городокского филиала МИРВЧ, медицинский психолог, кандидат психологических наук, 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11, р.т. (812) 513-67-97.

**Фёдоров Ян Олегович** – Восточно-Европейской институт Психоанализа, заведующий кафедрой Пропедевтики психических болезней, 197198, Санкт-Петербург, П.С. Большой пр., д. 18, р.т. (812) 235-11-39, e-mail: orthodox@mail.ru

**Цветкова Таисия Николаевна** – Оздоровительное учреждение «Международный институт резервных возможностей человека», медицинский психолог, 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11, р.т. (812) 513-67-97

**Шевченко Виталий Иванович** – Медицинская служба Северо-Кавказского военного округа, заместитель начальника медицинской службы СКВО, г. Ростов-на-Дону, пер. Соборный, д. 98, р.т. (863) 232-75-84.





**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 и экстремальной 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 № ФС77-34066 от 07 ноября 2008 г., выданное Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций.

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 главного редактора журнала – кандидат психологических наук Мильчакова Валентина Александровна.

e-mail: [vestnik-pst@yandex.ru](mailto:vestnik-pst@yandex.ru)

[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 № ФС77-34066 от 7 ноября 2008 г. выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций.

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);

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