

**Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины  
им. А.М. Никифорова МЧС России**

---

**ВЕСТНИК  
ПСИХОТЕРАПИИ**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

*Главный редактор В.Ю. Рыбников*

**№ 31 (36)**

Санкт-Петербург  
2009

### **Редакционная коллегия**

В.И. ЕВДОКИМОВ (Москва); С.Г. ГРИГОРЬЕВ (Санкт-Петербург);  
Р. МИЗЕРЕНЕ (Паланга); В.А. МИЛЬЧАКОВА (Санкт-Петербург);  
В.Ю. РЫБНИКОВ (Санкт-Петербург)

### **Редакционный совет**

С.С. АЛЕКСАНИН (Санкт-Петербург); А.А. БАЖИН (Санкт-Петербург);  
Г.И. ГРИГОРЬЕВ (Санкт-Петербург); О.Ф. ЕРЬШЕВ (Санкт-Петербург);  
Б.Д. КАРВАСАРСКИЙ (Санкт-Петербург); В.И. КУРПАТОВ (Санкт-Петербург);  
И.Б. ЛЕБЕДЕВ (Москва); С.В. ЛИТВИНЦЕВ (Санкт-Петербург);  
Н.Г. НЕЗНАНОВ (Санкт-Петербург); Г.С. НИКИФОРОВ (Санкт-Петербург);  
М.М. РЕШЕТНИКОВ (Санкт-Петербург);  
В.К. ШАМРЕЙ (Санкт-Петербург)

Адрес редакции:

194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11  
Телефон: (812) 513-67-97

**ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ**

*Научно-практический журнал*

**A.M. Nikiforova All-Russian Centre of Emergency and Radiation  
Medicine of the EMERCOM of Russia**

---

**BULLETIN OF  
PSYCHOTHERAPY**

**RESEARCH & CLINICAL PRACTICE JOURNAL**

*EDITOR-IN-CHIEF V. YU. RYBNIKOV*

**N 31 (36)**

St. Petersburg  
2009

### **Editorial Board**

V.I. EVDOKIMOV (Moscow); S.G. GRIGORJEV (St. Petersburg);  
R. MISERENE (Palanga); V.A. MILCHAKOVA (St. Petersburg);  
V.YU. RYBNIKOV (St. Petersburg)

### **Editorial Council**

S.S. ALEKSANIN (St. Petersburg); A.A. BAZHIN (St. Petersburg);  
G.I. GRIGORJEV (St. Petersburg); O.F. ERY SHEV (St. Petersburg);  
B.D. KARVASARSKY (St. Petersburg); V.I. KURPATO V (St. Petersburg);  
I.B. LEBEDEV (Moscow); S.V. LITVINTSEV (St. Petersburg);  
N.G. NEZNANOV (St. Petersburg); G.S. NIKIFOROV (St. Petersburg);  
M.M. RESHETNIKOV (St. Petersburg); V.K. SHAMREY (St. Petersburg)

### **For correspondence:**

11, Pridorozhnaya alley  
194352, St. Petersburg, Russia  
Phone: (812) 513-67-97

**BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY**

Research & clinical practice journal

## СОДЕРЖАНИЕ

### ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ

<i>Григорьев Г.И.</i> Православная психотерапия – фундаментальная основа духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока .....	10
<i>Григорьева Д.В., Куртышева М.А.</i> Опыт духовно ориентированной психотерапии в школьной системе воспитания и образования .....	46
<i>Абдуллин А.Г., Абдуллина Д.Г.</i> Центр социально-психологической реабилитации как основа системы социально-психологической поддержки работников предприятия, участвовавших в ликвидации аварии на ЧАЭС .....	51
<i>Колов С.А.</i> Контрперенос и терапевтические отношения в психотерапии и психологическом консультировании ветеранов боевых действий ...	58

### ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

<i>Басыгысова Т.А., Адмакина Т.А.</i> Стандартизация шкалы дифференцированных эмоций К. Изарда ...	68
<i>Голенищенко А.В., Колотильщикова Е.А., Строганов А.Е., Чехлатый Е.И.</i> Сравнительное исследование структуры ценностных ориентаций больных шизофренией и невротическими расстройствами .....	73
<i>Адмакина Т.А.</i> Психологические референты эмоциональной отзывчивости на музыку .....	84
<i>Сушко Е.И.</i> Математические формулы эмоций и чувств как инструмент анализа взаимоотношений партнеров .....	90

### ДИАГНОСТИКА И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

<i>Евдокимов В.И., Ролдугин Г.Н., Хмелинина Н.В.</i> Оценка влияния проактивного копинг-поведения на профессиональное выгорание среднего медицинского персонала .....	100
<i>Кузьменкова Л.В.</i> Применение иппотренинга для профилактики эмоционального выгорания у сотрудников МЧС России .....	111

*Иванова С.П.*

Психокоррекция эмоционального выгорания как составная часть психологического обеспечения подготовки психологов для МЧС России .....	120
Юбилейные даты .....	127
Рефераты .....	129
Сведения об авторах .....	139
Информация о журнале .....	141

## CONTENTS

### PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOCORRECTION

<i>Grigoriev G.I.</i> Orthodox psychotherapy as a basis of spirit-oriented psychotherapy in the form of healing vow .....	10
<i>Grigorieva D.V., Kurtysheva M.A.</i> Experience of spirit-oriented psychotherapy within a system of school upbringing and education .....	46
<i>Abdullin A.G., Abdullina D.G.</i> The centre for social and psychological rehabilitation as a basis of the system of social and psychological support of workers participated in clean-up work of the Chernobyl aftermath .....	51
<i>Kolov S.A.</i> Countertransference and therapeutic relationships in psychotherapy and psychological consulting of combatants .....	58

### PSYCHOLOGICAL STUDIES

<i>Basygysova T.A., Admakina T.A.</i> Standardization of the Differential Emotions Scale by K. Izard .....	68
<i>Golenischenko E.A., Kolotilshikova A.V., Stroganov A.E., Chekhlaty E.I.</i> The comparative study of value orientations structure in patients with schizophrenia and patients with neurotic disorders .....	73
<i>Admakina T.A.</i> Psychological references of emotional responsiveness to music .....	84
<i>Sushko E.I.</i> Math formulas of affects and feelings as a tool of analysis of partner relationship .....	90

### DIAGNOSTICS AND PREVENTION OF PROFESSIONAL BURNING-OUT

<i>Evdokimov V.I., Roldugin G.N., Khmelinina N.V.</i> Assessment of influence of proactive coping behavior on professional burning-out in nurses .....	100
<i>Kuzmenkova L.V.</i> Hypnotraining for prevention of emotional burning-out in officers of EMERCOM of Russia .....	111

*Ivanova S.P.*

Psychocorrection of emotional burning-out as an integral part of psychological support in training of psychologists for EMERCOM of Russia .....	120
Jubilees .....	127
Abstracts .....	129
Information about authors .....	139
Information about the Journal .....	141



## ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ

Феномен «перестройки» в 80-е годы прошлого столетия в нашей стране затронул не только властные институты, в результате чего на постсоветском пространстве возникли новые государства, но и жизнедеятельность, и мировоззрение конкретного человека. На этом этапе у многих россиян возродилась тяга к духовности, к познанию основ религии. В предыдущей публикации «Православие и духовно ориентированная психотерапия» (Вестник психотерапии. 2009. № 30 (35). С. 7–24) рассказывалось об истоках возникновения в 1988 г. Международного института резервных возможностей человека (МИРВЧ) – учреждения, в котором было решено возродить православные традиции лечения патологических зависимостей (пьянства, табакокурения, наркоманий, зависимости от азартных игр). Обзор работы МИРВЧ за более чем 20-летний период существования сопровождался ссылками на ученых и священнослужителей, плодотворно трудившихся и активно участвующих в научно-исследовательской и практической деятельности института сегодня, приводились обобщенные сведения о количестве пролеченных больных и эффективности лечения в институте, был представлен список изданных книг и авторефератов защищенных диссертационных работ.

Помещенные ниже статьи показывают необходимость и более подробно раскрывают возможности православной психотерапии. Причем эффективное действие ее принципов прослеживается авторами не только в области лечения, исцеления больных патологическими зависимостями (Г.И. Григорьев), но и при воспитании молодого поколения (Д.В. Григорьева, М.А. Куртышева).

**ПРАВОСЛАВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ – ФУНДАМЕНТАЛЬНАЯ  
ОСНОВА ДУХОВНО ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ  
В ФОРМЕ ЦЕЛЕБНОГО ЗАРОКА**

Международный институт резервных возможностей человека, Санкт-Петербург;  
Санкт-Петербургская медицинская академия последипломого образования

В «Основах социальной концепции Русской Православной Церкви», принятых на Юбилейном Архиерейском Соборе РПЦ в 2000 г., в разделе «Здоровье личности и народа» говорится, что «попечение о человеческом здоровье – душевном и телесном – искони является заботой Церкви.

Церковь рассматривает психические заболевания как одно из проявлений общей греховной поврежденности человеческой природы. Выделяя в личностной структуре духовный, душевный и телесный уровни ее организации, святые отцы различали болезни, развившиеся «от естества», и недуги, вызванные бесовским воздействием, либо ставшие следствиями поработивших человека страстей. В соответствии с этим различием представляется одинаково неоправданным как сведение всех психических заболеваний к проявлению одержимости, что влечет за собой необоснованное совершение чина изгнания злых духов, так и попытка лечения любых духовных расстройств исключительно клиническими методами. В области психотерапии оказывается наиболее плодотворным сочетание пастырской и врачебной помощи душевнобольным при надлежащем разграничении сфер компетенции врача и священника [29].

Отвечая на вопросы, является ли шизофрения духовной болезнью, поработанием человека темными силами, может ли она быть следствием духовных преступлений предков, какие меры для устранения болезни и реабилитации больного следует принимать, владыка Антоний Сурожский говорил следующее: «Конечно, может случиться, что постепенное разрушение человеческой души, душевности у наших близких или дальних предков может нам передаваться наследственно и вдруг разразиться болезнью. Но и хочу сказать с совершенной убежденностью: никакую болезнь нельзя приписывать просто греховности, своей или своих предков. Разумеется, все неладное, что совершается на земле, происходит оттого, что человек первично, в лице Адама и Евы, отпал от единства с Богом. Но говорить о том, что шизофрения, рак или какая-либо другая болезнь непременно связаны с греховностью, нельзя. Бывает – и не так редко, – что Господь дает человеку болезнь как путь ко спасению.

Мне вспоминается рассказ о том, как одного святого просили молиться об исцелении одного человека. Он помолился несколько дней и потом пришел и сказал: “Господь мне открыл, что я мог бы исцелить данного человека, но Он мне открыл также, что болезнь дана во спасение и его, и других людей вокруг него”. И в житиях святых мы находим целый ряд случаев, когда сами святые или просто верующие болели долгое время не потому, что они были грешники, а потому, что это было путем спасения – не только личного, но и спасения людей вокруг. Я помню случай, когда один крестьянин XIX века десятки лет лежал парализованный в деревне, у себя в хате – и был вдохновением и путем ко спасению целого ряда людей, потому что то, как он воспринимал свою болезнь, как он терпел страдания, с каким светлым, ликующим выражением лица он встречал всякого человека, было вдохновением для всех, кто только соприкасался с ним.

Из сказанного не заключайте, будто я не верю в темную силу и в возможность, которую имеет эта темная сила на нас влиять в нашем физическом или психическом состоянии. Однако, если обращаться к Евангелию, мы увидим, что в некоторых случаях Христос изгонял беса, находящегося в человеке, но во множестве чудес, которые Он совершал над больными, Он не предполагал никакого бесовского вмешательства. Он исцелял слепого, исцелял хромого, исцелял целый ряд людей, о которых ни слова не сказано, будто они особенно греховны. Поэтому, даже допуская, что на нас может быть бесовское влияние, что возможно порабощение наше бесом, мы не должны приписывать всякую болезнь собственной греховности или бесовскому вмешательству. Самый явный пример того, что я говорю, это случай слепорожденного, о котором Христос сказал, что ни он не согрешил, ни родители его, но что болезнь ему дана для того, чтобы просияла слава Божия (Ин. 9: 2–3).

Второе: Иоанн Кронштадтский писал в своем дневнике, что есть души настолько хрупкие, что они не могли бы осуществить себя в столкновении с окружающим жестоким и разрушающим миром; и порой Бог набрасывает пелену, которая разделяет человеческую душу от мира помрачением ума, безумием так, что человек отделен. (Цитата не точна: я слишком давно читал этот отрывок и не помню его слов, но такова основная мысль.) И за этой пеленой душа зреет и меняется, и человек растет. Это место мне особенно запомнилось, потому что я это видел на самом деле.

Много лет тому назад, когда я еще был врачом во Франции, был в нашей среде выдающийся иконописец, и он начал сходить с ума. Его окружение, мать и сестра, поступили так, как многие поступают. Они не хотели его как бы “возбуждать”, и когда он говорил, что чувствует запах се-

ры или слышит какие-нибудь голоса, они делали вид, что прислушиваются, и говорили: “Да, да, на самом деле”, тогда как ничего, конечно, не воспринимали, потому что ничего и не было. Болезнь его стала ухудшаться, и ко мне обратились с вопросом (как я сказал, я был врачом, и меня спрашивали и как такового): “Вот, мы его кропили святой водой, он исповедовался, мы служили молебны, мы совершали помазание над ним, его причащали, и ничего не случилось. Он все продолжает болеть. Что делать?”. Я тогда посоветовал просто послать его в больницу на электротерапию. И я помню, с каким возмущением мне ответили: “Ты что, неверующий? Ты считаешь, что силой молитвы нельзя сделать то, что может сделать электрический шок? А что, если в нем действует дьявол?”. Я тогда ответил – чистосердечно, но и вызывающе: “Знаете, если в нем действует дьявол, электрошок дьяволу никакого вреда не принесет, а Г. может спасти...”. Это было встречено с большим негодованием, но его все-таки пришлось отдать в больницу. Я тогда там работал и его видел каждый Божий день. Он около года провел в больнице, он кощунствовал, бился, был совершенно невменяем, нельзя было войти с ним ни в какой контакт. А потом вдруг он пришел в себя. И когда он вышел из больницы, исцеленный благодаря медицинской помощи, оказалось, что с ним случилось то, о чем говорил Иоанн Кронштадтский: еще неопытный, еще не вполне созревший, хотя очень одаренный, художник вышел из больницы зрелым иконописцем, каким не был раньше.

Это ответ на вопрос о том, может ли медицина что-то сделать в отношении шизофрении. Если бы речь шла о грехе, о “возмездии” со стороны Бога, то никакие электрошоки не могли бы помочь. Нет, это была физическая болезнь, и мы не можем говорить о том, что всякая болезнь происходит от греха» [2].

Безумие бывает невольным, а бывает и добровольным. «Живых существ четыре различных вида: одни из них бессмертные и воодушевлены – каковы ангелы; другие имеют ум, душу и дыхание – каковы люди; иные имеют дыхание и душу – каковы животные; а иные имеют только жизнь – каковы растения» [1]. Человек богоподобен своим умом, которым он постоянно беседует с Богом. Все, что лишает человека ума, в том числе алкоголь, наркотики и другие агенты, возбуждающие плотские страсти, разрывает живую связь человека с Богом и приводит его в животное состояние, своего рода безумство, которое при частом повторении может привести к бесподобию, несообразности и беснованию.

По мнению председателя Московского общества православных врачей профессора А.В. Недоступа, «врачевание духа есть первооснова всякого лечения. Это совсем не отрицает ни врачевания души (психиатрия),

ни врачевания телесной болезни (соматическая медицина)» [Недоступ А.В., 2004].

«Православная Церковь всегда с большим уважением относилась к профессии врача, так как в ее основе лежат евангельские добродетели: любовь и служение ближнему, предотвращение и облегчение человеческих страданий. Эти же принципы лежат в основе фундаментальных положений медицинской этики. Ретроспективный взгляд на историю медицины подтверждает тесную связь религии, этики и врачевания. Представители различных конфессий имеют свою определенную позицию по проблемам медицинской этики (биоэтики)» [37].

В своей книге «Дух, душа, тело» выдающийся врач профессор В.Ф. Войно-Ясенецкий, он же архиепископ Лука (впоследствии канонизированный) писал: «Общеизвестно могущественное влияние психики больного на течение болезни. Состояние духа больного, его доверие и недоверие к врачу, глубина его веры и надежды на исцеление или, наоборот, психическая депрессия, вызванная неосторожными разговорами врачей в присутствии больного о серьезности его болезни, глубоко определяют исход болезни. Психотерапия, состоящая в словесном, вернее, духовном воздействии врача на больного – общепризнанный, часто дающий прекрасные результаты метод лечения многих болезней» [6].

Размышляя о практике современной психотерапии, митрополит Антоний Сурожский говорил следующее: «На Западе очень распространена психотерапия, к ней прибегают там, где, мне кажется, можно было бы и не прибегать к ней. Есть, конечно, положения, моменты, когда человек душевно болен, и тогда к нему надо применять или лекарственное лечение, или психоанализ. Но очень часто люди прибегают к психотерапии вместо того, чтобы обратиться к священнику, – или потому что они неверующие, или потому что священник не подготовлен и не способен разбираться в проблемах их души, или потому что они хотят переложить ответственность за свою внутреннюю борьбу на другого человека и как бы освободиться от нее, хотят быть освобожденными от проблемы без того, чтобы взять за нее полную ответственность и подвижнически бороться. С этим для человека верующего связан вопрос о том, какая связь может быть между исповедью и покаянной жизнью, с одной стороны, и психотерапией, в частности психоанализом, с другой стороны.

Мне кажется, тут надо рассматривать вещи совершенно различно. Психоанализ может человеку помочь разобраться в себе самом, может помочь ему заглянуть в тайники своей души, но психоанализ не обязательно приведет к покаянию. Риск психоанализа в том, что человек, разобравшись в своей греховности, увидев себя, какой он есть, более или менее (во всяком случае, более совершенно, чем без психоанализа), считает,

что теперь ему надо лечиться, но не каяться, что это все душевная болезнь, неустройство психическое, но не нравственное, не духовное. С другой стороны, если человек верующий, который не может найти в себе корень зла, начинает лечиться у психиатра и перед ним раскрывает мрачные глубины своей души, он может их осознать не только как душевное расстройство, у которого всегда есть какие-нибудь причины, но и как расстройство, за которое он в значительной мере ответствен. В таком случае он может после этого обратиться к священнику, к духовному наставнику уже на новых началах. То, чего он раньше не понимал, он теперь понимает и может обратиться к Богу с покаянием.

И это в какой-то мере случается совершенно естественно в некоторых обстоятельствах. Бывает, старик, старушка жалуются на то, что ночью дурные сны, воспоминания не дают им спокойно спать. Я помню одну такую старушку, которая пришла ко мне и говорила, что всю ночь ей вспоминаются какие-то моменты ее жизни и всегда – дурные, темные, горькие моменты, что она не может спать. Она обращалась к врачу, который ей дал какие-то снотворные пилюли, и все равно ничего не получается, потому что то, что было воспоминанием, делается теперь кошмаром. Я ей сказал, знаете что, вам, как всем стареющим людям, дано заново прожить свою жизнь, но пережить ее на новых началах. Когда вы были молоды, вы принимали решения, совершали поступки, которые были как бы соизмеримы всей житейской неопытности. Теперь вы набрались большего житейского опыта, и Бог вас ставит перед лицом всех тех греховных ошибок, дурных поступков, ложных пожеланий, которые были в вашей жизни. Вопрос, который вам ставит Господь, как бы воскрешая прошлое, настойчиво возвращая вас к нему, вот в чем заключается: теперь, с твоим опытом, какая ты теперь стала, если тебя поставить в ту же обстановку после стольких лет, как бы ты решила этот вопрос? Что бы ты сказала? И если ты можешь сказать: никогда я этого слова не произнесла бы, никогда так не поступила бы – знай, что тот человек, которым ты была в молодости, умер, и что теперь ты свободна от своего прошлого хотя бы в этом отношении. И ты увидишь: если ты о чем-нибудь можешь до конца сказать, что теперь это для тебя стало абсолютной невозможностью, оно не будет к тебе возвращаться ни в твоих снах, ни наяву. Если же ты не можешь так сказать, знай, что это не твое прошлое – это еще твое греховное настоящее, неизжитая греховная неправда.

И это то же самое, что совершается в психоанализе, только тут это воспоминание всплывает естественно, а там врач тебе помогает постепенно к нему вернуться. Но последний шаг для верующего – это покаяние: покаяние перед Богом в одиночку и покаяние на исповеди» [2].

Использование опыта Русской Православной Церкви в борьбе с алкоголизмом позволило говорить о новом направлении в психотерапии, суть которого отражается термином «православная психотерапия»<sup>1</sup>. Резонно отметить, что святые отцы не выделяли православную психотерапию как таковую, но она органически пребывала в жизни Церкви как факт. В современном виде понятие «православная психотерапия» возникло в соответствии с запросом времени [8, 9, 16–18, 28].

В русскоязычной литературе психотерапия определяется как система лечебных воздействий на психику и через психику на организм больного. Психотерапия существует в трех основных сферах [23]:

- академической (разработка научно обоснованных подходов на базе научного мировоззрения);
- альтернативной (основывается на исторически обусловленных религиозных системах);
- интуитивной (является результатом влияния первых двух на обыденное сознание).

Православная психотерапия присутствует во всех трех указанных выше сферах. Ее основу составляют не только опытно-теоретические знания православной антропологии и гомилетики<sup>2</sup>, но и экзегетики<sup>3</sup>, а также святоотеческое учение о духовной жизни, о страстях как источнике болезней, о подвижничестве как духовной брани. Это учение опирается на многовековой положительный опыт Церкви в деле душепопечения и понимания нравственного христианского долга в духе Святого Евангелия. Конфессиональный признак психотерапии («православная») указывает на использование не религиозного опыта вообще в его социально-психологическом понимании, а именно конкретного опыта православной духовности [16].

«Рассматривая возможные тенденции развития психологической помощи, – пишет Н.Ф. Калина, – в первую очередь следует остановиться на исконной для нашей страны и возрождающейся ныне в России святоотеческой психотерапии. В лоне Русской Православной Церкви, на протяжении столетий привычно заботившейся о духовном здоровье человека и его нравственности, сложилась поистине уникальная система целитель-

---

<sup>1</sup> Полное описание православной психотерапии опубликовано во 2-м и 3-м изданиях «Психотерапевтической энциклопедии» под ред. Б.Д. Карвасарского (СПб.: Питер, 2000; 2005).

<sup>2</sup> Гомилетика – церковно-практическая дисциплина, обучающая правилам и искусству произношения проповеди, согласно которым главным является не столько ораторское красноречие, сколько церковное учительство, то есть постоянная забота о спасении душ паствы.

<sup>3</sup> Православная экзегетика – толкование священных текстов.

ства души, которая все чаще привлекает внимание психологов. Однако отношения между христианской доктриной пастырской деятельности и внеконфессиональной психотерапевтической практикой неоднозначны и непросты» [22].

«На сегодняшний день, – говорит Б.С. Братусь, – христианская психотерапия практически не представлена пока ни в поле услуг, ни в самом сознании психологического сообщества, и потому следует констатировать, что мы находимся лишь в самом начале пути, в периоде первых формулировок и опытов» [3].

«Современная психология, – считают К.Л. Литвиненко и С.В. Литвиненко, – не признает в человеке душу и не верит в ее существование, она отказалась от души, превратившись в материалистическую науку, и таким образом потеряла себя. “Психология не есть наука о душе, а, в лучшем случае, есть смесь каких-то логических, социальных, физиологических построений и умозаключений <...> Одно лишь несомненно: живой, целостный внутренний мир человека, человеческая личность, то, что мы, вне всяких теорий, называем нашей душой и нашим духовным миром, в этой науке совершенно отсутствует”, – пишет С. Франк в своей книге “Душа человека”. Предметом изучения христианской психологии являются не мозг, психика, сознание, а бессмертная человеческая душа» [25].

Архимандрит Софроний (Сахаров) в своих «Духовных беседах» проповедует: «Если вы, братья мои и сестры мои, хотите действительно построить свою жизнь по-христиански, избегайте колеблющихся слов научной психологии. Поверьте, что Откровение, данное Богом человеку, есть действительно нечто соответствующее реальности вечного бытия Божественного. Это так, и вера есть, например, у больных – способность производить энергию внутреннюю, которая побеждает болезнь. Вы знаете, что очень легко поддаваться болезни и терять всякое мужество для борьбы с нею. Но вы знаете такие случаи выздоровления, когда “вера твоя спасает тя” от всяких болезней, даже от слепоты. Итак, вера есть действительное проявление силы Божией в нас».

Размышляя на ту же тему в книге «Психология, душа и душевные болезни», Н.Е. Пестов пишет следующее:

«Итак, к телу христианина должно быть внимание. Но несравнимо большее внимание должно быть у него к бессмертной душе, о которой преимущественно должен заботиться и думать христианин. Он должен изучать законы, управляющие душой, и заботиться о ее здоровье более, чем о здоровье тела. Между тем наука о душевной жизни человека – психология – мало популярна по сравнению с другими науками.



Вместе с тем, если бы мы захотели глубоко изучить психологию человека и обратились бы к соответствующим официальным руководствам по ней, то мы были бы разочарованы.

По существу, мы здесь вообще не нашли бы науки: психологии нет, а есть лишь история попыток построения психологии, смена опытов по ее созданию на непрерывно меняющихся обоснованиях.

Вместе с тем мы не нашли бы в современной “научной” психологии исчерпывающих и правильных ответов на следующие важные для нас вопросы: что считать за идеал душевного здоровья? В чем сущность болезни человеческой души? Каковы методы работы над собой по преображению, просветлению души? И т. д.

И это не случайно. Нельзя слепому говорить о красотах мира или глухому о музыке и мелодиях. А те представители науки, которые создавали официальные школы психологии, были обычно слепы на внутренние очи и глухи на внутренний слух, необходимые для постижения внутренней душевной жизни.

И не у университетских профессоров психологии, и не у докторов психиатрии или невропатологии надо искать истинного познания о внутренней жизни человека.

Ее глубины были постигнуты лишь сосудами Духа Святого – апостолами, святителями и преподобными. Преподобные в уединении, в течение многих лет жизни трудились над познанием самого себя и над очищением, оздоровлением, преобразованием своей души.

Достигнув этого, прозрев внутренне, они постигали и науку врачевания душевных недугов так, что могли поучать и методам работы над самим собой.

После Священного Писания одним из исчерпывающих руководств по истинной и опытной психологии человека являются творения св. старцев, и в том числе сборник трудов 38 старцев, именуемый “Добротолюбие” (в 5 томах).

Как пишет невропатолог и священник о. Александр Ельчанинов: “Если мы просмотрим писания подвижников и святых отцов – какую глубину психологического анализа мы там встретим, какую тонкость определений и верность классификации всех тонкостей ощущений”.

Вот к каким источникам самопознания надо обратиться, чтобы почерпнуть в них ту “живую воду”, которая могла бы оживить ослепленные грехом внутренние очи и восстановить внутренний слух.

Но что же такое есть по своей сущности душа? Прп. Макарий Великий дает следующее определение души:

“Душа не от Божия естества и не от естества лукавой тьмы, но есть тварь умная, исполненная красоты, великая и чудная, прекрасное подобие

и образ Божий, а лукавство темных страстей вошло в нее вследствие преступления.

Нет иной такой близости и взаимности ни у одной твари, какая есть у души с Богом и Бога с душой. Ибо душа драгоценнее всех созданий”.

А вот что пишет про душу архимандрит Иоанн:

“Душа – младенец бессмертия, беззащитный и жалкий в условиях окружающего нас мира. Как нужно прижимать к груди своей, к сердцу своему свою душу. Как нужно любить ее, предназначенную для вечной жизни. О, как нужно очищать даже малейшее пятнышко с нее... .

Душа – земля. Человек – земледelec своей души. Если в земле душевной сеется слово Божие, слово правды и любви Христовой, то плод бывает сладкий, радостный для самого человека и его окружающих. Если же человек сеет в душе своей плевелы зла, то вырастут сорные, ядовитые травы духа, которые будут мучить и самого человека, и других людей”.

Св. Макарий Великий сравнивает не очищенную от греха душу человеческую с морем, которое наполнено гадами, которым “несть числа”. И как глубоко море и многообразна его фауна, так велика глубина и души человека, сложно проявление его духа и бесконечно разнообразны изгибы его большой души.

Познание болезненности, ненормальности, то есть отклонения от нормы, от идеала, может иметь место лишь тогда, когда налицо будет эта норма, этот идеал.

Официальная психология не знает такого идеала. Не знает потому, что она не приобщена к *“Свету истинному, Который просвещает всякого человека”* (Ин. 1: 9). Но его знают те, чьи очи просвещены светом веры и которые познали, что Иисус из Назарета был и есть воистину Сын Божий.

Итак, по милости сотворившего мир творца сотворенному Им человеку был дан и образ совершеннейшего человека в лице Богочеловека – безгрешного Иисуса Христа.

Вот вневременная, неизменяющаяся – стабильная норма, которая дает нам возможность познания всех отклонений и всех болезней человеческой души» [32].

А вот что думает о взаимодействии православной психологии и современной науки декан факультета психологии Российского православного университета имени апостола Иоанна Богослова протоиерей Андрей Лоргус: «Действительно, до сих пор Церковь относится к психологии с недоверием. Считается, что психология – это псевдонаука, что это оккультизм. Это связано прежде всего с развитием психологии в XX веке по атеистическому пути. Советская психология была не просто атеистична, она была агрессивно атеистична. Естественно, что такая психология христианина может только отпугивать.

Христианское понимание духовной жизни должно быть определено как психологический предмет и задача. Речь идет не только о религиозной жизни, но более широко – обо всей духовной жизни: о вере, о вдохновении, об интуиции, о творчестве, о мистике. Да, да! Мистика души – тоже достойный психологический предмет изучения.

Кроме того, многие проблемы психологии, избавленные от атеизма, приобретут совсем другие понимания и решения.

Чтобы выполнить эту задачу, которую, надо честно признаться, во всем объеме мы еще и не осознали, нужны усилия не только психологов, но и богословов, антропологов, философов, физиологов. Нужны огромные научные усилия, вера и молитва. Я убежден, что Господь нас привел к началу важнейшего церковного поприща: соединения науки, аскетики, богословия и душепопечения».

Наш современник – приснопамятный старец Святой Горы Афон Паисий о взаимодействии человека и психолога говорит следующее: «Многие люди, измученные проблемами, которые они сами себе создали собственными грехами, не идут к духовнику, который может им действительно помочь, но заканчивают тем, что “исповедаются” у психолога. Они рассказывают психологам историю своей болезни, советуются с ними о духовных проблемах, и эти психологи (своими советами) словно швыряют своих пациентов в середину реки, которую им нужно перейти. В результате несчастные или тонут в этой реке, или все-таки доплывают до другого берега, однако течение относит их очень далеко от того места, где они хотели оказаться... А вот придя на исповедь к духовнику и поисповедовавшись, такие люди без риска и страха перейдут реку по мосту. Ведь в Таинстве Исповеди действует Благодать Божия, и человек освобождается от греха» [31].

А вот как видит задачу православного психолога И.Н. Машкова – руководитель психологической службы при православном центре «Животный источник» в Царицыне: «Собственно, смысл нашей работы с человеком в том, чтобы подготовить его к общению со священником. Мы ни в коей мере не подменяем священнического служения, мы просто помогаем человеку совершить эту первоначальную работу размышления над собственной жизнью, чтобы он нашел болевые точки собственного “я”, которые ему помогают потом покаяться» [26].

Игумен Евмений так оценивает состояние современной психологии: «Поразительно то, что большинство отечественных психологов даже не подозревают о существовании такого большого пласта “психологических наработок”, свидетельствующих о том, что в Православии вот уже около двух тысячелетий существует “психотерапевтическая школа” со своей четко выработанной концепцией, мировоззренческой платформой и де-

тально разработанным инструментарием. Вот где “непаханое поле” для исследовательской работы специалистам – психологам, открывающим все новые и новые направления психотерапии, но, к сожалению, совершенно не знающим того сокровища, которое таит святоотеческая психология».

В арсенале клинической психотерапии имеется большое количество методов. Под методом понимается общий принцип лечения, вытекающий из понятия сущности (патогенеза) заболевания. Так, например, понятие невроза как заблуждения ума, ошибочного мышления породило метод рациональной психотерапии Дьюба. Трактовка невроза как расстройства, вызванного застреванием в бессознательной сфере аффекта, пережитого в прошлом, породило метод катарсиса. Представление о неврозе как проявлении вытесненного в бессознательное инфантильно-сексуального влечения привело к появлению психоанализа Фрейда.

По мнению известного исследователя православной психотерапии и психологии, одного из соавторов «Психотерапевтической энциклопедии», консультанта по религиозно-конфессиональным вопросам Федерального центра по психотерапии и медицинской психологии Минздрава РФ С.А. Ершова, «не случайно многие методы психотерапии связаны с лечением неврозов и других психических заболеваний. Вспомним, что медицинская психотерапия родилась в недрах психиатрии и неврологии и лишь позднее вышла за их пределы в клинической практике, а затем распространилась и во “внеклиническую” сферу» [15].

Вот что писал доктор богословия, доктор философии епископ Венский и Австрийский (ныне архиепископ Волоколамский) Иларион (Алфеев) в книге «Митрополит Суражский Антоний. Труды»: «Отмечу, что медицина в каком-то смысле родственна пастырству. В святоотеческой традиции труд священника нередко сравнивается с врачебным искусством. Как пишет святитель Григорий Богослов, если врачебное искусство направлено на материальное и временное, то пастырство заботится о душе, которая нематериальна и божественна по происхождению. Врач предписывает больному лекарства, рекомендует профилактические средства, иногда даже употребляет прижигания и хирургическое вмешательство; однако гораздо труднее врачевать “нравы, страсти, образ жизни и волю”, исторгая из души все животное и дикое и насаждая в ней все кроткое и благородное<sup>4</sup>. “По всем этим причинам, – заключает святой Григорий, – считаю я нашу медицину гораздо более трудной и значительной, а потому и более предпочтительной, чем та, что имеет дело с телами, еще и потому, что последняя мало заглядывает вглубь, но по большей части занимается

---

<sup>4</sup> Григорий Богослов, святитель Собрание творений: В 2 т. Свято-Троицкая Сергиева лавра, 1994. Т. 1. С 30.

видимым, тогда как наша терапия и забота всецело относится к сокровенному сердцу человеку”<sup>5</sup>.

Говоря собственно о медицине, святитель Григорий называет ее “плодом философии и трудолюбия”<sup>6</sup>, подчеркивая свое уважение к ней. Впрочем, среди Отцов Церкви не было профессиональных медиков: и Григорий Богослов, и Василий Великий, и многие другие Отцы изучали медицину в университетах, но не были практикующими врачами, а потому их рассуждения о врачебном искусстве не выходили за рамки общеизвестных сведений из области медицины. Владыка Антоний в этом смысле идет гораздо дальше Отцов: он привлекает реальный врачебный опыт для интерпретации различных феноменов физического и духовного бытия человека».

Господь Бог приходит к человеку в молчании. И лишь в глубине Божественного молчания может состояться встреча больного с духовным врачом. Именно так видит встречу больного с духовником митрополит Антоний Сурожский: «Для того, чтобы так душевно подойти к человеку, нужно громадное внутреннее целомудрие, нужно быть в состоянии посмотреть на человека как на икону, на живую икону, к которой ты подходишь с глубоким уважением, с благоговением и по отношению к которой ты будешь действовать, как действовал бы в храме по отношению к писаной иконе. То есть – молитвенно, благоговейно, чутко, смиренно, трепетно и прислушиваясь изо всех сил не только к тому, что в человеке есть, что он может сам сказать, но и к тому, что Дух Святой совершает в нем. Внутреннее молчание священника, его способность встречать человека на какой-то глубине, очень важно, потому что болезнь – это момент изумительной встречи с человеком. И, кроме того, умеете молчать. Пусть болтовня отступит, даст место глубокому, собранному, полному подлинной человеческой заботливости молчанию. Молчанию научиться нелегко. Сядьте, возьмите больного за руку и скажите спокойно: “Я рад побыть с тобой”. И замолчите, будьте с ним, не воздвигайте между вами целый мир незначительных слов и поверхностных эмоций. Пусть ваше посещение будет ему в радость, пусть он знает, что и для вас быть с ним – радость. И вы обнаружите то, что я не раз обнаруживал за последние 30–40 лет: в какой-то момент люди становятся способными говорить – говорить серьезно, говорить глубинно, произносить то немногое, что сказать стоит. И вы обнаружите нечто еще более поразительное: что вы и сами способны говорить именно так» [2].

---

<sup>5</sup> Там же. С. 31. Ср.: 1 Пет. 3: 11.

<sup>6</sup> Там же. С. 618.

Но искусство молчания во многом утеряно для современного человека. Мы не умеем сегодня молчать во всей божественной полноте и глубине – нам мешают страсти. Так возможно ли использование духовно ориентированной психотерапии и самовнушения в комплексной борьбе со страстями? И что необходимо в первую очередь в деле профилактики и предотвращения дурных привычек?

«Однажды старца Паисия спросили:

– Можно ли одним разом отсечь какую-то дурную привычку?

– Прежде всего, – ответил отец Паисий, – человек должен понять, что эта привычка ему вредит. Поняв это, он должен захотеть начать борьбу, чтобы избавиться от этой привычки. Для того чтобы отсечь дурную привычку одним махом, надо обладать большой силой воли. Веревка, постепенно протерев ложбинку в колодезном срубе, уже не соскальзывает ни вправо, ни влево. Так и любая привычка постепенно протирает ложбинку в сердце и потом выходит из этой ложбинки с трудом. Поэтому надо быть очень внимательным, чтобы не приобретать дурных привычек, потому что потом потребуются немалое смирение и большая сила воли, чтобы их отсечь. < ... > Хорошая привычка – это добродетель, привычка злая – страсть» [31].

Народная мудрость гласит: «Посеешь поступок – пожнешь привычку. Посеешь привычку – пожнешь характер. Посеешь характер – пожнешь судьбу». Стало быть, битва со страстями, направленная на изменение собственной злой большой судьбы, начинается с доброго поступка.

Православная психотерапия видит источник многих болезней как в психосоматических особенностях человека, так и в его страстях – она рассматривает человека не только как больного, но и как страдающего грешника, поэтому ее методология имеет свои особенности. «Слово “страсть”, как легко видеть, происходит от глагола “страдать” и обозначает внутреннюю болезнь. По словам Филофея Синаита, страсть, вообще говоря, внедряется в душу долговременным пристрастием».

В «Психологическом словаре» дано следующее определение страсти: «Для психолога страсть – сильное, стойкое, всеохватывающее чувство, доминирующее над другими побуждениями человека и приводящее к сосредоточению на предмете страсти всех его устремлений и сил. Причины формирования страсти могут определяться осознанными идейными убеждениями, исходить из низменных влечений, иметь патологическое происхождение (например, в случае паранойяльного развития личности). Страсть может быть принята, санкционирована личностью, а может осуждаться ею, переживаться как нечто нежелательное, навязчивое. Основным признаком страсти является ее действительность, слияние волевых и эмоциональных моментов. Единство нравственного, разумного начала и

страсти нередко выступает движущей силой великих дел, подвигов, открытий» [24].

Следовательно, с позиций советской науки страсть в определенных случаях может играть положительную роль. «По святоотеческой терминологии, – пишет Н.Д. Гурьев, – страсть относится к болезненным ненормальным явлениям душевной жизни. Это такое влечение, которое исключительно и односторонне возобладало над духовным началом в человеке. Если человеком не осуществляется самореализация как образа и подобию Божия, то основной причиной этого являются именно страсти, вырабатывающие в человеке ложные, превратные направления всей жизнедеятельности и лишаящие его природной по сотворению способности добротолюбия и доброделания» [12].

Согласно «Добротолюбию»<sup>7</sup>, страсти во всем их многообразии аскеты разделяют на телесные и душевные. Первые имеют место в телесных потребностях и рассматриваются как патологические психофизиологические состояния. Существует внутренняя диалектика греховных страстей: одна страсть неизбежно производит другую, более тяжелую: например, чревоугодие порождает блуд; блуд приводит к сребролюбию; сребролюбие сменяется унынием; а уныние заканчивается гордыней.

Центр тяжести всех страстей – и душевных, и телесных – полагается в духовной сущности человека, в ее искаженном и поврежденном состоянии, то есть в постановке самого себя в центр судьбоносной деятельности, в некую автономность путем своеумия, своеволия и самоугодия. Алкогольная и наркотическая зависимости в святоотеческом понимании диагностируются как страсть чревоугодия, или плотоугодия. Без подвига борьбы со страстями душа не достигает искомого исцеления. Более того, в этих случаях страсти могут передаваться наследственно, как генетически обусловленные заболевания. Отсюда и борьба с фундаментальными страстями чревоугодия, к коим принадлежат пьянство и наркомания, подрывает все страстное здание [9].

Обратившийся за помощью страждущий пациент воспринимается православной психотерапией и как подвижник, вставший на путь преодоления своих немощей, и как страдающий грешник, измученный борьбой со страстями. Знание о том, что представляют собой страсти с позиций христианского аскетизма, необходимо для духовной диагностики, интерпретации клинических данных и результатов психологического исследования. Задача православной психотерапии – привести страждущего к покаянию через эмоционально-стрессовое осознание человеком страстных механизмов болезни, активизацию значимых духовно-нравственных пе-

---

<sup>7</sup> Сборник святоотеческих текстов, относящихся к аскетической практике.

реживаний, пробуждение Богом данных резервных возможностей психики человека для восстановления искаженного в нем образа Божия [8, 10, 11].

По образному определению греческого митрополита Иерофея (Влахоса), «именно Православие, сохранившее сущность христианства, располагает большим “психотерапевтическим потенциалом” или, вернее, само Православие по существу является медицинской наукой. Ведь все средства, которыми оно пользуется, да и сама его основная цель заключаются в том, чтобы исцелить человека и направить его к Богу. Чтобы прийти к богообщению и достичь блаженного состояния обожения, необходимо прежде всего исцелиться. Потому-то Православие, наряду с другими его определениями, можно назвать медицинской наукой и курсом лечения. Однако оно явным образом отличается от других психотерапевтических методик, поскольку в центре его стоит Богочеловек, а не просто человек, и поскольку оно достигает своей цели не с помощью человеческих методик, но благодаря помощи и действию божественной благодати, при подлинном взаимодействии божественной и человеческой воли» [21].

«Православная психотерапия в своих основах близка к личностно-ориентированной психотерапии, – считает С.М. Зарин, – поскольку рассматривает человека как созданного по образу и подобию Божию. Ей присущи христианское милосердие, врачебное человеколюбие и христоролюбие в сочетании с умением пользоваться медицинскими и психотерапевтическими знаниями. Чуждость антропоцентрическому гуманизму, в основе которого лежит самодостаточность человека и представление о мире, что он есть и должен быть только областью человека, отдаляет и разделяет православную психотерапию как от директивной, так и гуманистической психотерапии. Православная психотерапия христоцентрична, она отвергает лжеблагочестие и неумеренный аскетизм, не соответствующий духу святоотеческого понимания» [19].

Рассматривая с позиций психотерапии деятельную сакральную жизнь Церкви, выделим такие ее составляющие, как пастырское душепопечение (с Таинством Исповеди и Покаяния, институтом духовничества, специальными молебнами) и богослужение во всей литургической полноте. Психотерапевтический эффект каждого из них, ритмическая структура всей службы, участие в ней певчих и паствы, эмоциональная насыщенность – все подчинено единой цели: очищению души, а на языке психотерапии – разрядке отрицательных аффектов, катарсису. Русский философ и священник Павел Флоренский рассматривал ритм, темп и интонацию как древнейшие и существенные части богослужения. И если ритм, темп и интонация соблюдены, то чтение, пение, молитва производят свое очи-



щающее действие на души людей, даже если их содержание воспринимается на подсознательном уровне [15].

Предтеча духовной психотерапии святитель Феофан Затворник очень точно сформулировал психотерапевтическое значение слова: «Слово <...> по сродству его с духом нашим проходит внутрь, до разделения души и духа, оживляет последний и осеменяет его к плодоношению дел духовных. Возбудительная сила его тем значительнее, что оно действует разом на всего человека, на весь его состав. Звук, или членосостав слова поражает слух, мысль занимает душу, а невидимая сокровенная в нем энергия касается духа» [36].

О всеначальном значении Слова апостол и евангелист Иоанн Богослов говорит следующее: *«В начале было Слово, и Слово было у Бога, и Слово было Бог. Оно было в начале у Бога. Все чрез Него начало быть, и без Него ни что не начало быть, что начало быть. В Нем была жизнь, и жизнь была свет человеков; и свет во тьме светит, и тьма не объяла его»* (Ин. 1: 1–5).

Конечно же, Иоанн Богослов под Логосом = Словом понимает Вторую ипостась Святой Троицы – Сына Божия Иисуса Христа, а не слово как орудие психотерапевта, но тем не менее слово врача действует не только как физиологический и лечебный фактор в медицинском понимании [33], но и в богословском понимании является «дополнительным и совершительным» способом воздействия благодати Божией на человека. Бесценно ее участие в исцелении человека, в помощи ему при духовной брани. Как с чисто медицинских, так и с церковных позиций эффективность исцеляющего воздействия в немалой степени зависит от личности и авторитета психотерапевта, его веры в божественную помощь [8, 15].

«Вся наша жизнь построена на внушениях и самовнушениях, – пишет В.К. Невярович, – содержит она и житейский гипноз, под влиянием которого все мы в той или иной степени находимся. Ложь проникла в слово, исказив его божественное предназначение. Святоотеческая психотерапия стремится избежать лжи и пустословия. Стоит ли повторять, какие высокие требования должны быть предъявлены к самому психотерапевту? Какой образ жизни он должен вести, как над собой работать, как верить, молиться, любить и прочее?»

Еще преподобный IV века Иоанн Прозорливый, подвизавшийся в Египте в царствование Феодосия Великого, писал о качествах, необходимых врачу-христианину: «Сострадать больным и помогать им врачеваниями – доброе дело, и врач, пекущийся о больном, получает награду от Бога. Но для всего этого надобно, чтобы он был благочестив, чтобы как сам питался Тайнством Святой Церкви, так и своим пациентам не только не запрещал бы того же, но и первым делом советовал бы. Он должен

быть смиренным и думать не о своей славе, а о Божией, помня, что: "для того Он и дал людям знания, чтобы прославляли Его в чудных делах Его" (Сир. 38: 6)"» [28].

Святые Варсонофий Великий и Иоанн позволяли больным причащаться Святых Таин каждый день. А святой Иоанн Кронштадтский говорил, что надо причащаться часто Святых Таин потому, что неизвестен час кончины человека и христианин должен быть всегда готов встретить грозный час смерти, после которой тотчас следует суд Божий.

В качестве примеров врачующей силы Святых Христовых Таин приводится следующее: «Мать св. Григория Назианзина, тяжело заболев, как только приняла Божественное Причащение из рук своего сына, тотчас выздоровела» («Слово» св. Григория на погребение отца *своего*).

«К преподобномученику Епиктету, пресвитеру, один знатный вельможа привез свою дочь, пятнадцатилетнюю отроковицу, бывшую три года в расслаблении, и просил его исцелить болящую. Святой Епиктет помолился Богу, помазал освященным елеем расслабленную отроковицу – и она тотчас встала здоровой. При этом преподобный сказал сановнику: “Если желаешь, чтобы никакой болезни не было в твоём доме, то каждый воскресный день приобщайся с домашними твоими Божественных Таин Тела и Крови Христовой с чистым сердцем”.

Через Святые Тайны Господь подаёт немым глаголение. Святой Андрей, архиепископ Критский, в младенчестве до семи лет был нем, но, по приобщении с родителями Святых Таин, он начал говорить: такова сила в Святых Тайнах.

Через Святые Тайны Господь подаёт прозрение слепым. Святой Иоанн Постник, архиепископ Константинопольский, положил на очи одному слепому часть Тела Христова и сказал: “Исцеливый слепого от рождения, Той да исцелит тя”, и он прозрел. Такова чудная сила святых Христовых Таин! [14].

Один из известнейших русских писателей тяжело заболел. «Врач пришел, – пишет он, – пощупал пульс, посмотрел на язык и ни слова не сказал. Я спросил его, отчего по всей коже показавшиеся сперва красные пятна превратились в фиолетовые, а теперь сделались черными? “Да у вас и язык уже весь почернел”, – отвечает он. Кажется, довольно бы этого приговора; он, выходя, остановился у дверей и вслух сказал слуге: “Не мучьте его понапрасну, не давайте ему более лекарств; я думаю, он и суток не проживет”. О моем здравии был отслужен молебен. Затем я удостоился Святого Причащения в день Воздвижения Креста. По совершении этого силы стали быстро приходить ко мне даже без помощи лекарств. Надо мной совершилось чудо, точно чудо!.. Когда висел я над могилой и не упал в нее, на то была та же самая воля, без которой волос не упадет с

головы человеческой. Многим ли удавалось быть одной узкой чертой отделенными от вечности и круто поворотить от нее вспять? Я могу сказать, что отведал смерти...» [5].

По мнению Симеона Нового Богослова, благодать, которую получает человек во время Святого Причастия, делает человека огнем сильным во всех частях его. И этот огонь пополяет врагов, приближающихся к нему. Размышляя о трех потоках благодати Божией, владыка Антоний Сурожский писал: «Афонский старец Силуан говорил, что благодать доходит до нас, так сказать, тремя потоками: мы сначала соприкасаемся с благодатью в молитве, в размышлении, на вершинах нашего существа, в душе; когда наш дух пропитан благодатью, благодать заполняет нашу душу, то, что можно назвать областью психики, сознательного и бессознательного, и отсюда благодать доходит и до тела нашего; из жизни святых можно видеть, что они отличались от нас не только духом, не только умом, но и в теле. Все основное в нашей духовной жизни исходит не из нашего разума – разум только воспринимает то, что происходит в нас. И в самом деле, Бог достигает до нас таинствами, чудесами, всем, чем Он воздействует непосредственно на нас, включая и наше тело.

Вся христианская педагогика основана на том, что мы признаем, что разум не создает ситуацию, но обнаруживает ее, охватывает ее. Мы не стремимся сначала научить ребенка – да и взрослого человека – тому, что такое вечная жизнь, мы верим, что сначала можем дать ему опытное переживание ее, только потом он начинает что-то понимать. Многое недоступно на уровне интеллекта, но уловимо опытным переживанием. Это относится не только к религиозной области, это относится к красоте, к искусству, это относится к любви. Мы не предлагаем человеку доказательства, что музыкальное произведение или картина прекрасны, прежде чем дать ему пережить красоту музыки или живописи. И как ни богата мировая литература поэзией и прозой, где говорится о любви, в которых любовь описывается, сколько-то передается, ее невозможно передать, пока у человека нет прямого, личного опыта любви. В этом же порядке нам преподаются Таинства, и затем, по мере того как мы возрастаем умом, чувствами, волей, физическими свойствами, нас учат и люди, и Бог, как понимать собственный опыт, как прозревать действие Божественной благодати, как понимать то, что иначе мы никак не могли бы понять. Все это относится к области, где невозможно никакое сравнение: все сравнения доносят смысл только до того, кто уже опытно познал самое переживание. Иначе они только уведут в сторону» [2].

Пытаясь понять, что есть человеческая свобода, размышляя о необходимости таинственно дающихся человеку личных переживаний, в очередной раз обратимся к выдающемуся подвижнику православия нашего

времени, владыке Антонию Сурожскому: «Если остановиться на человеке: где предел нашей свободы и что такое наша свобода? Если думать, что, не будучи ничем обусловленными, мы можем делать все, что захотим, – совершенно ясно, что у нас этой свободы нет. Мы не можем летать, мы не можем делать массу других, гораздо более простых вещей. Но где границы этой свободы? Первая граница в начале. Бог нас сотворил, не спрашивая, и каждый из нас появляется на свет, не будучи спрошен. Тут никакой свободы нет, есть данность, и мы знаем, что в конце времен будет какой-то итог жизни всей твари. Мы все станем перед Богом, и Бог произнесет какое-то суждение или, если предпочитаете, суд над нами. В интервале же между этими двумя моментами – в какой мере мы свободны или определены? В значительной мере определены – мы определены тем, что созданы человеками, людьми: у нас кровь, плоть, ум, у нас сердце; мы определены обстановкой, в которой рождаемся, влияниями, которые на нас действуют. Значит, нельзя просто сказать, что мы свободны в том смысле, в котором Бог свободен.

Если можно употребить здесь образ, у меня впечатление, что мы ужасно похожи на жука, которого посадили в стакан. Когда он старается пробиться через дно – ему пути нет, через стенки – тоже некуда. Одна только возможность: вылететь из стакана. У нас та же самая возможность. У нас нет возможности пробиться по ту сторону Божиего творческого слова, у нас нет возможности пробиться по другую сторону и, как Иван Карамазов того хотел, “отдать свой билет Богу”, у нас нет возможности вырваться из тех биологических или душевных условий, которые составляют нашу человечность, но есть одна возможность: вырасти в меру Богочеловека» [2].

Одним из первых святоотеческих пособий по православной психотерапии по праву можно назвать «Путь ко спасению» святителя Феофана (Говорова) – руководство, написанное во второй половине XIX в. Христианская жизнь систематично представлена в нем как метод преодоления личностных духовно-нравственных проблем, разрешения психотравмирующих ситуаций и коррекции неадекватных реакций. Детально описан весь психотерапевтический процесс: от анализа возникновения мотивации, служащей исправлению (предпосылки покаяния), до содействия в изменении жизненных установок (реконструкция отношений, нарушенных внутриличностным конфликтом). Обобщенный святителем Феофаном опыт подвижников предвосхитил востребованность психотерапии в научном понимании термина задолго до выделения ее в самостоятельное направление, отдельное от клинической психиатрии [15].

Говоря о православной психотерапии, следует различать две ее формы, взаимопроникающие друг в друга: научно-практическую (собст-

венно медицинскую) и церковную. В первом случае все виды помощи (консультирование, диагностика, лечение, профилактика) осуществляются профессиональными врачами и медицинскими психологами в диапазоне психотерапевтических и психокоррекционных общемедицинских мероприятий с учетом не только патогенеза заболеваний, но и действия страстей, и оттого такая помощь является врачебным медицинским мостом, приводящим в храм. В связи с этим теоретико-методологическая база указанных видов врачебной помощи аккумулирует знания как естественных, так и богословских наук. Во втором случае речь идет о Таинствах и психотерапевтическом воздействии практики церковного душепопечения, обрядов и дисциплин, установленных с апостольских времен, развитых в святоотеческий период и лишь незначительно скорректированных к настоящему времени [7, 8]. Архиепископ Харьковский Макарий полагал, что «Таинство есть священное действие, которое под видимым образом сообщает душе верующего невидимую благодать Божию, будучи установлена Господом нашим, чрез которого всякий из верующих получает Божественную благодать».

В «Полном православном богословском энциклопедическом словаре» о Таинствах сказано следующее: «Таинство, лат. *Sacramentum*, имеет в св. Писании значение всего сокровенного (1 Кор. 13: 2), тайны, непостижимой даже для ангелов (Рим. 14: 24; Ефес. 1: 9; 3: 3, 9; Кол. 4: 3; 1 Пет. 1: 12) и вместе с тем – божественного домостроительства, которым спасается род человеческий (1 Тим. 3: 16) и в силу которого незримая благодать Божия становится для верующих видимой (1 Кор. 4: 1). Согласно Учению Православной Церкви, “Таинства – богоучрежденные священные действия, в которых под видимым образом сообщается верующим невидимая благодать Божия”. Существенным признаком Таинства является богоучрежденность, то есть божественное происхождение. Действительно, они установлены Самим Иисусом Христом и о важнейших, таковы Причащение, Крещение и Покаяние, Он говорил в Своей земной жизни. Что касается других Таинств, то они упоминаются в посланиях апостолов, в книге Деяний, в творениях св. отцов Церкви. Второй признак Таинств – видимый образ, то есть видимые средства, внешние знаки, коими усваивается невидимая сила Божия и призывается благословение Божие на внешнюю жизнь и деятельность человека. Средства эти или обряды установлены Церковью. Третий признак Таинств – снисхождение в духовно-нравственную жизнь человека благодати Божией, изменяющей эту жизнь, очищающей ее от греха и способной возродить человека. < ... > Православное учение считает важнейшими условиями Таинств действительность и действенность. Действительность – объективная сторона Таинств – заключается в том, чтобы Таинства были правильно совершены,

то есть законным духовным лицом, соблюдающим законную внешнюю форму согласно божественному установлению. В противном случае Таинства недействительны. Чтобы они были действительны, то есть чтобы верующий сподобился получить благодать, он (субъект, принимающий Таинство) должен приступать с особенным настроением, проявить искреннее желание и полную готовность принять Таинства, сознать величие совершаемого и верить искренно. Иначе Таинства послужат к осуждению человека (1 Кор. 9 :26, 30). < ... > Всех Таинств в православной церкви 7, соответственно 7 дарам Святаго Духа (Ис. 11: 2, 3); 7 хлебам (Мф. 15: 36, 38), 7 золотым светильникам, звездам, печатям, трубам и т. п. (Апок. 1: 12, 13, 16; 5: 1; 8: 1, 2). Крещение – сообщающее благодать Св. Духа, очищающее от грехов и перерождающее; Миропомазание – укрепляющее в новой жизни; Причащение – соединяющее со Христом и делающее причастником жизни вечной; Покаяние – дарующее прощение грехов; Священство – посвящающее на служение Церкви и совершение Таинств; Брак – дарующий благодать для благословенного рождения и христианского воспитания детей; Елеосвящение – исцеляющее больного. Некоторые Таинства признаются не повторяемыми, таковы: Крещение, Миропомазание и Священство, и повторяемые – все остальные; затем общеобязательные – Крещение, Миропомазание, Причащение, Покаяние, и не обязательные всем – остальные» [34].

Вот что писал о Таинствах митрополит Антоний Сурожский: «Чудо нам кажется исключительным явлением, на самом деле это не так, чудо – нормальное взаимоотношение между Богом и созданным Им миром, гибкое, живое, полное любви взаимоотношение, которое может существовать между Богом и тем, что Бог сотворил способным любить Его, слышать Его голос. Это, мне кажется, соответствует библейскому богословию, это соответствует учению апостолов и учению, и самой жизни, и опыту Церкви. Описание этого опыта мы находим, например, в творениях святого Симеона Нового Богослова. Он вернулся из храма, причастившись Святых Тайн, он сидит на своем ложе и размышляет. Он озирается вокруг, смотрит на себя и дивится. Эти руки (говорит он), хрупкие, бессильные, – это руки Самого Бога, это тело, жалкое, старое, слабеющее тело, вмещает присутствие Божества, и эта келья, малая и жалкая, – больше небес, потому что содержит Бога... Это не аллегория, не выдумка или воображение, это непосредственный, глубокий, конкретный опыт, коренящийся во всем Ветхом и Новом Завете. Все, что сотворено Богом, пребывает в Боге, и глубоко соотношении с Ним, способно почуять Его, познать Его. Если бы только мы могли сознать потенциальные возможности всего Богом сотворенного! Я сейчас думаю не о том, что открывается науке, не о необычайных возможностях атома – я говорю о чем-то более глубоком, о

более глубинных свойствах материи, чем ее естественные качества. Нет ничего в этом мире, от мельчайшей пылинки до величайшей звезды, что не содержит в своей сердцевине, не несет в своих глубинах, так сказать, трепетность, радостное волнение первого момента бытия, своего становления в бытие, обладания бесконечными возможностями, когда все входит в Божественную область так, что познает Бога и ликует в Нем. Мир кажется нам темным, непрозрачным, непроницаемым и густым, но это потому, что случилась трагедия, которую мы называем падением, как бы ни определять то событие, в результате чего царственная свобода послушания и гармонии сменилась жесткими правилами и законами, которые уходят на какую-то глубину, но, тем не менее, не до конца покорили рабству то, что Бог создал для свободы.

Эта способность мира, способность материи этого мира (оставляя в стороне нашу душу и дух) быть в Боге и вмещать Бога, с одной стороны, является условием Воплощения, и, с другой стороны, на ней основана наша вера в Таинства. В Воплощении Бог, у Которого нет общей меры с тем, что Он сотворил, становится соприсушным Своему творению, облекается в человеческую плоть, в которой содержится все существующее, все, что есть в этом тварном мире. Он воспринимает все вещество этого мира, и это вещество не только Его собственного исторического тела, но всего мира, таинственно, невообразимо, личным образом соединяется с Самим Богом. И когда после Воскресения Христос возносится на небо, Он таинственно уносит все вещество нашего мира в самые глубины Божественной реальности. Бог присутствует в мире, становится частью не только его истории, но его существа, и мир присутствует в Боге.

На этом, а также на том, о чем я говорил раньше, основана наша вера в Таинства, в таинственные действия, совершаемые в Церкви силой Божией, посредством которых вещество этого мира приобщается Божественной области и становится способным донести ее до нас. Воды крещения, елей помазания, миро, хлеб, вино приносятся Богу, изымаются из контекста этого мира, который стал безбожным, они вносятся в Царство Божие и вновь обретают свободу, освобождаются действием человеческой свободной воли и веры и действием Божественной любви. И сами эти предметы, не аллегорически, не внешним образом и как бы независимо от Божественного действия, сущностно становятся проводниками Божественной силы, Божественной благодати, Божественного света, сами становятся чудом, чудесным явлением, потому что они восстановлены к цельности и к способности всей твари свободно общаться с Богом» [2].

Области научно-практической и церковной психотерапии глубоко проникают друг в друга. Но есть между ними и разделяющая граница. Возможность совершения Таинств священником коренным образом отли-

чает его от врача-психотерапевта. Ведь сам священник получил Дар Священства – как Таинство – через рукоположение, совершенное во время Божественной Литургии правящим епархиальным архиереем (епископом, архиепископом, митрополитом), который, являясь прямым приемником апостолов, лишь один обладает всей полнотой церковной власти, полученной от Самого Господа Нашего Иисуса Христа, сказавшего Первоверховному апостолу Петру: «...ты Петр, и на сем камне Я создам церковь Мою и врата ада не одолеют ее; и дам тебе ключи Царства Небесного: и что свяжешь на земле, то будет связано на небесах; и что разрешишь на земле, то будет разрешено на небесах» (Мф. 16: 18–19). Именно невозможность совершения церковных Таинств врачом-психотерапевтом как священником ограничивает его духовное воздействие на больного человека.

Но при этом врач-профессионал хорошо знает законы физического, психосоматического и психического устройства человека, к тому же он имеет конкретный практический опыт в борьбе с нервно-психическими недугами. Вот почему врач – как «духовник физических немощей» – через свой врачебный авторитет может оказывать не только действенную медицинскую помощь, но проводит неоценимую работу в формировании покаянного состояния у больного. Врач помогает страждущему человеку воцерковиться: прийти в Церковь для совершения Таинств и тем самым восстановить самовольно нарушенные человеком отношения с Богом. Таким образом, через воцерковление человека православный врач закрепляет у больного положительный результат медицинского лечения и подтверждает свое божественное предназначение: «Почитай врача честью по надобности в нем, ибо Господь создал его и от Вышнего – врачевание» (Сир. 38: 1).

В контексте данной статьи мы хотим поставить следующий, достаточно дискуссионный вопрос: не являясь духовником и не будучи священником, может ли православный врач быть путеводителем в духовной жизни своих пациентов? В книге «Отец Иоанн. Жизнь Валаамского старца (1873–1958)» настоятель Ново-Валаамского монастыря архимандрит Пантелеимон пишет следующее: «Деятельность старца, строго говоря, не есть таинство. Поэтому всякий православный мужеского пола, монах или мирянин, может стать старцем, если имеет к этому дар. Чтобы сделаться священником, надо учиться, а старцем надо родиться. Немногие имеют такое призвание <...> Руководитель (старец) должен быть бесстрастным и иметь дар рассуждения, именно: знать время, начинания, предприятия, устройство человека, крепость, знание, усердие, возраст, силу тела, сложение, здоровье и болезненность, нрав, место, воспитание, расположение, поведение, понимание, природный ум, старание, бодрость, медлительность, намерение Божие, смысл каждого изречения Божественного Писа-



ния и многое другое. Вот каков должен быть руководитель в духовной жизни и какое иметь рассуждение <...> Отец Иоанн был настоящим старцем, ибо сердцем понимал ближнего, любил его, соболезнавал в скорбях. Такая черта – врожденная. Образование и обучение не меняют сердце человека. Знания и навыки старец, конечно, должен приобрести. Но главная черта, определяющая его пригодность к будущей деятельности, должна быть уже в самой основе характера. Отец Иоанн умел выслушивать и успокаивать приходящих к нему со своими бедами монахов и мирян» [30].

Но прежде всего следует помнить, что «старцем надо родиться». Это чрезвычайно редкий Божий дар, не подлежащий человеческому тиражированию и обучению. Таким старцем, по нашему мнению, был протоиерей Василий Лесняк. Он имел благословение на старчество своего духовника протоиерея Владимира Шамолина, известного в первой половине XX в. питерского старца. У последнего, в свою очередь, был духовником всероссийский старец преподобный Амвросий Оптинский, который являлся духовным отцом великого русского писателя Ф.М. Достоевского. Именно преподобный Амвросий Оптинский послужил прототипом для создания образа старца Зосимы из «Братьев Карамазовых».

Очень важно строго регламентировать и разделять функциональные обязанности врача и священника. Но, порой, непостижимый Божий Промысл являет нам – как примеры устранения всех разделяющих врача и священника границ – жизненные пути таких выдающихся подвижников православия, как святитель Лука (Войно-Ясенецкий), митрополит Антоний (Сурожский) и многих других Отцов Церкви прошлого и настоящего времени, врачей и священников одновременно.

Должен ли православный врач стремиться, в конечном счете, стать и священником? Многие врачи и целители, например святой великомученик и целитель Пантелеимон, святые бессребреники Косма и Дамиан Асийские и другие таковыми не были. Такое профессиональное разделение, по-нашему мнению, чрезвычайно полезно, ведь если врач нуждается в помощи священника, то у него создается своего рода целительная недостаточность. Последнее весьма благоприятно для смирения врача и немало служит профилактике возникновения высокого о себе самомнения и врачебной гордыни. Когда целитель, врач и священник соединяются в одном лице, появляется своего рода лечебная самодостаточность. Духовные ловушки для столь одаренного человека стоят в этом случае на каждом шагу, так что спастись последний может лишь с великим трудом и при особой Божией милости. По поводу совмещения профессий народная мудрость учит, что не следует стремиться усидеть на двух стульях одновременно.

«Трудно человекам переносить славу без вреда для души своей. Трудно это не только страстным или борющимся со страстями, но и победившим страсти, и святым. Хотя дарована им победа над грехом, но не отнята у них изменяемость, не отнята возможность возвратиться ко греху и под иго страстей <...> Наклонность гордости, как замечает преподобный Макарий Великий, пребывает в самых очищенных душах. Эта-то наклонность служит началом совращения и увлечения. По причине ее дар исцелений и прочие видимые дары очень опасны для тех, которым они даны, как высоко ценимые плотскими и чувственными людьми, прославляемые ими. Невидимые благодатные дары несравненно выше видимых; как, например, дар руководить души ко спасению и врачевать их от страстей не понимаются и не примечаются миром <...> Милосердный Бог дает человекам то, что им существенно нужно и полезно, хотя они не понимают и не ценят этого <...> Многие, говорит Исаак Сирский, совершили знамения, воскресили мертвых, потрудились в обращении заблудших, сотворили великие чудеса <...> а после сего сами они <...> впали в скверные и мерзостные страсти, умертвили самих себя» [20].

Когда митрополита Антония (врача по образованию) спросили, продолжает ли он сейчас свою врачебную деятельность, владыка ответил: «Нет, я давно бросил. Я пробовал с полгода быть врачом и священником одновременно, и ничего не получилось: это несовместимо просто по времени. У меня была полная практика, которая занимала весь день, и затем, став вторым священником на приходе, я должен был быть свободным отзываться на нужды прихожан, когда они появляются. И у меня хронически было такое положение: я должен служить в церкви, у меня десять больных, которых надо посетить: значит, я перед ними виноват, если к ним не иду, но люди стоят у двери церкви и тоже имеют какие-то права, а меня нет... И я все время был виноватым, и в конце концов скучно делается быть всегда виноватым перед всеми: хоть иногда хочется, чтобы был проблеск, что ты не виноват! В результате, надо было бы иметь две жизни каждый день. По существу, это было бы замечательное совмещение. Думаю, это возможно, например, как раньше было в Африке или таких неразвитых странах, когда человек мог заниматься тем и другим как бы параллельно, но в парижской обстановке это оказалось для меня лично невозможным.

Кроме того, я не считал справедливым, чтобы, когда человек зовет врача, как бы тайно входил священник; я считал, что справедливо разделить эти две области: неверующий человек имеет право, чтобы пришел только врач, ничто другое. Я хотел сказать, что чувствую: я не имею права прийти к человеку и начинать ему проповедовать веру – он имеет право видеть во мне врача без того, чтобы я на него наседаю. “Ах, ты в посте-

ли, у тебя сломанная нога, ты от меня не уйдешь, давай-ка я тебе поповеду»... У нас был один такой хирург в Париже, который этим злоупотреблял: как попадет к нему пациент, лежит в постели, удрать не может – он на него со своей верой. И, по-моему, он никого не обращал, потому что люди бывали возмущены тем, что он пользуется случаем, нарушает их свободу совести.

Для верующего все равно, что ты врач, а неверующему хочется иметь только врачебные отношения, это могло создать трудности. Это не создавало еще трудностей, потому что я слишком недолго был известен как священник, но могло бы создать. Но главное, что просто все время без остатка уходило на медицинскую работу, от утра до полуночи: куда же деть тогда остальное?» [2].

Следовательно, врач и священник в православной психотерапии выступают прежде всего как соработники Богу. Вот что пишет о соработничестве человека Богу профессор Санкт-Петербургской духовной академии протоиерей Владимир Сорокин в книге «Исцеление словом. Исцеление верой»: «Человек по своему созданию и призванию – *“соработник у Бога”* (1 Кор. 3: 9). Вдумайтесь, дорогие братья и сестры, в эти святые слова – соработник у Бога. Что может быть выше, благороднее... Неизмеримо высокое положение человека на служении у Господа предполагает, что он осознанно и ответственно будет жить, совершенствуя свои таланты и свои возможности. Для того чтобы уверенно и достойно нести свой жизненный крест, человеку нужно быть всегда в трезвом рассудке, душевном равновесии и телесном здравии. Всякая попытка насильно возбудить себя алкоголем, наркотиками или иными средствами есть бунт против своего Творца: *“Разве не знаете, что вы храм Божий, и Дух Божий живет в вас? Если кто разорит храм Божий, того покарает Бог, ибо храм Божий свят, а этот храм – вы”* (1 Кор. 3: 16–17). В православном нравственном богословии всякое чрезмерное насилие над своим здоровьем расценивается как грех тонкого самоубийства. Слава Богу, в настоящее время есть все возможности для любого человека молиться дома и в храме, трудиться, благодарить и прославлять своего Творца. При желании даже те, кого пленил грех алкоголизма или наркомании, сегодня выздоравливают и успешно трудятся во славу Божию» [35].

О подобном трудничестве врачей и священников при лечении психических болезней еще в восьмидесятые годы прошлого века писал выдающийся российский врач – основоположник социального, гуманистического и реабилитационного направлений в отечественной психиатрии профессор Д.Е. Мелехов в книге «Психиатрия и проблемы духовной жизни»: «Перед духовником, а также перед психиатром, если он верующий человек, стоит первая задача – поставить “духовный диагноз”, то есть не-

обходимо определить, что в этих страданиях человека имеет непосредственно духовную причину и подлежит лечению духовному. Одновременно надо установить, что в его переживаниях оказывается проявлением душевной болезни, имеющей причину в нарушении мозговой деятельности или всего организма, а потому требует врачебной компетенции, вооруженной современными знаниями законов психологической жизни, законов биологической, эмоциональной душевной жизни и медицинского воздействия (область психиатрии и психофармакологии). Или, наконец, у пришедшего имеются такие психофизические нарушения, которые являются непосредственным следствием личных или семейных грехов и тогда нуждаются в духовных и психиатрических методах лечения одновременно. В таких случаях духовное выздоровление может привести к психическому выздоровлению. (Именно так Иисус Христос исцелил расслабленного, когда увидел духовную причину болезни и начал с ее устранения: *«Чадо, прощаются тебе грехи твои.»*)

Вот этот этап определения правильного духовного диагноза – не менее, а, вероятно, даже более ответственный, чем только психиатрический диагноз. Это – определение духовного уровня развития, которого достиг человек, выяснение глубоко скрытого в тайниках души его отношения к Богу и ко греху и способности его сопротивляться силе греха. Здесь необходима компетенция умного и опытного человека, который имеет особый дар – как присущую ему способность духовной прозорливости или как результат обобщения духовного опыта. Апостол Павел это называл *“различение духов”* (*discretio spiritum*) и перечислял его среди даров духа, различных действий духа и служений (*«слово мудрости, слово знания, вера, исцеление, чудотворение, пророчество, различение духов»* – 1 Кор. 12: 8–10).

В сложных случаях, когда имеется одновременно и духовная, и душевная (психическая) болезнь, необходима компетенция и пастыря-богослова, и врача-психиатра, чтобы охватить анализом все сферы “течения” личности, все слои ее бытия в целом. Именно поэтому в современной зарубежной литературе стала аксиомой необходимость совместной работы врача-психиатра и пастыря-богослова. Это – веление времени, диктуемое интересами больных и широкого всестороннего понимания человеческой личности. Такая совместная работа необходима в сложных случаях как на этапе диагноза, так и на этапе лечения.

В качестве возможного варианта решения вопроса удачным является сочетание врача-психиатра и пастыря в одном лице.

Таков пример Уетерхарда, который на основании своей 30-летней работы психотерапевта и пастыря написал полезную книгу “Психология,

религия и лечение”, к сожалению, в основном отражающую не православный, а протестантский опыт ведения пастырской работы<sup>8</sup>. < ... >

И.П. Павлов видел основу здоровой личности, целостности нашего “Я” в правильном взаимоотношении и взаимодействии трех инстанций, трех систем высшей нервной деятельности:

а) безусловных рефлексов – врожденных биологических потребностей и инстинктов;

б) условных рефлексов, отражающих конкретный опыт личности;

в) и третьей инстанции – второй сигнальной системы, отражающей в речевой и обобщенной абстрактной форме высшие достижения человеческой личности, истории и культуры.

Здесь уместно напомнить <...> о понимании здоровья святыми Феофаном и Никодимом Святогорцем, для которых основным признаком здоровья было единство и гармония всех трех ступеней (сфер, слоев) человеческой личности – духовной, душевной и телесной, и это единство и гармония достигаются только при условии преобладающего влияния сферы духа, который должен властвовать над душой и телом. В этом единстве и гармонии – здоровье, норма человеческой жизни. В этом “спасение” (греческое слово значит одновременно и спасение, и здоровье). < ... >

Необходимо сказать о том важном, что определяет всех трех представителей науки и религии, которые призваны врачевать душевные недуги: врача, представляющего медико-биологическую точку зрения, психотерапевта, использующего методы психического воздействия на больного, и духовника, представляющего религиозную точку зрения и использующего методы духовно-душевного воздействия.

Все они в процессе работы с больным имеют одну общую задачу: помочь больному осознать свою болезнь, критически отнестись к симптомам болезни, к своим недостаткам, дефектам психики (интеллекта, темперамента, характера, поведения). Врач, использующий методы биологического и лекарственного (психофармакологического) воздействия для подавления бреда (галлюцинаций), возбуждения или депрессии, будет видеть успех своего лечения, если больной начинает понимать болезненное происхождение этих симптомов, относиться к ним как к явлениям, чуждым его личности.

Врач-психотерапевт сосредоточит внимание на тех симптомах, которые имеют психическое, психогенное происхождение, которые связаны

---

<sup>8</sup> За время безбожия в нашей стране в значительной мере был утрачен старый и не приобретен новый опыт общения представителей РПЦ с врачами. Потому сегодня приходится пользоваться подобным протестантским опытом работы, не отклоняясь при этом от канонической Православной Церкви и ее Таинств.

с психотравмирующими переживаниями. В этих случаях задачей психотерапевта является выяснить путем детального исследования происхождения болезни, явные или скрытые психопатологические или конституциональные корни болезни, объяснить их больному, довести до его сознания, помочь их осознать, критически оценить, преодолеть с помощью методов рациональной психотерапии (разъяснением, разубеждением, внушением), гипнозом, аутогенной тренировкой, наконец, воспитательной работой, психологическими методами и т. д.

Перед духовником стоит та же задача: помочь больному правильно, критически отнестись к психической болезни, осознать ее и активно ей противостоять, пользуясь в необходимых случаях помощью врача» [27].

По мнению старца Паисия, «духовник – это врач души. Нынешние люди устали; грехом и эгоизмом они доведены до одурения и помрачения. Поэтому сейчас – больше, чем в какую-либо другую эпоху – мы испытываем необходимость в хороших и опытных духовниках, которые просто и с непритворной любовью будут относиться к людям и с рассуждением их окормлять, чтобы те умиротворились. Если нет хороших духовников, то пустеют храмы и наполняются психиатрические лечебницы, тюрьмы и больницы. Люди должны осознать: они мучаются, потому что находятся вдали от Бога. Они должны покаяться и смиренно исповедоваться в своих грехах.

Однако некоторые вместо духовника идут к психиатру. Если психиатр окажется верующим, то он приведет их к духовнику, а неверующий психиатр ограничится тем, что даст им какие-нибудь таблетки. Однако сами по себе таблетки проблемы не решают. Для того чтобы люди смогли правильно отнестись к тому, что с ними происходит, для того чтобы их состояние улучшилось и они перестали страдать, им необходима и духовная помощь.

Есть психиатры, которые считают людей, одержимых нечистым духом, психически больными. Есть священники, которые, в свою очередь, считают некоторых психических больных бесноватыми. Тогда как психически больной и одержимый нечистым духом должны получать помощь в разных местах и по-разному» [31].

Как можно с духовной точки зрения ответить на вопросы, что считать психической нормой и что такое психическая патология, спросили владыку Антония Сурожского, и он ответил: «Я одно время пробовал что-то понять в юродивых и читал жития и имеющуюся на этот счет литературу, и у меня сложилось впечатление, что есть два типа юродивых. Одни не представляют никакой проблемы с нашей точки зрения: это люди ясного, сильного, мощного ума, которые просто выбрали путь поддельного, подложного безумия. Они прикидывались безумными, но оставались

людьми большого, глубокого и трезвого ума. Но есть другая категория людей, чем-то ненормальных, которые в православной традиции юродства нашли свой путь святости. Между прочим, это одна из вещей, очень поражающих меня в нашей Церкви: в ней больше всего юродивых, очень мало их вне Русской Церкви. И мне кажется, что Русская Церковь сумела найти какой-то путь, позволяющий даже человеку психически неуравновешенному все-таки развиваться духовно и дойти до какой-то меры святости.

Настоящих критериев нормальности нет, наиболее достоверный – это приспособленность, но приспособленность – понятие очень сложное, потому что можно приспособленность видеть в том, что ты – такой точно, как все, но можно видеть ее и в обратном, то есть в том, что у тебя достаточно личного, объективного суждения, чтобы противостоять всем – но с какой-то закономерностью: не просто лягаться вправо и влево, а произносить суждение и действовать соответственно. Между этими двумя крайностями есть масса оттенков, но так или иначе нормальность всегда определяется той или иной формой приспособленности, и это очень относительное определение, потому что оно чисто практическое. Например, на основании такого определения можно сказать, что целый ряд великих людей и святых были ненормальны; в конечном же итоге они-то и были нормальны, а мы – нет.

Священник может не быть профессиональным психиатром, но священник должен, по крайней мере, достаточно интересоваться тем, что происходит с людьми вокруг, чтобы иметь какие-то познания о том, как проявляется душевная болезнь. Когда душевнобольной человек оказывается и верующим, его душевное состояние отбрасывает тень на все, в том числе на его жизнь в Церкви. И очень важно, чтобы священник был в состоянии различить, где болезнь, а где подлинный мистический опыт.

У меня был, косвенно, только один интересный опыт в этой области. Англиканский монастырь послал мне послушницу, у которой были какие-то странные психические явления. Они сначала послали ее к психиатру; психиатр оказался редкостный: он ее освидетельствовал и сказал, что ничего общего с этим не имеет, это не относится к психике, он такого не знает, такого нет в его области, это духовная проблема. Не знаю, почему, но ее послали ко мне. И что мне было очень интересно: она начала описывать свое состояние, я ее остановил и сказал: “Не описывайте, я вам его прочту”. Взял Исаака Сирина и прочел отрывок, где было описано ее состояние и сказано, как выйти из него. Вот единственный раз, когда было так ясно, потому что это была не моя оценка, где духовное, где не духовное. Профессиональный психиатр сказал: “Это не моя область” – и Исаак Сирин ответил: “Да, но моя”. Я тут был ни при чем, что, в общем, очень

приятно: есть какая-то достоверность, уверенность, что это правда, а не мои выдумки.

С другой стороны, определенно есть люди, у которых развиваются психические болезни, не обязательно зависящие от их духовного состояния: они являются как бы плохим испорченным действием естественной сферы, а не сверхъестественной» [2].

Таким образом, задача духовника – исцеление души страждущего грешника через его смирение и покаяние в церковных Таинствах, то есть через благодатное перерождение человека и избавление его от греховных пристрастий путем их осознания и отрицания. А также понимание недостаточности собственных усилий, а иногда и полного бессилия в деле избавления от страстей, и тогда приходит осознание необходимости искренней мольбы (молитвы) к Богу с просьбой о Его помощи.

В «Библейской энциклопедии» сказано, что «молитва вообще есть возношение ума и сердца к Богу, являемое благоговейными словами человека к Богу» [4]. *«Сын мой! в болезни твоей не будь небрежен, но молись Господу, и Он исцелит тебя»* (Сир. 38: 9).

Но одно дело молитва верующих людей, о коих сказал Иисус: *«...если вы будете иметь веру с горчичное зерно и скажете горе сей: “перейди отсюда туда”, и она перейдет; и ничего не будет невозможно для вас»* (Мф. 17: 20); и *«все, чего ни попросите в молитве с верою, получите»* (Мф. 21: 22). И совсем другое дело молитва человека маловерующего или даже неверующего, к тому же не приученного молиться – дойдет ли его молитва до Бога? Дойдет, если он будет иметь нужду и, находясь в экстремальной ситуации, попросит Спасителя о помощи. Об этом проникновенно говорил митрополит Антоний Сурожский: *«Для того, чтобы совершилось чудо, требуется нужда, человек должен быть в настоящей нужде, нужно сострадание Божие, которое всегда в нашем распоряжении, порой нужно, чтобы мы были сами готовы получить исцеление, потому что иногда бывает, что мы хотели бы выздороветь для того только, чтобы вернуться к той жизни, которая нас разрушила. Надо быть готовыми к тому, чтобы, исцеленными, уже не возвращаться к прошлому или, во всяком случае, сделать все возможное, чтобы устоять против этого прошлого. Но некоторую роль играют и окружающие нас люди. Иногда у нас не хватает веры, иногда у нас не хватает силы подняться, иногда нам нужна помощь»* [2].

Вот что повествует Евангелие о исцелении больного сына у неверующего отца: *«Один из народа сказал в ответ: Учитель! я привел к Тебе сына моего, одержимого духом немым: где ни схватывает его, повергает его на землю, и он выпускает пену, и скрежещет зубами своими, и цепенеет; говорил я ученикам Твоим, чтобы изгнали его, и они не могли. Ответил же им: «Сын мой! в болезни твоей не будь небрежен, но молись Господу, и Он исцелит тебя»* (Сир. 38: 9).



*чая ему, Иисус сказал: о, род неверный! доколе буду с вами? доколе буду терпеть вас? Приведите его ко Мне. И привели его к Нему. Как скоро бесноватый увидел Его, дух сотряс его; он упал на землю и валялся, испуская пену. И спросил Иисус отца его: как давно это сделалось с ним? Он сказал; с детства; и многократно дух бросал его и в огонь и в воду, чтобы погубить его; но, если что можешь, сжался над нами, и помоги нам. Иисус сказал ему: если сколько-нибудь можешь веровать, все возможно верующему. И тотчас отец отрока воскликнул со слезами: верую, Господи! помоги моему неверию. Иисус, видя, что сбегается народ, запретил духу нечистому, сказав ему: дух немый и глухий! Я повелеваю тебе, выйди из него, и впредь не входи в него. И вскрикнув и сильно сотрясши его, вышел; и он сделался как мертвый, так что многие говорили, что он умер. Но Иисус, взяв его за руку, поднял его; и он встал» (Мр. 9: 17–27).*

А вот что говорил о произнесении святых молитв, до которых мы духовно не доросли, владыка Антоний Сурожский: «Я вам, кажется, рассказывал, но повторю для тех, кто не слышал, об одном, с одной стороны – смешном, а с другой – очень великом событии в моей жизни. Когда-то мы – бабушка, мама и я – жили в церковном доме. Там завелись мыши, они бегали повсюду, и мы не знали, что с ними делать. Мы не хотели расставить мышеловки, потому что нам было жалко мышей, и мы не хотели бросать кусочки хлеба с ядом, потому что боялись, как бы их не подняла бабушка, которой тогда было за девяносто лет. И я вдруг вспомнил, что в Великом Требнике есть обращение, написанное уж не помню кем из святых, ко всем животным, которые нарушают человеческую жизнь, – как бы призывы уйти. Там перечислены десятки всяких зверей, начиная со львов, тигров и кончая букашками. Я прочел и подумал: не может быть! Как я могу употребить такую молитву? Я не верю, что это может случиться! Но потом подумал еще: ведь святой, который составил эту молитву, верил в это. Я тогда к нему обратился и сказал: “Я не верю, будто что бы то ни было получится от того, что я прочту эту молитву, но ты ее составил, написал, ты ее произнес из глубины веры, и когда ты ее употреблял, что-то случилось, иначе ты ее не занес бы в книгу. Так вот что мы сделаем: я прочту твою молитву, а ты эту молитву произнеси из глубин твоей святости и принеси к Богу. Но повторяю: я не верю, будто что бы то ни было может случиться”. Я сел на кровать, положил на колени Великий Требник, дождался, что из камина показалась мышь. Я ее перекрестил и сказал: “Сядь и слушай”. И к моему изумлению, мышь села на задние лапки и не стала двигаться. Я тогда ей, этой английской мыши, прочел вслух на славянском языке молитву, которая когда-то была составлена на греческом. Кончил, перекрестил ее и сказал: “А теперь иди и скажи всем другим!”. Она ушла, и ни одной мыши у нас в доме не осталось. И меня это так обрадовало: я не

мог похвастаться, что это произошло моей верой. Мое неверие было полное, даже не то что сомнение, – я был *уверен*, что ничего не получится, но уверен был и в том, что этот святой верил и всерьез эту молитву писал, и она исполнилась.

Поэтому, когда в какой-нибудь молитве, которую вы читаете, находится нечто, что вам не очевидно, что вам кажется просто невозможно, скажите святому, который ее составил: ты эту молитву составил, ты, несомненно, вложил свою веру в эти слова, возьми эти слова и принеси к Богу, а я их повторю с болью в душе, что не могу соединиться даже со словами, а не только с пламенением твоей души» [2].

С позиций психотерапевта как врача, его практика является основной в оказании помощи больному, а Церковь с ее опытом душепопечения, службами и Таинствами выполняет реабилитационную функцию после основного лечения. С позиции врача как православного человека, сама психотерапевтическая практика является катехизаторской, проповеднической, огласительной по своему содержанию, первой ступенью, способствующей последующему воцерковлению собеседника-пациента, становлением его на путь спасения [15].

На прямой вопрос, должен ли врач, будь он человек верующий или неверующий, лечить только тело, не касаясь человека как личности, не затрагивая его душу и, тем более, дух, митрополит Антоний Сурожский ответил: «Нет, я думаю, врач должен относиться ко всему человеку, потому что даже в телесной болезни колоссальную роль играет душевное состояние человека, его решимость жить или его отказ от борьбы, и нет такой области в человеке, которая для врача-соматика безразлична. Конечно, есть области специализированные, скажем, психические болезни не всякий соматик должен их лечить, потому что это требует специализации, но это же относится и к отделам соматических болезней: один занимается нервными болезнями, другой по преимуществу иными. Но мне кажется, что задача врача – проникнуть во всего человека и как бы использовать все его силы для выздоровления – всю его психическую силу возбудить, порой возродить. Просто профессионально неразумно было бы сказать: “Меня интересуют твои мышцы и кости, а что там делается внутри – нет”, потому что все больше и больше видно, какую громадную роль в болезни играют душевные состояния» [2].

Во 2-м и 3-м изданиях «Психотерапевтической энциклопедии» (под ред. Карвасарского Б.Д., 2000, 2006), впервые приводятся научно-медицинские трактовки молитвы, исповеди и духовности, но терминологические и теоретико-методологические аспекты православной психотерапии в должной мере еще не разработаны. Трудности на этом пути связаны с необходимостью соотношения не только научных и святоотеческих поня-

тий и категорий, но и особенностей восточно-христианского и западноевропейского мышления. Тем не менее в российской практике православная психотерапия уже заняла свою нишу среди многообразия других психотерапевтических подходов, она призвана преодолеть их методологическую разобщенность положительными знаниями естественных наук и мудростью нематериалистического постижения цельности человека [15, 16].

По нашему мнению, не следует даже косвенно пытаться разрушить околоцерковную ограду в поисках сходства функциональных обязанностей врача-психотерапевта, духовника и священника. Напротив, зоны их взаимодействия должны быть строго разграничены и регламентированы. Но при этом следует помнить, что врач и священник не конкуренты, а сотрудники у Бога, ибо «*жатвы много, а делателей мало*» (Лк. 10: 2). И только совместными усилиями им удастся удержать от лукавых атак всеобщего врага необоримый Божий мост над адской бездной, все глубже и глубже разделяющей мир от Бога.

### *Литература*

1. *Антоний Великий, святой. Добротолюбие. Избранные поучения / Святой Антоний Великий. – М. : Прав. бр. св. ап. Иоанна Богослова, 2002. – 413 с.*
2. *Антоний, митрополит Сурожский. Труды / Митрополит Сурожский Антоний. – М. : Практика, 2002. – 1080 с.*
3. *Братусь Б.С. Христианская и светская психотерапия / Б.С. Братусь // МПЖ. – 1997. – № 4. – С. 15–25.*
4. *Библейская энциклопедия. М., 1981 (репринт: Троице-Сергиева лавра, 1990).*
5. *Вигель Ф.Ф. Записки / Ф.Ф. Вигель // Русский архив. – 1892. – (Цифровая аудиокнига: Вира-М, 2009.)*
6. *Войно-Ясенецкий В.Ф. Дух, душа, тело / Архиепископ Лука (Войно-Ясенецкий). – М., 1997. – 137 с.*
7. *Григорьев Г.И. Метод духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока / Г.И. Григорьев, С.А. Ершов, В.Ф. Зверев // Вестн. Православного мед. Братства в честь святителя Алексея, митрополита Московского. – Витебск, 2002. – С. 104–124.*
8. *Григорьев Г.И. Метод духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока / Г.И. Григорьев, С.А. Ершов, В.Ф. Зверев // Вестн. психотерапии. – 2003. – № 9 (14). – С. 55–70.*
9. *Григорьев Г.И. Духовно-ориентированная психотерапия в форме целебного зарока: теоретические основы, организационная структура и информационно-аналитическое обеспечение : монография /*

Г.И. Григорьев, Р.В. Мизерене, Е.А. Мильчакова. – СПб. : МИРВЧ – ВМедА, 2004. – 150 с.

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

11. *Григорьев Г.И.* Результаты лечения алкоголизма методом духовно-ориентированной психотерапии в форме целебного зарока / Г.И. Григорьев, С.Г. Григорьев, Р.В. Мизерене // *Вестн. психотерапии.* – 2004. – № 11 (16). – С. 101–108.

12. *Гурьев Н.Д.* Страсти и их воплощение в соматических и нервно-психических болезнях. – Веб-центр «Омега», 2001 <http://www.wco.ru/biblio/books/guriev1/Main.htm>.

13. *Гурьева Л.П.* Психологические последствия компьютеризации: функциональный, онтогенетический и исторический аспекты / Л.П. Гурьева // *Вопр. психологии.* – 1993. – Т. 14, № 3. – С. 5–16.

14. *Димитрий Ростовский, святитель.* Жития святых : В 12 т. – М., 1905.

15. *Ершов С.А.* Исцеление словом / Сост. С.А. Ершов, Г.И. Григорьев. – Псков, 2000. – Вып. III. – 183 с.

16. *Ершов С.А.* К вопросу о теории и практике православной психотерапии / С.А. Ершов, Г.И. Григорьев, В.Ф. Зверев // *Вестн. психотерапии.* – 1995. – № 2 (7). – С. 111–112.

17. *Ершов С.А.* Метод духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока / С.А. Ершов, Г.И. Григорьев, В.Ф. Зверев // *Исцеление словом. Исцеление верой.* – СПб., 2002. – Вып. V. – С. 338–353.

18. *Ершов С.А.* Православная психотерапия / С.А. Ершов // *Там же.* – С. 323–338.

19. *Зарин С.М.* Аскетизм по православно-христианскому учению / С.М. Зарин. – М., 1996. – 125 с.

20. *Игнатий (Брянчанинов), епископ.* Сочинения : В 5 т. / Епископ Игнатий (Брянчанинов). – СПб., 1905.

21. *Иерофей (Влахос), митрополит.* Православная психотерапия. – М. : Свято-Троицкая Сергиева лавра, 2004. – 106 с.

22. *Калина Н.Ф.* Основа психотерапии / Н.Ф. Калина. – М. : Рефл-Бук, 1997. – 145 с.

23. *Карвасарский Б.Д.* Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд. перер. и доп. – СПб. : Питер, 2006. – 944 с.

24. *Краткий психологический словарь* / Под ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского, Л. А. Карпенко. – М. : Политиздат, 1985. – 431 с.

25. *Литвиненко К.Л.* Откуда возникают внутренние проявления и как их преодолеть. Взгляд православного психолога / К.Л. Литвиненко, С.В. Литвиненко // Свет православия, 2006. – 363 с.
26. *Машкова И.Н.* Православный психолог и его клиенты / И.Н. Машкова // Нескучный сад. – 2004. – № 1(8). – С. 10–16.
27. *Мелехов Д.Е.* Психиатрия и проблемы духовной жизни / Д.Е. Мелехов. – М. : Свято-Филаретовская Моск. высш. православно-христианская школа, 1997. – 162 с.
28. *Невярович В.К.* Терапия души (Святоотеческая психотерапия) / В.К. Невярович. – Воронеж : МОДЭК, 1997. – 240 с.
29. *Основы социальной политики Русской Православной Церкви.* – СПб., 2000. – 296 с.
30. *Пантелеимон, архимандрит.* Отец Иоанн. Жизнь Валаамского старца (1873–1958) / Архимандрит Пантелеимон. – Новый Валаам, 1992. – 90 с.
31. *Паисий Святогорец.* Слова : В 4 т. / Паисий Святогорец. – М. : Святая Гора, 2002.
32. *Пестов Е.Н.* Душа человеческая / Е.Н. Пестов. – М. : Изд-во Православного братства святого апостола Иоанна Богослова, 2003. – 190 с.
33. *Платонов К. И.* Слово как физиологический и лечебный фактор. – М., 1962. – 532 с.
34. *Полный православный богословский энциклопедический словарь :* В 2 т. – М., 1992 (репринт). – 2463 с.
35. *Сорокин В., протоиерей.* Исцеление словом. Исцеление верой / Науч. ред. протоиерей Владимир Сорокин. – СПб., 2002. – Вып. V. – 480 с.
36. *Феофан Затворник, святитель.* О покаянии / Феофан Затворник. – М., 1998. – 106 с.
37. *Филимонов С.В.* Медицина и православие: медико-социальные, организационные и этические проблемы : Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Филимонов С.В. – СПб., 2004. – 46 с.

## **ОПЫТ ДУХОВНО ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ШКОЛЬНОЙ СИСТЕМЕ ВОСПИТАНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ**

ГОУ школа № 563 «Пушкинский лицей», Санкт-Петербург

Процесс воспитания молодого поколения в современных условиях приобретает новые черты: можно сказать, что он все чаще совершается не благодаря постоянно изменяющимся общественным устремлениям и социально-педагогическим и культурологическим установкам, а скорее вопреки. Деструктивные тенденции влияния средств массовой информации на молодые и незрелые умы требуют решительного вмешательства психолого-педагогических средств защиты детского и подросткового сознания и сохранения духовно-нравственного и социально-психологического сознания детей. Активно обсуждаемые сегодня так называемые здоровьесберегающие технологии для дошкольных и школьных учреждений, тем не менее, не должны не только подменять собою формирования душевно-личностного здоровья ребенка, но даже и просто опережать формирование «высших» этажей личности, то есть здоровья духовно-нравственного.

Для достижения целей такого уровня далеко не в каждом образовательно-воспитательном учреждении есть резервы или современные технологии работы с детьми и подростками. В этом плане уникальным является двадцатилетний опыт деятельности «Пушкинского лицея», или ГОУ школы № 563 Выборгского района г. Санкт-Петербурга (далее – Лицей). В Лицее было изначально задана всем ритмом жизни и деятельности самая высокая нота в формировании юной личности: развитие и образование посредством воспитания у учащихся стремления к высоким нравственно-духовным идеалам.

Как современная психология, так, зачастую, и педагогика массового уровня в увлечении все новыми и новыми реформами отодвинули в сторону духовные заветы по возрастанию личности ребенка и молодого человека: отложили их в долгий ящик. Плодотворная и богатая отечественная философская и психолого-педагогическая традиция оказалась сегодня не в чести, тем более ценен и своевременен опыт Лицея, раскрывающий перед ребенком мир бесконечных возможностей обучения и воспитания в русле отечественных духовных традиций и принципов.

Сам процесс обучения и воспитания в лицейской жизни можно рассматривать как полновесную духовно ориентированную психотерапию, как средство профилактики нравственной пустоты и душевной депрессии,

столь свойственных сегодня значительной части молодого поколения России. Работа педагогов Лицея по введению каждого лицеиста с самых первых дней обучения в мир Пушкина, в пространство высокой поэзии как служения отечеству и традиционным идеалам русского человека творится по четко регламентированному распорядку, но более всего по велению душ и сердец всех участников этого удивительного дома для детей – и педагогов, и родителей, и, конечно же, самих воспитанников.

Редко упоминаемое сегодня в массовой педагогической и психологической практиках понятие идеала в Лицее рассматривается как показатель чувственно-интеллектуального развития личности ребенка, как регулятор всей его жизнедеятельности развития. Идеал высокой судьбы, судьбы служения и жертвенности на благо отечества и лиры, работает в педагогическом основании Лицея как «пламенный мотор», как цементирующий раствор для роста и укрепления юных сердец и растущего сознания ребенка. И никаких скидок на возраст, никого утомительного ожидания взросления, никаких ограничений в личностном и духовном росте каждого лицеиста – погружение в мир высоких устремлений происходит сразу и на весь период жизни в Лицее.

Жалобы психологов и педагогов массовой школы на растущую инфантилизацию, социальную и творческую пассивность, агрессию в лицейском поле выглядят как нонсенс, как явление, невозможное по своей сути. Массовые стенания учителей школы по поводу пресловутого школьного «Не хочу учиться!», вызванные сегодня впечатляющим размахом ученической апатии и депрессии, в контексте «живой школы» выглядит несерьезно, нелепо. Ребенок, которого обвиняют в самовольном отказе от учения, чтения, хорошего поведения, уважения к старшим и т. д. и т. п., будучи помещенным в контекст высокого душевного и духовного напряжения, радостно и свободно заявляет о себе как о самостоятельной личности, как бы просыпается от «личностного сна, забытья» и не видит перед собой никаких преград для эмоционального, интеллектуального и нравственного роста.

Духовная вертикаль развития и созревания детских душ, естественным образом заданная самим ходом жизни ребенка в Лицее, является и духообразующим элементом поля воспитания и раскрытия творческого потенциала детей. Интуитивное прозрение своего пути и познания своего предназначения – таков один из постулатов нравственно-педагогической жизни в Лицее. Здесь исповедуют золотые принципы отечественной педагогики воспитания национального характера:

- гибкий и крепкий инстинкт самосохранения;
- глубина чувств;
- образное воображение.

Именно через эти ипостаси определял «три силы духовного роста» выдающийся русский философ и педагог И.А. Ильин. В своих работах И.А. Ильин предупреждал о том, что грядет «общество нравственного хаоса», выстоять в котором неокрепшим душам позволят лишь чистота и стойкость нравственных идеалов, личная убежденность и устремленность к высокому. Э. Шпрингер, немецкий философ, психолог и педагог, считал, что каждый субъект с его личными переживаниями и образами вплетен в грандиозную систему мира духа, исторического и общественного по своему характеру. Сегодня, в разворачивающийся стремительно хаотический и равно скоростной информационный век задача отыскания молодым человеком самого себя в том или ином времени, в том или ином нравственном и культурном аспекте невероятно сложна. В Лицее эта задача решается однозначно и «просто»: с первых дней ученик начинает осознавать себя не в привычном плане обыденного сознания, а в поле расширенном, исторически и культурно объемном поле пушкинской традиции. Психологически акцент делается и на предельной индивидуализации, идентификации личностной сферы ребенка и мира духа, мира поэзии и идеалов служения отчизне.

Общеизвестно, что в наши дни традиционный в обыденном осознании вопрос нового поколения старшему: «Что такое хорошо?» – стал звучать принципиально по-новому: «Зачем?». И это не показатель социальной апатии или психологической депрессии. Напротив, психологи считают, что именно этот вопрос отражает высокую нравственную и смысловую, ценностную, изначальную устремленность поколения молодых, к сожалению, практически не находящихся в сегодняшнем общественном устройстве путей роста и самовозрастания с точки зрения идеалов.

В «Пушкинском лицее» юный лицеист, ученик начальных классов, в обыденном представлении еще кроха, мгновенно оказывается в невероятно напряженном поле высоких духовных энергий: он получает имя одного из лицеистов, друзей А.С. Пушкина. Самовосприятие юного существа, его самоотношение, испытывая «космические» перегрузки, трансформируются – ведь энергия имени провоцирует изменение всего внутреннего жизне- и мироустройства в личности ребенка. Начинает строиться новая, необыденная система ценностей и устремлений, взглядов на жизнь и на людей.

Но раздвоения личности не происходит. Напротив, личность индивидуальная перестраивается и «подтягивается», начинает соответствовать появившемуся идеалу. Как итог, в объеме всей глубины внутреннего самосознания личности ребенка происходят реальные изменения:

– формируется конкретное содержание личных представлений;



– связываются в единое целое дотоле разнородные аспекты реального понятийно-смыслового плана;

– воссоздается на этом фоне новая, энергетически обеспеченная целостная мировоззренческая картина.

В случае цельного развития личности происходит естественная иерархизация внутриличностных структур, большую скорость созревания и усиления приобретают иерархически более высокие в ценностно-смысловом плане сферы и, как когда-то писал наш русский философ И.В. Киреевский, «в цельном мышлении при каждом движении души все ее струны должны быть слышны в полном аккорде, сливаясь в один гармоничный звук...». Такое развитие требует формирования у ребенка особого, невзирая на возраст, духовного зренья. Первообразы духовных смыслов, а не безобразный хаос бессознательного, выступают в таком случае фактором внутренних изменений, являются источником пополнения сферы личного осознания. Сознание ребенка обретает способность и мотивацию к усвоению соборных надличностных смыслов. Так начинается процесс духовно-психологического «совоплощения» с культурно-историческим полем.

В процессе цельного воспитания можно определить экспрессивные референты нравственно-психологической зрелости ребенка – это индивидуальные особенности стиля его жизни и творческой деятельности. Так, в конце обучения в Лицее выпускник получает на память сборник всех написанных им творческих работ по искусству, литературе и русскому языку. Это позволяет молодому человеку вырабатывать в себе психологический механизм духовной саморефлексии как двигатель его нравственного развития. Процесс усвоения надличностных смыслов активно включен и является самостоятельной частью учебно-воспитательного процесса в Лицее, пронизывает всю его жизнь.

С самых первых лет обучения лицеисты занимаются в «Пушкинской студии», где ставят спектакли по пушкинским произведениям в прозе и поэзии, проводят круглые столы, литературные марафоны, историко-исследовательские научные конференции. Участие в студии «Театр одного стихотворения», пение в лицейском хоре, ежедневные занятия музыкой под руководством опытных педагогов – все это создает неповторимую ткань жизни детей в лоне историко-культурной отечественной традиции. Развитию душевных качеств, росту духовного самосознания каждого лицеиста способствуют и традиционные поездки по святым местам Центра и Северо-Запада России, по пушкинским заповедным маршрутам.

Существует в Лицее уже много лет и уникальная творческая мастерская художника-иконописца Р.М. Гирвеля, в которой все лицеисты

учатся не просто искусству рисунка и живописи, а постигают мир духовных первообразов, приобщаются к тайнам иконописи.

В лицее прочитывают всего А.С. Пушкина. Выучивают наизусть десятки его стихотворений. Каждый лицеист, надев форму исторического прошлого, посещая в Царскосельском музее личные кельи лицеистов, создавая свои экскурсии, сдавая «Пушкинский экзамен» авторитетной комиссии, готовя оригинальные авторские работы при изучении произведений Пушкина, становясь режиссером, перерастает рамки просто ученика, школяра, штудирующего по необходимости учебные материалы. Это уже не просто обучение, это активное личное вхождение в образ изучаемого, глубокое личностное присвоение его и проживание.

Надо видеть, как преображаются детские лица «играющих» в пушкинских постановках, творящих в живописной мастерской свои первые подготовительные к иконописным техникам работы. В этом воспитательном пространстве действуют все основные социально-психологические механизмы формирования личности: предельная индивидуализация и персонификация изучаемых историко-культурных пластов как личное их присвоение. Это и полноценное и творческое ощущение коллектива не просто одноклассников, а членов единого братства. Не случайно сочинения лицеистов – от первоклашек до выпускников – пестрят такими определениями в адрес Лицея: «Это моя семья», «Мой второй дом», «Одиночества больше нет», «Я светлею».

Так часто встречающиеся сегодня в массовой школе новомодные, навязанные детям извне, не опирающиеся на традицию ритуалы (например, «День Святого Валентина», «День Святого Патрика» или тому подобные), не вызывают в детской душе необходимого духовного катарсиса, не влекут за собой роста личностных сил и призывов к напряженному творчеству. В то же время такие традиции, как «Посвящение в лицеисты», посещение мест святых покровителей Петербурга, пушкинских памятных мест, вызывают в детских душах сильнейший отклик, провоцируют желание прикоснуться лично к истории и культуре России, внести свой сильный вклад в дело ее развития сегодня. Пробуждение и укрепление духовно-психологического и нравственного здоровья молодого поколения россиян не может происходить на формальной, исторически индифферентной почве. Никакие оторванные от истории народа и его духовной культуры образовательные новации не обладают достаточной силой и притягательностью.

## **ЦЕНТР СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ КАК ОСНОВА СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ РАБОТНИКОВ ПРЕДПРИЯТИЯ, УЧАСТВОВАВШИХ В ЛИКВИДАЦИИ АВАРИИ НА ЧАЭС**

Южно-Уральский государственный университет,  
Магнитогорский государственный университет

В 1995 г. в ЗАО «Русская металлургическая компания» ОАО «Магнитогорский металлургический комбинат» был принят штатный психолог и создан кабинет психологической разгрузки. В этом же году был организован Центр социально-психологической реабилитации (далее – Центр) для работников предприятия, участвовавших в ликвидации аварии на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС) с целью оказания им психологической помощи.

Основной целью работы Центра было восстановление и повышение работоспособности лиц, участвовавших в чрезвычайных ситуациях (ЧС) и боевых действиях.

Основные задачи Центра:

- проведение психодиагностики с целью оказания психологической помощи;
- оказание помощи в адаптации к условиям жизнедеятельности;
- нормализация психических состояний;
- предупреждение возможных типичных трудностей и отклонений в поведении;
- работа с семьями, помощь им в построении взаимоотношений.

Принципы работы Центра:

- своевременность (осуществление мер психопрофилактической работы на более ранних этапах диагностики);
- психологическая нормализация (активное вмешательство как противоположность практике пассивного ожидания того, что нарушения психической деятельности, если они есть, пройдут со временем сами собой);
- комплексность (направленность всех мероприятий одновременно на личность и ее социальное окружение, что предполагает тесное взаимодействие в работе руководителей предприятия разного уровня и психолога предприятия, проведение комплекса социальных, психологических и материальных мер);
- индивидуализация (сочетание общих мер с избирательностью индивидуальной помощи);
- активизация самоуправления (решающая роль собственных усилий в решении всех проблем);

– активность и непрерывность (все мероприятия Центра осуществляются планомерно, вне зависимости от видимого благополучия в состоянии психического здоровья ликвидаторов, с постоянным поиском новых путей проведения психопрофилактической работы).

Вся работа в Центре построена в атмосфере доброжелательности и сотрудничества.

На основе анализа актуальных проблем работников, которые приходят в Центр, нами были выделены три основные группы социально-психологических и медико-психологических проблем: «психосоматические нарушения и качество жизни», или «функциональные резервы», «нарушения сексуального здоровья» и «психосоматические проявления». Лица с данными проблемами направляются к цеховому врачу или «узким» специалистам.

1-я группа – «психосоматические нарушения и качество жизни» – характеризует субъективную выраженность психосоматических нарушений, снижающих качество жизни через нарушения психоэмоционального состояния (повышенная раздражительность, ухудшение самочувствия, снижение активности, настроения, депрессия, ипохондрия), обеспокоенность состоянием здоровья (постоянные мысли о заболевании, утрате здоровья, состоянии здоровья детей и близких). Для их оценки использовался индивидуальный опрос жалоб клиентов, а также данные тестов САН, Спилбергера – Ханина.

2-я группа проблем отражает нарушения сексуального здоровья у мужчин в виде снижения либидо, наличия эректильных дисфункций, снижения продолжительности полового акта.

3-я группа – «патопсихологические изменения» – отражает результаты психологического тестирования с помощью тестов СМЛ и М. Люшера, позволяющих выявить уровень патопсихологических реакций у ликвидаторов ЧАЭС, работающих в металлургической компании.

Работа в Центре основана на поиске и активизации положительного опыта, полученного в условиях экстремальной деятельности, его значения для настоящего и будущего в жизни человека. Позитивные последствия участия человека в ЧС возникают при определенных условиях: частичном или полном успехе преодоления трудностей; адекватной самооценке поведения, достигнутых результатов (в том числе упущений, промахов, частичных неудач) и сделанных выводов; постановке перед собой очередных целей и действиях по их достижению.

Возможные положительные изменения жизнедеятельности зависят от вида ЧС, индивидуальных особенностей человека, стечения обстоятельств и т. д. Работа над положительными моментами способствует повышению умелости, опытности, профессионализма человека. Под влиянием пережитых трудностей нередко происходит переоценка ценностей.

Основные методы работы Центра: поведенческая психотерапия, гештальт-терапия, телесно-ориентированная терапия, а также дебрифинг. Цель проведения дебрифинга – минимизирование нежелательных психологических последствий и предупреждение развития посттравматических стрессовых расстройств. Суть его состоит в обсуждении психотравмирующей ситуации с воспроизведением психотравмирующих событий. Травмотогенный, но не осознаваемый человеком внутренний конфликт переживается при этом вновь, однако в ослабленной форме (при этом используется доброжелательная психологическая атмосфера, иногда включается музыкальное сопровождение), в результате чего происходит психологическое переключение с неприемлемого, тревожного опыта на лично приемлемую его интерпретацию. Достигается это рассказом каждого участника дебрифинга о том, что он видел в ЧС, что происходило там с ним. Этот прием обеспечивает психологическое облегчение участникам дебрифинга, повышает их межличностные отношения, происходит как бы «закрытие прошлого». При проведении дебрифинга используется не негатив, а позитив в жизнедеятельности. Главная задача при проведении дебрифинга – сохранить положительные моменты пережитой ситуации. Если участник затрудняется найти позитивное, ему тактично оказывается помощь посредством наводящих вопросов.

Наиболее эффективными для пациентов с психосоматической симптоматикой оказались психотерапевтические методы коррекции психологического состояния, преимущественно ориентированные на когнитивные, информационные, эмоциональные компоненты сознания (рациональная, лично-ориентированная реконструктивная психотерапия, семейная психотерапия), а не на бессознательные его уровни и компоненты (гештальт-терапия, нейролингвистическое программирование, трансактный анализ). По-видимому, именно информационное воздействие наряду с общим психотерапевтическим значительно увеличивает эффективность психокоррекционной помощи. Целенаправленное воздействие психотерапевтических технологий обеспечивает комплексное информационно-психологическое воздействие на пациента и является эффективным способом психотерапевтической помощи.

Были проведены исследования в двух группах пациентов. 1-я группа состояла из 103 человек из числа населения, проживающего на радиоактивно загрязненной территории с психосоматическими жалобами и радиотревожностью. Во 2-ю группу ( $n = 75$ ) были включены лица с аналогичными психосоматическими заболеваниями, проживающие на чистых территориях. В этих группах проводилось комбинированное применение различных методов психотерапии.

Результаты исследования позволили отметить, что в обеих группах наиболее эффективным было применение лично-ориентированной (реконструктивной) психотерапии в сочетании с семейной психотерапией.

Очевидно, это связано с большим количеством семейных проблем у населения, проживающего на радиоактивно загрязненных территориях (страх за детей, фобии о здоровье будущего потомства, сексуальные проблемы и т. п.).

Полученные результаты показали, что применение когнитивно ориентированных методов психотерапии в сочетании с семейной психотерапией было более эффективно у населения, пострадавшего от радиации, тогда как у лиц контрольной группы с неотягощенным радиационным анамнезом и психосоматической симптоматикой более эффективными оказались методы психотерапии, ориентированные на бессознательные компоненты психической деятельности. При этом включение семейной психотерапии в схемы психотерапии пациентов обеих групп обеспечивало значительное улучшение результатов психотерапии и реабилитации [2].

Кроме того, полученные данные также позволяют отметить два интересных факта. Во-первых, эффективность сочетанного применения методов психотерапии была выше в группе населения, проживающего на радиоактивно загрязненных территориях, чем в группе пациентов с психосоматической патологией, проживающих на условно «чистой» территории. Во-вторых, также наиболее эффективным в оказалось применение технологии личностно-ориентированной и рациональной психотерапии в сочетании с семейной психотерапией в сравнении с гештальт-терапией, транзактным анализом и нейролингвистическим программированием. Очевидно, именно сочетание дифференцированного информационно-психологического воздействия на когнитивные компоненты сознания и семейной психотерапии обеспечивает в ходе психотерапевтической работы эффективность психокоррекционной помощи пострадавшим в ЧС.

Полученные данные позволяют в порядке обобщения отметить, что у населения с психосоматической патологией, проживающего на радиоактивно загрязненной территории, наиболее эффективным было сочетанное применение личностно-ориентированной (реконструктивной) и семейной психотерапии, а также и рациональной психотерапии и семейной психотерапии. Эти данные были подтверждены и результатами сравнительного (до и после коррекции) психологического обследования с помощью тестов САН, Спилбергера – Ханина, цветового теста М. Люшера.

Кроме того, оценка эффективности предложенной системы психотерапевтической коррекции показала, что применение личностно-ориентированной и семейной психотерапии позволяли снизить частоту обращаемости за медицинской помощью практически в два раза.

Практика нашей работы свидетельствует, что в работе с людьми, побывавшими в экстремальных ситуациях, наиболее эффективен групповой метод психокоррекционной работы. Специфика этого метода заключается в целенаправленном использовании групповой динамики, то есть

всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы в коррекционных целях. Групповая динамика обеспечивает пациентам возможность проявить себя, а также способствует созданию в группе эффективной системы обратной связи, позволяющей каждому участнику глубже понять себя, увидеть собственные неадекватные отношение к жизни и установки, эмоциональные поведенческие стереотипы. Корректное в психологическом плане обсуждение произошедшего события не на негативном материале, а, напротив, на позитивном, помогает людям сохранить в памяти положительные моменты пережитой ситуации и отнестись к ней объективно, в балансе позитивных и негативных сторон.

Одним из важнейших механизмов коррекционного воздействия в групповой психокоррекции является возникновение и переживание участником в группе тех эмоциональных ситуаций, которые реально возникали в его жизни в прошлом и являлись субъективно неразрешимыми и неотреагированными, что предполагает проработку прошлого негативно-го опыта «там и тогда» [1].

Необходимо отметить, что после двух-трех групповых встреч у ряда участников появляется надежда на успех решения проблемы, в ходе обсуждения которой описываются собственные достижения в их разрешении. Для всех остальных участников это служит позитивной моделью и открывает им оптимистичные перспективы и понимание, что он не одинок, что другие члены группы также имеют схожие проблемы. Каждый в процессе групповой работы старается помочь друг другу. Помогая другим, участники групп приобретают уверенность в себе, в собственных возможностях. Уже после месяца работы между членами группы появляется доверие, чувство «мы», взаимное приятие друг друга, способствующее развитию сотрудничества.

В ходе работы в группе рассматриваются различные эмоционально значимые ситуации (иногда специально создаваемые врачами), с которыми участник в реальной жизни вряд ли смог бы справиться. В групповой работе мы анализируем, прорабатываем каждую ситуацию, а также вырабатываем адекватные формы эмоционального реагирования или эмоциональной поддержки. Эмоциональная поддержка создает климат психологической безопасности.

На практике очень трудно выделить какой-то один основной психотерапевтический метод работы, поэтому зачастую мы используем вспомогательные методы, например «представление в психосаморегуляции». Под психосаморегуляцией понимается целенаправленное изменение как отдельных психофизиологических функций, так и в целом нервно-психическое состояние, достигаемое путем специально организованной активности [3]. Результаты работы по каждому методу и методикам регистрируются в специальном журнале, в котором записываются происходя-

щие в Центре процессы, основные обсуждаемые темы. Ежегодно прослеживается динамика результатов работы с помощью специально подготовленных опросников, тестов «КЛЮ» (комплексное личностное обследование) и 16-ФЛО Р. Кеттелла. Кроме того, каждый пациент, посещающий Центр, имеет личное поручение, за которое один раз в год отчитывается. Практикуется проведение совместных праздников, празднование дней рождения, поездки на турбазу «Ручеек».

Большая работа в Центре ведется по использованию информации, получаемой в ходе психологических обследований. Информация может быть двух типов: во-первых, индивидуальные характеристики людей (психологический портрет), получаемые в ходе обследований, во-вторых, срезы общественного мнения по тем или иным вопросам. Использование и в целом отношение к информации зависит от ее типа. В первом случае индивидуальная информация тщательно хранится под определенным шифром, в тайне от всех, кроме самого обследуемого и психолога, который будет использовать эту информацию для дальнейшей психокоррекционной работы. На основе анализа индивидуальных данных может быть подготовлена и передана начальникам цехов общая усредненная информация, позволяющая планировать работу с персоналом. Во втором случае подход скорее обратный – как можно шире сообщать о результатах проводимых исследований, так как уже само сообщение результатов социально-психологических и социологических исследований дает положительный эффект.

Применение комплекса целенаправленных реабилитационных мероприятий, включая информационную и социально-психологическую помощь, психотерапевтическое воздействие, проведение личностно-ориентированной и семейной психотерапии, социально-психологических тренингов позволило значительно улучшить социально-психологические показатели качества жизни, выработать адаптивные стратегии поведения и улучшить психическое состояние ликвидаторов аварии на ЧАЭС, работающих на предприятии.

Опыт работы Центра показал, что эффективными ее формами являются индивидуальные консультации, групповые занятия, тренинги общения, семинары-встречи по демонстрации нетрадиционных методов повышения иммунитета, спортивные игры, семейная и групповая психотерапия, психологическое консультирование и социальная работа, а также информационно-просветительская деятельность, формирование позитивных установок, уверенности в себе. Результаты такой целенаправленной деятельности позитивно отражаются на личности, поведении и состоянии здоровья ликвидаторов аварии на ЧАЭС, работающих на предприятии.

Практика работы в Центре с ликвидаторами аварии на ЧАЭС также свидетельствует, что подготовленные к условиям ЧС люди лучше адаптируются в отдаленный период, лучше преодолевают его трудности. Хуже



подготовленные к жизни и к экстремальным ситуациям (есть и такие) тяжелее переносят их, в большей мере психологически травмируются, труднее и дольше переживают постэкстремальный период. Данные проведенных исследований подтверждают важность психологической подготовки населения к жизни в условиях риска новых ЧС.

Сравнительный анализ результатов социально-психологического наблюдения показал, что лица, регулярно посещающие Центр, в сравнении с теми, кто посещает Центр нерегулярно, имеют более выраженные показатели «уверенности в себе», «уверенности в будущем», «Я-концепции», социальной активности. У них достоверно выше уровень социальной адаптивности и личностный адаптационный потенциал, коммуникативные и организаторские способности (по тесту Р. Кеттелла), а также значительно ниже уровень алкоголизации и выше субъективная оценка собственного здоровья.

Анализ работы Центра показал, что у 76,3 % пациентов происходит снижение некоторых показателей стресса (депрессии и нарушение социального функционирования), а также предупреждение развития более глубоких форм стрессовых расстройств. Работа Центра помогает работникам ЗАО «Русская металлургическая компания» более адекватно воспринимать любую жизненную ситуацию, строить реальные стратегии адаптации, и, что самое важное, пациенты нашего Центра начинают с большим пониманием воспринимать социальную политику предприятия, региональных и местных властей, постепенно переходя в категорию сотрудничающих, а не противодействующих лиц.

Результат многолетней работы Центра позволяет сделать заключение о необходимости продолжения проведения данной работы. Проводимая работа свидетельствует о том, что надежными условиями продуктивной жизнедеятельности населения, пережившего ЧС, являются оказание своевременной психологической реабилитационной помощи на разных уровнях и большая профилактическая работа.

### *Литература*

1. *Абдуллин А.Г.* Психологические последствия радиационного воздействия : монография / А.Г. Абдуллин. – СПб. : СПбГУ, 2003. – 132 с.
2. *Абдуллин А.Г.* Психологические последствия техногенных катастроф в Уральском регионе монография / А.Г. Абдуллин. – СПб. : СПбГУ, 2004. – 270 с.
3. *Абдуллина Д.Г.* Представление в психосаморегуляции : учеб.-метод. пособие / Д.Г. Абдуллина, А.Г. Абдуллин. – Магнитогорск : МаГУ, 2007. – 104 с.

## **КОНТРПЕРЕНОС И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ В ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ**

Волгоградский областной клинический госпиталь ветеранов войн

### *Введение*

Большинством ученых категория комбатантов признается «неудобной» для терапии [2], а в результате рандомизированных клинических испытаний, проведенных на ветеранах войн (в основном, участников вьетнамских событий), некоторыми исследователями [3] был сделан вывод, что для этого контингента психотерапевтическое лечение было менее эффективно по сравнению с людьми, не участвовавшими в боевых действиях. Главным в психотерапии и психотерапевтической коррекции комбатантов является проблема установления и поддержания значимых терапевтических отношений.

Терапевтический союз – главная часть любой эффективной психотерапии и служит основанием, на котором строится терапевтическая работа для всех пациентов, но для ветеранов боевых действий (ВБД) такое сотрудничество является самой критической областью психотерапевтической работы. В зарубежной психологии и медицине проблемный терапевтический альянс с клиентом объединяется моделью «трудного пациента», в которую включаются различные типы пациентов: враждебные, зависимые, с соматизацией и т. п. [20].

ВБД, имеющие повышенный уровень гнева и агрессивного поведения, которые негативно влияют на их взаимоотношения с медицинским персоналом [29], а также специфические характерологические изменения, такие, например, как повышенная подозрительность к окружающим [11], являются квинтэссенцией понятия «трудный клиент», соединяя в себе все трудности отдельных типов пациентов. При этом необходимо отметить, что понятие «трудный пациент» – это ярлык, который не включает в себя определенную конфигурацию клинических симптомов и не входит в рубрики медицинских классификаций. Этот термин в большей степени описывает состояние врача, психотерапевта, консультанта или другого профессионала, возникающее у него во время взаимодействия с клиентом, в то числе с ВБД.

Термин «трудный» является врачебной (психологической) оценкой, которая означает, что специалиста не удовлетворяет нечто либо в самом пациенте, либо в его поведении [16]. Когнитивное понятие «трудный па-

циент» представляет собой эквивалент неприятных эмоциональных, личностных реакций профессионала на какую-либо личность, то есть по существу контрперенос, а тот, в свою очередь, является одним из ключевых факторов, влияющих на качество терапевтических отношений [12]. Таким образом, для улучшения терапевтических взаимоотношений с ВБД необходимо обратиться к контртрансферу.

### *Теоретические модели контртрансфера*

В настоящее время теоретические подходы к контрпереносу разнятся в отдельных психотерапевтических направлениях. Некоторые исследователи относят контрперенос к факторам, связанным в большей степени с самим клиницистом, другие – с пациентом.

В классическом психоаналитическом понимании контртрансфер происходит из собственных нерешенных эмоциональных проблем врача, то есть акцент делается на внутриспсихической его этиологии и отмечается как нежелательный (хотя и неизбежный) побочный продукт отношений врач – пациент. Таким образом, этому понятию придается выраженное негативное значение, с которым необходимо бороться. В качестве примера такого вида контрпереноса можно привести сотрудницу психотерапевтического отделения Волгоградского областного госпиталя ветеранов, которая в детстве воспитывалась эмоционально холодным, жестоким отцом, злоупотреблявшим спиртным, что закрепило у нее стойкое негативное отношение ко всем мужчинам, употребляющим спиртное. И хотя это был профессиональный и знающий работник, в ситуациях нарушения режима пациентами она оказывалась в плену своих отрицательных эмоций и не могла совладать со своим враждебным к ним отношением, что нарушало терапевтический союз и вредило лечебному процессу.

На возникновение негативных реакций в адрес комбатантов могут влиять также личностные особенности самого профессионала. Например, сильное стремление доминировать в межличностном общении, склонность к критической, оценивающей и обвиняющей позиции, сильная (невротическая) потребность быть любимым всеми пациентами и/или сильно всем нравиться, повышенная тревога, переходящая в синдром «тревожного ожидания неудачи» в лечении [22]. Необходимо отметить, что научные исследования значения переменных, связанных с врачом в возникновении «трудных» взаимоотношений с пациентами, находятся в зачаточном состоянии [23].

На пациента также могут переноситься отрицательные эмоции, связанные с личной жизнью или текущими неприятными жизненными ситуациями врача, которые впрямую не имеют отношения к ВБД и терапевтическому контакту.

Прямо противоположная точка зрения на контртрансфер придает решающее значение в его возникновении личностным особенностям пациента, и ее можно было бы обозначить как психиатрическую модель. Значительная часть психиатров и психоаналитиков считает, что у трудных пациентов есть патология характера. Чаще других в этом контексте называются параноидальное, пограничное, нарциссическое и антиобщественное расстройства личности [30], которые делают пациентов «трудными».

Среди пациентов, обращающихся в первичное звено медицинской помощи и вызывающих у врачей эмоционально отрицательные реакции, наиболее преобладают больные с серьезными расстройствами личности [27]. Так, пограничное расстройство личности в 4 раза чаще встречается на приеме в первичном медицинском звене, чем при общесоциологических опросах [13]. Реже отмечались параноидальное, антиобщественное и нарциссические характерологические расстройства [6]. При обследованиях у большинства ВБД также обнаруживаются личностные расстройства того же спектра: пограничное, параноидальное, обсессивно-компульсивное [8], пограничное, нарциссическое, параноидальное, пассивно-агрессивное, шизотипическое [21], что в значительной степени определяет характер терапевтических отношений и ответных реакций клинициста и психолога.

Промежуточное положение между этими крайними позициями занимает интерперсональная теория контрпереноса. J. Gans и A. Alonso (1998) считают, что в процессе групповой психотерапии «трудные пациенты» возникают из-за некомпетентных действий ведущего, его неумения, например, противостоять членам группы, создающим «козла отпущения». При таком понимании проблемного общения контртрансфер есть продукт поведенческих паттернов самого лидера группы и специфики его взаимодействия с членами группы [10].

Модель межличностного поля полагает контрперенос естественным образованием и процессом, необходимой частью любого межличностного общения [7]; коммуникативная теория подразумевает, что непроизвольные эмоциональные реакции и чувства терапевта отражают бессознательно передаваемые послания пациента [26]. Такое расширенное (объективное) понимание контрпереноса подразумевает, что реакции специалиста индуцируются в первую очередь внешним поведением пациента. Считается, что в межличностном взаимодействии существуют эмоциональные негативные реакции, которые возникают почти у каждого человека (в том числе и у врача) независимо от его личной истории и невротических конфликтов, на провокационное, возмутительное поведение индивидуума (пациента) и его несправедливые обвинения. Поскольку такие контрпереносные реакции являются довольно типичными и предсказуемыми, неко-

торами исследователями были высказаны пожелания о необходимости использования их в качестве диагностического инструмента [9].

Психотерапевтическая и психоаналитическая практика за последние десятилетия показала, что определенные реакции врача или психолога (даже негативные) часто выявляют точные психодинамические условия, которые могут сообщить много информации о конкретном случае и пациенте [16]. То есть в зависимости от типа внутриличностного конфликта или наличия определенного психического расстройства возникают типичные для данной проблемы пациента эмоциональные реакции врача. В качестве примера специфического, характерного контрпереноса может быть приведено состояние быстро и хаотически изменяющихся у врача эмоций по отношению к пациенту с пограничным личностным расстройством [20], такой эмоциональный ответ играет важное значение в диагностике этого состояния.

Классик психиатрии А. Кемпински (1975), отмечал, что после бесед с невротиком врач часто чувствует себя необыкновенно измученным, как после тяжелой физической работы, тогда как беседы с больным психозами не вызывают этой невротической усталости. Объясняет он это различными установками доктора на пациентов. Часто психоз рассматривается как охватывающее человека «зло», на которое он не может повлиять, а невроз принадлежит к «злу», от которого можно, хотя бы частично, освободиться при приложении собственного усилия воли. При общении с невротиком врачу трудно отойти от позиции судьи и воспитателя. Хотя психиатр и знает, что он ни моралист, ни педагог, однако ему приходится сдерживать себя, чтобы не судить и не воспитывать. К больному неврозом врач предъявляет претензии и обвиняет его в отсутствии улучшения его здоровья. Именно эта необходимость постоянного контроля негативных эмоциональных реакций и вызывает усталость при лечении больных неврозами [1].

М. Pare и M. Rosenbluth (1999) подчеркивают важность субъективного врачебного самосознания для того, чтобы диагностировать расстройства личности своих пациентов. Некоторые пациенты могут быть чрезвычайно враждебными, сердитыми или, напротив, чрезмерно привлекательными на первой встрече и вызывают одинаково интенсивный эмоциональный ответ у врача или психолога, как положительный, так и отрицательный. Если у последнего появилась очень интенсивная эмоциональная реакция на пациента (то есть чувство гнева, ненависти, или нехарактерно сильной симпатии с сильным желанием спасти этого пациента) без какой бы то ни было очевидной причины, необходимо предположить диагноз расстройства личности в этом пациенте. М. Pare и M. Rosenbluth утверждают, что понимание и оценка клиницистом своей эмоциональной реак-

ции на клиента диагностически является не менее важной, чем традиционная клиническая беседа [25].

Таким образом, в рамках данных моделей отношение к контртрансферу в психологии и психиатрии можно обозначить как позитивно-диагностическое, которое заключается в том, что эмоциональный отклик специалиста на пациента во взаимоотношениях врач – пациент представляет собой один из наиболее важных инструментов его работы, необходимый для исследования бессознательных реакций клиента.

### ***Контртрансфер при взаимодействии с ветеранами боевых действий***

При взаимодействии с ВБД контрпереносные реакции консультанта могут являться как реакциями на непосредственное поведение участников войны, так и возникать из-за сложившихся стереотипов и убеждений об этом контингенте.

При явном дефиците доверия нарциссизм консультанта подвергается серьезному испытанию. При этом естественной, обычной защитной реакцией собственного «Я», в том числе и профессионального, являются ответный нарциссический гнев и агрессия, которые чаще всего проявляются неявным образом – например, навешиванием ярлыков, таких как «антисоциальное расстройство личности», толерантного к любым психологическим воздействиям. Это приводит к ответной агрессии комбатанта и может замыкаться в порочный круг взаимной враждебности.

Если комбатант испытывает страх потерять контроль над своим гневом и агрессивными побуждениями, то это может расцениваться консультантом как угроза собственной безопасности, что вызывает ответный страх, который чаще всего увеличивает подозрительность ветерана.

Контрперенос может быть обусловлен материалом травмы клиента-ветерана. У некоторых специалистов, работавших с травмированными клиентами, после длительного простого выслушивания травмирующего материала «разрушаются» или «искажаются» познавательные схемы (фундаментальные верования и убеждения о мире, других людях и непосредственно о себе), появляются эмоциональные расстройства, которые часто обозначаются вторичной или опосредованной травмой. В таком случае призванный оказывать помощь другим профессионал может оказаться источником ретравматизации для клиента [15]. Обычный контрперенос психолога или врача в такой ситуации – это осознаваемый и неосознаваемый уход и защита от неприятных рассказов, попытки переключения темы. Возможна активизация в памяти собственных травматических эпизодов.

Таким образом, контрперенос является важнейшей явлением, работа с которым может не только значительно улучшить терапевтические от-

ношения и укрепить альянс врач – комбатант, но и служить важным диагностическим инструментом.

### ***Собственная модель работы с контрпереносом в психотерапии и консультировании ветеранов боевых действий***

Исходя из вышеизложенного, нами была разработана внеэкономическая модель работы с контрпереносом во время психотерапии или психологического консультирования ВБД, как с целью улучшения терапевтических взаимоотношений и комплайенса, так и с целью диагностики у них личностных расстройств, что будет являться важным дополнением к этой трудной области психиатрической практики.

При этом необходимо помнить, что, прежде чем помочь ВБД управлять своим поведением, необходимо научиться управлять своими собственными реакциями.

Первый шаг в работе со своим контрпереносом состоит в изменении отношения к понятию «трудный клиент-комбатант» и освобождению от стигмы. Подход, при котором «трудное» поведение ВБД считается проблемой, требующей устранения, можно назвать патологическим. Более конструктивно было бы рассматривать любое поведение ВБД как эффективное средство, выполняющее определенную функцию. В качестве примера можно привести состояние гнева, выполняющее много полезных функций – от подъема сниженной самооценки до важной роли в коммуникации, делая общение открытым и неманипулятивным [18], или соматизация, которая также является психологической защитой. Соматизирующие пациенты испытывают меньший психологический дистресс, чем психологизирующие. У пациентов с проявлениями соматизации отмечалось меньше симптомов психических расстройств, чем у тех, кто высказывал психологические жалобы (психологизирующих), и у них было меньше социальных проблем и проявлений неудовлетворенности, чем у психологизирующих [17].

Так же как и для ВБД, для консультанта может оказаться трудным изменить свои обычные реакции на проявляемые в его адрес неуважение, гнев или агрессивное поведение. И в этом случае лучше всего начинать с изменения своих представлений об агрессивности. Агрессия имеет как отрицательные, так и положительные аспекты, и следует обращать внимание не только на отрицательные, но и положительные моменты враждебного поведения. И гнев, и агрессия являются всего лишь формой проявления эмоциональной энергии, которая будет иметь позитивные или негативные последствия в зависимости от того, как это будет понято и будет использоваться [24]. Агрессия может служить интересам безопасности и снижения тревоги индивида, а гнев является эмоцией, тесно связанной с

самооценкой и защищающей ее. В литературе на примере известных людей описаны случаи, когда внезапная вспышка гнева против социальной несправедливости приводила к радикальным сдвигам в их личностном развитии [4]. Цель консультирования и коррекции – не наказание или вызывание чувства вины, что обычно следует за вспышками неконтролируемой агрессии или гнева, а личностное развитие.

Клиницисту важно переопределить свои позиции и сделать выбор. Участников войны можно воспринимать как «трудных клиентов», консультирование которых не приносит ничего, кроме фрустрации и разочарования. Стоит ли в этом случае принимать вызов, или лучше отказаться от невротических представлений о своей собственной способности помочь всем и всегда?

Другой выбор может состоять в том, чтобы отнестись к ним как к пациентам, которые показывают консультанту границы его реальных возможностей в настоящем и области, куда эти границы могут расширяться. Например, какими способами, кроме гнева, психолог поддерживает свою самооценку и готов ли он сформировать и воспользоваться какими-то дополнительными психологическими механизмами. Ответ на вопрос, сможет ли «трудный клиент» стать катализатором дальнейшего профессионального и личностного развития, будет определять эффективность консультативной работы с данным контингентом.

Следующий шаг предполагает изменение отношения к своим собственным чувствам не как к проблеме, а как к инструментарию, в том числе диагностическому. Нет смысла испытывать чувство вины за любые свои негативные эмоции, также как нет необходимости торопиться выражать их вовне. Необходимо занять позицию исследователя, оценивающего и анализирующего, что происходит и возможные причины этого.

Для оценки своего контрпереноса врачу нужны навыки самоосознания через попытку ответить на вопрос «Что со мной сейчас происходит?». После того как эмоции зафиксированы, необходимо сравнить их со своим предыдущим опытом, чтобы определить, являются ли они более сильными или необычными; затем надо разобраться, в чем причина негатива, возникшего в данный момент: вызван ли он какими-то ситуациями, произошедшими до встречи, или представляет реакцию на поведение пациента и т. п.? Необходимо вспомнить (восстановить), какие чувства были в начале консультации, еще до общения с этим ВБД. Следует понять, не было ли вызвано раздражение какими-либо сторонними причинами (возможно, его сформировал предыдущий пациент; возможно, повлияли личные проблемы, какой-то конфликт с сотрудником или сексуальным партнером и т. п.).



При выявлении сильных отрицательных эмоций, связанных с ВБД, необходимо предположить наличие у данного пациента какого-то личностного расстройства, чаще всего пограничного или параноидного, что создает необходимость более углубленного психолого-психиатрического обследования.

Для улучшения терапевтического комплайенса врач должен мысленно оценить компоненты эффективного взаимодействия с пациентом: были ли они использованы в должной и полной мере? Есть ли уверенность, что проявленная врачом поддержка была замечена, услышана и понята ВБД? Получил ли ВБД от специалиста достаточно информации, чтобы понять его советы и рекомендации? Замотивировал ли клиницист ВБД, для того чтобы они приняли его советы и рекомендации?

Такая ревизия своих собственных действий в терапевтических отношениях значительно укрепляет лечебный альянс и приверженность ВБД терапии.

### *Заключение*

Таким образом, контрперенос – сложносоставное явление, обусловленное многими факторами, связанными как с врачом, так и пациентом. Контртрансфер является ключевым звеном в установлении эффективных лечебных отношений. Врачи различных профилей, психологи и профессионалы других, не психиатрических специальностей могут использовать психологическое, психодинамическое понимание их собственной эмоциональной реакции на поведение пациента-комбатанта как способ выяснения его психопатологии и необходимости дальнейшей углубленной диагностики и консультирования [14, 32], а также для улучшения терапевтического взаимодействия и повышения эффективности психотерапии.

### *Литература*

1. *Кемпински А.* Психопатология невротозов / А. Кемпински. – Варшава, 1975. – 399 с.
2. *Решетников М.М.* Психическая травма / М.М. Решетников. – СПб., 2006. – 322 с.
3. *Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства* / Под ред. Э.Б. Фoa. – М., 2005. – 467 с.
4. *Adams D.* The Role of Anger in the Consciousness Development of Peace Activists: Where Physiology and History Intersect / D. Adams // J. Psychophysiol. – 1986. – Vol. 4. – P. 157–164.
5. *Bedi U.S.* Cardiovascular manifestations of posttraumatic stress disorder / U.S. Bedi, R. Arora // J. Natl. Med. Assoc. – 2007. – N 99. – P. 642–649.

6. *Bongar B.* Views on the difficult and dreaded patient: a preliminary investigation / B. Bongar, L.A. Markey, L.G. Peterson // *Med. Psychother.* — 1991. — N 4. — P. 9–16.
7. *Colm H.* A field-theory approach to transference and its particular application to children / H. Colm // *Psychiatry.* — 1955. — N 18. — P. 339–352.
8. *Dunn N.J.* Personality disorders in veterans with posttraumatic stress disorder and depression / N.J. Dunn, E. Yanasak, J. Schillaci [et al.] // *J. Traum. Stress.* — 2004. — Vol. 17, N 1. — P. 75–82.
9. *Gabbard G.O.* *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice* / G.O. Gabbard. — 4th ed. — Washington, 2005 — 652 p.
10. *Gans J.S.* Difficult Patients: Their Construction in Group Therapy / J.S. Gans, A. Alonso // *J. Group Psychoth.* — 1998. — Vol. 48, N 3. — P. 311–326.
11. *Gimbel C.* Why does military combat experience adversely affect marital relations? / C. Gimbel, A. Booth // *J. Mar. Family.* — 1994. — N 56. — P. 691–703.
12. *Goldberg P.E.* The physician-patient relationship: three psychodynamic concepts that can be applied to primary care / P.E. Goldberg // *Arch. Fam. Med.* — 2000. — N 9. — P. 1164–1168.
13. *Gross R.* Borderline Personality Disorder in Primary Care / R. Gross, M. Olfson, M. Gameraoff [et al.] // *Arch. Intern. Med.* — 2002. — N 162. — P. 53–60.
14. *Groves J.* Taking care of the hateful patient / J. Groves // *N. Engl. J. Med.* — 1978. — N 298. — P. 883–887.
15. *Hesse A.R.* Secondary Trauma: How Working with Trauma Survivors Affects Therapists / A.R. Hesse // *Clin. Soc. Work J.* — 2002. — Vol. 30, N 3. — P. 293–309.
16. *Hinshelwood R.D.* The Difficult Patient / R.D. Hinshelwood // *Br. J. Psych.* — 1999. — N 174. — P. 187–190.
17. *Hotopf M.* Is «somatisation» a defense against the acknowledgment of psychiatric disorder? / M. Hotopf, M. Wadsworth, S. Wessely // *J. Psychosom. Res.* — 2001. — Vol. 50, N 3. — P. 119–124.
18. *Izard C.E.* Basic emotions, relations among emotions, and emotion-cognition relations / C.E. Izard // *Psychol. Rev.* — 1992. — N 99. — P. 561–565.
19. *Kernberg O.* Notes on countertransference / O. Kernberg // *J. Am. Psychoanal. Assoc.* — 1965. — N 13. — P. 38–55.
20. *Koekkoek B.* «Difficult Patients» in Mental Health Care : A Review / B. Koekkoek, B. van Meijel, G. Hutschemaekers // *Psychiatr. Serv.* — 2006. — N 57. — P. 795–802.
21. *Lauterbach D.* Personality Profiles of Trauma Survivors / D. Lauterbach // *Traumatology.* — 2001. — Vol. 7, N 1. — P. 5–17.

22. *Main T.* The ailment / T. Main // *The Ailment and Other Psychoanalytic Essays* / Ed. J. Johns. – London, 1989. – P. 12–35.
23. *Najavits L.M.* Helping «difficult» patients / L.M. Najavits // *Psychoth. Res.* – 2001. – N 11. – P. 131–152.
24. *Ormont L.* The Leader's Role in Dealing with Aggression in Groups / L. Ormont // *International Journal of Group Psychotherapy.* – 1984. – Vol. 34, N 4. – P. 553–572.
25. *Paré M.F.* Personality Disorders in Primary Care / M.F. Paré, M. Rosenbluth // *Prim. Care.* – 1999. – Vol. 26, N 2. – P. 243–278.
26. *Searles H.F.* The patient as therapist to his analyst / H.F. Searles // *Tactics and Techniques in Psychoanalytic Therapy, Vol. 2 : Countertransference* / Ed. P. Giovacchini. – New York, 1975. – P. 95–154.
27. *Shafer S.* Personality disorders among difficult patients / S. Shafer, D. Nowlis // *Arch. Fam. Med.* – 1998. – N 7. – P. 126–129.
28. *Silver D.* Psychotherapy of the characterologically difficult patient / D. Silver // *Can. J. Psych.* – 1983. – N 28. – P. 513–521.
29. *Stevenson V.E.* Premature treatment termination by angry patients with combat-related post-traumatic stress disorder / V.E. Stevenson // *Mil. Med.* – 2000. – Vol. 165, N 5. – P. 422–444.
30. *Wong N.* Perspectives on the difficult patient / N. Wong // *Bul. Menn. Clin.* – 1983. – N 47. – P. 99–106.
31. *Yalom I.D.* The theory and practice of group psychotherapy / I.D. Yalom. – 4th ed. – New York, 1995. – 595 p.
32. *Zinn W.* Doctors have feelings too / W. Zinn // *JAMA.* – 1988. – N 259. – P. 3296–3298.

# ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 159.942.33 : 311.1

*Т.А. Басыгысова, Т.А. Адмакина*

## СТАНДАРТИЗАЦИЯ ШКАЛЫ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ЭМОЦИЙ К. ИЗАРДА

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования;  
Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена,  
Санкт-Петербург

### *Введение*

Как известно, психотерапевтическая практика в большинстве случаев имеет дело с аффективными проблемами и расстройствами. В общепсихологической теории эмоциональная сфера, являясь одним из базовых образований в структуре психики, нуждается в разработке не только теоретико-методологического базиса, но и в решении вопросов о способах оценки и измерения отдельных ее показателей.

На наш взгляд, из множества существующих классификаций (Спиноза Б., Вундт В., Изард К. [7], Ольшанникова А.Е. [13]), концепций происхождения эмоций (Дарвин Ч. [5]; Клапаред Э., Джемс У., Ланге Г., Кэннон У., Фестингер Л., Симонов П.В. [11, 8]), теорий аффективных состояний – психологических основ переживания (Василюк Ф.Е. [4]), эмоциональной направленности личности (Додонов Б.И. [6]), одной из наиболее научно-обоснованных концепций является теория дифференцированных эмоций К. Изарда. В этом контексте представляется необходимым пояснить разницу между традиционно применяемым в данной теории термином «дифференциальный» и предлагаемым понятием «дифференцированный». Особенности английского языка таковы, что слово «differential» предполагает единственное значение, а в русской речи суффикс меняет смысл термина. Так, под понятием «дифференциальный» подразумевается «различительный, не одинаковый при разных условиях», а «дифференцированный» дефинируется как «расчлененный на отдельные, частные элементы» [9]. Таким образом, предлагаемый термин точнее отражает смысл описанного К. Изардом концепта.

Теория дифференцированных эмоций строится на нескольких положениях. В первую очередь нужно отметить, что каждая эмоция эксплицируется в трех компонентах: вегетативном (физиологическом, соматическом), диагностируемом методами неврологии и физиологии; экспрессивном (моторном), который оценивается посредством наблюдения и реги-

страции внешних проявлений аффектов; субъективном (психологическом), изучение которого имеет ряд сложностей. Субъективный компонент эмоций диагностируется по двум основным параметрам: интенсивность (степень выраженности, сила проявления аффективного переживания) и модальность (качественная специфичность эмоционального состояния). Важно отметить, что концепция К. Изарда предполагает наличие двух уровней организации эмоций: базовые эмоции (интерес, радость, удивление, печаль, гнев, отвращение, презрение, страх, стыд, вина) и дифференцированные – более тонкие, нюансные аффективные состояния, представляющие собой сочетания и варианты базовых эмоций [2, 3].

В соответствии с предложенной теорией К. Изард сформировал шкалу дифференцированных эмоций (ШДЭ). Каждая из 10 базовых эмоций определяется тремя независимыми переменными. Иначе говоря, в опросном листе описаны 30 аффективных состояний (дифференцированные эмоции), субъективно оцениваемые испытуемыми по пятибалльной шкале, которые в результате обработки суммируются в показатели базовых эмоций. В итоге мы имеем 10 числовых значений (от 3 до 15 баллов), представляющих собой выраженность каждой базовой эмоции.

Первые результаты исследований, подтвердившие надежность, валидность и стандартизированность шкалы, были опубликованы К. Изардом в «Руководстве по использованию ШДЭ» (1974). Тем не менее данное диагностическое средство требует дальнейшей разработки. Опыт практических отечественных исследований с использованием ШДЭ показал, что вариант методики, используемой в нашей стране, не удовлетворяет требованиям стандартизации, например мода положительных эмоциональных состояний выше данного показателя по отрицательным переживаниям (табл. 1) [1, 10], что осложняет процедуру сопоставления данных по разным шкалам.

В связи с этим в нашем исследовании была предпринята попытка унификации и приведения к единым нормативам оценок ШДЭ.

### ***Материалы исследования***

Материалом исследования послужили индивидуумы различного возраста, пола и профессиональной направленности. Общий объем выборки составляет 1169 человек. По полу имеется следующее соотношение: представителей мужского пола – 307 человек (26,3 %), женского пола – 862 человека (73,7 %). По возрасту общая выборка разделена на три группы: 1-я – от 15 до 17 лет – 319 человек (27,2 %); 2-я – от 18 до 24 лет – 672 (57,4 %); 3-я – от 25 лет и выше – 178 человек (15,22 %).

### Результаты и их анализ

Первичные показатели значений эмоций по ШДЭ К. Изарда ( $n = 1169$ ) представлены в табл. 1. Стандартизация осуществлялась посредством преобразования шкалы сырых оценок (от 3 до 15) в новую шкалу, основанную не на эмпирических значениях изучаемого признака, а на его относительном месте в распределении результатов в экспериментальной выборке (от 1 до 10). В итоге мы получаем шкалу стенов по каждой базовой эмоции. Вычисление среднего арифметического показателя и стандартного отклонения позволило нам построить равноинтервальную шкалу. Таким образом, оказывается возможным сопоставление данных путем перевода «сырых» баллов в стены [12, 14].

Таблица 1  
Первичные показатели значений эмоций по ШДЭ К. Изарда ( $n = 1169$ )

Показатель	Базовые эмоции, балл									
	Интерес	Радость	Удивление	Горе	Гнев	Отвращение	Презрение	Страх	Стыд	Вина
М	10,8	11,2	7,92	7,17	6,61	5,88	5,95	6,51	7,36	8
Мода	12	12	9	7	5	5	5	6	8	9
$\sigma$	2,02	2,19	2,05	2,27	2,53	2,19	2,17	2,17	2,46	2,33

На рисунке представлена схема вычисления стандартных оценок и перевода «сырых» баллов в стены по шкале «Интерес».

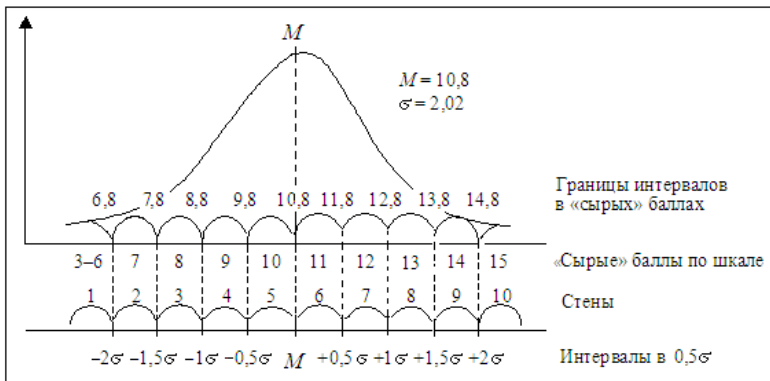


Схема вычисления стандартных оценок (стен) по шкале базовой эмоции «Интерес» шкалы дифференцированных эмоций по К. Изарду

Для перевода «сырого» балла шкалы дифференцированных эмоций в стандартное значение (стен) следует найти в первом столбце табл. 2 нужную шкалу и двигаться по строке до столбца с интервалом значений (или значением), в который попадает подсчитанный ранее «сырой» балл. В первой строке этого столбца указан соответствующий стен. Например, если «сырой» балл по шкале «Интерес» равен 10, в строке «Интерес» следует найти «сырой» балл 10, в первой строке данного столбца указано значение стена – 5.

Таблица 2

*Перевод «сырых» значений в стены по каждой базовой эмоции*

Базовые эмоции	Стены									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Интерес	3–6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Радость	3–6	7	8–9	9–10	11	12	13	14	15	–
Удивление	3	4	5	6	7	8	9	10	11–12	12–15
Горе	–	3	4	5–6	7	8	9	10	11	12–15
Гнев	–	–	3–4	5	6	7	8–9	10	11	12–15
Отвращение	–	–	3	4	5	6	7–8	9	10	11–15
Презрение	–	–	3	4	5	6	7–8	9	10	11–15
Страх	–	3	4	5	6	7	8	9	10	11–15
Стыд	–	3	4	5–6	7	8	9	10–11	12	13–15
Вина	3	4	5	6	7	8–9	10	11	12	13–15

Таким образом, результатом нашего экспериментального исследования является ключ, благодаря которому стало возможным сопоставлять в единой мере степень выраженности различных базовых эмоций, измеряемых методикой ШДЭ К. Изарда.

### *Литература*

1. Адмакина Т.А. Амбивалентность переживания как компонент эмоциональной отзывчивости на музыку / Т.А. Адмакина // Известия Рос. гос. пед. ун-та им. А.И. Герцена. – 2009. – № 102. – С. 337–341.

2. Беломестнова Н.В. Системный подход в психологии / Н.В. Беломестнова // Вестн. Оренбург. гос. ун-та. – 2005. – № 10. – С. 43–54.

3. Беломестнова Н.В. Структура психики как проявление принципов строения самосохраняющихся систем / Н.В. Беломестнова // Психология человека: интегративный подход : сб. науч. ст. – СПб. : Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2000. – С. 18–32.

4. *Василюк Ф.Е.* Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций / Ф.Е. Василюк. – М. : Изд-во МГУ, 1984. – 200 с.
5. *Дарвин Ч.* О выражении эмоций у человека и животных / Ч. Дарвин. – СПб. : Питер, 2001. – 384 с.
6. *Додонов Б.И.* Эмоция как ценность / Б.И. Додонов. – М. : Политиздат, 1978. – 272 с.
7. *Изард К.* Психология эмоций / К. Изард. – СПб. : Питер, 2003. – 464 с.
8. *Ильин Е.П.* Эмоции и чувства / Е.П. Ильин. – СПб. : Питер, 2002. – 752 с.
9. *Крысин Л.П.* Толковый словарь иноязычных слов / Л.П. Крысин. – 5-е изд., стереотип. – М. : Рус. яз., 2003. – 856 с.
10. *Люсин Д.В.* Эмпирический анализ категоризации эмоций / Д.В. Люсин // *Вопр. психологии.* – 1999. № 2. – С. 50–60.
11. *Маклаков А.Г.* Общая психология : учеб. для вузов / А.Г. Маклаков. – СПб. : Питер, 2008. – 583 с.
12. *Наследов А.Д.* Математические методы психологического исследования : учеб. пособие / А.Д. Наследов. – СПб. : Речь, 2004. – 392 с.
13. *Ольшанникова А.Е.* К психологической диагностике эмоциональности / А.Е. Ольшанникова // *Проблемы общей, возрастной и педагогической психологии* / под ред. В.В. Давыдова. – М. : Педагогика, 1978. – С. 93–105.
14. *Сидоренко Е.В.* Методы математической обработки в психологии / Е.В. Сидоренко. – СПб. : Речь, 2007. – 350 с.
15. *Словарь-справочник по психодиагностике* / сост.: Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. – СПб. : Питер, 1999. – 528 с.



## **СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУКТУРЫ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

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

Алтайский государственный университет, Барнаул;

Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 2

### ***Введение***

Исследование ценностных ориентаций у больных с различными нервно-психическими заболеваниями является одной из наиболее существенных задач психиатрии, психотерапии и медицинской психологии. Ценностные установки структурно входят в понятие «направленность» личности, в ее основе лежит, в свою очередь, потребностно-мотивационная сфера, которая формирует системообразующую составляющую личности [3]. Отечественные авторы подчеркивают, что направленность личности играет большую роль в организации поведения, отвечающего сложившимся убеждениям человека [4], определяет процесс выбора конкретных форм деятельности [6].

Особую актуальность и сложность данная задача приобретает при изучении шизофрении. Известна неспецифичность большинства характеристик психических процессов при шизофрении в плане ее тяжести, динамики состояния, а также нозологической и синдромологической принадлежности. Это связано с тем, что качество указанных характеристик опосредуется многообразными и трудно учитываемыми «личностными» моментами, в первую очередь особенностями ценностно-мотивационной сферы. Исследование данного аспекта важно как в плане конкретизации представлений о патогенетически значимых психологических механизмах и особенностях шизофрении, так и в плане поиска достаточно надежных индикаторов терапевтической динамики.

Изучению ценностных предпочтений у пациентов с невротическими расстройствами посвящены многочисленные работы отечественных ученых [1, 2, 5]. Исходя из полученных авторами данных, сфера ценностных ориентаций у больных невротизмом является малодинамичным (практически не видоизменяется с течением времени) образованием, в котором ведущее место отводится здоровью, любви и счастливой семейной жизни. Сравнительное исследование иерархической системы ценностей пациен-

тов с шизофренией и невротическими расстройствами способствует лучшему пониманию патологических изменений ценностно-мотивационной сферы у больных с различными нервно-психическими расстройствами.

### *Материал и методы*

В данном исследовании при изучении ценностных ориентаций основное внимание уделялось актуальному состоянию ценностной сферы и возможности ее изменения в ходе лечения. В качестве экспериментально-психологического инструмента применялась методика «Ценностные ориентации» (Rokeach M.).

М. Rokeach определял ценность как устойчивое убеждение, определенный способ поведения или существования, индивидуально или социально предпочтительный перед, или наряду, с каким-либо иным способом поведения или существования в аналогичной ситуации. Система ценностей есть устойчивая совокупность убеждений. Выделяя три типа убеждений: экзистенциальные, оценочные и прогностические, М. Rokeach относит ценности к последнему, третьему типу, позволяющему ориентироваться в желательности – нежелательности способа поведения (операциональные, инструментальные ценности) и существования (смысловые, терминальные ценности).

Исследователи терминальных ценностей разбивают их на два больших класса в зависимости от того, направлены ли они на социум (интерперсонально сфокусированные), или на индивида (интраперсональные). Соотношение этих ценностей у каждого человека индивидуально и в значительной степени определяет поведение и позицию человека.

Всего было обследовано 36 больных, которые имели диагноз F 20, то есть относились к разделу МКБ-10, включающему шизофрению, шизотипические и бредовые расстройства, и проходили стационарное лечение в отделениях Оренбургской областной клинической психиатрической больницы № 2 (ООКПБ № 2), из них 19 женщин и 17 мужчин в возрасте от 19 до 68 лет. Длительность болезни у них составила от 2 до 27 лет. Исследование проводилось дважды: до проводимого лечения (на этапе ремиссии активной психопатологической симптоматики) и в состоянии ремиссии (перед выпиской из стационара).

Всем пациентам проводилась комбинированная терапия, основанная на единой методологической базе биопсихосоциального подхода к этиопатогенезу психотических расстройств, объединяющая психофармакотерапию и психотерапию. Все пациенты получали атипичные нейролептики (сердолект, сероквель, клопиксол, зипрекса, рисполепт), антидепрессанты (золевт, ципралекс, феварин) в средних терапевтических дозах, в первые дни – инъекции пролонгированных антипсихотиков (галопери-

дол-деконоата, клопиксол акуфаза, рисполепта-консты). Применялось также сочетание индивидуальных и групповых форм психотерапии (когнитивная, семейная психотерапия, терапия творческим самовыражением, театр-терапия).

Целью настоящего исследования явилось также сравнение структуры ценностных установок у больных шизофренией и невротическими расстройствами. Было проведено изучение 50 пациентов с невротическими расстройствами, проходивших курс действенно-аналитической психотерапии в г. Барнауле.

### *Результаты и их анализ*

В ходе проведенного исследования было выявлено, что доминирующую позицию в иерархии терминальных ценностей (табл. 1) у больных шизофренией занимают «Активная деятельная жизнь» и «Общественное признание». В ценности высшего статуса также входят установки «Жизненная мудрость», «Материально обеспеченная жизнь», «Творчество», «Любовь» и «Наличие хороших и верных друзей».

Значительно меньшее значение больные уделяют таким ценностям, как «Счастье других», «Уверенность в себе», «Счастливая семейная жизнь», а также «Красота природы и искусства». Самыми малозначимыми ценностями являются «Развитие» и «Развлечения». Остальные параметры вошли в список ценностей среднего статуса.

Таким образом, терминальные ценностные ориентации больных шизофренией носят преимущественно социально обусловленную направленность. Большая часть обследованных пациентов считает, что наиболее важными должны быть полнота и эмоциональная насыщенность жизни, активная личностная позиция, а также уважение окружающих (референтной группы, коллектива, товарищей по работе). Немаловажны также социально значимые ценности, предполагающие полноценные и разносторонние отношения с окружающими, такие как любовь, дружба, жизненный опыт, творчество и др. В то же время роль таких ценностных ориентаций, как развитие своей личности и своих способностей, а также умение получать удовольствие (гедонистическая направленность), выражена в меньшей степени, эти установки занимают значительно более низкое место в иерархической системе ценностей больных исследованной группы.

Таблица 1

Терминальные ценности по методике «Ценностные ориентации»  
(М. Rokeach) у больных шизофренией, ранг ( $M \pm \sigma$ )

Терминальные ценности	До лечения	Ранг	После лечения	Ранг	p
Активная деятельная жизнь	7,47 ± 5,61	1-й	6,28 ± 5,14	1-й	0,35
Жизненная мудрость	8,17 ± 5,29	3-й	6,67 ± 4,64	2-й	0,21
Здоровье	9,25 ± 5,12	9-й	8,89 ± 5,19	6-й	0,29
Интересная работа	9,69 ± 5,34	12-й	9,08 ± 5,13	7-й	0,62
Красота природы и искусства	10,28 ± 5,49	13-й	9,92 ± 4,87	11-й	0,29
Любовь	8,75 ± 5,52	6-й	7,81 ± 4,47	3-й	0,79
Материально обеспеченная жизнь	8,44 ± 5,45	4-й	8,33 ± 3,74	5-й	0,92
Наличие хороших и верных друзей	8,83 ± 4,98	7-й	8,31 ± 5,09	4-й	0,66
Общественное признание	7,94 ± 4,89	2-й	9,47 ± 4,84	9-й	0,19
Познание	9,31 ± 4,49	10-й	10,17 ± 5,16	13-й	0,45
Продуктивная жизнь	9,19 ± 4,77	8-й	9,53 ± 4,38	10-й	0,76
Развитие	11,03 ± 4,53	17-й	10,72 ± 5,83	15-й	0,8
Развлечения	11,03 ± 5,52	18-й	10,03 ± 5,69	12-й	0,45
Свобода	9,33 ± 5,32	11-й	11,83 ± 4,51	17-й	0,04
Счастливая семейная жизнь	10,53 ± 4,59	14-й	11,33 ± 4,95	16-й	0,48
Счастье других	10,97 ± 5,08	16-й	9,31 ± 5,34	8-й	0,18
Творчество	8,69 ± 4,74	5-й	10,5 ± 5,37	14-й	0,14
Уверенность в себе	10,92 ± 5,42	15-й	12,56 ± 5,22	18-й	0,19

Структура терминальных ценностных убеждений до и после проведенного лечения в целом мало изменилась (см. табл. 1). После терапевтических мероприятий достоверно изменилась значимость такой ценностной установки, как «Свобода» (см. табл. 1). Больные шизофренией меньшее значение стали придавать умению самостоятельно вырабатывать и отстаивать свою точку зрения, убеждения и идеалы, цели и поступки. По-видимому, такие результаты обусловлены тем фактом, что среди обследованных больных большинство имело диагноз параноидная шизофрения, со свойственными для этих пациентов подозрительностью и враждебностью, выраженной неконформностью установок, которые являлись основной «терапевтической мишенью». В ходе терапии больные шизофренией стали значительно меньше ценить самостоятельность и независимость в суждениях и поступках (соответственно 11-й и 17-й ранги).

Таким образом, иерархическая система терминальных ценностей у больных с различными формами шизофрении остается ригидно устойчи-

вой к проводимым интервенциям. Для обследованных пациентов по-прежнему остаются наименее значимыми ценности, предполагающие поступки в соответствии с собственными желаниями и потребностями (эгоцентрическая направленность) – работа над собой, физическое и духовное совершенствование, а также развлечения и удовольствия, тогда как «Активная деятельная жизнь» и другие вышеозначенные установки занимают ведущее место среди смысловых ценностных ориентаций.

Среди инструментальных ценностей больные шизофренией ведущее место отводят «Аккуратности» (табл. 2). Они видят необходимость в том, чтобы быть чистоплотными, уметь содержать в порядке вещи, соблюдать порядок в делах. К ценностям, имеющим высокий статус, обследованные пациенты отнесли также «Высокие запросы», «Чуткость», «Образованность», «Исполнительность», «Непримиримость к недостаткам в себе и других», «Жизнерадостность» и «Эффективность в делах». Это операциональные ценности, носящие социоцентрический характер, позволяющие достичь высокого статуса в обществе и обеспечить высокую адаптивность социального взаимодействия.

На среднем уровне у больных шизофренией стоят такие качества, как «Воспитанность», «Ответственность», «Терпимость», «Честность» и «Твердая воля».

На низкие позиции поставлены категории «Рационализм», «Самоконтроль» и «Широта взглядов». Ставя «Рационализм» на последнее место в иерархии инструментальных ценностей, пациенты обследованной нозологической группы выказывают отсутствие устремления к умению здраво и логично мыслить, принимать обдуманые, рациональные решения. Вероятно, нежелание совершенствоваться и расширять сферу планирования обусловлено отсутствием осознания выраженного недостатка в этой области психической деятельности. Помимо этого, низкое место в типологии ценностных ориентаций личности больных шизофренией занимают «Смелость в отстаиваниях своего мнения» и «Независимость».

Таким образом, в системе инструментальных ценностных ориентаций, как и терминальных, у пациентов исследованной группы преобладает интерпсихическая направленность: ценностями-средствами являются стремление к умению проявлять чуткость и заботливость по отношению к окружающим людям. Они также придают важное значение высоким требованиям и притязаниям в жизни, трудолюбию, исполнительности и продуктивности в работе. В то же время, ценностные убеждения интрапсихической направленности занимают гораздо менее важное место. Больные шизофренией не считают существенным совершенствование логического аппарата мышления, способности действовать самостоятельно и решительно, умения отстаивать свои мнения и взгляды.

Таблица 2

*Инструментальные ценности по методике «Ценностные ориентации»  
(М. Rokeach) у больных шизофренией, ранг (M ± σ)*

Инструментальные ценности	До лечения	Ранг	После лечения	Ранг	p
Аккуратность	7,81 ± 5,15	1-й	5,94 ± 5,04	1-й	0,13
Воспитанность	9,19 ± 5,46	11-й	8,86 ± 5,28	5-й	0,79
Высокие запросы	8,31 ± 4,66	2-й	9,17 ± 5,35	8-й	0,47
Жизнерадостность	8,81 ± 4,88	7-й	9,94 ± 5,12	10-й	0,34
Исполнительность	8,72 ± 5,24	5-й	10,56 ± 4,74	14-й	0,12
Независимость	10,58 ± 5,58	14-й	10,08 ± 4,04	12-й	0,66
Непримиримость к недостаткам в себе и других	8,78 ± 5,41	6-й	11,75 ± 4,97	18-й	0,02
Образованность	8,64 ± 4,73	4-й	10,03 ± 5,11	11-й	0,24
Ответственность	9,42 ± 4,36	12-й	8,25 ± 5,68	4-й	0,98
Рационализм	11,83 ± 4,69	18-й	9,25 ± 5,56	9-й	0,04
Самоконтроль	11,03 ± 4,68	16-й	9,11 ± 5,62	7-й	0,12
Смелость в отстаиваниях своего мнения	10,69 ± 4,49	15-й	10,08 ± 4,37	13-й	0,56
Твердая воля	9,67 ± 6,27	13-й	11,61 ± 5,25	17-й	0,16
Терпимость	9,17 ± 5,34	10-й	10,81 ± 5,37	16-й	0,19
Широта взглядов	11,03 ± 5,47	17-й	10,75 ± 5,31	15-й	0,83
Честность	9,11 ± 5,29	9-й	9,06 ± 4,63	6-й	0,96
Эффективность в делах	8,83 ± 5,22	8-й	8,19 ± 4,79	3-й	0,54
Чуткость	8,36 ± 5,16	3-й	7,56 ± 4,59	2-й	0,49

Иерархическая система инструментальных ценностей, также как и смысловых, оказалась устойчивой к терапевтическим воздействиям и мало изменилась в процессе лечения. Статистически значимые отличия были выявлены в отношении только двух категорий: «Непримиримость к недостаткам в себе и других» и «Рационализм» (см. табл. 2). Ориентация на умение трезво и логично размышлять, принимать взвешенные и целесообразные заключения увеличилась с 18-го до 9-го ранга – эта установка перешла в ранг среднего уровня.

Ценность «Непримиримость к несовершенствам в себе и окружающих» снизилась с 6-го до 18-го ранга, и стала занимать последнее место в системе операциональных ценностных ориентаций. Уменьшение значимости этой установки, вероятно, соотносится с понижением важности такой терминальной ценности, как «Свобода», снижение роли которой также произошло в ходе терапевтических интервенций.

При сравнительном исследовании типологии терминальных ценностных ориентаций у больных шизофренией и невротическими расстройствами были выявлены значительные отличия в системе убеждений (табл. 3).

*Таблица 3*

*Терминальные ценности по методике «Ценностные ориентации» (М. Рокеша) у больных шизофренией и невротическими расстройствами, ранг*

Терминальные ценности	Больные шизофренией		Больные невротическими расстройствами		р
	(M ± σ)	Ранг	(M ± σ)	Ранг	
Активная деятельная жизнь	7,47 ± 5,61	1-й	6,62 ± 2,78	6-й	0,34
Жизненная мудрость	8,17 ± 5,29	3-й	10,82 ± 2,84	12-й	0,004
Здоровье	9,25 ± 5,12	9-й	2,24 ± 1,69	1-й	0,001
Интересная работа	9,69 ± 5,34	12-й	9,50 ± 2,21	11-й	0,82
Красота природы и искусства	10,28 ± 5,49	13-й	15,72 ± 1,26	16-й	0,001
Любовь	8,75 ± 5,52	6-й	6,38 ± 4,72	5-й	0,04
Материально обеспеченная жизнь	8,44 ± 5,45	4-й	5,02 ± 2,35	4-й	0,001
Наличие хороших и верных друзей	8,83 ± 4,98	7-й	8,32 ± 4,71	8-й	0,63
Общественное признание	7,94 ± 4,89	2-й	8,00 ± 3,01	7-й	0,95
Познание	9,31 ± 4,49	10-й	12,4 ± 1,91	13-й	0,001
Продуктивная жизнь	9,19 ± 4,77	8-й	8,60 ± 2,71	9-й	0,47
Развитие	11,03 ± 4,53	17-й	13,24 ± 1,89	15-й	0,003
Развлечения	11,03 ± 5,52	18-й	16,94 ± 1,71	17-й	0,001
Свобода	9,33 ± 5,32	11-й	9,20 ± 3,49	10-й	0,89
Счастливая семейная жизнь	10,53 ± 4,59	14-й	3,74 ± 3,24	2-й	0,001
Счастье других	10,97 ± 5,08	16-й	13,06 ± 3,24	14-й	0,02
Творчество	8,69 ± 4,74	5-й	17,14 ± 0,78	18-й	0,001
Уверенность в себе	10,92 ± 5,42	15-й	4,06 ± 2,12	3-й	0,001

В структуре терминальных ценностей пациентов с шизофренией значительно более важное место, по сравнению с системой убеждений больных невротическими расстройствами, занимают такие ценности, как творческая деятельность, расширение общего кругозора, развитие эстетических способностей, развлечения, интеллектуальное и физическое самосовершенствование, приобретение жизненного опыта и мудрости и счастье других. В свою очередь, больные невротическими расстройствами достоверно большее значение придают ценностям, связанным с развитием внутренней гармонии, улучшением семейных взаимоотношений, повы-

шением финансового благосостояния, здоровью и любви (духовной и физической близости с любимым человеком).

Таким образом, исходя из полученных данных, можно говорить о том, что эгоцентрическая направленность личности больных шизофренией развита в большей степени, чем у пациентов с невротическими расстройствами. Эти респонденты придают большую значимость ценностям, связанным с самоактуализацией: возможности творческой деятельности; потенциалу расширения своего образования, кругозора, общей культуры, интеллектуального развития; способности ощущать прекрасное в природе и в искусстве; работе над собой, физическому и духовному совершенствованию, зрелости суждений и здравому смыслу, достигаемым жизненным опытом, а также развлечениям. В отличие от больных невротическими расстройствами, пациенты с шизофренией определяют для себя важность такой социоцентрической ценности, как «Счастье других» – благосостояние, развитие и совершенствование других людей, человечества в целом.

В то же время больные невротическими расстройствами, по сравнению с пациентами с шизофренией, больше ориентированы на внутреннюю гармонию, свободу от внутренних противоречий, сомнений; счастливую семейную жизнь; отсутствие материальных затруднений; здоровье (физическое и психическое), а также на духовную и физическую близость с любимым человеком. В этой связи следует говорить о большей нормативности, социальной приемлемости смысловых ценностных ориентаций больных невротическими расстройствами, по сравнению с пациентами с шизофренией.

Сопоставляя особенности структуры инструментальных ценностных ориентаций больных невротическими расстройствами и шизофренией, необходимо отметить значительное количество расхождений в установках этих пациентов (табл. 4).

Больные шизофренией достоверно выше оценивают значение таких ценностей, как повышение уровня притязаний, исполнительность, терпимость к взглядам и мнениям окружающих, непримиримость к недостаткам в себе и других, широту взглядов, высокий уровень образования и умение контролировать собственные реакции. Напротив, пациенты с невротическими расстройствами в системе инструментальных ценностей более высокое место отдают независимости, смелости в отстаивании своего мнения, умению настоять на своем, ответственности, честности и порядочности, аккуратности и умению здраво и логично мыслить.



Таблица 4

*Инструментальные ценности по методике «Ценностные ориентации» (М. Рокеш) у больных шизофренией и невротическими расстройствами*

Инструментальные ценности	Больные шизофренией		Больные невротическими расстройствами		р
	(M ± σ)	Ранг	(M ± σ)	Ранг	
Аккуратность	7,81 ± 5,15	1-й	5,58 ± 2,35	4-й	0,008
Воспитанность	9,19 ± 5,46	11-й	10,48 ± 3,35	11-й	0,18
Высокие запросы	8,31 ± 4,66	2-й	14,38 ± 4,49	16-й	0,001
Жизнерадостность	8,81 ± 4,88	7-й	7,94 ± 3,68	8-й	0,35
Исполнительность	8,72 ± 5,24	5-й	13,48 ± 3,19	14-й	0,001
Независимость	10,58 ± 5,58	14-й	5,62 ± 3,19	5-й	0,001
Непримиримость к недостаткам в себе и других	8,78 ± 5,41	6-й	14,36 ± 4,95	15-й	0,001
Образованность	8,64 ± 4,73	4-й	10,86 ± 3,12	12-й	0,01
Ответственность	9,42 ± 4,36	12-й	3,32 ± 2,26	2-й	0,001
Рационализм	11,83 ± 4,69	18-й	9,72 ± 3,84	10-й	0,02
Самоконтроль	11,03 ± 4,68	16-й	13,08 ± 2,72	13-й	0,01
Смелость в отстаиваниях своего мнения	10,69 ± 4,49	15-й	5,42 ± 3,45	3-й	0,001
Твердая воля	9,67 ± 6,27	13-й	6,08 ± 3,11	6-й	0,001
Терпимость	9,17 ± 5,34	10-й	14,42 ± 2,79	17-й	0,001
Широта взглядов	11,03 ± 5,47	17-й	15,56 ± 2,33	18-й	0,001
Честность	9,11 ± 5,29	9-й	3,26 ± 2,59	1-й	0,001
Эффективность в делах	8,83 ± 5,22	8-й	9,54 ± 4,00	9-й	0,48
Чуткость	8,36 ± 5,16	3-й	7,90 ± 4,25	7-й	0,65

Исходя из полученных данных, можно говорить о том, что больные шизофренией, в отличие от пациентов с невротическими расстройствами, проявляют большую убежденность в том, что такие свойства личности, как исполнительность и дисциплинированность; сдержанность и самодисциплина; широта знаний и высокая общая культура; терпимость к взглядам и мнениям других, умение прощать окружающим их ошибки и заблуждения, способность понять чужую точку зрения, уважать иные вкусы, обычаи, привычки являются предпочтительным в разнообразных ситуациях. Помимо этого, они считают более важным предъявлять высокие запросы и требования к жизни, быть принципиальным в отношении недостатков (своих и окружающих людей). То есть в системе убеждений больных шизофренией больше представлены и имеют важное значение

как индивидуалистические, так и конформистские установки, ценности общения и деловые (профессиональные) ценности.

Для больных невротическими расстройствами, по сравнению с пациентами с шизофренией, более значимыми являются ценности самоутверждения: суверенность, способность функционировать независимо и твердо, смелость в отстаиваниях своего мнения, взглядов и убеждений, твердая воля, умение настаивать на своих воззрениях, не отступать перед трудностями. Для них также более важную роль играют этические операциональные ценности – ответственность, чувство долга, умение держать свое слово, честность, правдивость и искренность, а также способность трезво и логично размышлять, выводить взвешенные, целесообразные заключения.

### ***Выводы***

1. Терминальные ценностные установки больных шизофренией носят главным образом социоцентрическую направленность. Большинство исследованных пациентов считают, что наиболее важным в жизни являются «Активная деятельная жизнь» и «Общественное признание». Велико значение социально значимых ценностей, предполагающих полновесные и многосторонние отношения с окружающими людьми, жизненная мудрость, творчество. «Развитие» и «Развлечения» занимают существенно более низкое место в иерархической системе ценностей больных шизофренией.

2. Соответственно иерархической соподчиненности, в системе инструментальных ценностных ориентаций у пациентов с шизофренией ценностями-целями являются «Аккуратность», «Высокие запросы», «Чуткость», «Образованность», «Исполнительность», «Непримиримость к недостаткам в себе и других», «Жизнерадостность» и «Эффективность в делах». Ценностные убеждения интрапсихической направленности занимают гораздо менее важное место: низкий уровень ценностной системы занимают «Рационализм», «Смелость в отстаиваниях своего мнения» и «Независимость».

3. У больных шизофренией система ценностных ориентаций является устойчивым образованием и мало поддается изменениям в ходе лечения, в связи с чем имеет ограниченное применение в качестве дополнительного критерия, уточняющего динамику состояния под воздействием терапии. Вероятно, для проявления структурных изменений требуется более глубокое и интенсивное, прежде всего психотерапевтическое, воздействие.

4. Эгоцентрическая направленность терминальных ценностных ориентаций больных шизофренией развита в большей степени, чем у пациен-

тов с невротическими расстройствами, они придают большую значимость ценностям, связанным с самоактуализацией и самореализацией. В то же время установки больных невротическими расстройствами более нормативны, социально приемлемы и ориентированы на внутреннюю гармонию, свободу от внутренних противоречий, сомнений; на счастливую семейную жизнь; на отсутствие материальных затруднений; здоровье, а также на любовь.

5. В иерархической системе инструментальных убеждений больных шизофренией больше, чем у обследованных с невротическими расстройствами, наличествуют как индивидуалистические, так и конформистские установки, а также коммуникативные и деловые ценностные ориентации. Тогда как для больных невротическими расстройствами более значимыми являются ценности самоутверждения и этические операциональные ценности.

### *Литература*

1. *Аббков В.А.* Патоморфоз невротозов : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Аббков В.А. – СПб., 1993. – 45 с.

2. *Кощев А.Н.* Особенности социально-трудовой адаптации больных невротозами (клинико-экспериментальное исследование) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Кощев А.Н. – СПб., 1989. – 25 с.

3. *Ломов Б.Ф.* Методологические и теоретические проблемы психологии / Б.Ф. Ломов. – М. : Наука, 1984. – 443 с.

4. *Рубинштейн С.Л.* Основы общей психологии / С.Л. Рубинштейн. – М., 1946. – 704 с.

5. *Тер-Багдасарян Л.П.* Исследование динамики клинических и психологических характеристик больных невротозами в процессе групповой психотерапии : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Тер-Багдасарян Л.П. – СПб., 1990. – 25 с.

6. *Шихирев П.Н.* Социальная установка как предмет социально-психологического исследования / П.Н. Шихирев // Психологические проблемы социальной регуляции поведения. – М. : Наука, 1976. – С. 278–290.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕФЕРЕНТЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ОТЗЫВЧИВОСТИ НА МУЗЫКУ

Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена,  
Санкт-Петербург

### *Введение*

Музыке отводится роль самого эмоциогенного вида искусства. Б.М. Теплов полагал, что чувства выражаются в музыке более точно и глубоко, чем словами. По его мнению, именно музыка передает все многообразие душевных переживаний [12]. До установления современной ладовой системы не подвергалось сомнению использование того или иного лада для выражения и стимулирования определенного аффекта. Аристотель писал: «...ритм и мелодия содержат в себе ближе всего приближающиеся к реальной действительности отображения гнева и кротости, мужества и умеренности...» [8, с. 194]. Дени Дидро полагал, что каждая страсть (эмоция) обладает своей музыкальной интонацией [10]. Связь музыкального искусства с аффективными состояниями можно констатировать, апеллируя к нейропсихологическим данным: как восприятие музыкальных средств выразительности, так и дифференцированное и тонкое эмоциональное переживание обеспечиваются декстральной гемисферой [4, 9, 13–15].

Предполагается, что эмоциогенность музыкального искусства эксплицируется в повышенной эмоциональной чувствительности музыкантов, которая проявляется в выраженном аффективном реагировании индивидуума не только на специфичные для данного вида искусства стимулы, но и на повседневные события: «...казалось, сердце его (П.И. Чайковского. – Т. А.) разрывается от каких-то мучительных и сладких чувств, – восторга, жалости, – то к Жанне д'Арк, то к Веничке, то к котенку, то к Людовику XVII, дофину, историю которого он только что узнал» [5, с. 9].

Иначе говоря, если сравнить параметр общей эмоциональности музыкантов с популяционной нормой, то его показатель окажется выше.

И все же логико-дискурсивные выводы психологов и философов об общем повышенном эмоциональном реагировании музыкантов как фоновой характеристики требуют эмпирической верификации. Действительно ли музыкальные переживания напрямую связаны с аффективной сферой человека как общепсихологическим образованием, или эмоциональная восприимчивость к музыкальному воздействию – это целостное, качественно-специфическое свойство, которое является отдельным компонен-

том в структуре эмоциональной сферы индивидуума? В таком случае показатель общей эмоциональности музыкантов не будет отличаться от такового в популяции, а в качестве свойства, отвечающего за повышенное аффективное реагирование на музыкальные стимулы, будет выступать как отдельное психическое свойство.

Одним из путей решения поставленной задачи является изучение категории эмоциональной отзывчивости на музыку (в дальнейшем – ЭОМ), введенной Б.М. Тепловым [11]. В его монографии ЭОМ определялась следующим образом: «...переживание музыки как выражения некоторого содержания ...» [11, с. 53]. Речь идет о способности воспринимать мелодию не как набор звуков, а как объект, наполненный эмоциональным и смысловым значением. Б.М. Теплов также подчеркивает, что эмоциональное переживание будет музыкальным в том случае, если имеет место «переживание выразительного значения музыкальных образов, а не просто эмоциональная реакция в процессе прослушивания музыки» [11, с. 54]. Таким образом, можно предположить, что ЭОМ является специфическим музыкальным свойством – дериватом эмоциональной сферы как общепсихологической категории, но не сводимой к ней. Введение концепта ЭОМ также ставит проблему его психологического содержания – каким образом «переживание выразительного значения музыки» проявляется в психическом пространстве?

### *Материал и методы*

Для решения поставленных задач была реализована научно-исследовательская программа, состоящая из двух этапов. В первой части исследования осуществлялась диагностика общей эмоциональности музыкантов посредством шкалы дифференцированных эмоций (ШДЭ) К. Изарда [7]. Испытуемым предлагалось заполнить методику, основной целью которой является изучение модальностных свойств эмоций и дифференциации аффективных состояний индивидуума при помощи самоотчетов. ШДЭ К. Изарда измеряет 10 базовых эмоций (интерес, радость, удивление, печаль, гнев, отвращение, презрение, страх, стыд, вина), а также выделяемые нами вторичные параметры: средний показатель положительных, отрицательных, когнитивных, стенических, астенических эмоций, общую эмоциональность.

Материалом исследования на этом этапе послужили группы: 1-я – профессиональные музыканты (149 человек); 2-я – люди, получающие высшее художественное образование (48 человек); 3-я – учащиеся физического факультета (41 человек); 4-я – лица с высшим образованием естественно-научной направленности (361 человек), 5-я – индивидуумы со специальностью гуманитарного профиля (291 человек). 1-я группа была

экспериментальной, 2–5-я – контрольными. Общий объем выборки составил 890 человек. По полу имелось следующее распределение: представителей мужского пола было 27 %, женского – 73 %. По возрасту общая выборка разделена на три группы: 1) лиц от 16 до 18 лет – 58,5 %; 2) от 19 до 24 лет – 29,2 %; 3) от 25 лет и выше – 12,3 %.

Исследование феномена амбивалентности эмоционального переживания осуществлялось на втором этапе научно-исследовательской программы. Испытуемым лицам предлагалось прослушать 3 музыкальных произведения различного эмоционального качества: 1) этюд «Шопен» из фортепианного цикла «Карнавал» Р. Шумана, выражающий спокойствие (лирическое, элегическое с оттенком грусти); 2) марш из оперы «Любовь к трем апельсинам» С.С. Прокофьева, показывающий радость, торжество с долей гротеска; 3) музыкальная картинка «Баба-Яга» из «Детского альбома» П.И. Чайковского, характеризующая зловещую, нарастающую тревогу. После каждого музыкального произведения участникам эксперимента необходимо было сформировать ассоциативный ряд, отражающий первое впечатление, вызванное музыкальным стимулом, а также нарисовать на бумаге возникший образ в виде цветного рисунка.

На этом этапе исследования в экспериментальную выборку вошли: I группа – лица с полным и неполным школьным музыкальным образованием (54 человек), II группа – лица с отсутствием музыкального образования и выраженных музыкальных интересов (59 человек). Общий объем выборки составляет 113 человек.

Для сравнительного анализа выборок были использованы методы первичной статистической обработки, достоверность различий посчитана с помощью t-критерия Стьюдента.

### ***Результаты и их анализ***

Математико-статистическая обработка полученных данных дала следующий результат: среднее арифметическое значение параметра «общая эмоциональность» у представителей экспериментальной группы достоверно не отличается от данного показателя у лиц остальных четырех контрольных групп (см. табл.).

Таким образом, исходя из полученных данных, можно констатировать факт отсутствия повышенного эмоционального реагирования (как общепсихологической категории) профессиональных музыкантов в сравнении с популяционными нормами. То есть первое предположение о том, что представители экспериментальной группы более аффективно реагируют на воздействия различного рода (не только музыкальные), оказалось неверным. Отсюда возникает вопрос: что тогда представляет собой пси-

хическое образование, обеспечивающее эмоциональную отзывчивость на музыкальные стимулы, и каково ее психологическое наполнение?

*Сравнение экспериментальной и контрольных выборок  
по параметру «общая эмоциональность»*

Среднее арифметическое значение		Сравниваемые группы	Значение t-критерия Стьюдента	
Экспериментальная группа	Контрольная группа			
2-я	78,1	76,9	1–2-я	0,63
3-я	78,1	75,2	1–3-я	1,72
4-я	78,1	78,8	1–4-я	0,73
5-я	78,1	78,2	1–5-я	0,14

В наших ранних исследованиях была выдвинута идея амбивалентности эмоционального переживания как компонента ЭОМ [2, 3]. Впервые данный феномен был обнаружен в пилотном исследовании, где испытуемым предлагалось оценить эмоциональное содержание музыкального стимула посредством ШДЭ К. Изарда. Средний арифметический показатель как положительных, так и отрицательных эмоций оказался выше у музыкантов ( $p < 0,05$ ) при оценке любого музыкального произведения вне зависимости от его эмоционального содержания. Иначе говоря, при оценке музыкального объекта, имеющего, к примеру, объективно-положительную эмоциональную окраску, мы наблюдаем более высокие по сравнению с немусыкантами показатели эмоций противоположных модальностей (как положительных, так и отрицательных). Таким образом, идея Л.С. Выготского о механизмах эмоционального восприятия произведений искусства получила эмпирическую верификацию [6]. Напомним, что, по его мнению, произведение искусства, воздействуя на психику человека, возбуждает противоположно направленные аффекты, которые приводят к «взрыву», к разряду нервной энергии, что представляет собой феномен катарсиса эстетической реакции.

Феномен амбивалентности эмоционального переживания находит свое выражение и в предпринятом нами основном исследовании. Так, параметр «рисуночная амбивалентность», диагностированный в случаях изображения двух контрастных по содержанию образов, вызываемых одним музыкальным стимулом (например, сочетание солнца и дождя в одном рисунке), положительно коррелирует с параметром «музыкальное образование» ( $r = 0,295$ ;  $p < 0,01$ ).

Полученные результаты могут свидетельствовать о том, что одним из атрибутов ЭОМ служит катарсическая реакция при прослушивании му-

зыкального произведения в виде одновременного переживания амбивалентных эмоций испытуемыми группы «музыкантов».

Поиск экспериментальных референтов ЭОМ позволили выявить еще одну ее содержательную характеристику. Данная Б.М. Тепловым дефиниция ЭОМ («переживание музыки как выражения некоторого содержания») свидетельствует о важности смыслового компонента музыкального впечатления [1].

В нашем исследовании в качестве одной из оцениваемых категорий в обеих методиках выступала сюжетность образа. В рисуночном тесте данный параметр проявлялся в изображении объектов, находящихся в определенных отношениях, связях. Например, образ природы (облака, деревья, море), где не обнаруживалось никакого взаимодействия между элементами, оценивался как бессюжетный. Если на картине присутствовали любого рода взаимосвязи между компонентами рисунка (ветер гнет ветку дерева, корабль «борется за существование» в условиях бури), то в данном случае мы могли говорить о наличии сюжета. В ассоциативном тесте обсуждаемая категория оценивалась сходным образом. Перечисление отдельных слов, мало связанных между собой, свидетельствовало об отсутствии цельности представления. Наличие рассказа о возникшем музыкальном образе или состоянии слушателя указывали на сюжетность.

В ходе математико-статистической обработки была получена достоверная разница по параметрам «рисуночная сюжетность образа» ( $t = 2,66$ ;  $p < 0,01$ ) и приближалась к значимым – «ассоциативная сюжетность образа» ( $t = 1,82$ ;  $p > 0,05$ ), диагностированные после прослушивания второго музыкального произведения, в сторону преобладания данного свойства у лиц I группы. Также отмечены положительные корреляции музыкального образования с показателем «ассоциативная сюжетность образа» в первом музыкальном произведении ( $r = 0,356$ ,  $p < 0,1$ ), «рисуночная сюжетность образа» во втором музыкальном произведении ( $r = 0,284$ ,  $p < 0,1$ ).

Таким образом, сюжетность эмоционального переживания, выражающаяся в трансформации отдельных разрозненных элементов в единый целостный образ, является одним из атрибутов ЭОМ.

### *Заключение*

Проанализировав полученные экспериментальные данные, можно сделать следующие выводы.

1. Близость показателя общей эмоциональности к популяционным нормам у профессиональных музыкантов позволяет предположить наличие отдельного качественно-специфического психологического образования, которое является дифференцирующим критерием музыкальности. В качестве такого свойства мы рассматриваем концепт ЭОМ.



2. Психологическими референтами ЭОМ являются:
  - амбивалентность эмоционального реагирования, проявляющаяся в одновременном переживании противоположно направленных эмоций;
  - сюжетность эмоционального переживания, эксплицитно выражающаяся в интеграции отдельных элементов в единый связный образ.

### *Литература*

1. *Адмакина Т.А.* Возможные компоненты эмоциональной отзывчивости на музыку / Т.А. Адмакина // *Ананьевские чтения – 2008 : материалы междунар. науч.-практ. конф. / под ред. Л.А. Цветковой, Н.С. Хрустальной.* – СПб. : Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2008. – С. 165–167.
2. *Адмакина Т.А.* Амбивалентность переживания как компонент эмоциональной отзывчивости на музыку / Т.А. Адмакина // *Известия Рос. гос. пед. ун-та им. А.И. Герцена.* – 2009. – № 102. – С. 337–341.
3. *Адмакина Т.А.* Феномен эстетического катарсиса Л.С. Выготского в исследовании эмоциональной отзывчивости на музыку / Т.А. Адмакина // *Дружининские чтения – 2008: материалы VII всерос. науч.-практ. конф. 24–26 апреля 2008 г., Сочи / Под ред. И.Б. Шуванова [и др.].* – Сочи : Изд-во СПФ СГУТиКД, 2008. – Т 1. – С. 187–189.
4. *Беломестнова Н.В.* Эмоциональная сфера детей дошкольного возраста // *Профессиональное образование: проблемы и перспективы : материалы V Петерб. междунар. науч.-метод. конф.* – СПб., 2002. – С. 174–176.
5. *Берберова Н.* Чайковский. История одинокой жизни / Н. Берберова. – СПб.: Петро-Риф, 1993. – 240 с.
6. *Выготский Л.С.* Психология искусства / Л.С. Выготский. – М. : Искусство, 1966. – 576 с.
7. *Изард К.* Психология эмоций / К. Изард. – СПб. : Питер, 2003. – 464 с.
8. *Лосев А.Ф.* Античная музыкальная эстетика / А.Ф. Лосев. – М. : Гос. муз. изд-во, 1960. – 304 с.
9. *Лурия А.Р.* Основы нейропсихологии / А.Р. Лурия. – М. : Академия, 2004. – 384 с.
10. *Стахи Т.А.* Музыкальная психология : учеб. пособие / Т.А. Стахи. – Тамбов : Першина, 2004. – 244 с.
11. *Теплов Б.М.* Избр. труды : В 2 т. / Б.М. Теплов. – М. : Педагогика, 1985. – Т. 1. – 328 с.
12. *Теплов Б.М.* О музыкальном переживании / Б.М. Теплов // *Психология и психофизиология индивидуальных различий.* – М. ; Воронеж : Ин-т практич. психологии, 1998. – С. 90–113.

13. Хомская Е.Д. Нейропсихология : учеб. для вузов / Е.Д. Хомская. – 3-е изд. – СПб. : Питер, 2003. – 496 с.

14. Zatorre R.J. Functional specialization of human auditory cortex for musical processing // Brain. – 1998. – Vol. 121. – P. 1817–1818.

15. Andrade P. Brain tuned to music // Journal of the royal society of medicine, volume 96. – 2003. – June. – P. 284–287.

УДК 159.942.33 : 519.2

*Е.И. Сушко*

### **МАТЕМАТИЧЕСКИЕ ФОРМУЛЫ ЭМОЦИЙ И ЧУВСТВ КАК ИНСТРУМЕНТ АНАЛИЗА ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ПАРТНЕРОВ**

В настоящее время математические методы настолько широко используются во всех областях знаний, что никто не осмелится оспаривать необходимость их применения и в психологии. Действительно, когда речь идет о математической статистике, вопросы не возникают, но стоит попробовать с помощью математического выражения описать определенную эмоцию или чувство – и оппонентов не счесть.

Если зависимость эмоции от количества информации, которой располагает человек, описанная выражением: *эмоция = необходимая информация – имеющаяся информация*, признается большинством специалистов, то правомерность формулы академика Павла Симонова (1), попытавшегося в краткой символической форме представить всю совокупность факторов, влияющих на возникновение и характер эмоции [1, с. 63], уже вызывает у отдельных психологов сомнения.

$$\text{Э} = f [\text{П} (\text{Ин} - \text{Ис}, \dots)], \quad (1)$$

где Э – эмоция, ее степень, качество и знак;

П – сила и качество актуальной потребности;

Ин – информация о средствах, прогностически необходимых для удовлетворения потребности;

Ис – информация о существующих средствах, которыми реально располагает субъект;

(Ин – Ис) – оценка вероятности (возможности) удовлетворения потребности на основе врожденного и онтогенетического опыта.

В Европе и США каждый год появляются новые работы в этой области. Из последних разработок, по степени цитируемости, лидируют две формулы счастья: нейрофизиолога доктора Дэвида Льюиса из университета Сассекса и британских психологов Кэрол Ротвелл и Питера Коэна. Рассмотрим подробнее формулу британских специалистов (2) как более известную в нашей стране. В некоторых русскоязычных источниках ее называют формулой удачи [2], хотя слово happiness с английского языка переводится как счастье.

$$h = P + 5E + 3H, \quad (2)$$

где  $h$  (happiness) – уровень счастья;

$P$  (personal traits) – личностные характеристики;

$E$  (existence needs) – потребности низшего порядка, как потребности существования;

$H$  (higher order needs) – потребности высшего порядка, как особенности личности.

Мы не беремся судить о научной ценности предложенной формулы, так как не располагаем необходимыми материалами для серьезной дискуссии. К нашему большому сожалению, поиск информации для обстоятельного обсуждения этой работы не дал результата, но все же считаем необходимым отметить, что без дополнительной расшифровки эта формула не представляет практической ценности.

Что понимать под личностными характеристиками? Какие конкретные потребности существования необходимо рассматривать, какие именно особенности личности надо учитывать? В некоторых комментариях к формуле (2) предлагается рассматривать такие характеристики как:  $P$  – мировоззрение, устойчивость к неблагоприятным факторам, способность к адаптации;  $E$  – здоровье, дружба и финансовая стабильность;  $H$  – самооценка, устремления и амбиции. Согласитесь, это тоже общие понятия, полно и четко не систематизированные в рамках предложенных переменных.

Легко заметить, что если в формулах и определениях в качестве переменных используются образные философские понятия, то они практически не сталкиваются с ожесточенной критикой. Наглядный пример этому – известное древнеиндийское определение любви между мужчиной и женщиной: *любовь = влечение души, ума и тела*. Его часто пытаются конкретизировать, рассуждая о том, что потребности души рожают дружбу, потребности ума – уважение, потребности тела – сексуальное желание. Но от этого данное определение не становится менее образным, оно и после дополнительного толкования указывает только на отдельные социальные и физиологические потребности человека и не несет достаточно информации, необходимой для анализа и разработки механизмов воздействия на

изучаемое чувство, а следовательно, тоже не имеет большой практической ценности.

Нельзя не отметить и другую крайность, в которую впадают некоторые разработчики формул, предлагающие что-то принять за 100 единиц или процентов, а потом это разделить на количество проведенных вместе часов или выполнить другие математические операции, учитывающие продолжительность взгляда и длительность поцелуя. Можно даже согласиться, что в какой-то степени и эти факторы влияют на зарождение и развитие чувств, но серьезно воспринимать такие формулы нельзя, особенно сомнительно желание их авторов строго выполнять все указанные математические операции для получения числового результата, который считается окончательным и единственно верным.

Это не значит, что переменным формулы не должны присваиваться числовые значения, но надо четко понимать: это в физике и математике формула имеет ранг закона и не допускает альтернативных толкований, а в психологии приходится оперировать среднестатистическими закономерностями, допускающими исключения. Для получения верного результата в первую очередь важен смысл переменных, описывающих процесс, а не математические действия с присвоенными им значениями. Числовые значения, назначаемые переменным, только показывают уровень влияния того или иного фактора на ситуацию в целом. Их величина всегда, и в огромной степени, зависит от информированности, профессиональной подготовки и личной объективности специалиста, проводящего экспертную оценку. Формула – это прежде всего наиболее удобный способ систематизации всей совокупности факторов, оказывающих влияние на изучаемую эмоцию или чувство.

Многие считают обязательным при разработке формул, описывающих чувства, использовать функции (3) и даже дифференциальные уравнения, объясняя это необходимостью учитывать фактор времени, но в результате, как правило, появляется еще один из вариантов все того же древнеиндийского определения любви [3]:

$$L(t) = W(t) + U(t), \quad (3)$$

где  $L$  – любовь;  
 $W$  – влечение;  
 $U$  – уважение;  
 $t$  – время.

Глупо отрицать, что каждый человек меняется и познается во времени, но практическую ценность может иметь только та формула, которая

опирается на конкретные физиологические и психологические особенности человека. Реально работающая формула – это выражение с четкими и понятными переменными, не требующими дополнительного толкования философами, психологами и математиками, переменными, на которые можно влиять – корректировать с помощью уже давно разработанных методик и приемов.

В качестве примера, отвечающего указанным требованиям, считаем возможным рассмотреть формулу, предложенную нами для анализа чувства любви. В настоящий момент методика определения критических точек во взаимоотношениях партнеров, основанная на данной формуле, используется в практической деятельности специалистами Беларуси, Украины, Германии.

Необходимо сказать несколько обязательных слов о рассматриваемом чувстве. К сожалению, четкого и бесспорного определения любви не существует, и неизвестно появится ли оно вообще, учитывая огромное отличие во взглядах на любовь различных специалистов. Можно бесконечно долго спорить и цитировать Зигмунда Фрейда, Эриха Фромма, других ученых и философов, считающих, что любовь – это инстинкт, искусство, биохимическая реакция, запускаемая феромонами, и все равно не прийти к единой точке зрения. Бесспорно одно: в каждом из этих утверждений содержится рациональное зерно, вот его-то и необходимо взять для практического применения, оставив все рассуждения и философские споры в стороне. Многим людям кажется, что попытки выделить составляющие любви и систематизировать их равноценны «втаптыванию» этого высокого чувства в грязь. Они твердо уверены, что такая детализация не нужна и в принципе невозможна, ведь речь, с их точки зрения, идет о непознаваемых глубинах души.

Но нельзя же возражать против того, что каждый человек как личность имеет свои потребности – от низших (пища, кров, секс) до высших (самореализация, самопознание) – и набор необходимых в определенный момент потребностей зависит от влияющих в этот момент обстоятельств. Именно поэтому мы во многом согласны с теми специалистами, которые считают, что любовь или влюбленность возникает в отношении к тому человеку, который в данный момент времени в большей степени может удовлетворить потребности. При изменении внешних факторов изменяются и потребности, а соответственно, и тот их перечень, который удовлетворял партнер, и чем полнее список, тем сильнее чувство и наоборот. Здесь важно отчетливо понимать, что даже одна неудовлетворенная, но доминирующая потребность может оказаться определяющей и легко перечеркнуть все положительное в отношениях.

Естественно, возможность удовлетворить свои потребности – это только часть всей совокупности факторов, влияющих на любовь. Первостепенную роль в зарождении и развитии чувства играет половое влечение, которое, как и потребности, в огромной степени связано с воспитанием, образованием, социальной средой. Но прежде всего сила и характеристика полового влечения определяются психогормональными процессами, зависящими от половой конституции и генетической наследственности индивидуума. Именно поэтому половое влечение кажется таким необъяснимым и непредсказуемым, особенно в тех случаях, когда оно развивается не на осознанном уровне – управляемом корой головного мозга, а на бессознательном – управляемым гормонально.

В процессе исследований с помощью вычислительной техники и программного обеспечения была проанализирована вся доступная литература по вопросам любви, начиная от работ классиков и заканчивая статьями молодых ученых. Определены основные, объективные факторы, оказывающие влияние на зарождение и развитие чувства, проведены серии социологических опросов и тестирований с целью подтверждения правомерности сделанных выводов практическими результатами.

Основная задача состояла в том, чтобы выделить из общей массы всей накопленной информации только конкретные научно-обоснованные факторы влияния, произвести их четкую систематизацию и классификацию в рамках указанных переменных. Подробно они описаны в изданной автором книге [4]. Предложенная классификация потребностей не противоречит классическим работам Абрахама Маслоу и Генри Мюррея, она просто ориентирована на конкретную область межличностных отношений, связанную с чувством любви.

Общий вид формулы:

$$L = K (V + P), \quad (4)$$

где L – уровень чувства;

V – половое влечение;

P – удовлетворение потребностей;

K – поправочный коэффициент.

Необходимо отметить, что переменную L – уровень чувства не надо воспринимать как числовое выражение любви. Это контрольное число, по изменению которого при длительном наблюдении и достаточно большом числе оценочных замеров, проведенных экспертом с одинаковой степенью требовательности, можно судить о динамике изучаемого процесса.

В развернутом виде формула (4) принимает следующий вид:

$$L = K_1V_1 K_2V_1 K_3V_1 K_4V_1 K_5V_1 (V_1) + K_1V_2 K_2V_2 K_3V_2 K_4V_2 K_5V_2 (V_2) + \dots + K_1P_5 K_2P_5 K_3P_5 K_4P_5 K_5P_5 (P_5) + K_1P_6 K_2P_6 K_3P_6 K_4P_6 K_5P_6 (P_6), \quad (5)$$

где восемь основных факторов, оказывающих влияние на половое влечение:

- V1 – привлекательное лицо,
- V2 – привлекательное тело,
- V3 – привлекательный голос,
- V4 – привлекательный запах,
- V5 – привлекательные движения,
- V6 – привлекательный внешний вид,
- V7 – привлекательный темперамент,
- V8 – привлекательные черты характера;

шесть факторов, отвечающих за удовлетворение потребностей:

- P1 – потребность в сексуальном общении,
- P2 – потребность в эмоциональном общении,
- P3 – потребность в интеллектуальном общении,
- P4 – потребность в рождении и воспитании детей,
- P5 – потребность в совместном решении материальных проблем,
- P6 – потребность в совместном решении бытовых проблем;

пять коэффициентов, принимающих различные значения для каждой из указанных переменных:

- K1 – воображение, мечты,
- K2 – психологическое влияние окружающих,
- K3 – физическое состояние организма,
- K4 – эмоциональное состояние организма,
- K5 – время общения.

Систематизация факторов, отвечающих за зарождение и развитие чувства любви, показала, что некоторые факторы, сами не относящиеся к влечению и потребностям, в свою очередь активно влияют на них. Это своего рода поправочные коэффициенты, которые увеличивают или уменьшают значения переменных формулы. Например,  $K_2P_6$  – конкретная величина фактора, учитывающего психологическое влияние окружающих на решение партнерами своих бытовых проблем. Можно сказать, коэффициент «тещи и свекрови».

Формат статьи не позволяет подробно остановиться на обосновании переменных и коэффициентов, составляющих формулу, хочу только пояснить, что расположение переменных произвольно, место в начале или конце формулы никоим образом не связано с их значимостью. У каждого

человека свои индивидуальные приоритеты согласно доминирующим потребностям и влечениям.

Говоря о единицах измерения, в которых выражаются переменные, напомним, что психология не математика и в нашем случае формула – это не способ расчета, это инструмент для анализа чувства и определения критических точек во взаимоотношениях партнеров. Числовые значения, назначаемые переменным, только показывают уровень влияния того или иного фактора на ситуацию в целом. Поэтому каждый специалист может устанавливать свою шкалу измерений. Практика показала, что для лучшего восприятия и удобства в построении графиков и диаграмм желательно присваивать переменным целые числа в интервале от 0 до 10, коэффициентам – десятичные дроби в интервале от 0 до 2,0 с шагом 0,1.

Например, применительно к переменной, отвечающей за привлекательность тела, минимальная оценка 0 соответствует телу с серьезными физическими изъянами, вызывающими крайне отрицательные эмоции; оценка 5 – стандартная фигура, не вызывающая дополнительных эмоций; максимальная оценка 10 – модельное тело, все части которого вызывают восхищение.

Коэффициенты больше 1,0 согласно правилам математики, увеличивают значение переменных, меньше – снижают. Присвоенные значения всегда условны, они полностью зависят от объективности собранной информации, на основании которой осуществляется оценка, а также от требовательности и других личных качеств эксперта.

Динамика развития или угасания чувства на протяжении определенного отрезка времени отслеживается путем проведения некоторого числа оценочных замеров и построения в осях координат, ряда соответствующих графиков и диаграмм. Аналогично проводится определение критических точек во взаимоотношениях партнеров. Строятся график потребностей и влечений одного из партнеров и рядом график фактической степени их удовлетворения. Большие разрывы между двумя точками, принадлежащими одной переменной, наглядно указывают на существующие проблемы или возможность их возникновения с течением времени. Для расчета фактических значений переменных с учетом всех коэффициентов и построения графиков желательно использовать программу Microsoft Excel, она значительно снижает трудоемкость выполняемых работ.

Практика показала, что специалисты, использующие данную методику анализа чувства, практически всегда делают сопоставимые выводы, в отличие от коллег, полагающихся на свою интуицию. Проведенное нами анонимное тестирование психологов, оказывающих консультационные услуги в сети Интернет, выявило огромный разброс мнений в оценке предложенных им ситуаций. И это оказалось тесно связано не только с



тем, какое направление в психологии представляет данный специалист, но и с его половой принадлежностью и полом автора вопроса.

Гендерные переживания и не всегда удачный личный опыт консультантов часто оказывают неоправданно большое влияние на выводы, которые они делают. Поэтому и необходим своеобразный научно-обоснованный стандарт, в виде предложенной формулы, для объективной оценки любой конфликтной ситуации, связанной с рассматриваемым чувством. А дальнейшее решение задач, поставленных в ходе проведенного анализа, – это уже сфера деятельности конкретных специалистов: психотерапевтов, психоаналитиков, гештальт-терапевтов, тренеров по НЛП, хирургов. Да, и хирургов тоже – пластических. Они с помощью скальпеля решают определенные проблемы гораздо лучше психологов, и предложенная методика всегда четко указывает, когда целесообразно прибегнуть к их услугам.

Напоминаем, что для объективной оценки факторов, связанных с влечением и удовлетворением потребностей, необходим детальный анализ всех элементов, их составляющих. Как правило, каждый специалист для сбора информации использует свои проверенные временем тесты и испытанные практикой опросные листы. Они должны, в обязательном порядке, давать информацию о темпераменте и свойствах личности, типе и чертах характера, доминирующем инстинкте, типе интеллекта; определять основной способ восприятия окружающего мира, генетически наследуемые влечения, потребности, привычки, сформированные в процессе воспитания родителями и обществом; указывать на мечты и фантазии объекта изучения, людей, способных оказывать на него сильное психологическое влияние; свидетельствовать о физическом и эмоциональном состоянии организма, материальном положении. Хороший опросный лист всегда насчитывает не менее сотни вопросов.

В психологии, в отличие от математики, нулевое значение одной переменной не компенсируется числовым значением другой, как бы велико оно ни было. Человек может утратить чувство, не сумев удовлетворить всего лишь одну, но очень важную для себя потребность. Поэтому хотелось бы еще раз подчеркнуть: предложенная формула – это не математический метод, это математическая форма представления. В психологии невозможно только математическими методами решать задачи межличностного общения. Окончательное решение всегда будет принимать человек, детально изучивший всю собранную и систематизированную информацию. Предложенная формула – это инструмент для анализа взаимоотношений партнеров, указывающий на четкие, научно-обоснованные факторы, влияющие на зарождение и развитие чувства. Отдельные психологи очень много говорят о «духовной близости» и «влечении души», забывая,

что это образные понятия. Специалисты в области межличностных отношений обязаны находить и анализировать конкретные моменты, связанные с генетикой, физиологией, социальными аспектами бытия, должны не предлагать готовые ответы, а стараться максимально вовлечь своих пациентов в процесс совместного поиска с помощью доступных и понятных методик.

Необходимо обратить внимание на важный психологический эффект, который дает методика, основанная на математической форме представления чувства. В настоящий момент в полной мере его используют не психологи, а астрологи, постоянно демонстрирующие своим клиентам всевозможные расчеты и построения, выполненные на картах звездного неба. Практика убедительно показала, что графики и диаграммы, построенные для визуализации результатов анализа, проведенного с помощью указанной формулы, и особенно в тех случаях, когда пациент сам принимал в этом непосредственное участие, многократно повышают уровень доверия как к консультирующему специалисту, так и к его рекомендациям. Осознание пациентом строгого научного подхода к возникшей проблеме и, как следствие этого, объективности в ее рассмотрении и принятии решения способствует более быстрому выходу его из стрессового состояния.

К сожалению, не все специалисты сразу видят преимущества и отличия данного инструмента анализа взаимоотношений от широко распространенных тестов, определяющих совместимость партнеров. Стандартные тесты, активно используемые практикующими психологами в своей работе, в тех случаях, когда влечения и потребности партнеров удовлетворены, на среднем уровне не дают четкого и конкретного результата. Результат просто положительный. Тесты не фиксируют и не оценивают те небольшие различия, которые могут присутствовать. Однако с течением времени такие желания одного из партнеров, как: «Хорошо, но хотелось бы чуть-чуть лучше», – если сами и не вызовут конфликт, то, бесспорно, окажут негативное воздействие на его развитие. Только точная балльная оценка факторов, отвечающих за формирование чувства, с учетом всех поправочных коэффициентов позволяет выявить потенциальные болевые точки. Предложенная методика анализа взаимоотношений партнеров дает возможность определить даже малозаметные различия в их влечениях и потребностях. Различия, которые могут иметь скрытую тенденцию к развитию и со временем привести к утрате чувства.

### *Литература*

1. *Симонов П.В.* Мотивированный мозг / П.В. Симонов. – М. : Наука, 1987.
2. *Ивашко С.* Психологи вывели «формулу удачи» [Электронный ресурс] / С. Ивашко. – [http://www.gazeta.ru/2003/01/06/kz\\_m73184.shtml](http://www.gazeta.ru/2003/01/06/kz_m73184.shtml), вход свободный.
3. *Муромский Н.* Теория любви [Электронный ресурс] / Н. Муромский. – <http://www.cmex-x2007.narod.ru/TL.htm>, вход свободный.
4. *Сушко Е.И.* Формула любви: теория и методика применения / Е.И. Сушко. – Минск : Асобны, 2007.

# ДИАГНОСТИКА И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

УДК 159.913 : 614.253.5

*В.И. Евдокимов, Г.Н. Ролдугин,  
Н.В. Хмелинина*

## ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПРОАКТИВНОГО КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины  
им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург;  
МСЧ № 33 ФМБА России, г. Нововоронеж, Воронежская обл.

### *Введение*

Обострение противоречий между профессиональным и нравственным долгом и возможностями оказания высококвалифицированной медицинской помощи населению, низкий уровень заработной платы, существенное снижение качества жизни способствуют возникновению у ряда медицинских работников профессиональной дезадаптации и профессионального выгорания (ПВ) [4–7, 9, 11, 13–17, 20].

Проведенные исследования показывают, что в структуре оценки качества медицинской помощи профессиональная деятельность среднего медицинского персонала занимает третье место, после показателей деятельности врачей и эффективности проведения лечебных мероприятий [2]. Однако в научной печати нами были найдены единичные исследования, посвященные профилактике профессиональной дезадаптации и ПВ у среднего медицинского персонала, хотя за рубежом они занимают второе место, после опубликованных работ по изучению ПВ у педагогов [3].

В современных условиях медицинские сестры, фельдшера, акушерки, лаборанты оказались наиболее социально незащищенными. Значительная их часть относится к низко обеспеченному слою населения страны, что часто является причиной ухода из профессии. Например, баланс соотношений «врач – средний медицинский работник» в 2006 г. России составляет 1 : 2,2, в то же время в экономически развитых странах – 1 : 4. Обследование медицинских сестер различных ЛПУ г. Москвы показало, что у 33 % имеется желание сменить профессию, у 22 % – минимизировать эмоциональный фон профессиональной среды [17]. Выявлены факторы, оказывающие влияние на принятие решения об уходе из профессии: количество детей ( $r = 0,9$ ), низкий уровень дохода ( $r = 0,9$ ), се-

мейное положение ( $r = -0,7$ ) и высокая эмоциональность профессии ( $r = 0,7$ ).

Хроническая стрессогенность профессиональных отношений обуславливает необходимость развития у медицинских работников значительного резерва психофизиологических функций, формирования защитно-совладающего поведения и навыков саморегуляции. Теоретические основы проблемы копинг-поведения (от англ. to cope – совладать, преодолеть) тесно связаны с проблемой стресса. Под копинг-поведением понимается совокупность когнитивных и поведенческих усилий, затрачиваемые индивидом для ослабления стресса или его стабилизацию и поддержания психосоциальной адаптации.

Копинг-стратегии определяют качественный уровень копинг-поведения (они могут быть адаптивными и дезадаптивными, активными и пассивными и т. д.), копинг-ресурсы – количественный уровень. На рис. 1 представлена обобщенная схема копинг-поведения.

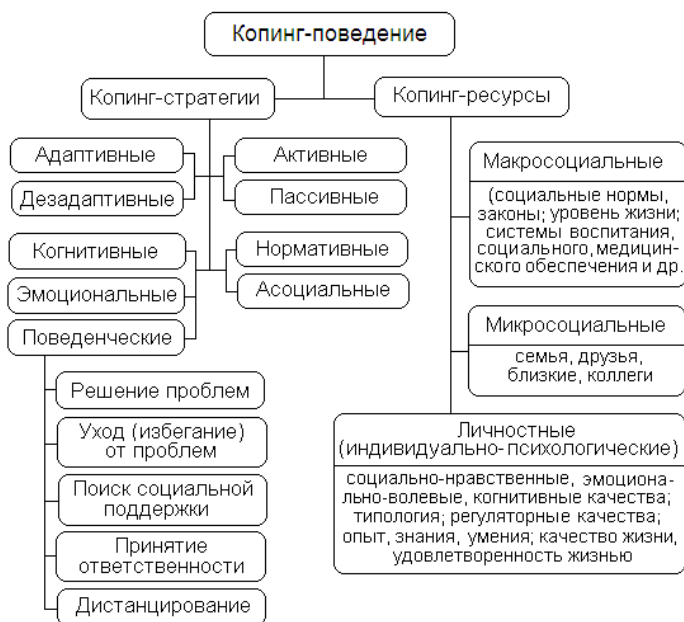


Рис. 1. Обобщенная схема структурных компонентов копинг-поведения (адаптировано по [12, 18])

В теории копинг-поведения важное значение имеют механизмы преодоления стресса, определяющие развитие различных форм копинг-поведения, приводящих к адаптации/дезадаптации личности. Значительный вклад в развитие трансакциональной когнитивной теории стресса и копинг-поведения оказали исследования Р. Лазаруса (R.S. Lazarus) и его коллег [21].

Проактивное копинг-поведение (ПКП) представляет собой стиль жизни, основанный на убеждении в том, что происходящее в жизни каждого человека зависит от него самого, а не от удачи или внешних обстоятельств. Лица с выраженным ПКП склонны к позитивной оценке происходящего, перераспределению и аккумуляции личностных и внешних ресурсов, а в случае стрессовых ситуаций способны к быстрой мобилизации этих ресурсов, что требует наличия развитых социальных качеств. В связи с этим в рамках проактивного совладающего поведения Е.С. Старченкова (2009) выделяет особую копинг-стратегию – ресурсно-инвестиционный копинг.

Сличение насущного и желаемого приводит к ревизии наличных ресурсов, необходимых для целедостижения, что, в свою очередь, стимулирует процесс прогнозирования путей достижения поставленной цели и оценки возможных приобретений/выгод при ее достижении и формирует цепочки отдаленных субцелей, последовательность достижения задач, направленных на совладание с различными ситуациями в жизненном пространственно-временном континууме [17].

ПВ – это процесс развития хронического профессионального стресса умеренной интенсивности, вызывающий деформацию личности профессионала. В Международной классификации болезней и расстройств поведения (МКБ-10) «синдром выгорания» отнесен в диагностический таксон Z 73 – «Проблемы, связанные с трудностями управления своей жизнью» – и шифруется как Z 73.0 – «выгорание» (burnout).

Наибольшую известность получила трехфакторная модель ПВ, разработанная К. Маслач (С. Maslach). Она и ее коллеги рассматривали ПВ в совокупности выраженности: 1) эмоционального истощения; 2) деперсонализации; 3) редукции личностных достижений [22].

Принято считать, что формированию ПВ способствуют индивидуальные, межличностные и профессиональные факторы. ПВ представляет собой интегративное образование, включающее эмоциональные, мотивационные, когнитивные, поведенческие и соматические компоненты. Структура ПВ организована по иерархическому принципу, предполагающему наличие вертикальных связей между основными симптомами выгорания в зависимости от уровня его проявления и горизонтальных связей,

предполагающих переход от конкретных симптомов через образование симптомокомплексов к базовым подструктурам [10].

При проведении исследования нами было выдвинуто предположение, что внешние условия (низкий социальный статус, низкая зарплата, высокая эмоциогенность профессии, не вполне высокая оценка пациентами и руководителями профессионального вклада в процесс лечения) будут способствовать формированию ПВ у значительного количества среднего медицинского персонала, особенно с длительным стажем профессиональной деятельности, а высокий уровень адаптивных копинг-ресурсов – снижать вероятность формирования ПВ.

### *Материал и методы*

Объектом исследования явился 81 респондент женского пола, что составило более 20 % среднего медицинского персонала ФГУЗ МСЧ-33 ФМБА (г. Нововоронеж). Средний возраст респондентов был ( $44,9 \pm 1,2$ ) лет, стаж работы – ( $24,9 \pm 1,3$ ) лет. На обследованный медицинский персонал собраны экспертные оценки состояния здоровья, коммуникативности, дисциплинированности, семейных отношений и профессиональной эффективности, которые отражали уровень психофизиологической и социальной адаптации. Экспертами стали руководители и старшие медицинские сестры подразделений. Средняя экспертная оценка адаптации в 5-балльной системе оценок была достаточно высокой – ( $4,4 \pm 0,1$ ) балл.

Сформированность ПКП определяли опросником «Проактивное совладающее поведение» (РСІ) в адаптации Е.С. Старченковой (2009). В опроснике копинг-поведение рассматривается в рамках социального контекста, который интегрирует аффективные, когнитивные, интенциональные и социальные факторы в копинг-стратегии, дающие индивиду возможность справляться со стрессогенными ситуациями, конструируя пути действий для личностного роста и продвижения к важным для личности целям. Опросник состоит из 52 утверждений, которые надо проранжировать в 4-балльной системе оценок, объединенных в 6 шкал (табл. 1).

Уровень ПВ выявляли при помощи теста «Профессиональное выгорание» (МВІ) С. Maslach в адаптации Н.Е. Водопьяновой [3] и опросника «Синдром эмоционально выгорания» В.В. Бойко [1]. Указанные тесты сконструированы таким образом, что о сформированности ПВ могут свидетельствовать не только количественные, но и качественные показатели, что, к сожалению, затрудняет интерпретацию результатов исследований и приносит элемент субъективизма. Например, согласно опроснику В.В. Бойко, о сформированности отдельного симптома свидетельствуют количественные показатели в 20 баллов и более, фазы – в 61 балл и более,

синдрома ПВ (у В.В. Бойко он называется «Синдром эмоционального выгорания» – СЭВ) – в 181 балл и более.

Таблица 1

*Характеристики шкал опросника «Проактивное совладающее поведение»*

Название шкалы	Выявляемые характеристики
1 Проактивное преодоление	Определяются процесс целеполагания, постановка важных для личности целей, а также процесс саморегуляции по достижению этих целей, включающий когнитивную и поведенческую составляющие. Проактивное преодоление формирует общие ресурсы, которые способствуют достижению важных целей и личностному росту
2 Рефлексивное преодоление	Измеряются представления и размышления о поведенческих альтернативах путем сравнения их с возможной эффективностью. Оцениваются возможные стрессоры, анализируются проблемы и имеющиеся ресурсы, генерируется предполагаемый план действий, прогнозируется вероятный исход деятельности и выбираются способы ее выполнения. Полагается, что в этом случае скорее рассматривается перспективная, а не ретроспективная рефлексия
3 Стратегическое планирование	Изучается процесс создания четко продуманного, целеориентированного плана действий, в котором наиболее масштабные цели разделяются на подцели (дерево целей), управление достижением которых становится более доступным
4 Превентивное преодоление	Оцениваются предвосхищение потенциальных стрессоров и подготовка действий по нейтрализации негативных последствий до того, как наступит возможное стрессовое событие. Неопределенность стимулирует человека использовать широкий спектр копинг-поведения (накопление денежных средств, социальное страхование, здоровьесберегающее поведение и др.)
5 Поиск инструментальной поддержки	Изучается необходимость получения информации, советов и обратной связи от непосредственного социального окружения человека в период совладания со стрессами
6 Поиск эмоциональной поддержки	Определяется ориентированность регуляции эмоционального дистресса путем разделения чувств с другими лицами, поиска сочувствия и общения с людьми из непосредственного социального окружения



Для повышения надежности и валидности данных исследования нами высчитана обобщенная оценка ПВ (ООц ПВ), которая определялась путем алгебраического суммирования данных тестов (результаты редукции личных достижений вычитались, так как ее высокие оценки по тесту МВИ свидетельствовали о низком уровне выраженности свойства) [4].

Данные исследования проверены на нормальность распределения. Для выявления сходства (различий) результатов исследования использовали параметрический t-критерий Стьюдента. Взаимозависимости определяли при помощи корреляционного анализа Пирсона. В статье представлены значения ( $M \pm m$ ) и значимые коэффициенты корреляции ( $p < 0,05$ ).

### **Результаты и их анализ**

Данные тестирования показали достаточно высокий уровень развития у обследованных средних медицинских работников проактивных копинг-стратегий, которые составили около 60–80 % от максимальной оценки по тесту (табл. 2). При сравнении полученных данных с результатами врачей различия выявлены по шкалам 2 и 3 ( $p < 0,001$ ) (см. табл. 2).

*Таблица 2*  
*Сформированность проактивных копинг-стратегий,*  
*балл (% от максимальной оценки)*

Шкала	Максимальный балл	Средний медицинский персонал	Врачи (n = 60, по Старченковой Е.С.)
1	56	33,7 ± 0,7 (60)	35,0 ± 0,7
2	44	34,5 ± 0,4 (78)	28,0 ± 1,0
3	16	11,9 ± 0,4 (74)	8,5 ± 0,4
4	40	30,3 ± 0,7 (76)	28,6 ± 0,8
5	32	18,3 ± 0,5 (57)	19,3 ± 0,5
6	20	12,5 ± 0,4 (63)	13,4 ± 0,4

Корреляционный анализ изученных проактивных копинг-стратегий выявил между ними статистически значимые положительные корреляционные связи средней величины ( $r = 0,26–0,62$ ). Суммирование проактивных копинг-стратегий определило достаточно высокий уровень развития проактивных копинг-ресурсов (ПКР) у обследованных лиц – (141,2 ± 2,3) балла, что составило 68 % от максимального результата.

Результаты теста МВИ представлены в табл. 3. Средние оценки компонентного состава теста соответствовали данным российской выборки. В то же время качественный анализ показал, что около  $\frac{1}{3}$  обследованного

среднего медицинского персонала имеет высокие проявления деперсонализации и редукции личных достижений.

Это результат согласуется с мнением о том, что деятельность средних медицинских работников рутинна, менее оценивается и во многом зависит от врачей, что способствует уменьшению субъективной значимости и удовлетворенности своей работой, а это вызывает стремление сократить круг своих профессиональных обязанностей, разочарование, обесценивание межличностных отношений, снижение эмпатии и профессиональной эффективности [3].

Таблица 3

*Выраженность ПВ у среднего медицинского персонала по тесту МВІ с учетом данных российской выборки [3]*

Показатель ПВ	Уровень выраженности, балл (%)			
	Низкий	Средний	Высокий	М ± m
Эмоциональное истощение	0–15 (66,7)	16–24 (24,7)	25 и более (8,6)	13,3 ± 0,8
Деперсонализация	0–5 (30,9)	6–10 (35,8)	11 и более (35,8)	8,8 ± 0,6
Редукция профессиональных достижений	37 и более (27,1)	31–36 (39,5)	30 и меньше (33,4)	31,2 ± 1,3

Результаты ПВ по опроснику В.В. Бойко в нашем исследовании были значительно ниже, чем у обследованных врачей (табл. 4). Средняя оценка опросника В.В. Бойко – (82,2 ± 6,3) балла, что статистически значимо меньше оценки, полученной у врачей-травматологов (106,4 ± 4,7) балла [4] и у психиатров-наркологов (110,6 ± 6,5) балла [8] ( $p < 0,001$ ).

Качественный анализ данных выявил, что сформированная фаза напряжения наблюдалась у 5 % лиц, фаза резистенции – у 33,3 %, фаза истощения – у 16,1 %, сформированный синдром ПВ – у 14,8 % респондентов (рис. 2). Медицинских сестер психиатрической больницы со сформированным ПВ по опроснику В.В. Бойко в исследованиях О.Ю. Смирнова и соавт. [18] было больше (24,5 %,  $p < 0,01$ ).

Таблица 4

Данные опросника В.В. Бойко у среднего медицинского персонала

Фаза напряжения, симптом				
Общий балл фазы	Н-1	Н-2	Н-3	Н-4
8,7 ± 2,2	8,3 ± 0,9	-10,5 ± 0,7	1,4 ± 0,8	9,5 ± 0,9
Фаза резистентности, симптом				
Общий балл фазы	Р-1	Р-2	Р-3	Р-4
47,2 ± 2,3	13,9 ± 0,8	3,3 ± 0,8	10,8 ± 0,9	14,7 ± 0,9
Фаза истощения, симптом				
Общий балл фазы	И-1	И-2	И-3	И-4
30,8 ± 2,5	-0,1 ± 0,7	7,6 ± 0,8	10,0 ± 0,9	13,3 ± 0,9

Здесь и на рис. 2 симптомы: Н-1 – переживания психотравмирующих обстоятельств; Н-2 – неудовлетворенности собой; Н-3 – «загнанности в клетку»; Н-4 – тревоги и депрессии; Р-1 – неадекватного избирательного эмоционального реагирования; Р-2 – эмоционально-нравственной дезориентации; Р-3 – расширения сферы экономии эмоций; Р-4 – редукции профессиональных обязанностей; И-1 – эмоционального дефицита; И-2 – эмоциональной отстраненности; И-3 – личностной отстраненности или деперсонализации; И-4 – психосоматических и психовегетативных нарушений.

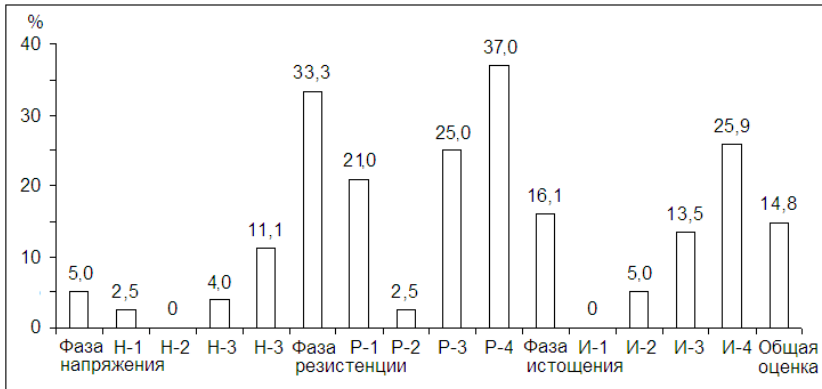


Рис. 2. Структура сформированности фаз и симптомов ПВ по опроснику В.В. Бойко

Полагаем, что в профессиональных отношениях  $\frac{1}{3}$  средних медицинских работников перестает улавливать разницу между двумя принципиально отличающимися явлениями: экономичным проявлением эмоций и неадекватным избирательным эмоциональным реагированием, ко-

торые обнаруживаются и вне профессиональной деятельности – дома, в общении с приятелями и знакомыми, возникают попытки облегчить или сократить профессиональные обязанности, занижаются личные достоинства и достижения. Негативные влияния профессиональной деятельности начинают сказываться на уровне психического и физического самочувствия и могут формировать психосоматические расстройства.

Средняя ООц ПВ по тесту К. Маслач и опроснику В.В. Бойко у средних медицинских работников составила ( $73,0 \pm 7,4$ ) балла. Если принять высокие показатели ООц ПВ как  $(M + \sigma)$ , то к высоким следует отнести данные  $(73 + 64) = 137$  баллов и более. Таких в нашем исследовании оказалось 10 человек, или 12,4 %.

Количественно-качественный анализ тестов показал, что, несмотря на невысокие средние количественные показатели, сформированное ПВ отмечается у 15 %, а формирующиеся признаки ПВ имеет еще около 25 % средних медицинских работников. Эти данные оказались несколько ниже российских и практически разрушили гипотезу нашего исследования о высоком уровне сформированности ПВ у среднего медицинского персонала. Можно полагать, что развитию ПВ у них препятствовали организационные факторы труда и достаточно высокий уровень ПКП.

Анализ взаимозависимостей уровня ПКР показал отрицательные значимые корреляционные связи с ООц ПВ ( $r = -0,35$ ), с данными эмоционального истощения теста МВІ ( $r = -0,33$ ) и общей оценкой опросника В.В. Бойко ( $r = -0,33$ ), с показателями редукции личных достижений теста МВІ выявлены положительные корреляционные связи ( $r = 0,31$ ), что вполне закономерно, так как в тесте высокие показатели этой шкалы свидетельствуют о низких проявлениях ПВ, и может свидетельствовать о конструктивной и диагностической валидности наших исследований.

К сожалению, обобщенная экспертная оценка адаптации с результатами ООц ПВ и ПКР значимых корреляционных зависимостей не выявила, с данными эмоционального истощения и обобщенной оценкой теста МВІ обнаружались отрицательные связи соответственно  $r = -0,28$  и  $r = -0,20$ . ООц ПВ статистически достоверно была связана с экспертной оценкой состояния здоровья ( $r = -0,18$ ), а ПКР – с экспертной оценкой профессиональной дисциплинированности ( $r = 0,21$ ). Эти взаимосвязи указывают на прогностическую валидность исследований.

### *Заключение*

Проведенные исследования позволяют заключить, что у обследованного среднего медицинского персонала МСЧ № 33 выявлен достаточно хороший уровень развития проактивных копинг-стратегий, копинг-ресурсов и, соответственно, высокие экспертные оценки адаптации.

Сформированность ПВ отмечается у 15 % лиц, и еще около 25 % имеет признаки ПВ, что несколько ниже средних российских данных. Эти медицинские работники нуждались в психопрофилактических мероприятиях.

Корреляционный анализ показал, что ПКП препятствуют развитию ПВ. Оценка и формирование ПКП могут способствовать профилактике стрессовых ситуаций и ПВ у медицинского персонала.

### *Литература*

1. *Бойко В.В.* Энергия эмоций / В.В. Бойко. – 2-е изд. – СПб. [и др.] : Питер, 2004. – 474 с.
2. *Вариант* оценки качества медицинской помощи лечебно-профилактического учреждения / В.Ю. Тегза, В.В. Ващенко, С.В. Петров, В.Д. Бигунец // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2009. – № 3. – С. 54–56.
3. *Водопьянова Н.Е.* Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – 2-е изд. – М. [и др.] : Питер, 2008. – 336 с.
4. *Евдокимов В.И.* Методические проблемы оценки синдрома профессионального выгорания у врачей-травматологов / В.И. Евдокимов, А.И. Губин // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2009. – № 3. – С. 85–91.
5. *Евдокимов В.И.* Оценка формирования синдрома профессионального выгорания у врачей и его профилактика / В.И. Евдокимов, А.И. Губин // Вестн. психотерапии. – 2009. – № 30 (35) – С. 106–119.
6. *Кузьмина Ю.М.* Эмоциональное выгорание в профессиональной деятельности специалистов социальной работы : проявление и профилактика : монография / Ю.М. Кузьмина ; Казан. гос. технологич. ун-т. – Казань : КГТУ, 2007. – 154 с.
7. *Ларенцова Л.И.* Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей: психологические аспекты / Л.И. Ларенцова, Л.М. Барденштейн ; Моск. гос. мед.-стоматологич. ун-т. – М. : Мед. кн., 2009. – 141 с.
8. *Лукиянов В.В.* Взгляд на проблему исследования синдрома «эмоционального выгорания» у врачей-наркологов / В.В. Лукиянов // Вестн. психотерапии. – 2006. – № 17 (22). – С. 54–60.

9. *Никишина В.Б.* Состояние «выгорания»: детерминация, феноменология, генезис, измерение / В.Б. Никишина, Л.Н. Молчанова, Т.В. Недуруева – Курск, 2007. – 381 с.

10. *Орел В.Е.* Синдром психического выгорания личности / В.Е. Орел ; Ин-т психологии РАН. – М., 2005. – 329 с.

11. *Профилактика* психологического стресса и эмоционального выгорания у медицинских работников : учеб.-метод. пособие / сост.: Ф.Ф. Гатин [и др.] ; Респ. центр психотерапии Респ. клинич. психиатрич. больницы им. В.М. Бехтерева М-ва здравоохранения Респ. Татарстан. – Казань : Медицина, 2007. – 83 с.

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

13. *Сергеева Л.С.* Синдром профессионального выгорания : психотерапия и профилактика : учеб. пособие / Л.С. Сергеева. – СПб. : СПбМАПО, 2006. – 18 с.

14. *Сидоров П.И.* Синдром профессионального выгорания : учеб. пособие / П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев, И.А. Новикова ; Сев. гос. мед. ун-т. – Архангельск : Изд. центр СГМУ, 2007. – 176 с.

15. *Современные* проблемы исследования синдрома выгорания у специалистов коммуникативных профессий : [монография] / под ред. В.В. Лукьянова, Н.В. Водопьяновой, В.Е. Орла [и др.] ; Курск. гос. ун-т. – Курск : Курск. госуниверситет, 2008. – 333 с.

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

17. *Старченкова Е.С.* Концепция проактивного совладающего поведения / Е.С. Старченкова // Вестн. С-Петербур. ун-та. Сер. 12. Психология, социология, педагогика. – 2009. – Вып. 3, ч. 1. – С. 198–204.

18. *Хетагурова А.К.* Социально-демографические и психологические факторы, влияющие на уход из профессии медицинских сестер на современном этапе / А.К. Хетагурова, Н.А. Касимовская // Упр. здравоохранением. – 2007. – № 2/3. – С. 25–29.

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

20. *Эмоциональное* выгорание у медсестер психиатрической больницы / О.Ю. Смирнова, А.В. Худяков, Т.Г. Мартисен [и др.] // Мед. сестра. – 2007. – № 1. – С. 34–36.

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

22. *Greenglass E.R.* Proactive coping / E.R. Greenglass // Beyond coping Meeting goals, vision and challenges / Ed. by F. Frydenberg. – London, 2001.

23. *Lazarus R.S.* Coping and Adaptation / R.S. Lazarus, S. Folkman // The Hand Book of Behavioral Medicine / Ed. W.D. Gentry. – N.Y. : Gilford, 1984. – P. 282–325.

24. *Maslach C.* The truth about burnout: How organization cause personal stress and what to do about it / C. Maslach, M.P. Leiter. – San Francisco : Jossey-Bass, 1997. – 186 p.

УДК [159.962 : 159.942] : 614.84

*Л.В. Кузьменкова*

## **ПРИМЕНЕНИЕ ИППОТРЕНИНГА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СОТРУДНИКОВ МЧС РОССИИ**

Санкт-Петербургский университет Государственной противопожарной службы  
МЧС России

### ***Введение***

В 1974 г. американский психолог Х.Дж. Фрейденберг обратил внимание на интересный факт, что люди, интенсивно и часто общающиеся друг с другом и переживающие частые стрессы, отличаются повышенной усталостью, психосоматическими расстройствами. Через несколько лет напряженной работы у них меняется стиль общения с окружающими, «портится» характер. Это явление было названо «эмоциональное выгорание». Изначально Х.Дж. Фрейденберг установил, что оно развивается у специалистов, работающих в кризисных центрах и психиатрических клиниках, позже – у людей всех профессий, предполагающих постоянное, тесное общение по типу «человек – человек». В настоящее время этот феномен усиленно изучается с различных точек зрения, учитывающих природу человека и его психологические возможности в преодолении стрессов, факторы воздействия на него внешней среды.

Синдром эмоционального выгорания (ЭВ) представляет собой состояние эмоционального, умственного истощения, физического утомления, возникающее в результате хронического стресса на работе. Развитие

данного синдрома характерно в первую очередь для профессий, где доминирует оказание помощи людям (медицинские работники, учителя, психологи, социальные работники, спасатели, работники правоохранительных органов, пожарные). Синдром ЭВ рассматривается как результат неблагоприятного разрешения стресса на рабочем месте [4, 5, 10, 11, 13, 14]. Выделяют пять ключевых групп симптомов, характерных для синдрома ЭВ [15]:

– физические – физическое утомление, истощение, уменьшенный или увеличенный вес, бессонница, плохое общее состояние здоровья (в том числе, по ощущениям), одышка, тошнота, головокружение, чрезмерная потливость, дрожание, гипертония, сердечные болезни;

– эмоциональные – пессимизм, цинизм и черствость в работе и личной жизни, ощущения фрустрации и беспомощности, безнадежности, раздражительность, агрессивность, тревога, усиление иррационального беспокойства, неспособность сосредоточиться, депрессия, чувство вины, потеря идеалов, надежд и профессиональных перспектив, переживание чувства одиночества;

– поведенческие – безразличие к еде, оправдание употребления табака, алкоголя, лекарств, несчастные случаи (например, травмы, падения, аварии и т.д.), импульсивное эмоциональное поведение;

– когнитивные – когнитивная дисфункция, уменьшение интереса к новым теориям и идеям в работе, к альтернативным подходам в решении проблем, усиление скуки, тоски, апатии, отсутствие вкуса и интереса к жизни, предпочтение стандартным шаблонам, рутине, нежели творческому подходу, инертное участие или отказ от участия в развивающих экспериментах (тренингах, образовании), формальное выполнение работы;

– социальные – отсутствие времени или энергии для социальной активности, уменьшение активности и интереса к досугу, хобби, ограничение социальных контактов работой, скудные взаимоотношения с другими, как дома, так и на работе, ощущение изоляции, непонимание других и другими, ощущение недостатка поддержки со стороны семьи, друзей, коллег.

В.В. Бойко рассматривает ЭВ как выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на определенные психотравмирующие воздействия, как приобретенный стереотип эмоционального, чаще всего профессионального поведения. Выгорание представляет собой отчасти функциональный стереотип, поскольку позволяет человеку дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. В то же время могут возникать его дисфункциональные следствия, когда «выгорание» отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности [1]. А.К. Маркова



кратко характеризует проявления ЭВ как «приглушение» эмоций, исчезновение остроты чувств и переживаний, увеличение числа конфликтов с партнерами по общению, равнодушие и отгороженность от переживаний другого человека, потерю ощущений ценности жизни, утраты веры в собственные силы и др. [9].

Согласно исследованиям ученых в этой области, более всего риску возникновения синдрома ЭВ подвержены лица, предъявляющие непомерно высокие требования к себе [2]. Входящие в эту категорию личности ассоциируют свой труд с предназначением, миссией, поэтому у них стирается грань между работой и частной жизнью. В ходе исследований были выделены акцентуации характера, которым грозит синдром эмоционального выгорания:

1) педантичный – основные характеристики этой акцентуации: добросовестность, возведенная в абсолют; чрезмерная, болезненная аккуратность, стремление в любом деле добиться образцового порядка (пусть в ущерб себе);

2) демонстративный – люди этой акцентуации стремятся первенствовать во всем, всегда быть на виду. Вместе с тем им свойственна высокая степень истощаемости при выполнении незаметной, рутинной работы;

3) эмотивный – лица этой акцентуации бесконечно, противоестественно чувствительны и впечатлительны. Их отзывчивость, склонность воспринимать чужую боль как собственную граничит с патологией, с саморазрушением, и все это при явной нехватке сил сопротивляться любым неблагоприятным обстоятельствам.

Анализ литературы показал, что синдром ЭВ является важным фактором, влияющим на работоспособность и долголетие субъекта труда, из чего следует, что в процессе профессиональной подготовки психологов для МЧС России необходимо учитывать специфику будущей деятельности этих специалистов, связанную с воздействием множества негативных психотравмирующих факторов, создающих риск развития ЭВ личности, учить своевременно распознавать его симптомы, правильно воспринимать это явление и предотвращать тяжелые последствия. То есть актуальной является задача научить студентов-психологов результативно применять методики для профилактики ЭВ.

Мы поставили перед собой цель произвести подбор методик и создать целостный тренинговый комплекс, включающий методики иппотренинга, способствующий эмоциональному восстановлению и профилактике ЭВ. Для чего на основании анализа литературы выявили, во-первых, специфику понятий ЭВ, «иппотерапия и иппотренинг», установили, как эти понятия соотносятся в рамках рассматриваемой темы; во-вторых, про-

анализировали влияние психологических методик, в том числе иппотерапии, на изменения эмоционального состояния испытуемых.

### ***Психофизиологические основы иппотерапии***

Иппотерапия является признанным средством реабилитирующего воздействия на лиц, страдающих соматическими, психическими заболеваниями и посттравматическим синдромом. Она может применяться при сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных и других заболеваниях и отклонениях в состоянии здоровья и для социальной реабилитации. В научных источниках по рассматриваемой теме в большей степени уделяется внимание медицинской стороне вопроса, а именно, влиянию лечебной верховой езды на здоровье человека и, как правило, описываются примеры и программы работы с детьми, страдающими детским церебральным параличом [12], при этом практически отсутствуют научные данные по психологическому воздействию верховой езды на общее психофизическое состояние человека.

Как указывает Г.В. Дремова, иппотерапия воздействует на организм человека через два мощных фактора: психогенный и биомеханический. Соотношение удельного веса этих механизмов в каждом отдельном случае зависит от состояния человека и задач, решаемых с помощью иппотерапии: так, при лечении неврозов, детского церебрального паралича, умственной отсталости, детского аутизма основным воздействующим фактором является психогенный, а при лечении постинфарктных больных, больных с нарушениями осанки, сколиозами, остеохондрозами позвоночника, простатитом и т. д. – биомеханический, хотя ни в одном из этих случаев не следует недооценивать ни одного из факторов, т. к. иппотерапия – это метод, оказывающий одновременное воздействие на физический и психосоциальный статусы занимающегося [3].

Иппотерапия как одна из форм лечебной физкультуры позволяет решать следующие основные задачи:

- противодействовать отрицательному влиянию гипокинезии, обусловленной болезнью;
- развивать физическую активность человека;
- способствовать восстановлению нарушенных функций;
- улучшать или восстанавливать утраченные навыки;
- обеспечивать профессиональную реабилитацию, формировать новые или восстанавливать утраченные навыки.

Отмечается принципиальное отличие лечебной верховой езды от всех других видов лечебной физкультуры: здесь, как нигде более, обеспечивается одновременное включение в работу практически всех групп мышц тела всадника. Причем это происходит на рефлекторном уровне,

поскольку, сидя на лошади, двигаясь вместе с нею, всадник в течение всего сеанса инстинктивно старается сохранить равновесие, чтобы не упасть с лошади, и тем самым побуждает к активной работе как здоровые, так и пораженные болезнью мышцы своего тела. Кроме того, ни один из спортивных снарядов не обладает возможностью возбуждать такую сильнейшую, разнонаправленную мотивацию, которая сопутствует занятиям лечебной верховой езды: человек испытывает огромное желание сесть на лошадь, почувствовать себя всадником, преодолеть страх, обрести уверенность в своих силах. Эта мотивация способствует максимальной мобилизации волевой деятельности, с помощью которой достигается не только подавление чувства страха, но и одновременно уменьшение количества и объема гиперкинеза при детском церебральном параличе, что, в свою очередь, дает возможность обучать пациента правильному построению основного поведенческого фона [3, 12].

Ключевой механизм воздействия иппотерапии на организм человека тот же, что у любой другой формы лечебной физкультуры, то есть он основан на концепции лечебно-профилактического влияния физических упражнений.

Современная физиология рассматривает любую деятельность организма человека как единого целого, как совокупность физических, психических свойств и социальных взаимоотношений с окружающей средой. Иппотерапия опирается на лечебно-профилактический характер влияния верховой езды, воздействие на организм человека осуществляется через нервно-гуморальный механизм и подчиняется законам адаптации к физическим нагрузкам и формирования двигательных навыков [3]. Под влиянием лечебно-профилактического воздействия физических упражнений в организме происходит активная перестройка функций. Температура тела лошади выше человеческой на 2 °С. Движения мышц спины идущей лошади разогревают и массируют спастичные мышцы ног всадника, усиливая кровоток в конечностях.

Человеку, сидящему верхом на движущейся лошади, приходится постоянно контролировать равновесие, а это заставляет синхронизировать работу мышц спины, туловища и всех остальных мышц, то расслабляя, то напрягая их. В процессе адаптации организма к физическим нагрузкам, помимо ЦНС, большое участие принимают симпато-адреналовая и гипоталаймо-гипофизарная системы, то есть осуществляется еще и гуморальная регуляция. Под действием физических упражнений происходит активация висцеральных органов и систем, а механизм активации заключается в повышении функции симпатической нервной системы и ретикулярной формации под регулирующим управлением коры головного мозга. Возбужде-

ние симпатической нервной системы стимулирует обмен веществ – катаболизм и способствует быстрому и эффективному расходу энергии.

Под действием физических упражнений через моторно-висцеральные рефлексы изменяются функции внутренних органов, улучшается двигательная функция, координация между нервными импульсами и увеличивается максимальная производительная сила мышц, даже нетренированных, то есть имеется эффект «переноса» тренировочных влияний [3].

Направление реабилитации, использующее конный спорт как терапевтическое средство, ставит перед собой задачу добиться улучшения состояния лиц, страдающих тяжелыми поведенческими расстройствами и трудностями в отношении с близкими. Эта цель может быть достигнута именно потому, что животное, не имеющее культурной надстройки, часто затрудняющей человеческие взаимоотношения, принимает наездника таким, каков он есть, и позволяет установить простые, но внушающие уверенность отношения.

Большое влияние на общее психофизическое состояние человека, занимающегося верховой ездой, помимо индивидуальных спортивных занятий, оказывают групповые конные прогулки, во время которых все ощущения усиливаются и расширяются по диапазону, так как здесь добавляются удовольствие от вида окружающего пейзажа, от контакта с природой, радость групповой деятельности. В медицинской литературе отмечается, что показания для занятий лечебной верховой ездой настолько расширены, что ею могут заниматься люди с самой различной как физической, так и социальной патологией [8].

При ЭВ отмечаются симптомы психосоматического характера. Это дает возможность допустить, что применение данной методики лечебной верховой ездой профилактически может предотвратить развитие негативных эмоциональных отклонений. Нами было высказано предположение, что применение методик иппотренинга позволит снизить уровень ЭВ, повысить психологическую устойчивость, настроение, тонус, улучшить рефлексивность.

### ***Материал и методы***

В исследовании принимали участие студенты-психологи и курсанты Санкт-Петербургского университета Государственной противопожарной службы МЧС России (СПб УГПС МЧС России), всего 84 человека. Предметом исследования была динамика эмоционального состояния испытуемых в процессе иппотренинга.

Для решения поставленных задач мы применили следующую совокупность методов: включенное наблюдение, экспертный опрос, анализ психодиагностических тестов, психологические методики, направленные

на развитие субъективных восприятий тактильных, зрительных и звуковых ощущений, соответствующих представлений, концентрации внимания, рефлексии эмоционального состояния, методики развития психомоторных реакций, опыта межличностных отношений и общения с лошадью (иппотренинг).

### *Результаты и их анализ*

На стадии констатирующего этапа исследования были проведены экспертные опросы 22 студентов-психологов III курса (2007 г.) СПб УГПС МЧС России и опрос по методике В.В. Бойко [2]. Полученные данные показали, что к середине третьего года обучения фаза резистенции ЭВ была сформирована у 54 % студентов, находилась в стадии формирования у 37 %, и только у 9 % студентов эта фаза не сложилась. Сложившаяся фаза истощения выявлена у 4,5 % респондентов, фаза в стадии формирования – у 27,3 % опрошенных лиц, у 68,2 % студентов эта фаза отсутствует [7].

Экспертный опрос выявил, что у студентов представлены все группы симптомов синдрома ЭВ, но в большей степени симптомы эмоциональные (45 %), социальные (27 %) и поведенческие (9 %) [7]. Наиболее часто встречались демонстративный и эмотивный типы акцентуации, соответственно, 58 % и 34 %. Анализ полученных данных позволял сделать вывод о том, что проблема ЭВ актуальна для студентов вуза уже на III курсе обучения.

Для работы со студентами были применены методики, предлагающиеся в современной научной литературе по профилактике ЭВ [6]. Успешность применения зависела от степени сформированности синдрома ЭВ. Как выяснилось на практике, результаты занятий были тем положительнее, чем менее выражены были изменения у студента в поведении, в общем физическом и психологическом состоянии.

В период с 2007 по 2008 г. нами были проведены тренинги в группах курсантов-юристов II курса, адъюнктов I курса очной формы обучения, студентов-психологов I и IV курсов СПб УГПС МЧС России по схеме, отработанной со студентами-психологами III курса (2007 г.), с применением методики иппотренинга. Психодиагностика проводилась до и после тренингов.

С указанными группами были проведены трехдневные тренинги, в план которых входили методики работы с лошадью и другие телесные техники, развивающие восприятие, ощущения, представления, рефлексию. Результаты фиксировались с помощью опросов, заполнения анкет, данных прибора «Психофизиолог». Во всех группах, участвующих в иппотренингах, было отмечено значительное улучшение эмоционального

состояния, настроения, повышение самооценки. Наилучшие результаты были достигнуты в группе студентов IV курса (с наиболее выраженными проявлениями ЭВ).

Наши результаты соответствуют данным литературы. Профессор Л.М. Рошаль в предисловии к главе из книги В. Куприан и У. Кирпап «Лошадь в психотерапии, иппотерапии и лечебной педагогике» пишет: «... мы, врачи, занимающиеся спасением пострадавших в результате этих событий (техногенных аварий, террористических актов, локальных войн. – *Примеч. автора*), знаем, что многие из выживших остаются инвалидами, и им всем после проведенного лечения необходима реабилитация (иногда пожизненная). Вот здесь иппотерапия и верховая езда оказываются уникальными реабилитационными средствами» [8].

Благодаря общению с лошадью человек получает значительно более широкое психическое воздействие, чем это может представить себе тот, кто не ездил верхом. Лошадь передает человеку вполне доказуемые импульсы, которые оказывают на него очевидное психосоматическое воздействие. Можно выделить следующие факторы, благоприятно влияющие на всадника. Это, во-первых, непрерывное тесное взаимодействие с лошадью, которое само по себе и улучшает настроение, и повышает энергетику. Во-вторых, это возрастание уверенности в себе как следствие того, что тебе подчиняется, тебя беспрекословно слушается такое большое и сильное животное. В третьих, действует эффект отвлечения – человек забывает о проблемах. Человек в результате тренировок верховой езды лучше концентрирует внимание, у него развивается самоконтроль, речь становится более образной, эмоционально окрашенной, восстанавливается потенция [8].

### *Заключение*

Первичные итоги проведенного нами исследования дали возможность сделать следующие выводы:

1) многоплановое воздействие контакта с лошадью на человека способствует эмоциональному подъему, переоценке своих возможностей и способностей, познанию себя, повышению рефлексии и расширению диапазона собственных характеристик;

2) сила и глубина перемен не зависит от пола испытуемого;

3) тренинг с применением иппотерапии необходимо строить особым образом, учитывая влияние контакта с лошадью на человека, включать в тренинг релаксационные упражнения, особо уделять внимание рефлексии и межличностным контактам.

### *Литература*

1. *Бодров В.А.* Психология профессиональной пригодности : учеб. пособие для вузов / В.А. Бодров. – М., 2001. – 508 с.
2. *Бойко В.В.* Энергия эмоций / В.В. Бойко. – 2-е изд. – СПб. [и др.] : Питер, 2004. – 474 с.
3. *Дремова Г.В.* Социальная интеграция и реабилитация лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата на основе иппотерапии : автореф. дис. ... канд. пед. наук / Дремова Г.В. – М., 1996. – 23 с.
4. *Евдокимов В.И.* Оценка формирования синдрома профессионального выгорания у врачей и его профилактика / В.И. Евдокимов, А.И. Губин // Вестн. психотерапии. – 2009. – № 30(35) – С. 106–119.
5. *Евдокимов В.И.* Факторы риска формирования синдрома эмоционального выгорания у сотрудников Государственной противопожарной службы МЧС России / В.И. Евдокимов, Т.И. Шевченко // Вестн. психотерапии. – 2006. – № 19(24). – С. 74–84.
6. *Золотова Т.Н.* Профилактика и коррекция синдрома «Эмоционального выгорания» как один из путей оптимизации педагогической деятельности / Т.Н. Золотова // Коррекционная педагогика: теория и практика. – 2007. – № 1 (19). – С. 50–52.
7. *Иванова С.П.* Методика диагностики эмоционального выгорания у будущих психологов МЧС России / С.П. Иванова // Учен. зап. ун-та им. П.Ф. Лесгафта. – 2009. – № 7 (53).
8. *Куприан В.* Иппотерапия и лечебная верховая езда как терапевтическое средство / В. Куприан, У. Кирпап // Гиппомания. – 2006. – № 5 (14). – С. 80–85.
9. *Маркова А.К.* Психология профессионализма / А.К. Маркова. – М., 1996. – 308 с.
10. *Ронгинская Т.И.* Синдром выгорания в социальных профессиях / Т.И. Ронгинская // Психол. журн. – 2002. – Т. 23, № 3. – С. 85–95.
11. *Скугаревская М.М.* Синдром эмоционального выгорания / М.М. Скугаревская // Мед. новости. – 2002. – № 7. – С. 3–9.
12. *Филатова-Сафронова М.А.* Влияние иппотерапии на развитие детско-родительских отношений : автореф. дис. ... канд. психол. наук / М.А. Филатова-Сафронова. – Казань, 2002. – 22 с.
13. *Crane M.* Why burn-out doctors get suet more often / M. Crane // Medical Economics. – 1988. – Vol. 75, N 10. – P. 210–212.
14. *Felton J.S.* Burnout as a clinical entity – its importance in health care workers / J.S. Felton // Occupational medicine. – 1998. – Vol. 48. – P. 237–250.
15. *Kahill S.* Interventions for burnout in the helping professions: A review of the emperical evidence / S. Kahill // Canadian Journal of counseling review. – 1988. – Vol. 22, N 3. – P. 310–342.

## **ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ КАК СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОДГОТОВКИ ПСИХОЛОГОВ ДЛЯ МЧС РОССИИ**

Санкт-Петербургский университет Государственной противопожарной службы  
МЧС России

### ***Введение***

Сложность задач, решаемых сотрудниками МЧС России в современных условиях предъявляет особые требования к уровню их подготовленности, профессиональным качествам. Важную роль играет психологическая подготовка сотрудников МЧС России и психологическое сопровождение их деятельности, поскольку с этим связано сохранение их текущей работоспособности, состояния здоровья после воздействия психотравмирующих факторов.

В Санкт-Петербургском университете Государственной противопожарной службы МЧС России (СПб УГПС МЧС России) осуществляется подготовка психологов для МЧС по специальности 030301.65 «Психология» по специализации «Безопасность в чрезвычайных ситуациях». Эта задача многогранна и многопланова, при ее решении большое внимание уделяется психологическому сопровождению учебного процесса, который ставит задачей получение сведений об образе профессии и способности к рефлексии и психической саморегуляции, ценностно-смысловой ориентации, о коммуникативных способностях, владение риторикой, умение работать с целями и управлять ими, создание модели образа «Я-психолог», применение способов психологической разгрузки и других методов психогигиены. Эти знания, умения и навыки необходимы будущему психологу МЧС России, т. к. данная категория специалистов характеризуется высоким уровнем профессионального стресса, вследствие чего для них особенно значимым является риск эмоционального выгорания (ЭВ) и профессиональной деформации, что, в свою очередь, является причиной возникновения профессиональной дезадаптации и психосоматических заболеваний, номенклатура которых постоянно расширяется [1].

Чтобы обеспечить на высоком профессиональном уровне психологическую подготовку сотрудников МЧС, а также оказывать психологическую помощь после воздействия психотравмирующих факторов, психолог должен уметь рефлексировать свое психическое состояние и быстро регулировать его, достигая максимальной работоспособности. Исходной концептуальной основой исследования названных проблем должна быть



своеобразная этико-психологическая установка: «Помочь пострадавшему сможет здоровый!», объективно востребованная в процессе профессионализации личности психолога МЧС России.

В современных психологических исследованиях приводятся данные о том, что ЭВ подвержены в первую очередь психологи, педагоги, врачи, руководители разных рангов, работники сфер обслуживания и др., что приводит к их профессиональным деформациям [2–4, 9, 11, 12]. В связи с этим, одной из приоритетных задач психологии является исследование ЭВ среди профессионалов разных областей труда, а также разработка программ по их предупреждению и коррекции.

ЭВ с точки зрения В. В. Бойко является механизмом психологической защиты и функциональным стереотипом, позволяющим экономно расходовать энергетические ресурсы [3], а по мнению А.К. Марковой, проявляется как «приглушение» эмоций, проявление конфликтности в общении, потеря ощущения ценности жизни и т. д. [9].

Для «выгорающих» ситуаций характерны эмоциональные перегрузки. Состояние психической напряженности является одним из показателей синдрома ЭВ в профессиональной деятельности, оно характеризуется ощущениями дискомфорта, тревоги, фрустрации, пессимистическими настроениями.

К. Маслач и другие исследователи утверждают, что ЭВ отличается от посттравматических стрессовых расстройств тем, что оно возникает без предшествующего заметного, интенсивного стрессового эпизода, и признают возможность разных путей, приводящих к «выгоранию». К нему ведут, во-первых, эмоциональное истощение при работе с людьми, во-вторых, несоответствие личности психологическим особенностям рабочей обстановки. «Выгоранием» души может завершиться «работа в условиях горя» после трагических невозвратимых утрат.

Не только чрезвычайные, экстремальные события и продолжительные неблагоприятные условия существования, как отмечает Л.А. Китаев-Смык, но и стрессовые ситуации обыденной жизни, вызванные конфликтами, трудностями в решении сложных социальных проблем, могут способствовать формированию ЭВ [6].

Как показывают результаты исследований, на развитие ЭВ влияют многие факторы, но большинство исследователей считают, что возраст, пол, стаж работы и другие социально-демографические характеристики не связаны прямо с профессиональным «выгоранием». Большее значение имеет индивидуальный тип реагирования на стрессогенные ситуации [8].

Анализ конкретных исследований ЭВ показывает, что основные усилия психологов были направлены на выявление факторов, вызывающих выгорание. Традиционно они группировались в два больших блока:

особенности профессиональной деятельности (объективные факторы) и индивидуальные характеристики самих профессионалов (субъективные факторы). К объективным факторам (организационные и ролевые) можно отнести те, которые порождаются условиями самой работы или неправильной её организацией. К субъективным факторам, помимо индивидуально-психологических особенностей специалиста, следует отнести направленность личности, мотивацию к профессиональной деятельности, удовлетворенность ею, а также удовлетворенность социально-психологическим климатом в коллективе, отношениями с коллегами и т. д.

### ***Материал и методы***

С целью выявления проблемных вопросов и определения направлений работы по психологическому сопровождению профессиональной подготовки будущих психологов МЧС России нами был проведен ряд эмпирических исследований личностных особенностей студентов, в частности, с использованием опросника «Синдром эмоционального выгорания» В.В. Бойко, содержащего 84 вопроса [7].

Методика В.В. Бойко позволяет выявить подробную картину ЭВ, раскрывая три последовательные фазы его развития: «Напряжение», «Резистенция» (или сопротивление) и «Истощение». Для каждого этапа характерно наличие определенных симптомов. Методика позволяет определить степень сформированности каждой фазы ЭВ, степень выраженности отдельных симптомов, доминирующие симптомы в каждой фазе. Опираясь смысловым содержанием и количественными показателями, подсчитанными для разных фаз формирования синдрома «выгорания», можно дать достаточно объемную характеристику личности и, что важно, наметить индивидуальные меры профилактики и психокоррекции.

В первых сериях исследовательского этапа (2007 г.) принимали участие 22 студента-психолога III курса. В 2008 г. исследование было продолжено с этой же группой студентов, перешедших на IV курс. В течение учебного года с ними были проведены тренинги общей продолжительностью 144 ч (36×4 ч) и обеспечено консультирование по применению ими методов психогигиены.

### ***Результаты и их анализ***

Данные, представленные в таблице, показывают положительную динамику уменьшения проявлений ЭВ. Например, на III курсе у 54 % студентов была сформирована фаза резистенция ЭВ. После серии тренингов, включающих занятия по иппотерапии и индивидуальных занятий, уже на IV курсе эта сформированная фаза ЭВ наблюдается только у 32 %, т. е. за 1 год обучения этот показатель не ухудшился, как можно было ожидать,

учитывая стрессорные воздействия, которые студенты испытывают в течение учебного процесса, на сессии, а даже уменьшился на 22 %.

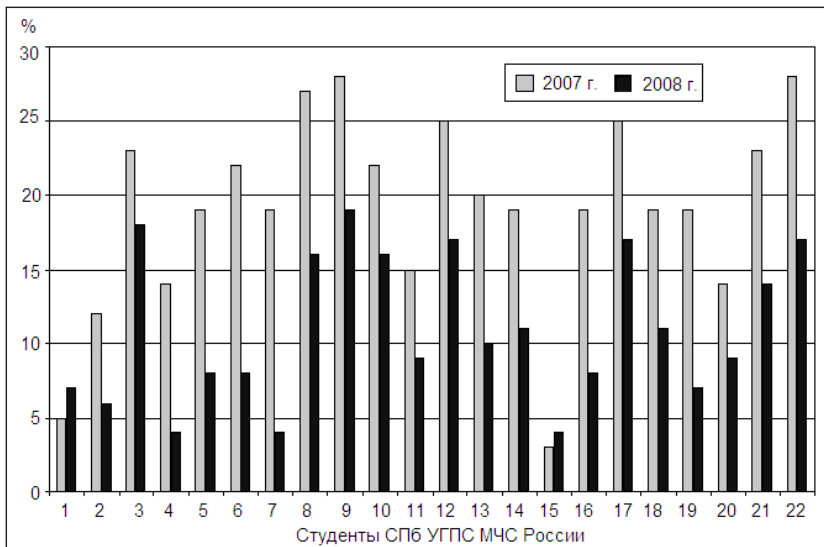
*Уровень сформированности эмоционального выгорания по методике В.В. Бойко у студентов набора 2005 г.*

Фаза эмоционального выгорания	Уровень сформированности фазы, % (n)					
	Не сложившаяся		В стадии формирования		Сформированная	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Напряжение	82 (8)	95,5 (21)	9 (2)	–	9 (2)	4,5 (1)
Резистенция	9 (2)	27 (6)	37 (8)	41 (9)	54 (12)	32 (7)
Истощение	68,2 (15)	77,3 (17)	27,3 (6)	22,7 (5)	4,5 (1)	–

Аналогичные измерения проводились у студентов предыдущего курса набора 2004 г. – у них не осуществлялись психокоррекционные мероприятия и количество студентов со сформированной фазой резистенции ЭВ на IV курсе увеличилось по сравнению с III курсом.

В процессе освоения тренинговых технологий студентами были изучены методы психологической разгрузки, которые применялись ими в периоды между тренингами под контролем преподавателей. В результате у студентов уменьшился уровень развития фазы резистенции и улучшились показатели по симптоматике ЭВ по методике В.В. Бойко. В частности, средние показатели симптома «Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование» в 2007 г. составили 1,91 балла, а в 2008 – 1,09 балла. Индивидуальный анализ показал, что число студентов с признаками формирования указанного симптома с 72,7 % (16 студентов) уменьшилось до 31,8 % (7 студентов), в 90,1 % случаев (у 20 человек) отмечено уменьшение показателей симптома (см. рис.). На заключительном этапе тестирования у студентов обнаруживается некоторое уменьшение симптоматики и других симптомов ЭВ.

Некоторые зарубежные специалисты по «выгоранию», считают, что окончательно «выгоревшую личность» вылечить не удастся, надо изменить саму личность, стать другой, у которой «выгорания» уже нет, то есть фактически изменить свою жизнь, Соглашаясь с ними, Л.А. Китаев-Смык отмечает, что поэтому очень важна профилактика ЭВ – явление проще предупредить, чем потом с ним бороться [6]. В связи с чем особое внимание уделялось нами индивидуальному подходу к психологической профилактике ЭВ.



*Динамика сформированности симптома «Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование» по методике В.В. Бойко у студентов набора 2005 г.*

Профессиональная квалификация психологов должна включать в себя умения, навыки применения методов психогигиены, психосамокоррекции для профилактики ЭВ, т. к. иначе, при возрастании вероятности развития неблагоприятных психических состояний, осуществление эффективной профессиональной деятельности затрудняется, может возникнуть профессиональная деформация.

В период обучения в вузе у студента не только накапливаются знания, навыки, умения, но и происходит формирование сложных психических систем регуляции поведения. С точки зрения А.К. Марковой, в ходе профессионального обучения в вузе личностное пространство студента находится в постоянной динамике и определяется в значительной мере теми вопросами, которые на текущий момент осваиваются в процессе обучения. Личность обогащается новыми психологическими связями, опираясь на которые и манипулируя которыми, в дальнейшем решает поставленные профессиональные задачи [9]. В период вузовского этапа развития личности программой высшего образования предусматривается применение определенных психолого-педагогических методов и приемов обучения с целью воздействия на личность, ее психологическое содержание.

В научной литературе приводятся данные, что оптимальные условия для персонализации индивида существуют в группе, где персонализация каждого выступает в качестве условия персонализации всех. Именно этой особенностью личности можно воспользоваться для организации целенаправленных тренингов.

Стратегическая цель – психокоррекция ЭВ – определила задачи тренинга: усвоение приемов психогигиены, интериоризация осуществления рефлексии своего психического состояния, формирование навыков и привычки применения методов психологической разгрузки, развитие навыков общения до уровня коммуникативной компетентности, развитие групповой сплоченности.

Интериоризация как производство внутреннего плана сознания не означает прямого переноса внешнего во внутреннее. В процессе перехода внешнего во внутреннее происходят драматические трансформации и внешнее получает черты того агента, который это внешнее интериоризирует.

Рефлексию в традициях отечественной психологии описывают как процесс самопознания субъектом внутренних психических актов и состояний. Процесс рефлексии, разворачивающийся в контексте совместной деятельности (чем тренинг, безусловно, является), трактуется как осознание субъектом того, как в действительности его воспринимают и оценивают другие [5].

Цели и задачи определили блоки применяемых методик, алгоритм их применения и технологию проводимого тренинга. В тренинге теоретические и практические блоки были предусмотрены по следующим темам: целеполагание, коммуникация, психогигиена, в том числе иппотерапия. В заключительной части были подведены общие итоги.

### *Заключение*

Анализ полученных данных позволяет сделать вывод о том, что проблема ЭВ актуальна для студентов уже на III курсе обучения. Это свидетельствует о необходимости изучения факторов, влияющих на формирование синдрома ЭВ, проведения профилактики и психокоррекции эмоционального и психического состояния студентов. Осуществленное исследование демонстрирует, что методика проведения психокоррекции с применением тренингов в сочетании с индивидуальной работой на данном этапе эффективна. Применение указанных тренинговых методик позволяет обеспечить дальнейшие исследования, положительную динамику профилактики ЭВ и способствовать сохранению здоровья и профессионального долголетия будущих психологов МЧС России.

### *Литература*

1. *Александр Ф.* Психосоматическая медицина: принципы и практическое применение : пер. с англ. / Ф. Александр. – М. : ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с. – (Психология без границ).
2. *Безносков С.П.* Профессиональная деформация личности: подходы, концепции, метод : автореф. дис. ... д-ра психол. наук / Безносков С.П. – СПб, 1997. – 30 с.
3. *Бойко В.В.* Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других / В.В. Бойко. – М. : Наука, 1996. – 154 с.
4. *Евдокимов В.И.* Методические проблемы оценки синдрома профессионального выгорания у врачей-травматологов / В.И. Евдокимов, А.И. Губин // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2009. – № 3. – С. 85–91.
5. *Зайцева Т.В.* Теория психологического тренинга. Психологический тренинг как инструментальное действие / Т.В. Зайцева. – СПб. : Речь. ; М. : Смысл, 2002. – 80 с.
6. *Китаев-Смык Л.А.* Выгорание персонала. Выгорание личности. Выгорание души / Л.А. Китаев-Смык // Вопр. психологии экстремальных ситуаций. – 2007. – № 4. – С. 2–21.
7. *Иванова С.П.* Методика диагностики эмоционального выгорания у будущих психологов МЧС России / С.П. Иванова // Уч. записки Университета им. П.Ф. Лесгафта – 2009. – № 7(53). – С. 44–49.
8. *Леонова А.Б.* Основные подходы к изучению профессионального стресса / А.Б. Леонова // Вест. психосоц. и коррекционно-реабилитацион. работы. – 2001. – № 11. – С. 2–16.
9. *Маркова А.К.* Психология профессионализма / А.К. Маркова. – М., 1996. – 308 с.
10. *Марьин М.И.* Психологическое обеспечение оперативно-служебной деятельности ОВД и работа с кадрами / М.И. Марьин, Ю.Г. Касперович // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2006. – № 1 (25). – С. 3–8
11. *Муштастая Н.В.* Синдром выгорания в профессиях, связанных с экстремальными ситуациями / Н.В. Муштастая // Наука знание : материалы XXXIII науч. конф. студентов и молодых учен. вузов Юж. федер. округа. – Краснодар, 2006. – С. 175–176.
12. *Шевченко Т.И.* Изучение синдрома «эмоционального выгорания» у сотрудников МЧС / Т.И. Шевченко, В.И. Евдокимов // Вестн. психотерапии. – 2006. – № 17(22). – С. 66–73.

## ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

### ПОЗДРАВЛЯЕМ С ЮБИЛЕЕМ!

Редакционная коллегия  
и редакционный совет журнала  
поздравляет с юбилейной датой  
доктора психологических наук  
профессора  
**Раду Михайловну  
Грановскую**



Выдающийся психолог России, широко известный ученый и педагог – Рада Михайловна Грановская, внесла большой вклад в развитие отечественной психологии.

Ее безграничные творческие способности и научный потенциал позволили создать новые и развить фундаментальные научные направления в психологии – это искусственный интеллект, психология творчества, психологические защиты, психология веры.

Широта научных интересов, профессионализм, большой опыт научно-исследовательской и педагогической деятельности, владение современными методами научных исследований, организаторские и научные способности позволили ему внести значительный вклад в развитие психологической науки различных Министерств и ведомств, в том числе МЧС России.

Рада Михайловна автор концептуальной модели взаимодействия мышления человека с системой подсознательных и осознанных психологических барьеров, а также психологических механизмов их преодоления.

Рада Михайловна родилась 13 августа 1929 г. в Ленинграде, окончила Ленинградский электротехнический институт (1953), Ленинградский государственный университет (1959), аспирантуру психологического факультета Московского государственного университета (1965).

Значительная часть ее жизненного пути, педагогической и научной деятельности тесно связана Санкт-Петербургским государственным университетом и Всероссийским центром экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России.

Доктор психологических наук, профессор, академик Международной Балтийской академии педагогических наук Международной академии акмеологии. Стаж работы психологом более 40 лет.

Основные научные публикации: «Восприятие и модели памяти», «Узнавание и запоминание фигур», «Perception of form and form of perception», «Интуиция и искусственный интеллект», «Творчество и преодоление стереотипов», «Психологическая защита у детей», «Психология в примерах», «Защита личности», «Конфликт и творчество в зеркале психологии», «Элементы практической психологии», «Психология веры», «Психологическая защита».

Дорогая Рада Михайловна, примите самые сердечные, искренние пожелания, да не иссякнет у Вас запас энергии, оптимизма и жизнелюбия. Мы гордимся, что работаем вместе с Вами и любим Вас.

Желаем Вам отменного здоровья и долгих лет творческой жизни!



## РЕФЕРАТЫ

**Григорьев Г.И.** Православная психотерапия – фундаментальная основа духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока // Вестник психотерапии. – 2009. – № 31 (36). – С. 10–45.

Церковь рассматривает психические заболевания как одно из проявлений общей греховной поврежденности человеческой природы и выделяет в личностной структуре духовный, душевный и телесный уровни ее организации. В области психотерапии оказывается наиболее плодотворным сочетание пастырской и врачебной помощи душевнобольным при надлежащем разграничении сфер компетенции врача и священника, в связи с чем в статье подробно рассматривается понятие «православная психотерапия» и представлены научные предпосылки формирования духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока.

**Ключевые слова:** православие, православная психотерапия, духовное здоровье, духовно ориентированная психотерапия в форме целебного зарока.

**Григорьева Д.В., Куртышева М.А.** Опыт духовно ориентированной психотерапии в школьной системе воспитания и образования // Вестник психотерапии. – 2009. – № 31 (36). – С. 46–50.

Обобщен 20-летний опыт деятельности «Пушкинского лицея», или ГОУ школа № 563 Выборгского района г. Санкт-Петербурга. Процесс обучения и воспитания в лицейской жизни рассматривается как полноценная духовно ориентированная психотерапия, как средство профилактики нравственной пустоты и душевной депрессии. Формирование и укрепление духовно-психологического и нравственного здоровья молодого поколения россиян не может происходить на формальной, исторически индифферентной почве. С первых лет обучения лицеисты занимаются в «Пушкинской студии», где ставят спектакли по пушкинским произведениям в прозе и поэзии, проводят круглые столы, литературные марафоны, историко-исследовательские научные конференции. В лицее функционируют студия «Театр одного стихотворения», лицейский хор, творческая мастерская художника-иконописца Р.М. Гирвеля.

**Ключевые слова:** начальное образование, «Пушкинский лицей», ГОУ школа № 563 Санкт-Петербурга, духовно-нравственное здоровье, духовно ориентированная психотерапия.

**Абдуллин А.Г., Абдуллина Д.Г.** Центр социально-психологической реабилитации как основа системы социально-психологической поддержки работников предприятия, участвовавших в ликвидации аварии на ЧАЭС // Вестник психотерапии. – 2009. – № 31 (36). – С. 51–57.

Излагаются теоретические и практические аспекты психологической помощи как основы системы социальной поддержки работников промышленного предприятия, участвовавших в ликвидации аварии на ЧАЭС. Рассматриваются цели, задачи, принципы, основные этапы, формы и методы работы, методические особенности психологической помощи.

**Ключевые слова:** радиотревожность, психоэмоциональное состояние, постэкстремальный период, психокоррекция, личностно ориентированная психотерапия, посттравматические стрессовые расстройства.

**Колов С.А.** Контрперенос и терапевтические отношения в психотерапии и психологическом консультировании ветеранов боевых действий // Вестник психотерапии. – 2009. – № 31 (36). – С. 58–67.

Рассматриваются сложные взаимодействия с трудными клиентами, классическим примером которых являются ветераны боевых действий. Описаны роль контрпереноса в развитии отношений врач – комбатант как типичной модели «трудного» терапевтического альянса и различные психологические подходы к этому феномену. На основе теории межличностного взаимодействия предложена модель использования контрпереноса для улучшения психотерапевтического контакта, что может значительно улучшить эффективность психотерапии и реабилитации данного контингента.

**Ключевые слова:** контрперенос, психотерапевтические отношения, трудный пациент, ветераны боевых действий, теория межличностных отношений.

**Басыгысова Т.А., Адмакина Т.А.** Стандартизация шкалы дифференцированных эмоций К. Изарда // Вестник психотерапии. – 2009. – № 31 (36). – С. 68–72.

Методика «Шкала дифференцированных эмоций» К. Изарда, разработанная на основе теории дифференцированных эмоций, по данным отечественных практических исследований не удовлетворяет требованиям стандартизации и, как следствие, делает невозможным ее использование в психодиагностических целях. Процедура стандартизации методики, описанная в данной статье, позволила унифицировать и привести к единым нормативам показатели шкалы.

**Ключевые слова:** эмоции, дифференцированные эмоции, теория дифференцированных эмоций К. Изарда, методика «Шкала дифференцированных эмоций», психодиагностика, стандартизация.

**Голенищенко А.В., Колотильщикова Е.А., Строганов А.Е., Чехлатый Е.И.** Сравнительное исследование структуры ценностных ориентаций больных шизофренией и невротическими расстройствами // Вестник психотерапии. – 2009. – № 31 (36). – С. 73–83.

Представлено сравнительное изучение актуального состояния ценностной сферы больных шизофренией и невротическими расстройствами, исследованы изменения ценностных ориентаций в ходе лечения у пациентов с шизофренией. В качестве экспериментально-психологического инструмента применялась методика «Ценностные ориентации» (Rokeach M.). Обследованы 36 больных, которые имели диагноз F 20, включавший шизофрению, шизотипические и бредовые расстройства, проходивших стационарное лечение в отделениях Оренбургской областной клинической психиатрической больницы № 2, и 50 пациентов с невротическими расстройствами, проходивших курс действенно-аналитической психотерапии в г. Барнауле. Исследование больных шизофренией проводилось дважды – до лечения и в состоянии ремиссии (перед выпиской из стационара).

Выявлено, что терминальные и инструментальные ценностные установки больных шизофренией носят главным образом социоцентрическую направленность. Ценностные убеждения интрапсихической направленности занимают у них гораздо менее важное место. У больных шизофренией система ценностных ориентаций является устойчивым образованием и мало поддается изменениям в ходе лечения. При сравнении ценностных установок больных шизофренией и невротическими расстройствами определилось следующее: пациенты с шизофренией придают большую значимость ценностям, связанным с самоактуализацией и самореализацией. В то же время установки больных невротическими расстройствами более нормативны и ориентированы на здоровье, любовь, внутреннюю гармонию, счастливую семейную жизнь, на отсутствие материальных затруднений.

**Ключевые слова:** шизофрения, невротические расстройства, ценностные ориентации, методика Рокича, инструментальные ценности, терминальные ценности.

**Адмакина Т.А.** Психологические референты эмоциональной отзывчивости на музыку // Вестник психотерапии. – 2009. – № 31 (36). – С. 84–90.

Основной концепт, рассматриваемый в данной статье, – эмоциональная отзывчивость на музыку (ЭОМ) как качественно-специфическое психологическое свойство, которое является отдельным компонентом в структуре эмоциональной сферы индивидуума и отвечает за повышенное аффективное реагирование на музыкальные стимулы. В качестве атрибутов ЭОМ выступают амбивалентность и сюжетность эмоционального переживания.

**Ключевые слова:** эмоции, эмоциональная отзывчивость на музыку, амбивалентность эмоционального реагирования, сюжетность эмоционального переживания, музыкальность.

**Сушко Е.И.** Математические формулы эмоций и чувств, как инструмент анализа взаимоотношений партнеров // Вестник психотерапии. – 2009. – № 31 (36). – С. 90–99.

Представлена математическая формула, переменные и коэффициенты которой указывают на конкретные научно обоснованные факторы, влияющие на зарождение и развитие чувства любви. Предложена методика использования формулы для определения и анализа критических точек во взаимоотношениях партнеров.

**Ключевые слова:** эмоции, чувства, любовь, формула любви, психотерапия.

**Евдокимов В.И., Ролдугин Г.Н., Хмелинина Н.В.** Оценка влияния проактивного копинг-поведения на профессиональное выгорание среднего медицинского персонала // Вестник психотерапии. – 2009. – № 31 (36). – С. 100–111.

Проведено исследование 81 респондента женского пола – средних медицинских работников МСЧ-33 (г. Нововоронеж) в возрасте ( $44,9 \pm 1,2$ ) лет и со стажем работы ( $24,9 \pm 1,3$ ) лет. Количественно-качественный анализ данных теста МВИ и опросника В.В. Бойко выявил, что у 15 % обследованных лиц сформировано профессиональное выгорание (ПВ), а еще у 25 % присутствуют его признаки, что значительно ниже российских данных. Суммирование результатов опросника «Проактивное совладающее поведение» (РСИ) в адаптации Е.С. Старченковой (2007) показало достаточно высокий уровень выраженности проактивных копинг-ресурсов (ПКР) – ( $141,2 \pm 2,3$ ) балла. Корреляционный анализ взаимосвя-

висимостей уровня ПКР определил отрицательные значимые корреляционные связи с обобщенной оценкой ПВ ( $r = -0,35$ ), с данными эмоционального истощения теста МВІ ( $r = -0,33$ ) и общей оценкой опросника В.В. Бойко ( $r = -0,33$ ), с показателями редукции личных достижений теста МВІ выявлены положительные корреляционные связи ( $r = 0,31$ ), что вполне закономерно, так как в тесте высокие показатели этой шкалы свидетельствуют о низких проявлениях ПВ, что может свидетельствовать о конструктивной и диагностической валидности исследований.

**Ключевые слова:** средний медицинский персонал, медицинские работники, профессиональное выгорание, проактивное копинг-поведение, профилактика профессионального выгорания.

**Кузьменкова Л.В.** Применение иппотренинга для профилактики эмоционального выгорания у сотрудников МЧС России // Вестник психотерапии. – 2009. – № 31 (36). – С. 111–119.

Рассматривается синдром эмоционального выгорания (ЭВ), классификация его симптомов, и указаны акцентуации характера, которым грозит ЭВ. Ставится задача создания тренинга, направленного на профилактику ЭВ у сотрудников МЧС, с применением методик иппотерапии, воздействующих на организм человека через психогенный и биомеханический факторы. Рассматриваются результаты психокоррекции ЭВ у студентов-психологов УГПС МЧС России.

**Ключевые слова:** эмоциональное выгорание, эмоциональное состояние, сотрудники МЧС, иппотерапия, иппотренинг.

**Иванова С.П.** Психокоррекция эмоционального выгорания как составная часть психологического обеспечения подготовки психологов для МЧС России // Вестник психотерапии. – 2009. – № 31 (36). – С. 120–126.

Рассматриваются проблемы эмоционального выгорания и психокоррекции эмоционального выгорания в процессе профессиональной подготовки психологов для МЧС России. Приводятся данные по уровню сформированности эмоционального выгорания у студентов-психологов. Рассматриваются результаты психокоррекции эмоционального выгорания у студентов-психологов.

**Ключевые слова:** эмоции, эмоциональное выгорание, специалисты МЧС, психопрофилактика, психокоррекция эмоционального выгорания.

**Grigoriev G.I.** Orthodox psychotherapy as a basis of spirit-oriented psychotherapy in the form of healing vow // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2009, No. 31 (36), P. 10–45.

Church considers mental diseases as one of the manifestations of common sinful damage of human nature and identifies spiritual, mental and somatic personality levels. In the psychotherapy area a combination of pastor and medical aid to insane persons proved to be the most fruitful, provided proper distribution of doctor's and pastor's authority. Hence, the paper in detail considers a term of orthodox psychotherapy and scientific rationale for spirit-oriented psychotherapy in the form of healing vow.

**Keywords:** orthodoxy, orthodox psychotherapy, spirit health, spirit-oriented psychotherapy in the form of healing vow.

**Grigorieva D.V., Kurtysheva M.A.** Experience of spirit-oriented psychotherapy within a system of school upbringing and education // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2009, No. 31 (36), P. 46–50.

Twenty-year experience of Pushkin lycée (State Educational Institution school No 563 of Vyborgsky district, St. Petersburg) activities was summarized. Process of education and upbringing in the lycée life is considered as a sound spirit-oriented psychotherapy, as a means of prevention of ethical emptiness and mental depression. Formation and strengthening of spirit psychology and ethical health of younger generation of Russian people is not possible on the formal historically indifferent foundation. From the first years of education lycée students participate in the activities of Pushkin drama school, where plays by Pushkin prose and poetry are produced, circular tables, and literature marathons, and historical research conferences are organized. The One Poem drama school, choir, and art school by icon-painter R.M. Girvel have been working in lycée.

**Keywords:** primary education, Pushkin lycée, State Educational Institution school No 563 of St. Petersburg, spiritual ethical health, spirit-oriented psychotherapy.

**Abdullin A.G., Abdullina D.G.** The centre for social and psychological rehabilitation as a basis of the system of social and psychological support of workers participated in clean-up work of the Chernobyl aftermath // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2009, No. 31 (36), P. 51–57.

Theoretical and practical aspects of psychological assistance as a basis of the system of social support of enterprise workers participated in clean-up work of the Chernobyl aftermath are considered. Objectives, tasks, principles, main stages, forms and method of such activities are described, along with methodological patterns of psychological assistance.

**Keywords:** radiation anxiety, psychoemotional state, post-extreme period, psychocorrection, personality-oriented psychotherapy, posttraumatic stress disorders.

**Kolov S.A.** Countertransference and therapeutic relationships in psychotherapy and psychological consulting of combatants // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2009, No. 31 (36), P. 58–67.

The article inquires into interaction with difficult clients, and combatants can be a classic example of such clients. There is a description of the role of countertransference in developing relationships between doctor and combatant as a typical pattern of problem therapeutic interaction, and different psychological approaches to this phenomenon are given as well. On the basis of the theory of interpersonal attitudes a model of countertransference has been developed to improve the psychotherapeutic contact which might considerably improve the effectiveness of psychotherapy and rehabilitation of such patients.

**Keywords:** countertransference, therapeutic relationships, problem patient, combatants, theory of interpersonal attitudes.

**Basygysova T.A., Admakina T.A.** Standardization of the Differential Emotions Scale by K. Izard // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2009, No. 31 (36), P. 68–72.

The Differential Emotions Scale by K. Izard developed on a basis of the theory of differential emotions, according to domestic practical studies, does not satisfy standardization requirements and, hence, makes it impossible to be used for psychodiagnostic purposes. Standardization procedure described in the paper allowed unification and bringing scale scores to uniform standards.

**Keywords:** emotions, differential emotions, theory of differential emotions by K. Izard, Differential Emotions Scale, psychodiagnostics, standardization.

**Golenischenko E.A., Kolotilshikova A.V., Stroganov A.E., Chekhlaty E.I.** The comparative study of value orientations structure in patients with schizophrenia and patients with neurotic disorders // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2009, No. 31 (36), P.73–83.

The comparative study of current state of values in patients with schizophrenia and patients with neurotic disorders was conducted. Authors also analyzed value changes during treatment. As experimental psychological instrument they used the Value orientations method (Rokeach M.). Authors examined 36 patients with diagnosis F 20 including schizophrenia, schizotypal and delirious disorders, who were in-patients of Orenburg Regional clinical psychiatric hospital No 2. Examination was performed twice: before treatment and in remission (before discharge). As well 50 patients with neurotic disorders passed through effective-analytic psychotherapy in Barnaul were examined.

It was revealed that terminal and instrumental value attitudes in patients with schizophrenia are generally sociocentric, but intrapsychic value convictions are much less important. The system of value orientations in patients with schizophrenia is very stable and hardly changes during the treatment. Comparing value attitudes in patients with schizophrenia and in neurotic patients, it was established that patients with schizophrenia attach importance to values related to their self-actualization and self-realization; at the same time, the aims of neurotic patients are more normative and directed at health, love, internal harmony, happy domestic life, lack of material difficulties.

**Keywords:** schizophrenia, neurotic disorders, value orientations, M. Rokeach method, instrumental values, terminal and instrumental value orientations.

**Admakina T.A.** Psychological references of emotional responsiveness to music // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2009, No. 31 (36), P. 84–90.

The main concept in this paper – emotional responsiveness to music (ERM) as quality-specific psychological capability, which is an individual component within a structure of emotional domain of individual and is responsible for increased affective responsiveness to musical stimuli. Ambivalence and pictorial emotional experience are attributes of ERM.

**Keywords:** emotions, emotional responsiveness to music, ambivalence of emotional responsiveness, pictorial emotional experience, musicality.



**Sushko E.I.** Math formulas of affects and feelings as a tool of analysis of partner relationship // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2009, No. 31 (36), P. 90–99.

Provided is a math formula, which parameters and coefficients indicate specific scientifically proved factors influencing origin and development of love feeling. Method of formula application for identification and analysis of critical points in partner relationship is presented.

**Keywords:** affects, feelings, love, love formula, psychotherapy.

**Evdokimov V.I., Roldugin G.N., Khmelinina N.V.** Assessment of influence of proactive coping behavior on professional burning-out in nurses // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2009, No. 31 (36), P. 100–111.

Eighty one female respondents, nurses of medical sanitary division No 33 (Novovoronezh) aged ( $44.9 \pm 1.2$ ) years with professional experience ( $24.9 \pm 1.3$ ) years were surveyed. Qualitative and quantitative analysis of MBI test and V.V. Boiko inquiry revealed that in 15 % of examined persons professional burning-out (PBO) is present and additional 25 % have its signs; these measures are considerably lower than all-Russian data. Summing up results of the Proactive Coping Behavior inquiry (PCI) adapted by E.S. Starchenkova (2007) showed a high enough level of proactive coping resources (PCR) – ( $141.2 \pm 2.3$ ) points. Correlation analysis of relationship between PCR level has determined negative significant correlation with total PBO score ( $r = -0.35$ ), emotional exhaustion data via MBI ( $r = -0.33$ ) and total V.V. Boiko inquiry score ( $r = -0.33$ ); parameters of personal achievement reduction (MBI) showed positive correlation ( $r = 0.31$ ), that is quite expected because higher scores of this test scale indicate lower PBO manifestations. This finding confirms both construct and diagnostic validity of research.

**Keywords:** nurses, health-care professionals, professional burning-out, proactive coping behavior, professional burning-out prevention.

**Kuzmenkova L.V.** Hypnotraining for prevention of emotional burning-out in officers of EMERCOM of Russia // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2009, No. 31 (36), P. 111–119.

Emotional burning-out syndrome (BOS), its symptom classification is considered; character accentuations with increased risk of BOS are identified. A task of development of prevention-targeted training in EMERCOM officers is established, including hypnotherapy influencing human organism via psychogenic and biomechanical factors. Results of BOS psychocorrection in psy-

chology students of Fire-Fighting Service Department of EMERCOM of Russia are considered.

**Keywords:** emotional burning-out, emotional state, EMERCOM officers, hypotherapy, hypotraining.

**Ivanova S.P.** Psychocorrection of emotional burning-out as an integral part of psychological support in training of psychologists for EMERCOM of Russia // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2009, No. 31 (36), P. 120–126.

Issues of emotional burning-out and psychocorrection of emotional burning-out during vocational training of psychologists for EMERCOM of Russia are considered. Data on burning-out formation in psychology students are provided. Results of psychocorrection of emotional burning-out in psychology students are considered.

**Keywords:** emotions, emotional burning-out, EMERCOM professionals, psychoprevention, psychocorrection of emotional burning-out.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Абдуллин Асат Гиниатович** – Южно-Уральский государственный университет, профессор кафедры психодиагностики и психологического консультирования, доктор психологических наук, профессор, 454044, г. Челябинск, пр. Ленина, д. 89, e-mail: asatabdullin@rambler.ru

**Абдуллина Дания Габдрауфовна** – Магнитогорский государственный университет, доцент кафедры педагогики и психологии начального обучения, кандидат педагогических наук, доцент, 455038, г. Магнитогорск, пр. Ленина, д. 114, e-mail: asatabdullin@rambler.ru

**Адмакина Татьяна Анатольевна** – Санкт-Петербургский гуманитарный университет профсоюзов, старший преподаватель кафедры социальной психологии, аспирантка (3 курс) кафедры психологии человека Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена, 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48, м. т. 8-921-305-44-42, e-mail: admakina85@mail.ru

**Басыгысова Татьяна Анатольевна** – Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, старший лаборант кафедры медицинской психологии, аспирантка (2 курс) кафедры психологии человека Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена, 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48, м.т. 8-921-351-50-87, e-mail: tanya-basya@mail.ru

**Голенищенко Андрей Владимирович** – Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №2, врач психотерапевт, кандидат медицинских наук, 460000, г. Оренбург, ул. Цвиллинга, д. 5

**Григорьев Григорий Игоревич** – Международный институт резервных возможностей человека, директор; профессор кафедры медицинской психологии ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования», заслуженный врач Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор, 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11, р. т. (8-812) 513-67-97

**Григорьева Дарья Васильевна** – ГОУ школа № 563 «Пушкинский лицей», заместитель директора по воспитательной работе, 194291, Санкт-Петербург, пр. Культуры, д. 14, к. 2, р. т. (8-812) 599-64-23

**Евдокимов Владимир Иванович** – ФГУЗ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС России, профессор учебного отдела, доктор медицинских наук, профессор, 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 4/2, м. т. 8-921-933-46-16, e-mail: evdok@omnisp.ru

**Иванова Светлана Петровна** – Санкт-Петербургский университет государственной противопожарной службы МЧС России, заведующая учебно-научным комплексом психологии риска, экстремальных и кризисных ситуаций, кандидат психологических наук, доцент, 196105, Санкт-Петербург, Московский пр., д. 149, e-mail: sveta\_iv@mail.ru

**Колов Сергей Александрович** – ГУЗ «Волгоградский областной клинический госпиталь ветеранов войн», психотерапевтическое отделение, врач психотерапевт, кандидат медицинских наук, 400138, г. Волгоград, ул. Р. Землячки, д. 82, р. т. (8-442)-39-97-17, e-mail: kolov@zmail.ru

**Колотильщикова Екатерина Андреевна** – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, сотрудник отделения невротозов и психотерапии, кандидат психологических наук, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, к. 2, м. т. 8-921-798-11-77, e-mail: Kea63@gambler.ru

**Кузьменкова Лидия Всеволодовна** – Санкт-Петербургский университет государственной противопожарной службы МЧС России, заведующая кафедрой психологии риска и чрезвычайных ситуаций, кандидат психологических наук, 196105, Санкт-Петербург, Московский проспект, д. 149, e-mail: sondy@mail.ru

**Куртышева Марина Александровна** – ГОУ школа № 563 «Пушкинский лицей», психолог, 194291, Санкт-Петербург, пр. Культуры, д. 14, к. 2, р. т. (8-812) 599-64-23

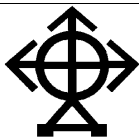
**Ролдугин Геннадий Николаевич** – начальник ФГУЗ МСЧ-33 ФМБА России, доктор медицинских наук, 396072, Воронежская обл., г. Нововоронеж, ул. Космонавтов, д. 18, р. т. (8-47362)-2-45-35

**Строганов Александр Евгеньевич** – Алтайский государственный университет, доцент кафедры психиатрии и наркологии, доктор медицинских наук, 656049, г. Барнаул, пр. Ленина, д. 61

**Сушко Евгений Иванович** – индивидуально практикующий специалист, аналитик-консультант в области межличностных отношений, 220025, г. Минск, ул. Космонавтов, д. 48, кв. 16, e-mail: loveformula@mail.ru

**Хмелинина Наталья Валентиновна** – ФГУЗ МСЧ № 33 ФМБА России, заместитель начальника по управлению сестринским персоналом, 396072, Воронежская обл., г. Нововоронеж, ул. Космонавтов, д. 18, р. т. (8-47362)-2-44-42

**Чехлатый Евгений Иванович** – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, ведущий научный сотрудник отделения невротозов и психотерапии, доктор медицинских наук, профессор, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, кор. 2, e-mail: chekhlaty@mail.ru



**ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ»**

**Редакционная коллегия**

**194352 Россия, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11,**

**Тел/факс (8-812)-513-67-97, 592-35-79**

**e-mail: vestnik-pst@yandex.ru**

Уважаемые коллеги!

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

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 года и является научным рецензируемым журналом, имеет **свидетельство о перерегистрации средства массовой информации** ПИ № ФС77-34066 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 экземплярах в отпечатанном виде с приложением дискеты на 3,5 дюйма в текстовом редакторе WORD, шрифт Times New Roman, кегль 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 и ведущими специалистами данных областей медицины и психологии. 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.

Плата с аспирантов не взимается.

Телефон/факс (8-812)-513-67-97, 592-35-79, 592-14-19 – заместитель директора МИРВЧ, заместитель главного редактора журнала – кандидат психологических наук Милячкова Валентина Александровна (e-mail: vestnik-pst@yandex.ru).

Сайт ФГУЗ ВЦЭРМ МЧС России: [www.arcerm.spb.ru](http://www.arcerm.spb.ru), сайт МИРВЧ: [www.mirvch.com](http://www.mirvch.com)

**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))

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.

Подписано в печать 24.09.09.

Формат 60×84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Печать – офсетная.

Тираж 1000 экз. Объем 8,88 п.л.

Бумага офсетная. Заказ № 1029.

Отпечатано в ООО «Политехника-сервис»

с оригинал-макета-заказчика

191023, Санкт-Петербург, ул. Инженерная, 6