

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

---

**ВЕСТНИК  
ПСИХОТЕРАПИИ**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

*Главный редактор В.Ю. Рыбников*

**№ 35 (40)**

Санкт-Петербург  
2010

### **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. АЛЕКСАНДРОВ (Санкт-Петербург); Г.В. АХМЕТЖАНОВА (Тольятти); Г.И. ГРИГОРЬЕВ (Санкт-Петербург); О.Ф. ЕРЫШЕВ (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 35 (40)**

St. Petersburg  
2010

### **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. ALEKSANDROV (St. Petersburg);  
G.V. AKHMETZHANOVA (Togliatti); 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. NEZ NANOV (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

### ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

|   |    |
|---|----|
| <i>Чередникова Т.В.</i><br>Феноменология патологического мышления при шизофрении (обзор зарубежной литературы второй половины XX – начала XXI века) .....                               | 9  |
| <i>Урадовская А.В.</i><br>Путь от инфантильности к личностной зрелости – по дороге интегративной онтогенетически ориентированной психотерапии пограничных психических расстройств ..... | 25 |
| <i>Назыров Р.К., Ремесло М.Б.</i><br>Динамика психолингвистических характеристик с невротическими расстройствами в процессе психотерапии .....  | 38 |
| <i>Шульц Е.В.</i><br>Биоэлектрическая активность мозга у больных с разными стадиями невротических расстройств .....   | 50 |

### ПСИХОСОМАТИКА И ДОНОЗОЛОГИЯ

|   |    |
|---|----|
| <i>Никитин Е.А., Гончаренко С.А., Белов В.Г.</i><br>Показатели психосоматического здоровья военнослужащих-контрактников подразделений обеспечения морской авиации ..... | 62 |
| <i>Жуков А.С., Булка А.П., Костюк Г.П., Сысоев В.Н.</i><br>Коррекция функционального состояния военнослужащих специального факультета .....                             | 76 |

### МЕДИЦИНСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

|   |     |
|---|-----|
| <i>Александрин С.С., Рыбников В.Ю., Цуциева Ж.Ч.</i><br>Феноменология посттравматического стрессового расстройства и особенности психического статуса детей, жертв террористического акта, в раннем периоде после психотравмы ..... | 83  |
| <i>Анисимов А.И.</i><br>Психологическая оценка социального здоровья учителей .....  | 92  |
| <i>Бильий А.М.</i><br>Разработка системы для определения преимущественного типа личности .....  | 102 |
| <i>Симонов А.В.</i><br>Информационно-психологическая защита населения радиоактивно загрязненных территорий России и Беларуси в отдаленном периоде после аварии на ЧАЭС: концепция, модель, технологии .....                         | 111 |

## НАУЧНАЯ ИНФОРМАТИЗАЦИЯ, СИСТЕМАТИЗАЦИЯ

*Евдокимов В.И., Тонкошкурова Л.А.*

|  |     |
|--|-----|
| Обобщенные показатели диссертаций, рассмотренных в диссертационных советах России по психотерапии и психологической коррекции в 1995–2009 гг. .... | 123 |
| Рефераты .....   | 137 |
| Сведения об авторах .....  | 147 |
| Информация о журнале .....   | 149 |

## CONTENTS

### PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY

|  |    |
|--|----|
| <i>Cherednikova T.V.</i><br>Phenomenology of Pathological Thinking in Schizophrenia (review of foreign literature of the second half of XX – beginning of XXI century)         | 9  |
| <i>Uradovskaya A.V.</i><br>Way from infantilism to personal maturity – along the road of integrative ontogenetically oriented psychotherapy in boundary mental disorders ..... | 25 |
| <i>Nazyrov R.K., Remeslo M.B.</i><br>The dynamics of psycholinguistic characteristics of patients with neurotic disorders in the process of psychotherapy .....                | 38 |
| <i>Schultz E.V.</i><br>Brain bioelectric activity in patients with different stages of neurotic disorders .....  | 50 |

### PSYCHOSOMATICS AND PRENOSOLOGY

|   |    |
|---|----|
| <i>Nikitin E.A., Goncharenko S.A., Belov V.G.</i><br>Parameters of the psychosomatic health in contract servicemen of subdivision for naval air logistics ..... | 62 |
| <i>Zhukov A.S., Bulka A.P., Kostyuck G.P., Sysoev V.N.</i><br>Correction of the functional status of military men at the special department .....               | 76 |

### MEDICAL AND SOCIAL PSYCHOLOGY

|   |     |
|---|-----|
| <i>Aleksanin S.S., Rybnikov V.Yu., Tsutsieva Zh.Ch.</i><br>Phenomenology of posttraumatic stress disorder and characteristics of mental status of children, terrorist act victims, in the early period after psychological trauma .....                     | 83  |
| <i>Anisimov A. I.</i><br>Psychological assessment of social health of teachers .....  | 92  |
| <i>Bilyi A.M.</i><br>Development of a system for identification of the primary personality type .....   | 102 |
| <i>Simonov A.V.</i><br>Information-psychological protection of inhabitants of the radioactively contaminated areas of Russia and Belarus in the remote period after the accident at the Chernobyl Nuclear Power Plant: concept, model, and techniques ..... | 111 |

## SCIENTIFIC INFORMATIZATION, SYSTEMATIZATION

*Evdokimov V.I., Tonkoshkurova L.A.*

|  |     |
|--|-----|
| Generalized parameters of dissertations considered in the dissertation boards on psychotherapy and psychological correction in Russia in 1995–2009 ..... | 123 |
| Abstracts .....  | 137 |
| Information about authors .....  | 147 |
| Information about the Journal .....  | 149 |



# ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 159.955 : 616.895.8

*Т.В. Чередникова*

## ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ (ОБЗОР ЗАРУБЕЖНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ВТОРОЙ ПОЛОВИНЫ XX – НАЧАЛА XXI ВЕКА)

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

... Не требует никаких доказательств, что о происхождении какого бы то ни было явления можно говорить лишь после того, как явление описано.

*В. Пропт.* Морфология сказки

### *Введение*

Пренебрежение нового поколения психиатров к клиническому описанию болезни вызвало у ведущих западных ученых беспокойство о том, что системы классификации и диагностики психических расстройств, подобные DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), как ни парадоксально, могут привести к «смерти феноменологии» [7, 10, 13]. Созданные для повышения доказательности и надежности диагностических критериев, эти системные руководства сузили сферу психопатологических симптомов и признаков [42]. Замена общих описаний болезни кратким перечнем необходимых симптомов упростила картину заболеваний, что происходит при любом научном обобщении, но не требовала ограничиваться этим минимумом. Авторы DSM предполагали, что диагностические системы будут использованы только в качестве отправной точки для дальнейших клинических исследований [7].

Однако, несмотря все протесты, снижение интереса к клинической феноменологии продолжается, и не только в психопатологии, что обнажает общий клинический кризис, имеющий во многом объективный характер. Так, M.J. Cuesta и V. Peralta [21] подчеркивают, что истории болезни, признаки и симптомы, а также медицинские осмотры утрачивают свои позиции за счет развития дополнительных и высокотехнологичных инструментальных исследований, которые порождают иллюзию не только большей точности и надежности, но и абсолютной достаточности. Этот клини-

ческий скептицизм доведен до абсурда в многочисленных формулярах, заполняющих истории болезни, где вместо картины заболевания фигурируют даже не отдельные слова, написанные врачом в нужной графе, а только пометки и прочерки.

Разработчики DSM признали, что в отсутствие полноты знаний, упрощение клинической картины может привести к ее деформации, а также к злоупотреблениям в различных областях общественной практики, связанной с психиатрией [10]. Необходимость возврата к классической феноменологии и полноте описания симптомов отвечает не только потребностям практики. Она продиктована развитием науки – современным пониманием гетерогенности, плейотропии, неоднородности и сложности клинических проявлений психозов [22, 37, 42]. Их изучение требует стратегии, которая сочетает в себе многоосевой и полидиагностический подходы. Определение клинических маркёров или фенотипов психических расстройств также предполагает широкий охват разнородных симптомов, и не только психопатологии, но многих других аспектов заболевания: когнитивных, психологических, неврологических, демографических, преморбидных, терапевтических и т. п. [10, 12, 13, 42]. Современные исследователи полагают, что пока наука не будет в состоянии определить проблему неоднородности психозов на клиническом уровне, то маловероятно, что могут быть решены вопросы их неоднородности на уровнях этиологии и патофизиологии [21].

N. Andreasen [10] возлагает надежды на создание международной конференции по феноменологии, которая может способствовать пробуждению и развитию интереса к классике психопатологии. M. Burgu [цит. по 42] также считает, что возвращение к феноменологическому наследию обеспечит пересмотр вопросов о конкретных симптомах шизофрении, необходимый для дальнейшего прогресса психиатрии. B. Nelson и соавт. обращают внимание на важность изучения субъективного опыта испытуемых, которое позволит расширить перспективы понимания болезни и облегчить ее раннее выявление [43].

Так, исследования нарушений самосознания (элементов деперсонализации, расстройств потока сознания, искажений телесных переживаний, гиперрефлексивности, деавтоматизации действий и др.) показали, что они являются надежными маркёрами психотической уязвимости и предикторами будущего психоза. Феноменологические исследования повышают также надежность диагностики текущего процесса, например, распознавание «странных идей» становится продуктивнее, если учитывать не только их объективные признаки (физическую невозможность, культурное или историческое несоответствие), но и субъективные составляющие (особенности интерсубъективного опыта взаимодействия с психиатром при передаче ему «необычных» идей) [15]. Все это в целом способно также улучшить

шить эффективность мероприятий, направленных на реабилитацию, уход и лечение больных шизофренией.

Однако в современной психиатрии, как отмечает Andreasen [10], термин «феноменология» относится не только к субъективному опыту, как у К. Ясперса, Э. Гуссерля, М. Хайдеггера, но и к психопатологии в широком смысле, в том числе к объективно регистрируемым в поведении признакам, симптомам, а также лежащим в их основе мыслям и эмоциям. В изучении такого опыта феноменологический метод является незаменимым. Р.Е. Mullen определяет понятие феноменологии еще шире, включая в него технологии, методологию, системное понимание болезни и психотерапевтическую практику [41]. Таким образом, феноменология представляет собой основу для нозологии, определения диагностических категорий, их многомерной классификации и проведения психотерапии.

Банкротство клинической феноменологии в равной степени коснулось не только психиатрии и медицины в целом, но и патопсихологической науки. Здесь также отсутствует тщательное описание всего «пандемониума» патологического мышления и его научная классификация, крайне необходимые для решения основополагающих вопросов патопсихологии шизофрении. В настоящей статье предлагается обзор наиболее важных достижений зарубежной феноменологии патологического мышления, ее актуальных проблем и перспектив.

### ***Феноменология нарушений мышления при шизофрении***

*История вопроса.* Нарушения мышления (НМ) со времен Э. Крепелина и Э. Блейлера традиционно рассматривались, наряду с другими психопатологическими симптомами, как наиболее характерные и даже центральные признаки шизофрении. Причины НМ классики определенно связывали с расстройством ассоциаций – их «разрыхлением» (loosening) [6] и «расщеплением» (split, schizis) [2].

Такой взгляд на характер, причины и роль нарушений мышления при шизофрении просуществовал за рубежом, как считает J.H. Kleiger, до съезда Американской психиатрической ассоциации (1939 г.), на котором рамки изучения патологии мышления были существенно раздвинуты за пределы только его ассоциативных расстройств [35]. Тогда же был переосмыслен вопрос о соотношении речи и мышления, которые H.S. Sullivan предложил рассматривать как разные, хотя и связанные между собой процессы [39, с. 4–17]. К «шизофреническим» расстройствам мышления K. Goldstein и J.S. Kasanin отнесли нарушения генерализации, или трудности абстрагирования [39, с. 17–50], которые Kasanin объяснял неспособностью больных отвлечься от всех несущественных признаков, анализируемых одновременно. Нарушения границ между «эго» и внешним миром Goldstein связывал с

трудностями разделения фона и фигуры у больных шизофренией. S.J. Beck [39, с. 91–104], изучив расстройства образов перцепции и воображения у больных шизофренией с помощью теста Роршаха, проникательно оценил их как результат искажений восприятия реальности, а не только болезненной фантазии пациентов.

J.D. Benjamin [39, с. 65–91] указал на буквальность «шизофренического» мышления при объяснении пословиц, отказ больных понимать их переносный, символический смысл при одновременной способности широко использовать символику в своей собственной речи.

A. Angyal [39, с. 115–124] подчеркнул, что, осознавая различные отношения между объектами, больные шизофренией не улавливают системных связей, что приводит к обобщению внутри одного класса понятий, не связанных между собой вещей. E. von Damarus отметил расстройства логики «шизофренического» мышления, когда выводы больными делаются не путем выведения частных посылок из более общих, а на основе случайных связей. [39, с. 104–115]. Среди речевых расстройств при шизофрении Sullivan, Angyal и Kasanin выделили странность, непонятность и «магический» характер высказываний больных, которые не стремились к тому, чтобы их речь выполняла свою коммуникативную функцию.

N. Cameron [39, с. 50–65] указал на неуместность и бессвязность «шизофренической» речи, которая бывает лишена единства и синтеза. Кроме того, он отметил употребление больными фраз, приблизительных по значению, неадекватных словесных замен, высказываний личного характера, не имеющих отношения к существу вопроса, а также «гибридных слов» (inter-words) и личных идиом, например «человеководство» и «зангези», – самую богатую иллюстрацию таких расстройств может представить творчество известного русского поэта [4].

*Терминология.* Само понятие НМ постепенно развивалось, переходя от классических представлений о «расщеплении ассоциаций» – «расстройствах концептуального мышления» [26] – к «странному, идиосинкратическому мышлению» [30] – «дислогии» [9] – «дезорганизованному мышлению» и «формальным расстройствам мышления» [7]. Предлагалось даже заменить термин «нарушение мышления» (thought disorder), указывающий на дискретную природу расстройств, выражением «расстроенное мышление» (disordered thinking), чтобы подчеркнуть его континуальный и процессуальный характер [30, 35]. Но традиция оказалась предпочтительней. И в настоящее время в англоязычной литературе закрепились три равноценных обозначения для патофеноменологии мышления: «позитивные расстройства мышления» (positive thought disorder), «расстройства формального мышления» (formal thought disorder) и «нарушения мышления»

(thought disorder). Для обозначения разновидностей НМ в зарубежных источниках употребляются более сотни различных терминов.

*Основные патологические феномены мышления.* Среди множества исследуемых за рубежом НМ можно отметить около 70 различных по содержанию феноменов. Они связаны в основном с нарушениями логики, ассоциативных процессов (словесных и образных), формального выражения мыслей в речи, их адекватности или особенностей содержания, продуктивности и динамики мышления, а также его коммуникативных (речевой дискурс) и аффективных компонентов. Наиболее известны такие НМ, как соскальзывания, странность и своеобразие мышления, алогизм, абсурдность, инкогерентность (бессвязность), туманность и непонятность высказываний, контаминации и конфабуляторные образы, сверхвключения, бедность речи и блокирование высказываний, персеверации, стереотипии, обстоятельность, символизм, стильная или высокопарная речь, неологизмы, ссылки на себя, потеря целенаправленности и многие другие [9, 30–32, 34, 35, 45].

Некоторые классические термины НМ, плохо определяемые, ненадежные или малоинформативные для диагностики шизофрении, уходят из научного лексикона, например «пустословие» Гринингера [5], «вихрь идей» [6], «кататимное мышление» [2] или восходящий к психоанализу концепт «мышление примитивных импульсов» (Primitive-Drive-Dominated Thinking) [25]. Отдельные из таких потерь бывают невосполнимы. Так, вместе с утраченными «вербигерациями» Гринингера ушло и различие специфики персевераций в речи и письме при шизофрении и органических психозах, на которые ясно указывал Блейлер [2].

В то же время, другие понятия продуктивно преобразуются и для них вводятся новая терминология или дополнительные значения. Среди таких НМ, например, «tangentiality» (уклончивость или отклонение ответа от сущности вопроса), «poverty» (бедность содержания мыслей), позитивные расстройства мышления [9], дезорганизованное мышление [34] и др. Две последние категории являются обобщающими и объединяют несколько феноменов НМ, в различных количествах и сочетаниях у разных авторов. Следует отметить, что значительно меньше исследований связано с поисками новой симптоматики НМ, к которой можно отнести такие феномены, как патологический полисемантизм (многозначность значений слов, фраз) [51], неконвенциональность мышления, нарушение перспективы, идиосинкратическое (своеобразное) мышление [30], нарушения здравого смысла и некоторые другие.

*Разновидности НМ.* Классические представления о НМ все больше детализируются. В настоящее время, например, в алогизме, кроме паралогии (von Domarus) и палеологии (Arieti) – нарушений классической ло-

гики силлогизмов, выделяют иллогизм – любые нарушения формальной логики, странную логику, путаную и противоречивую логику [9], аутистическую логику [30], абсурд [35]. Глоссоманию также подразделяют на два вида: семантическую [18] и звуковую (формальная игра слов или цепочки ассоциаций по созвучию) [9]. В сверхвключениях различают три подкатегории: стимульное, концептуальное и поведенческое. При этом концептуальное сверхвключение, в свою очередь, само разбивается на четыре подвиды [30]. Выделяют также разные виды неологизмов, например употребление известных слов и фраз в необычном смысле, необычные сочетания известных слов (идиоматические обороты), конструирование новых, экспериментальных форм слов с личным значением (идиом). Смысловая близительность используемых слов тоже относится к этой группе НМ [9]. При этом одна и та же категория НМ может иметь различные подвиды у разных авторов. Так, J. Kleiger различает вербальные, перцептивные и концептуальные контаминации, отмечая при этом, что Z.L. Lazag и F. Schwartz классифицируют их по-другому – на основании фрейдистского понятия «конденсации»: 1) контаминации симультанные; 2) контаминации слияния; 3) контаминации посредством действия [35].

*Коморбидность НМ.* Часто различные нарушения мышления проявляются вместе, что вызывает вопрос об их связи, первичности или производности. И хотя традиционно все НМ при шизофрении считались следствием одного расстройства – ассоциативных процессов («looseness») – большинство исследователей в настоящее время рассматривают многие НМ как следствия различных причин, основываясь на данных факторного анализа [8, 9, 30, 35, 50].

Сочетаемость различных НМ может быть разнообразной. Однако общие тенденции указывают на то, что отчетливые негативные расстройства, такие как бедность содержания высказываний, бедность речи, бедность ассоциаций или слабая целенаправленность, редко сопровождаются выраженными НМ типа контаминаций, флюидного мышления, конфабуляторных комбинаций или «странного идиосинкратического мышления» [9]. Было также отмечено, что выраженные НМ разного вида имеют тенденцию встречаться вместе [30]. Однако специальных исследований на эту тему автору найти не удалось, в то время как имеющиеся немногочисленные данные факторных исследований, как отмечают М.А. Covington и соавт. [46], довольно противоречивы. Они считают, что несогласованность результатов здесь может быть вызвана индивидуальными различиями, трудностями объективной диагностики НМ и методической неоднородностью исследований.

Совместное появление разных НМ в одном ответе или высказывании исследуемого делает их дифференциацию затруднительной [35]. Для таких

случаев некоторые исследователи рекомендуют выделять доминирующее нарушение, особенно, если требуется одновременно и количественная оценка [50]. Но правомерность такой тактики может быть поставлена под сомнение [35], так как в некоторых случаях комбинация различных НМ в одном ответе может порождать новое качество нарушенного мышления. Например, любые сочетания из непонятности, пропусков логических звеньев или неконвенциональности суждения могут обусловить странность высказывания. Для квалификации этого нового вида НМ требуется учесть одновременно несколько патологических феноменов [24].

### ***Классификации нарушений мышления***

*Общая номенклатура НМ.* Такая систематика за рубежом отсутствует, однако в наибольшей степени, по мнению J. Kleiger [35], на ее роль могла бы претендовать оценочная система к тесту Роршаха «PRIPRO», которую R. Holt [31] разработал для научных исследований на основе системы D. Rapaport [45]. В «PRIPRO» (Scoring the Primary Process manifestation and their control in Rorschah responses – «Оценка манифестации первичных процессов и их контроля в ответах к Роршах-тесту») наиболее полно охвачены разнообразные виды патологии мышления. В нее входит около 100 диагностически значимых феноменов НМ, классифицированных в соответствии с психоаналитической концепцией «первичных процессов». Среди них, например, такие как фрагментация, текучие (fluid) образы, образные трансформации, неуместное вмешательство личного опыта (irrelevant intrusion), персеверации, словесная бессвязность (verbal incoherence), логическая противоречивость, смешение воображения и реальности, обмолвки, своеобразная символика цвета и тени, ассоциации по созвучию, далекие (distant) ассоциации и др. Многие общие и единичные категории этой системы под другими или теми же названиями входят во все зарубежные, а также отечественные списки нарушений мышления.

Современные классификации НМ за рубежом связаны с конкретными методиками исследования, включающими в свои шкалы перечни либо образных и вербальных феноменов ПМ, либо вербальных и коммуникативных. К первым относятся наиболее известные оценочные системы к тесту Роршаха [25, 32, 45]. Самая востребованная из них TDI (Thought Disorder Index – «Индекс нарушений мышления») M.H. Johnston и P.S. Holzman [32]. Система содержит список из 23 феноменов НМ, пять из них (неадекватная дистанция, несовместимые комбинации, своеобразный символизм, странные ответы и конфабуляции) разделяются на 16 подвидов, и в целом весь перечень составляют 34 НМ. Это самая широкая шкала оценки НМ среди всех, имеющих практическое применение за рубежом.

Ко второму типу относятся систематизации вербальных и коммуникативных феноменов НМ, например классификация расстройств вербальных ассоциаций [30] или перечень феноменов странного идиосинкратического мышления – ВIT (Bizarre Idiosyncratic Thinking) [24]. В первом списке авторы выделяют 6 видов расстройств ассоциаций и помимо них такие коммуникативные и прочие НМ, как пропуски в коммуникации, личные значения, блокирование речи, бредовые мысли, туманность идей, нарушение временного согласования высказываний, повторы, персеверации, низкая продуктивность (всего 11 категорий). К этому типу классификаций можно отнести также TLC-номенклатуру (Thought, Language, and Communication) – систему оценки мышления, речи и коммуникации [9]. В нее входят 18 параметров. Модификация этой системы включает только 8 пунктов оценки НМ под тремя категориями: обеднение, дезорганизация и дисрегуляция [46].

Как видно, упомянутые систематики НМ сильно различаются по числу и составу наименований, количественной оценке и концептуальной интерпретации различных расстройств мышления. Основными принципами составления таких перечней, нередко взаимоисключающими, являются: 1) отбор наиболее часто наблюдаемых при шизофрении НМ и 2) выбор среди них самых информативных признаков. Так, Andreasen [9] в выборке из 45 больных шизофренией чаще всего наблюдала соскальзывания (derailment), потерю целенаправленности (loss of goal), бедность содержания (poverty of content), нестыковку ответа с вопросом (tangentiality) и другие, а реже всего – контаминации. По этой причине контаминации не были включены ею в перечень TLC, но они вошли в номенклатуру индекса TDI, как самые значимые для дифференциальной диагностики, хотя и самые редкие симптомы [11, 32].

Некоторые наименования в разных систематиках совпадают, но не всегда имеют одинаковое значение. Например, в системе TLI и ВIT персеверациями называются повторения идей и отдельно выделяются стереотипии, в то время как R. Eksner [25] и Andreasen [9] относят к персеверациям повторы самого разного рода (слов, словосочетаний, идей, целых ответов или поведенческих и моторных реакций). С другой стороны, как справедливо замечают многие авторы [30, 35], сходные по своей природе феномены могут иметь разную номинацию. Например, Andreasen [9] обозначает ассоциации по созвучию термином glossomania, а соскальзывания – derailment, в то время как в системе TDI для этих НМ используются термины звуковой шум (clang) и расстройство ассоциаций (looseness), соответственно. При этом разные авторы мало стремятся к согласованию терминов или описаний сходных феноменов, что не способствует достижению взаимопонимания и единства в сравнении результатов различных исследований.



Причиной этих разногласий является конкуренция научных идей, в основном психоаналитических и классических, которую Andreasen [10] образно обозначила как «Восход психоанализа и среднеатлантическая контрреволюция в Америке».

Сокращенные списки НМ, как поясняет Andreasen [9], есть отражение чисто прагматического подхода к классификациям – стремления превратить их в диагностический инструмент, предельно портативный и удобный в практическом применении, при сохранении максимума его валидности и диагностической ценности.

### ***Нарушения речи и мышления***

*Расстройства речи или мышления?* Обзор феноменологии НМ был бы аналитически не полным без рассмотрения соотношений речи и мышления при шизофрении. Часть исследователей, в основном из психиатрической когорты, традиционно рассматривает нарушения речи при психозах как форму отражения расстройств мышления, по существу, в той или иной степени отождествляя расстройства языка, речевого общения и мышления [30, 32]. Другие авторы, например Andreasen [9], разделяют собственно языковые расстройства (дисфазия), расстройства речевой коммуникации и мышления (дислогия).

Исследования лингвистов, которые начала Е.О. Chaika [16], подчеркивают независимость расстройств речи от нарушений мышления на основании многочисленных фактов из неврологической практики. Так, G. Ripard и A.R. Lesig отмечают, что шизафазия (или дисфазия), наблюдаемая при шизофрении, обнаруживает множественные отличия от афазии Вернике, жаргон-афазии или семантической афазии [цит. по 46]. Так, больные шизофренией понимают содержание слышимой речи и семантические отношения; у них не страдает номинация, а неологизмы имеют грамматически правильную форму, сложную морфологию и др. [46].

*Лингвистический подход к расстройствам речи.* Лингвисты определяют не два, а семь уровней изучения расстройств языка и речи [46]. На каждом из них (фонетическом, фонологическом, морфологическом, синтаксическом, семантическом, прагматическом и лексическом) выявляются специфические для шизофрении нарушения речи и различная их детерминация. Например, M.A. Covington и соавт. замечают, что, по мнению J. Stein, расстройства просодии и уплощение интонаций, наблюдаемые при шизофрении, связаны не с отсутствием эмоций, а с когнитивными нарушениями – неспособностью выражать в голосе эмоции (дисфункции слухомоторной координации) и различать интонационный рисунок речи (дефицит слухового восприятия) [46]. А по данным J. Stassen, фонетические расстройства (сужение звуковысотного диапазона и напряженность голоса

больных шизофренией) коррелируют с психопатологическими симптомами, в то время как темпо-ритмические нарушения речи (частые паузы и колебания скорости) оказываются вызванными семантическим дефицитом – трудностями понимания смысла речи, то есть собственно с патологией мышления [46].

Меньше всего, считает Е. Chaika [17], при шизофрении оказывается затронутой грамматика высказываний, а синтаксис отличается выраженным упрощением, особенно по мере нарастания хронического дефекта [46]. Но наибольшие расстройства находят в семантике речи (организации плана и структуры дискурса, интеграции отдельных частей и всего контекста высказываний в единое целое, понимании скрытого, переносного смысла), что позволяет рассматривать шизофрению как семиотическое по своей сути расстройство [17].

Не менее известны и расстройства речевой прагматики, одни из них описывает «Теория разума» (Theory of Mind – ToM) как трудности понимания своих собственных ментальных состояний, а также мыслей, чувств, мотивов и поступков других людей, в том числе в их речевых или письменных высказываниях [14]. Другой вид расстройства речевой прагматики связан с нарушениями «когезии» (сцеплений между фразами с помощью указательных слов, местоимений, синонимов и других частей речи, заменяющих уже однажды сказанные слова или словосочетания). В этих случаях больные шизофренией чаще используют прямые невербальные указания и референции, но не речь [19].

К чисто лексическим расстройствам лингвисты относят и многие классические феномены НМ, например очень стильную, искусственно-формальную речь, которую они объясняют «чрезмерной ограниченностью синтаксиса» [46]. Глоссомания при этом рассматривается как нарушение внутреннего слежения и контроля за собственной речью [18], а неологизмы, трудности поиска слов и приблизительность их употребления по смыслу – как нарушения доступа к лексикону [41]. Исследователи отмечают, что большие перспективы в лингвистических исследованиях шизофрении открывают современные компьютерные технологии, значительно ускоряющие обработку больших массивов звуковых и речевых данных [46].

### ***Проблемы феноменологии нарушения мышления***

Основной проблемой в этой области можно считать резкое снижение интереса к изучению собственно патологии мышления. За последнее десятилетие количество публикаций по этой теме насчитывает единицы. Причины этого, возможно, связаны с ненадежностью клинической оценки НМ и неясностью их дефиниций [9, 47]. Происходящая при этом подмена изучения НМ нейрокогнитивными исследованиями целого ряда других позна-

вательных процессов (перцепции, памяти и др.) вряд ли правомерна. Во-первых, мышление является самостоятельным когнитивным процессом, имеющим свою содержательную, функциональную и структурную специфику, а во-вторых, оно принципиально не сводимо к элементарным когнитивным функциям как высший и ведущий уровень во всей иерархии познавательных структур [3].

Существование обширной и пестрой картины патологии мышления настоятельно требует ее наиболее полного обобщения и систематизации. А. Fotopoulou [27] полагает, что отсутствие общей номенклатуры НМ создает ряд трудноразрешимых проблем их диагностики. Многие феномены НМ нуждаются в пересмотре, не только для повышения объективности качественного описания и количественной оценки, но и детализации содержания каждого из них. Так, например, недавнее уточнение разных ошибок в толковании пословиц и метафор позволило устранить многие неясности и противоречия в их оценке, а также выявить специфические для шизофрении категории ответов [33].

Решение проблемы точных дефиниций НМ нуждается в привлечении теорий более продуктивных, чем психоаналитические, на ограниченность которых справедливо указывает Andreasen [10].

Кроме того, существуют известные феноменологические пробелы обозримого поля НМ в разных научных школах. Например, хорошо известные в российской патопсихологии, благодаря работам Г. Биренбаум, М. Кононовой, Т. Тепеницыной, С. Лонгиновой, Б. Зейгарник, Ю. Полякова, Б. Херсонского и др., нарушения вербального мышления типа актуализации «слабых» свойств, пустой символики, парадигматической формы резонерства, парадоксальности, претенциозности и других – в зарубежных исследованиях либо вовсе не упоминаются, либо рассматриваются совершенно с иных позиций.

Здесь можно назвать также многочисленные графические и цветографические феномены, всесторонне изученные при шизофрении у детей С.А. Болдыревой, М. Кононовой, Э.А. Вачнадзе, Т.В. Чередниковой, а у взрослых – Б.Г. Херсонским и др. К ним, кроме широко известных на Западе по тесту Роршаха образных нарушений, подробно анализируемых в обзоре Б. Белого [1], относятся и такие феномены НМ, как псевдоабстрактность образов, избегание прорисовки лиц, различные неоморфизмы (чудовищные новообразования, искажения пропорций, уродство и др.), умножение, бессвязность объектов композиции, их фрагментарность, неподвижность, искажение пространственных характеристик, декоративность и неадекватность цвета, монохромность изображений в рисунках больных и т. п.

В то же время в России не используются понятия концептуального и стимульного сверхвключения, смысловой приблизительности в употребле-

лении слов, фразеологических неологизмов, магического мышления, нарушения границ «эго» и др. Устоявшиеся научные традиции и разные теоретические подходы закрепляют проблемы, обедняя общее феноменологическое поле исследований.

### *Заключение*

Для наиболее полного охвата и систематизации всех известных НМ в перспективе, по-видимому, совершенно необходима реализация кросс-культурных подходов. Возможно, потребуется координация корпоративных усилий научного сообщества в этой области и участие новых международных организаций, подобных MATRICS (National Institute of Mental Health's Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia – Национальный институт измерений психического здоровья и терапевтических исследований, направленных на улучшение когнитивных способностей при шизофрении) или CNTRICS (Cognitive Neuroscience Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia – Изучение возможностей применения когнитивной нейронауки для улучшения когнитивных способностей при шизофрении). Ежегодные международные съезды этих организаций, работа комитета независимых экспертов способствуют продуктивным начинаниям международного сотрудничества в области разработки общего банка валидных методов диагностики, лечения и реабилитации, а также их практического внедрения.

Полная систематизация и описание всех НМ не только являются обязательной и необходимой частью построения теоретического базиса научного знания, они востребованы современной практикой – научно-исследовательской и клинической. Так, гетерогенность шизофрении, разнообразие ее симптомов в рамках различных форм, состояний, типов, длительности течения и главное – индивидуальных случаев, связанных с наследственными особенностями патологии психики [49], требуют тонкой дифференцировки всех известных НМ и обеспечения их индивидуальной психофармакологической и нейрокогнитивной коррекции [21]. Индивидуальную вариативность патологии мышления при шизофрении невозможно раскрыть в ограниченном перечне симптомов НМ, наиболее выраженных и типичных для общей категории больных. Кроме того, для поиска нейропсихологических и нейрогенетических корреляций требуется соответствие дифференциальной точности методов нейронаук и патопсихологической диагностики [29, 49].

Не только систематизация уже известных НМ, но и постоянный мониторинг всего поля феноменологии НМ, по-видимому, является необходимым. Во-первых, для выявления среди здоровой популяции мягких, переходных форм НМ [21], а во-вторых, для поиска новых феноменов или их

модификаций, связанных с индивидуальной вариативностью [42] и возможным влиянием различных факторов лекарственного, возрастного, социально-психологического и этнокультурного патоморфоза шизофрении.

Клиническая практика лечения и реабилитации душевнобольных также должна опираться на знание индивидуальных особенностей расстройств мышления в целях выбора адекватной тактики, методов и содержания психологической коррекции и врачебного вмешательства, составления прогнозов функционального диагноза и социально-психологической адаптации.

Согласно убеждениям классиков, потеря связи с феноменологией – переживаниями и непосредственным поведением самих пациентов – ведет к мертвому формализму и бездушной схематизации, которые особенно опасны как науке о живом, страдающем и всегда изменяющемся человеке [10, 26, 37, 48].

### *Литература*

1. *Белый Б.* Тест Роршаха: практика и теория / Б. Белый ; ред. Л.Н. Собчик. – СПб. : Дорваль, 1992. – 200 с.
2. *Блейлер Э.* Руководство по психиатрии / Э. Блейлер (Dr. E. Bleiler). – Берлин : Изд-во т-ва «Врач», 1920. – I–VI, 542 с.
3. *Веккер Л.М.* Психические процессы : в 3 т. / Л.М. Веккер.– Л. : Изд-во Лен. гос. ун-та, 1976. – Т. 2 : Мышление и интеллект. – 339 с.
4. *Григорьев В.П.* Будетлянин / В.П. Григорьев. – М. : Языки рус. культуры, 2000. – С. 293-383.
5. *Канабих Ю.* История психиатрии / Ю. Канабих. – Перепеч. с изд. 1928 г. / Ю. Канабих. – М. : ЦТР МГП ВОС, 1994. – 528 с.
6. *Крепелин Э.* Учебник психиатрии : для врачей и студентов / Э. Крепелин. – М. : Изд. А.А. Карцева, 1910. – 468 с.
7. American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III). – Washington, DC : American Psychiatric Association, 1980. – 494 p.
8. *Andreasen N.C.* Positive and negative symptoms: assessment and validity / N.C. Andreasen, M. Flaum, S. Arndt // Positive versus Negative Schizophrenia / A. Marnerose, N.C. Andreasen, M. Tsuang, eds. – Bonn ; Heidelberg : Springer-Verlag. – 1991. – С. 28–51.
9. *Andreasen N.C.* Scale for the Assessment of Thought, Language, and Communication (TLC) / N.C. Andreasen // Schizophr. Bull. – 1986. – Vol. 12. – P. 473–482.
10. *Andreasen N.C.* DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences / N.C. Andreasen // Schizophr. Bull. – 2007. – Vol. 33. – P. 108–112.

11. *Athey G.* Manual for Scoring Thought Disorder on the research / G. Athey, D. Colson, J.H. Klieger. – Topeca K.S. : The Menger Clinic, 1992. – 193 p.
12. *Barrera A.* Two new scales of formal thought disorder in schizophrenia / A. Barrera, P.J. McKenna, G.E. Berrios // *Psychiatr Res.* – 2008. – Vol. 157. – P. 225–234.
13. *Berrios G.E.* Phenomenology and psychopathology: was there ever a relationship / G.E. Berrios // *Compr. Psychiatry.* – 1993. – Vol. 34. – P. 213–220.
14. *Brüne M.* «Theory of Mind» in Schizophrenia: A Review of the Literature / M. Brüne // *Schizophr. Bull.* – 2005. – Vol. 31, N 1. – P. 21–42.
15. *Cermolacce M.* What is Bizarre in Bizarre Delusions? A Critical Review / M. Cermolacce, L. Sass, J. Parnas // *Schizophr. Bull.* – 2010. – Feb. 8. doi:10.1093/schbul/sbq001.
16. *Chaika E.O.* A linguist looks at «schizophrenic» language / E.O. Chaika // *Brain Lang.* – 1974. – Vol. 1. – P. 257–276.
17. *Chaika E.* Is schizophrenia a semiotic disorder? / E. Chaika, R. Lambe // *Schizophr. Bull.* – 1986. – Vol. 2. – P. 14–15.
18. *Cohen B.D.* Referent communication disturbances in acute schizophrenia / B.D. Cohen, G. Nachmani, S. Rosenber // *J. Abnorm. Psychol.* – 1974. – Vol. 83. – P. 1–13.
19. *Conceptual Sequencing and Disordered Speech in Schizophrenia* / N.M. Docherty, M.J. Hall, S.W. Qordinier, L.P. [et al.] // *Schizophr. Bull.* – 2000. – Vol. 26, N 3. – P. 723–735.
20. *Crider A.* Perseveration in Schizophrenia / A. Crider // *Schizophr. Bull.* – 1997. – Vol. 23, N 1. – P. 63–74.
21. *Cuesta M.J.* Current Psychopathological Issues in Psychosis: Towards a Phenomen-wide Scanning Approach / M.J. Cuesta, V. Peralta // *Schizophr. Bull.* – 2008. – Vol. 34, N 4. – P. 587–590.
22. *Cutting J.* Principles of Psychopathology: Two Worlds, Two Minds, Two Hemispheres / J. Cutting. – Oxford, New York : Oxford University Press, 1997. – 593 p.
23. *DeLisi L.E.* Speech disorder in schizophrenia: review of the literature and exploration of its relation to the uniquely human capacity for language / L.E. DeLisi // *Schizophr. Bull.* – 2001. – Vol. 27. – P. 481–496.
24. *Evaluating bizarre-idiosyncratic thinking* / J.T. Marengo, M. Harrow, I. Lanin-Kettering [et al.] // *Schizophr. Bull.* – 1986. – Vol. 1. – P. 497–509.
25. *Exner J.E.* The Rorschach: A Comprehensive System : in 3 vols. / J.E. Exner. — John Wiley & Sons; 3 sub edition. – 1993. – Vol. 1: Basic Foundations. – 642 p.
26. *Fish F.* Clinical Psychopathology: Signs and symptoms in psychiatry / F. Fish. – Bristol, MD: John Wright, 1967. – 120 p.

27. *Fotopoulou A.* The affective neuropsychology of coonfabulation and delusion / A. Fotopoulou // *Cog Neuropsychiatry*. – 2010. –Vol. 15, N 1/3. – P. 38–63.
28. *Goldberg T.E.* Thought Disorder in Schizophrenia: A Reappraisal of Older Formulations and an Overview of Some Recent Studies / T.E. Goldberg, D.R. Weinberger // *Cog. Neuropsychiatry*. – 2000. – Vol. 5, N 1. – P. 1–19.
29. *Green M.F.* Schizophrenia from a Neurocognitive Perspective. Probing the Impenetrable Darkness / M.F. Green. – Allyn and Bacon, Boston, 1998. – 190 p.
30. *Harrow M.* Disordered thinking and schizophrenic psychopathology / M. Harrow, D. Quinlan. – New York : Gardner Press, 1985. – 461p.
31. *Holt R.R.* Manual for the scoring of primary process manifestations and their controls in Rorschach responses / R.R. Holt. – New York : Research center for mental health, 1970. – 324 p.
32. *Johnston M.H.* Assessing Schizophrenic Thinking. A Clinical and Research Instrument for Measuring Thought Disorder / M.H. Johnston, P.S. Holzman. – Jossey-Bass, San Francisco, 1979. – 279 p.
33. *Iakimova G.* [The understanding of metaphors in schizophrenia and depression. An experimental approach] / G. Iakimova, C. Passerieux, M.C. Hardy-Baylé // *Encephal*. – 2006. –Vol. 32, N 6. – P. 995–1002.
34. *Kay S.R.* A. Positive and Negative Syndromes in Schizophrenia (Clinical and Experimental Psychiatry) / Stanley R. Kay. –Toronto : Routledge, – 1991. – 283 p.
35. *Kleiger J.H.* Disordered Thinking and the Rorschach: theory, research, and differential diagnosis / J.H. Kleiger. – London : The Analytic Press, 1999. – 408 p.
36. *Koistinen P.* Thought Disorder and the Rorschach. – Oulu : Oulum Yliopistd, 1995. – 226 p.
37. *Koning A.J.J.* Phenomenology & Psychiatry / A.J.J. Koning, FA. Jenner. – London : Academic Press, 1982.
38. *Kuperberg G.R.* Reduced sensitivity to linguistic context in schizophrenic thought disorder: evidence from on-line monitoring for words in linguistically anomalous sentences / G.R. Kuperberg, P.K. McGuire, A.S. David // *J. Abnorm. Psychology*. – 1998. –Vol. 107. – P. 423–434.
39. Language and thought in schizophrenia / ed. J.S. Kasanin. – New-York : W.W. Norton &Company, Inc., 1964. – 133 p.
40. Neurocognition as a Treatment Target in Schizophrenia / S.R. Marder, C.M. Anderson, A.T. Bates [et al.] // *Focus*. – 2008. – Vol. 6, N 2. – P. 180–183.

41. *Minzenberg M.J.* Semantic priming in schizophrenia: a review and synthesis / M.J. Minzenberg., B.A. Ober, S. Vinogradov // *J. Int. Neuropsychol. Soc.* – 2004. – Vol. 8. – P. 699–720.
42. *Mullen P.E.* A Modest Proposal for Another Phenomenological Approach to Psychopathology / P.E. Mullen // *Schizophr. Bull.* – 2007. – Vol. 33, N 1. – P. 113–121.
43. *Nelson B.* The Phenomenological Critique and Self-disturbance: Implications for Ultra-High Risk («Prodrome») / B. Nelson, A.R. Yung, A. Bechdolf // *Research. Schizophr. Bull.* – 2008. – Vol. 34, N 2. – P. 381–392.
44. *Peralta V.* Thought disorder in schizophrenia: A factor analytic study / V. Peralta, M.J. Cuesta, J. de Leon // *Compr. Psychiatry.* – 1992. – Vol. 33, N 2. – P. 105–110.
45. *Rapaport D.* Diagnostic Psychological Testing, revised ed. / D. Rapaport, M. Gill, R. Shafter ; ed. R.R. Holt. – New York : International University Press, 1968. – P. 5– 288.
46. Schizophrenia and the structure of language: The linguist's view / M.A. Covington, C. He, C. Brown [et al.] // *Schizophr. Res.* – 2005. – Vol. 77. – P. 85–98.
47. *Sims-Knight J.E.* Logical and nonlogical classification systems: A look at the underlying complexity of overinclusion in schizophrenics / J.E. Sims-Knight, R.A. Knight // *J. Clin. Psychology.* – 1978. – Vol. 34, N 4. – P. 857–865.
48. *Spiegelberg H.* Phenomenology in Psychology and Psychiatry / H. Spiegelberg. – Evanston, IL: Northwestern University Press, 1972. – 411 p.
49. The Consortium on the Genetics of Schizophrenia: Neurocognitive Endophenotypes / R.E. Gur, M.E. Calkins, R.C. Gur [et al.] // *Schizophr. Bull.* – 2007. – Vol. 33. – P. 49–68.
50. The Thought Disorder Index: Short-form assessments / J.T. Carpenter, M.J. Coleman, C. Waternaux [et al.] // *Psychol. Assess.* – 1993. – Vol. 5. – P. 75–80.
51. *Wrobel J.* Language and Schizophrenia / J. Wrobel. Linguistic and Literary Studies in Eastern Europe. – Benjamins, Amsterdam, 1990. – P. 33–37.



## ПУТЬ ОТ ИНФАНТИЛЬНОСТИ К ЛИЧНОСТНОЙ ЗРЕЛОСТИ – ПО ДОРОГЕ ИНТЕГРАТИВНОЙ ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

### *Введение*

Одной из актуальных проблем нашего времени, принадлежащих к компетенции пограничной психиатрии и психотерапии, тесно связанных с ситуацией в обществе, является тема недостаточной личностной зрелости, ответственности отдельной личности за свою жизнь и, в частности, за свое здоровье [13]. На наш взгляд, инфантильность, нежелание брать на себя ответственность за свою жизнь и самостоятельное решение вопросов своего существования лежат в основе ряда деструктивных, аутоагрессивных и регрессивных по своей сути психосоциальных явлений. К ним относится рост суицидов, различных форм зависимостей, инвалидности вследствие непсихотических расстройств, установка на помощь извне, без собственных усилий и внутренней переработки собственного «вклада» в возникновение заболевания [3]. Тогда вместо осознанной психической саморегуляции человек живет с «условной выгодой» невротической симптоматики, «замораживанием» симптомов на телесном уровне (при психосоматических расстройствах). Целью нашей статьи является освещение решения задачи личностного «дозревания», гармонизации личности пациентов, проходивших курс онтогенетически ориентированной психотерапии (ООПТ). Описывается проработка проблем на третичном, личностно-социальном уровне. Коррекция дизонтогенетических синдромов-мишеней предыдущих уровней функционирования, описанная в других статьях автора [16, 17], касается алекситимии, нарушения процессов антиципации и прогнозирования, коррекции эмоционально-волевой сферы.

Большинство современных психотерапевтических направлений представляют психологическую, либо клиническую модель [1, 5]. Объединение обоих подходов является актуальным для повышения эффективности психотерапии и достижения цели «гармонизации личности». В рамках предложенного метода в обязательном порядке прорабатываются дизонтогенетические синдромы-мишени различного уровня. На определяющую роль в развитии невротической патологии дизонтогенетических нарушений указывается в работах В.В. Ковалева, В.Д. Менделевича, Г.И. Сухаревой, Ю.С. Шевченко [6, 10, 18]. Патогенетический принцип предложенно-

го подхода обеспечивается приемом «позитивного психотерапевтического регресса». Он заключается в переводе пациента на «детское», правополушарное функционирование (управляемое поверхностное измененное состояние сознания) с применением специальных приемов, заимствованных из возрастной психологии, детской психиатрии [14, 18]. Суть их заключается в проработке дизонтогенетических расстройств по принципу «реонтогенеза», когда повторно прорабатываются психические функции и образования от телесного (сомато-вегетативного) уровня до сложных психических образований, определяющих осознание личностью своих жизненных целей и предназначения [2, 7].

Следуя из сказанного, актуальным является разработка метода психотерапии, объединяющего приемы и техники различных направлений на основе единой концепции психического онтогенеза – дизонтогенеза (развития и искажения отдельных психических функций и образований). Конечной моделью ООПТ является достижение пациентом «личностной зрелости» [4] – не того био-психо-социального статуса, который характеризовал пациента до возникновения расстройства, а более гармоничного и жизнестойкого, максимально приближенного к критериям конституционально-возрастной нормы с учетом выработанных совместно в процессе психотерапии концептуально-ценностного комплекса и навыков психической саморегуляции.

В психофизиологическом плане – это интегрированная личность, использующая ресурсы правого и левого полушария, реализующая эмоциональные и когнитивные аспекты в продуктивной деятельности.

### ***Материалы и методы***

Исследование по созданию модели интегративной ООПТ проводилось на базе поликлиники г. Жуковского Московской обл. в процессе психиатрического и психотерапевтического приема. Обследованы 100 человек (65 женщин, 35 мужчин). Критериями отбора для исследуемых групп явились: 1) наличие психогенного непсихотического расстройства, 2) наличие дизонтогенетических нарушений нервно-психической сферы.

Анализ структуры личностных особенностей больных выявил в 3 % гармоничную структуру характера, в 81 % – акцентуации, в 16 % – патохарактерологические расстройства по типу «нажитой психопатии».

Структура невротических нарушений в исследуемой группе была неоднородна и представлена в виде депрессивного (39 %), тревожно-депрессивного (42 %), obsessivno-fobicheskogo (8 %), тревожно-фобического (16 %), истерического (3 %), тревожно-ипохондрического (8 %) синдромов. Возрастной состав пациентов был от 15 до 60 лет. Пациенты были разделены на группы: 15–20 лет (юношество) – 7 %, 20–40 лет (ранняя

взрослость) – 51 %, 40–60 лет (средняя взрослость) – 42 %. Динамическое наблюдение проводилось в течение 6–24 мес. Основные методы исследования: клинический, патофизиологический, статистический.

Оценка эффективности психотерапии производилась в сравнении с группой в 50 человек со сходными психосоциальными характеристиками, которым не проводилась психотерапия. В соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), контрольная группа была представлена заболеваниями: в 84 % – невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами (F 4), в 16 % – специфическими расстройствами личности (F 60), в 28 % – аффективными расстройствами (F 3). Длительность психогенного заболевания составила от 3 мес до 7 лет.

Нами разработан опросник по выявлению дизонтогенетических расстройств разного уровня. Результаты заносились в индивидуальную карту обследования. Отражались дизонтогенетические факторы, выявленные у пациентов анамнестически: (парциальные задержки, асинхронии, ускоренное развитие, невротические реакции, перенесенные заболевания); характер онтогенетически обусловленных отклонений в форме ретардации (незрелость психомоторики, речи, эмоций, расстройства школьных навыков). Изучались микросоциальные факторы (особенности воспитания, психические травмы), особенности возрастных кризов. Относительно взрослой жизни выявлялись перенесенные стрессовые ситуации, степень удовлетворенности личной и профессиональной жизнью, материальным положением. Отдельные вопросы касались развития навыков прогнозирования, базисных представлений о жизни.

Определение базального уровня эмоциональных нарушений (полевой реактивности, стереотипов, экспансии, эмоционального контроля) определялось для представления об особенностях развития данной сферы и разработки соответствующих психокоррекционных вмешательств [19]. Диагностический анализ жизненного развития пациента, предложенный нами, соотносил предстоящие жизненные задачи и возрастные кризисы, предполагал обсуждение в когнитивном ключе информации о преодолении кризисных периодов при использовании знания возрастной психологии.

### ***Результаты и их анализ***

Согласно задачам исследования, выявленные дизонтогенетические нарушения систематизированы в соответствии с классификацией В.В. Ковалева [6, с. 291], приведенной в таблице.

*Специфические расстройства развития (дизонтогенеза), %*

| Уровень дизонтогенетического образования |   | Расстройства развития   | Выявлены в анамнезе | Выявлены на момент психотерапии |
|--|---|---|---------------------|---------------------------------|
| Первичный                                | Природно-психический (сомато-вегетативно-инстинктивный) уровень поведения | Ранняя детская нервность (невропатия)   | 84                  | –                               |
|  |   | Инфантилизм   | 10                  | 78                              |
|  |   | Общие и парциальные расстройства развития                                     | 4                   | 17                              |
| Первично-вторичный                       | Индивидуально-психический уровень   | Алекситимия   | 40                  | 54                              |
|  |   | Когнитивные искажения   | 87                  | 96                              |
|  |   | Нарушения антиципации   | 16                  | 14                              |
|  |   | Эмоциональные расстройства  | 100                 | 100                             |
| Третичный                                | Социально-личностный уровень поведения                                    | Незрелость защитных психологических механизмов                                | +                   | 94                              |
|  |   | Дизгармония характера (выраженные акцентуации, пограничные аномалии личности) | +                   | 97                              |
|  |   | Дизгармонии социально-личностного уровня                                      | +                   | 85                              |

Согласно гипотезе исследования, нарушенный психический дизонтогенез является почвой для дальнейших пограничных психических расстройств в любом возрасте и, следовательно, диктует необходимость обязательной психотерапевтической проработки с помощью специальных приемов и методов. В большинстве случаев дизонтогенетический механизм формирования невротической симптоматики обусловлен доминированием задержанного (ретардированного) психического развития, асинхронии между вербально-логическими и невербальными навыками, проявляющегося в парциальном инфантилизме, несформированности отдельных компонентов корковых функций. При асинхронии на клинико-психопатологическом уровне задержанный темп развития у взрослых проявляется не столь явно, как у детей. Однако исследование подтвердило наличие в 97 % случаев сочетанных дизонтогенетических симптомов, связанных с личностной незрелостью, нарушениями созревания преимущественно эмоционально-волевой и когнитивной сфер.

Полученные данные коррелируют с ЭЭГ-исследованиями, связанными с признаками раздражения коры головного мозга, усилением активи-

рующего влияния от ретикулярной формации, дисфункциями и ослаблением тормозящего влияния коры на нижележащие образования, снижением внутрикорковых процессов. При анализе истории жизни и развития пациентов найдены признаки первичных дизонтогенетических нарушений, наиболее значима из которых невропатия, имевшая место в раннем возрасте у 84 % обследованных пациентов.

Наше исследование согласуется с известным тезисом Л.С. Выготского о том, что дизонтогенетическая симптоматика имеет динамический характер и меняется с возрастом [2]. Невропатия в последующем обнаруживала свои «следы» в таких вторично-дизонтогенетических образованиях, как повышенная сенситивность, слабость эмоционально-волевой регуляции, личностная незрелость, готовность к формированию соматоформных, невротических и поведенческих расстройств. Неблагоприятные микросоциальные факторы воспитательного и средового характера имели место в 78 % случаев и играли существенную роль в нарушении психического онтогенеза личностного уровня.

Пациенты с парциальным инфантилизмом (78 %) отличались более юным, чем паспортный, возрастом, рисунком поведения, доверчивостью, простодушием, эгоцентризмом, были по-юношески максималистичны, не самостоятельны в суждениях, подвластны стереотипам, эмоционально зависимы. Они демонстрировали дезадаптивные стереотипы мышления. Например, по типу «катастрофизации» – склонности максимально преувеличивать значимость неприятных событий), «черно-белого мышления» – максималистичности оценок, игнорировании оттенков ситуаций, отношений, «идеализации», то есть завышенных ожиданий от жизни, окружающих, недоразвитость навыков произвольной регуляции эмоций, склонность к сверхобобщениям в выводах. Таким образом, практически любые проблемы, связанные с «зацикливанием», психологическими особенностями самого пациента, а не с тяжестью ситуации, как при посттравматическом стрессовом расстройстве, тяжелых реактивных депрессиях, связаны с недостаточной личностной зрелостью и требуют «дотраивания» ее в процессе психотерапии, коррекции дизонтогенетических нарушений отдельных психических образований, приближения к модели «зрелой личности».

Основным «рабочим инструментом», используемым на всех этапах ООПТ, в том числе при работе в координатах будущего, является «позитивный психотерапевтический регресс». Суть его заключается в создании управляемого, осознаваемого поверхностного трансового состояния. И в этом физиологически регрессивном состоянии, когда мозг взрослого начинает работать «в детском режиме», подключаются приемы, поэтапно прорабатывающие отдельные дизонтогенетические синдромы-мишени. На-

пример, для прицельной коррекции эмоциональной сферы использовался метод сенсоризации эмоций.

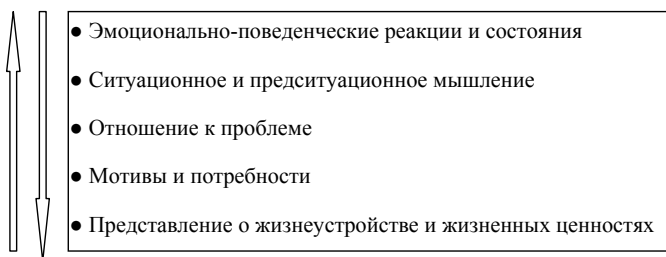
«Позитивный регресс» к онтогенетически ранним формам осознания эмоций достигался посредством вопросов, обращенным к более древним, базальным эмоциям. При затруднении в описании своих эмоций пациенту предлагали вопрос: «Это приятно, или нет?», просили дать всевозможные сенсорные характеристики эмоций (по весу, температуре, расположению в теле, цвету, запаху, звучанию и так далее), таким образом прорабатывался древний, базальный уровень эмоций; затем требовалось подобрать образное выражение для данного чувства. При этом предполагается возврат в то время, когда ребенок только учился создавать целостный образ, воспринимал окружающий мир преимущественно через отдельные характеристики. Далее ощущения связывались с психологическими свойствами, обозначались вербально. Состояние интегрировалось с желаемым.

Согласно А. Эллису и А. Беку [цит. по 14], причиной неадаптивного поведения и неадекватных эмоций служат искажения его мышления, связанные с регрессионными механизмами, «упущениями» формирования мышления на этапе освоения речью. Обобщения являются следствием категоричности оценок, свойственных мышлению ребенка в период становления левополушарного доминирования (3–5 лет). Искажения связаны с остаточными стереотипами правополушарного, конкретно-образного, ассоциативного мышления «комплексами», постепенно замещаемого в онтогенезе абстрактным, формально-логическим мышлением (младший школьный возраст).

Эти же механизмы сознательно используются при ООПТ. В процессе психотерапии создаются условия, переводящие пациента на «правополушарный» тип функционирования, состояние повышенной восприимчивости к последующим воздействиям. Используются спокойная музыка, приглушенный свет с игрой светотеней (1-й уровень воздействия на эмоциональную систему по В.В. Лебединскому). «Оживлению воспоминаний» помогает предложение проделать то действие, которое часто повторялось в детском возрасте (например, пальчиковая гимнастика, часто используемая в начальной школе). Последующие утомление и реакция релаксации в кисте используется как «якорь» для вхождения в релаксационное состояние, регрессивное по эволюционной сути. Психотерапевтический регресс призван восполнить ущербный опыт индивидуального и социального функционирования. «Если эмоциональное развитие человека вследствие депривации в детском возрасте “застыло” на некотором уровне, то для коррекции дальнейшее развитие его личности должно развертываться с повторения соответствующих детских эмоциональных реакций, символической имитации в коррекционном процессе тех отношений, которые должны

быть у матери и грудного ребенка. Для эффективной коррекции «могут использоваться как внешняя имитационная сторона детского опыта, так и повторение во взрослом возрасте функциональных состояний, свойственных для более раннего возраста» [14, с. 154] Достигнув «детского» режима работы мозга пациента, на наш взгляд, мы индуцируем повторение возрастного психического развития в сжатом виде, переживание процесса возрастного психического развития в целом. Кроме того, психотерапевт, выступающий в роли родителя, помогает пациенту проработать дизонтогенетическую проблему и на более зрелом, «левополушарном», вербальном уровне, сознательно (прием «психоэлевации», создание «зоны ближайшего развития»). В нашем исследовании модель «зрелой личности» вырабатывалась на 3-м этапе психотерапии, согласно «обязательной подготовки к ближайшему будущему» посредством метода когнитивно-ценностной гармонизации личности (Захаров Н.П., в адаптированном нами варианте) [4].

При этом пациенту объяснялось, что его проблемы не случайны, а напрямую связаны с его же поступками, эмоциями, мыслями. Из множества направлений в психотерапии можно подобрать индивидуальную комбинацию методов, которые подходят, как ключ к замку, к данной личности. Однако для эффективного управления собой необходима психологическая информация, чтобы научиться «наводить порядок» в эмоционально-волевой сфере, поддерживать комфортное душевное состояние (см. схему).



*Прикладная психотерапевтическая интегративно-онтогенетическая модель организации поведения*

Согласно схеме, негативные эмоции и поведение зависят от внутренней оценки активирующих событий, а они, в свою очередь, определяются более глубинными структурами психики.

Зона ближайшего развития прорабатывалась с пациентом с учетом представлений возрастной психологии. В ходе когнитивно-ориентированных дискуссий пациенту предлагалась информация о тех задачах, которые обусловлены биологическим возрастом. В исследовании было выявлено,

что около  $\frac{1}{3}$  пациентов боятся возрастных перемен, так как имеют ограничивающие убеждения, связанные с взрослением и старением. Кроме того, переоценка личных проблем, считавшихся прежде уникальными, присутствующими только пациенту, до осознания их общечеловеческого, экзистенциального статуса зачастую снижало насыщенность переживаний [8].

Пациентам 20–40 лет рассказывалось о важности способности интегрировать идеальное и реальное. Это позволяет адекватно воспринимать окружающую действительность и принимать адекватные решения. Обязательность и ответственность, способность автономно справляться с противоречиями и неопределенностями своего жизненного опыта, гибкость мышления предлагается считать критериями когнитивной зрелости в этом возрасте. Важно активно использовать собственные возможности и делать выборы, укладывающиеся в общий план своей жизни. Главные проблемы, с которыми сталкивались пациенты в этом возрасте, – это формирование адекватного самовосприятия себя как супруга, родителя, сексуального партнера, профессионала, гражданина. Установление устойчивой положительной эмоциональной связи без утраты своих индивидуальных особенностей является задачей этого возраста [7].

Подготовка к будущему предполагает и предупреждение о предстоящем в возрасте 40–45 лет кризисе середины жизни, когда критически переоценивается все, что уже достигнуто в жизни. Психически здоровый человек в зрелом возрасте, испытывая какие-либо трудности, чаще себя сравнивает с людьми, находящимися в худшем положении. Кризис середины жизни чаще наступает тех, кто склонен избегать самоанализа и использует защитный механизм отрицания, стараясь не замечать перемен, происходящих в его организме и жизни.

С пациентами средней зрелости (40–60 лет) обсуждалась возможность интеллектуального, творческого и профессионального роста, несмотря на снижение отдельных психофизических характеристик. Главная особенность этого периода определяется как достижение мудрости. Для этого времени характерны размышления о смерти. В этот период жизни наиболее часто проявляются различные соматические заболевания, депрессии. Психотравмы касаются переживаний в связи с болезнями близких, производственных ситуаций, внутрисемейных конфликтов. Отмечалось, что люди, имеющие устойчивые привязанности, состоящие в браке, увлеченные профессией обычно чувствуют себя более удовлетворенными. Важны реализация своего творческого потенциала, корректировка деятельности с учетом упущенных возможностей, забота о сохранении межличностных отношений, подготовка к обеспеченной старости.

В контексте этих изменений переоценивается жизнь в целом. Происходит корректировка системы ценностей. Жизненные изменения, такие как



ранний выход на пенсию, потеря ребенка или супруга, переезд, могут вызвать мотивационный кризис. Он связан с отклонением от ведущего жизненного мотива. Самоуважение и дальнейшая самореализация помогают выйти из экзистенциального вакуума и определяют дальнейшее развитие личности.

В этом периоде опорой развития становятся нравственные правила и более значительные, чем ситуационные, личностные ценности. Осознанное, взвешенное, реалистичное отношение к себе ведет к тому, что легче регулируются эмоции. Гармонично развивающаяся личность в этом возрасте испытывает потребность способствовать развитию и поддержке других: детей, сослуживцев, учеников, престарелых родителей.

Период поздней зрелости относится к возрасту от 60 лет. Его называют геронтогенезом, или периодом старения, проявляющимся в постепенном снижении деятельности организма. Положительная динамика с переходом логических особенностей мышления в мудрость зависит от личностных особенностей человека. Привязанность пожилых людей к прошлому объясняется ослаблением аффективной сферы человека, лишает красочности и яркости новые впечатления. Уменьшается тревога смерти. Усиливается интерес к религии. При хорошем здоровье после 60-летнего рубежа сохраняются потребности в самореализации, созидании и передаче наследства как духовного, так и материального, более молодым, активное участие в жизни общества, ощущение полезности для других.

После 70 лет на первый план выходит потребность в поддержании собственного здоровья. В то же время интерес к хобби обычно не ослабевает. Пожилые люди нуждаются в семье, способной дать ощущение защищенности и стабильности. Память работает так, чтобы не нарушить основные личностные позиции. Личность более эффективно интегрирует свою жизнь при ранее успешном разрешении нормативных кризисов и конфликтов, выработке адаптивных личностных свойств, умении извлекать уроки из прежних неудач, способности аккумулировать энергетический потенциал жизни.

Не все пожилые люди переживают старость тяжело и несчастно. У многих к концу жизни вырабатывается спокойное отношение к происходящему. Жизнь такого человека наполняется умиротворением, исходящим из самого факта жизни.

Вышеприведенная информация редко учитывается при клинических психотерапевтических подходах. Поэтому при ООПТ необходимо ориентировать пациентов на знание возрастной психологии, а так же обсуждать признаки личностной зрелости:

1) способность произвольной регуляции эмоций, внутриличностной работы и активной позиции по преодолению отрицательных эмоций;

2) разумное самоограничение эмоциональных выплесков – как отрицательных, так и положительных,

3) доминирование ценностей, защищающих личность от психологических кризисов, – собственного развития, психологической гармонии, духовности, гуманизма;

4) переносимость фрустраций, настрой на то, что эмоционально-физический дискомфорт есть нормальное течение жизни, которое можно преодолеть или перетерпеть;

5) склонность к позитивной оценке жизненных сложностей и психотравмирующих событий, способность выбрать позитивный вариант оценки, позволяющий улучшить эмоциональное состояние;

6) «выработанный оптимизм», способность «настраивать себя на лучшее», прогнозирование и планирование, адаптирующие и компенсирующие меры, исключение из прогнозов и программ собственного поведения разрушительных поступков, независимо от сложности проблем и тяжести утрат;

7) психологическая готовность к переменам оценок, идей, поведения, к преобразованию себя в соответствии с требованиями жизни, возраста, к развитию своей личности;

8) позитивный минимализм – готовность довольствоваться малым как в материальном плане, так и в плане ожиданий от других людей, готовность выжить без саморазрушения даже при самых минимальных жизненных условиях; наличие активной жизненной позиции, работа по осуществлению собственных планов;

9) готовность к неизбежным утратам жизни, наличие размышлений на темы утрат и преодоления их последствий;

10) широкий диапазон оценок себя и других, выбора той оценки фрустрирующей ситуации, которая травмирует в меньшей степени, способствует сохранению душевного комфорта и исключает углубление конфликта с другими;

10) адекватные, адаптивные концепции жизнеустройства, собственной личности, отношений с другими людьми;

11) самостоятельная жизненная позиция, невовлеченность в суету и мелочность окружающего мира, способность давать себе и другим адекватную свободу;

12) использование позитивно-программирующих высказываний, например: «Лучше меньше, да лучше», «Сколько людей – столько мнений»;

13) акцент на поиске жизненных проблем в себе самом, в собственных характерологических особенностях и привычках.

Об эффективности ООПТ сделаны выводы по динамике основных социальных, психологических и личностных показателей. Значительное

улучшение в психотерапевтической группе было зарегистрировано у 25 %, улучшение – у 53 %, незначительное улучшение – у 22 %, ни у кого психофизиологическое состояние не ухудшилось. Среди тех, кто не лечился с помощью психотерапии, значительное улучшение зафиксировано лишь у 1 %, улучшение средней степени – у 2 %, состояние не изменилось у 31 % и ухудшилось у 2 % пациентов. С помощью критерия Колмогорова – Смирнова доказано, что при сравнении результатов лечения выявлено значимое различие, а именно, более высокие и устойчивые результаты эффективности лечения получены в психотерапевтической группе по сравнению с группой пациентов, которые получали только медикаментозную помощь.

С помощью критерия Фишера получены достоверные различия в упорочении социального статуса, осознании психологических причин невроза и собственного вклада в поддержание расстройств, развитие дополнительных источников эмоционального удовлетворения, поддержание психологического здоровья, творческих интересов в группе пациентов, лечившихся с помощью интегративной ООПТ.

По катamnестическим сведениям повторно обратились за помощью всего 5 человек из психотерапевтической группы, при этом они все же оценивали свое состояние лучше, чем до курса психотерапии, связывая ухудшения с новыми психотравмирующими ситуациями. Из группы не проходивших психотерапевтическое лечение при катamnестическом исследовании за медикаментозным лечением продолжали обращаться в течение дальнейшего времени 24 пациента. Следует отметить, что доля медикаментозного лечения в группе пациентов, не посещавших психотерапию, значительно превышала аналогичные показатели в психотерапевтической группе.

### ***Заключение***

Решению проблемы «инфантилизации общества» и гармонизации личности в процессе психотерапии за счет проработки дизонтогенетических синдромов-мишеней помогает ООПТ. Прием «позитивного психотерапевтического регресса», возвращая пациента в детство, на выходе способствует обретению «личностной зрелости». Выработка навыка трансвой саморегуляции, основанного на принципе «позитивного регресса», по нашему мнению, является одним из эффективных и прямых путей дальнейшей психопрофилактики и индукции личностного развития. Использование в психотерапевтическом процессе коррекционного этапа с обсуждением возрастных особенностей при подготовке к ближайшим жизненным переменам является полезным приемом, наряду с «когнитивно-ценностной гармонизацией личности».

Проведенное исследование по созданию практической психотерапевтической технологии на основе концепции ООПТ показало эффективность разработанных методик для пациентов различных возрастных групп.

### *Литература*

1. *Александровский Ю.А.* Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский. – М. : Медицина, 2000. – 400 с.
2. *Выготский Л.С.* Собрание сочинений / Л.С. Выгодский. – М. : Педагогика, 1984. – Т. 4 : Проблемы возраста. – 417 с.
3. *Гаранян Н.Г.* Интегративная психотерапия тревожных и депрессивных расстройств на основе когнитивной модели / Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова // Моск. психотерапевт. журн. – 1996. – № 3. – С. 112–113.
4. *Захаров Н.П.* Когнитивно-аналитическая суггестивно бихевиоральная психотерапия (позитивная реинтеграция личности) / Н.П. Захаров // Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков / под ред. Ю.С. Шевченко. – СПб. : Речь, 2003. – С. 390–452.
5. *Карвасарский Б.Д.* Психотерапия / Ю.А. Александровский // Пограничные психические расстройства. – М. : Медицина, 2000. – С. 183–200.
6. *Ковалев В.В.* Психический дизонтогенез как клико-патогенетическая проблема психиатрии детского возраста / В.В. Ковалев // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1981. – Т. 81, вып. 10. – С. 1505–1509.
7. *Крайг Г.* Психология развития / Г. Крайг. – СПб. [и др.] : Питер, 2000. – 500 с.
8. *Макаров В.В.* Четвертый Всемирный конгресс по психотерапии / В.В. Макаров, А.М. Кантор, И.К. Чобану // Психотерапия. – 2005. – № 2. – С. 8–13.
9. *Малкина-Пых И.Г.* Возрастные кризисы / И.Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2004. – 896 с.
10. *Менделевич В.Д.* Антиципационные особенности психической деятельности детей, страдающих неврозами / В.Д. Менделевич, Д.А. Мухаметзянова // Соц. и клинич. психиатрия. – М., 1997. – Т. 7, вып. 2. – С. 31–36.
11. *Психология среднего возраста, старения, смерти* / под ред. А.А. Реана. – СПб. : Прайм-Еврознак, 2003, – 384 с.
12. *Сандомирский М.Е.* Защита от стресса. Работа с подсознанием / М.Е. Сандомирский. – 2-е изд. – СПб. [и др.] : Питер, 2009. – 304 с.
13. *Сандомирский М.Е.* Психосоматика и телесная психотерапия : практ. рук. / М.Е. Сандомирский. – М. : Класс, 2007. – 592 с.

14. Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте: метод психотерапии замещающего онтогенеза : учеб. пособие / А.В. Семенович. – 2-е изд. – М. : Генезис, 2007. – 474 с.
15. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста / Г.Е. Сухарева. – М. : Медицина, 1959. – Т. 2. – 335 с.
16. Урадовская А.В. О возможности применения онтогенетически ориентированной психотерапии при психогенных расстройствах / А.В. Урадовская // Проблема психического здоровья человека в условиях кризиса : сб. материалов всерос. науч.-практ. конф. – Уфа : БашГУ, 2010. – С. 76–80.
17. Урадовская А.В. Применение онтогенетически ориентированного метода психотерапии при дизонтогенетических нарушениях в структуре пограничных психических расстройств / А.В. Урадовская // Ресурсы и возможности социализации личности в психотерапевтическом процессе : материалы науч.-практ. конф. – Анапа, 2010. – С. 79–84.
18. Шевченко Ю.С. Радостное взросление: развитие личности ребенка» (методика ИНТЭКС) / Ю.С. Шевченко, В.П. Добридень. – СПб. : Речь, 2004. – 202 с.
19. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В.В. Лебединский, О.С.Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг – М. : МГУ, 1990. – 197 с.
20. Engel G.L. The clinical application of the biopsychosocial model / G.L. Engel // Am.J. Psychiatry. – 1980. – Vol. 137. – P. 535–544.
21. Valsiner J. Scaffolding within the structure of Dialogical Self: hierarchical dynamics of semiotic mediation / J. Valsiner // New ideas in Psychology – 2005. – Vol. 23 – P. 197–206.

## **ДИНАМИКА ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК У БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПРОЦЕССЕ ПСИХОТЕРАПИИ**

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

Лингвистические аспекты психотерапии остаются областями мало разработанными и не знакомыми большинству психотерапевтов. Декларативность определения психотерапии как прежде всего речевой (языковой) терапии связана с отсутствием научной лингвистической базы у большинства психотерапевтических методов [4, 6]. В связи с теоретическим и прикладным значением указанных вопросов дальнейшее их изучение представляется весьма актуальным.

Целью настоящего исследования являлось изучение динамики психолингвистических характеристик больных с невротическими расстройствами под влиянием психотерапии.

### ***Материал и методы***

Обследованы 80 больных с неврозами (36 мужчин и 44 женщины) в возрасте от 18 до 62 лет (69 % пациентов были в возрасте от 20 до 40 лет), находившихся на стационарном лечении в отделении неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева.

В качестве контроля обследованы 50 здоровых испытуемых (не страдающих нервно-психическими и психосоматическими расстройствами). Состав обследованных в группах больных с невротическими расстройствами и здоровых был сходен по полу, возрасту и образованию.

По клинической классификации [3] больные распределились следующим образом: истерический невроз был представлен у 28 пациентов (35 %), неврастения – у 22 (27,5 %), невроз навязчивых состояний – у 30 (37,5 %) пациентов. Длительность заболевания составила от 1 года до 9 лет. Ведущими синдромами были: фобический, астенический, депрессивный и ипохондрический. По стадиям заболевания выделены группы: острый невроз – 17 человек (21,3 %), затяжной невроз – 42 человека (52,5 %), невротическое развитие – 21 человек (26,2 %).

Для решения поставленных в работе задач применялись клинико-психопатологический и психолингвистический методы. В аспекте психолингвистического метода исследовались тексты, полученные в результате

устных высказываний испытуемых. Испытуемым предлагалось рассказать о себе и о своей жизни. Происходило это в форме монолога, время высказывания не ограничивалось. Речь испытуемого записывалась на магнитный носитель, о чем экспериментатор предупреждал заранее, и затем переводилась в текстовую форму. Полученные тексты составили материал для психолингвистического анализа.

Соответственно иерархическим уровням организации языка выделялись различные уровни анализа исследуемого текста. Для каждого уровня использовались методики, принятые в современном языкознании и психолингвистике.

Учитывая полученные ранее данные [2, 7] исследовались более высокие уровни организации языка с применением соответствующих им методов исследования (не проводилось изучение фонологического и просодического уровней языковой организации):

- морфо-синтаксический уровень. Исследовали количество слов в тексте (объем речевой продукции), количество предложений, средний размер предложений в словах, процентное соотношение простых и сложных предложений. Особенности организации языка на этом уровне отражали специфику актуального состояния личности, эмоциональное состояние;

- лексико-грамматический уровень. Определяли процентное соотношение слов, представляющих разные части речи. Этот уровень организации языка в большей степени связан с общим психическим функционированием, развитием основных психических функций и интеллекта;

- лексико-стилистический уровень был представлен методами контент-анализа – определения психолингвистических коэффициентов. Исследовались следующие показатели: коэффициент глагольности, коэффициент пассивного залога глаголов, коэффициент личных местоимений, коэффициент логической связности, коэффициент эмболии, коэффициент словарного разнообразия. Этот уровень организации языка в большей степени выявляет личностные характеристики.

Кроме того, применялась методика ключевых слов и выделения семантических категорий, отражающих уникальный опыт человека и его субъективный мир. Данный метод является экспертным и позволяет определить ключевые слова текста и выделить специфику наиболее важных индивидуальных семантических категорий [4, 5]. Из каждого текста, полученного в результате устного высказывания, эксперты (врач-психотерапевт, клинический (медицинский) психолог, специалист по лингвистике) выделяли десять ключевых слов. Затем из текстов всех испытуемых определяли по 5 наиболее часто встречающихся ключевых слов. Эти ключевые слова располагались в порядке убывания частоты встречаемости в текстах испытуемых. При анализе полученных слов были выделены следующие

категории (группы слов, понятий, объединенных одной темой): жизнь, труд, отдых, личные отношения, социальные отношения, общение, долгожительство, желание, страдание, удовольствие, достижение, неудача, помощь, собственные положительные качества, собственные отрицательные качества, здоровье, болезнь. Таким образом, все ключевые слова рассматривались с точки зрения принадлежности к одной из вышеописанных категорий.

Клинико-психологические показатели в группе больных с невротическими расстройствами изучались с использованием шкалы Александровича, которая позволяет определить наличие и интенсивность невротической симптоматики [8], и Торонтской плекситимической шкалы (TAS) для определения уровня алекситимии [1].

Исследование проводилось дважды у всех больных – при поступлении и по окончании лечения в клинике – и однократно у здоровых людей.

Полученные данные были подвергнуты статистической обработке. Учитывались результаты со степенью достоверности не ниже 95 % ( $p < 0,05$ ). Применение методов непараметрической статистики было обусловлено не только небольшими объемами выборок, но и тем, что при исследовании лингвистических показателей в группе невротиков они не давали нормального распределения.

Для определения уровня значимости различий для независимых выборок использовали критерий Манна – Уитни. Для сравнения групп больных с невротическими расстройствами до и после лечения применялся Т-критерий Вилкоксона, который является наиболее часто используемой альтернативой параметрического t-критерия Стьюдента для зависимых выборок.

Анализ психолингвистических категорий, выделенных экспертами из ключевых слов, проводился с использованием кластерного анализа. Кластеризации подвергались переменные – лингвистические категории, выделенные группой экспертов при анализе общего массива данных о ведущих маркерах семантики текста испытуемых. Данные описаны в бинарной шкале, определяющей наличие/отсутствие конкретной категории в наборе слов-маркеров конкретного испытуемого. Используются два варианта объединения данных: метод единичной связи, эффективный для наиболее точного определения связей между отдельными элементами, и метод полной связи, эффективный для изучения структуры групп элементов.

### ***Результаты и их анализ***

Изучены психолингвистические показатели у здоровых и больных с невротическими расстройствами, а также их динамика у больных в процессе психотерапии (табл. 1).



Таблица 1

Психолингвистические показатели у обследуемых групп ( $M \pm m$ )

| Показатель   | Здоровые       | Больные         |                | По непараметрическим критериям |                    |                    |
|--|----------------|-----------------|----------------|--------------------------------|--------------------|--------------------|
|  |                | до лечения      | после лечения  | p <sub>1-2</sub> <             | p <sub>1-3</sub> < | p <sub>2-3</sub> < |
|  | 1              | 2               | 3              |                                |                    |                    |
| <i>Морфо-синтаксический уровень, количество</i>              |                |                 |                |                                |                    |                    |
| ● слов   | 211,7 ±<br>7,8 | 306,3 ±<br>10,2 | 264,9 ±<br>8,3 | 0,01                           | 0,01               | 0,01               |
| ● предложений  | 20,5 ±<br>0,7  | 28,3 ±<br>0,9   | 24,3 ±<br>0,8  | 0,01                           | 0,01               | 0,01               |
| ● размер предложений<br>(в кол-ве слов)                      | 10,4 ±<br>0,2  | 10,9 ±<br>0,1   | 11,0 ±<br>0,1  | –                              | –                  | –                  |
| ● простых предложений, %                                     | 73,1 ±<br>1,1  | 68,8 ±<br>0,9   | 66,7 ±<br>0,7  | –                              | 0,05               | 0,01               |
| <i>Лексико-грамматический уровень, количество</i>            |                |                 |                |                                |                    |                    |
| ● существительных  | 17,3 ±<br>0,3  | 18,5 ±<br>0,5   | 19,1 ±<br>0,4  | –                              | 0,01               | –                  |
| ● глаголов   | 18,6 ±<br>0,3  | 17,8 ±<br>0,3   | 18,2 ±<br>0,3  | –                              | –                  | 0,05               |
| ● местоимений  | 22,8 ±<br>0,5  | 24,8 ±<br>0,5   | 24,9 ±<br>0,5  | 0,05                           | 0,05               | 0,05               |
| ● наречий  | 8,7 ±<br>0,2   | 8,8 ±<br>0,2    | 9,0 ±<br>0,2   | –                              | –                  | –                  |
| ● прилагательных   | 8,0 ±<br>0,4   | 8,1 ±<br>0,3    | 9,4 ±<br>1,2   | –                              | –                  | –                  |
| <i>Лексико-стилистический уровень, коэффициент, усл. ед.</i> |                |                 |                |                                |                    |                    |
| ● глагольности   | 0,4 ±<br>0,0   | 0,4 ±<br>0,0    | 1,8 ±<br>1,3   | –                              | 0,01               | 0,01               |
| ● пассивного залога  | 8,0 ±<br>0,4   | 10,2 ±<br>0,2   | 10,2 ±<br>0,2  | 0,01                           | 0,01               | 0,05               |
| ● личных местоимений   | 4,1 ±<br>0,3   | 4,3 ±<br>0,2    | 4,4 ±<br>0,2   | –                              | –                  | 0,05               |
| ● связности  | 0,6 ±<br>0,0   | 0,6 ±<br>0,0    | 0,7 ±<br>0,0   | –                              | –                  | 0,01               |
| ● эмболии  | 1,5 ±<br>0,2   | 2,00 ±<br>0,2   | 1,1 ±<br>0,1   | 0,05                           | 0,01               | 0,01               |
| ● словарного разнообразия                                    | 13,2 ±<br>0,6  | 12,9 ±<br>0,5   | 13,2 ±<br>0,4  | –                              | –                  | 0,01               |

В изучаемую группу больных с невротическими расстройствами включались пациенты после тщательной клинической и лабораторной диагностики. Диагностика невротических расстройств у пациентов обследованной группы строилась с учетом позитивных и негативных критериев, принятых в современной отечественной неврологии. Клинический диагноз каждого пациента подтверждался ведущим сотрудником отделения

неврозов и психотерапии, в спорных случаях пациенты обследовались невропатологом с целью исключения органического поражения головного мозга – при этом перед обследованием проводилась рентгенография черепа в двух проекциях или ЯМР, ЭЭГ и РЭГ. В ходе исследования из основной группы были исключены 4 человека с сочетанием невротического расстройства с различными формами органической патологии головного мозга (последствия перенесенных нейроинфекций в детстве, церебральные арахноидиты и др.). Показатели этих больных не были включены в статистическую обработку.

Клинико-психологические показатели в группе больных с невротическими расстройствами значительно отличаются от соответствующих показателей в группе здоровых, так, общий показатель шкалы Александровича у больных с невротическими расстройствами составил в сырых баллах ( $272,6 \pm 5,1$ ), а у здоровых – ( $94,7 \pm 7,3$ ), что соответствовало показателю статистической достоверности различий при  $p < 0,01$ . Средние значения уровня алекситимии у пациентов группы исследования были так же значительно выше, чем у здоровых, соответственно ( $72,0 \pm 0,5$ ) и ( $56,1 \pm 1,3$ ) балла. Данные анализа средних показателей алекситимии у больных с невротическими расстройствами в нашем исследовании примерно соответствуют полученным ранее данным [1].

При анализе психолингвистических показателей после проведенного лечения у больных с невротическими расстройствами обнаруживаются изменения на всех рассматриваемых уровнях организации речи.

На *морфо-синтаксическом* уровне организации речи у больных с невротическими расстройствами в процессе психотерапии снижаются средние показатели количества слов в рассказе о себе с ( $306,3 \pm 10,3$ ) до ( $264,9 \pm 8,3$ ) и количества предложений с ( $28,3 \pm 0,9$ ) до ( $24,3 \pm 0,8$ ) (см. табл. 1). При анализе с использованием статистических критериев для зависимых групп отмечается достоверное снижение вышеуказанных показателей ( $p < 0,01$ ).

Показатель среднего размера предложений у больных до лечения – ( $10,9 \pm 0,1$ ) слов практически не отличается от такового после лечения – ( $11,0 \pm 0,1$ ) слов. При анализе количества простых предложений отмечается их снижение даже по средним величинам с ( $68,8 \pm 0,9$ ) до ( $66,7 \pm 0,7$ ) после лечения. При статистическим сравнениям ранговых величин снижение показателей соответствует статистической достоверности изменения рангов ( $p < 0,01$ ). По показателю среднего размера предложений достоверных изменений не отмечено. В группе больных после лечения по сравнению с группой здоровых выявляются достоверно ( $p < 0,01$ ) более высокие показатели предложений, простых предложений и количества слов, которые, несмотря на их уменьшение в динамике, не достигают уровня этих показателей у здоровых (см. табл. 1).

Показатели *лексико-грамматического уровня* после лечения в большинстве своем изменяются незначительно (см. табл. 1). Отмечается повышение количества глаголов ( $p < 0,05$ ), которое приближается к данным здоровых лиц. Обнаруживается также достоверное увеличение количества глаголов по отношению к другим частям речи ( $p < 0,01$ ). У больных после терапии показатель количества местоимений остается достоверно более высоким, чем у здоровых.

Показатели *лексико-стилистического уровня* у больных после лечения изменяются значительно (см. табл. 1). После проведенного лечения представленные в таблице лексико-стилистические коэффициенты (за исключением эмболии, показатель которой уменьшаются) повышаются и свидетельствуют об улучшении психологического и психофизиологического состояния больных проведенной психотерапии.

Повышение коэффициента глагольности определяется увеличением в речи слов, обозначающих действие (глаголы, причастия, деепричастия). Увеличение коэффициента глагольности в литературе часто связывается с повышением активности, готовности к действиям, что применительно к больным с невротическим расстройством может отражать намерение более активных действий по разрешению существующих трудностей. Увеличение коэффициента личных местоимений может свидетельствовать о позитивной динамике такой характеристики личности, как самооценка.

Достоверно увеличивающиеся коэффициенты связности и словарного разнообразия свидетельствуют об изменении такого важного показателя речи, как логическая связность. Косвенно, по мнению психолингвистов, этот коэффициент показывает активизацию пассивного словарного запаса.

Средний показатель коэффициента эмболии после терапии снижается. Коэффициент эмболии прямо пропорционален уровню эмоционального напряжения, и его снижение может быть связано с эмоциональной поддержкой, эмоциональным реагированием и снижением эмоционального напряжения после проведенного лечения, другой стороной динамики этого показателя может быть отражение актуализации вербальной стороны интеллекта.

При сравнении полученных данных у больных с соответствующими психолингвистическими коэффициентами у здоровых отмечаются достоверные различия по коэффициенту глагольности ( $p < 0,01$ ) – он выше в группе больных после лечения, что говорит о готовности пациентов описывать себя в категориях действия и может косвенно свидетельствовать о намерении менять свое поведение. По данному показателю выявляется высокий уровень достоверности различий по основному и дополнительным статистическим критериям.

Однако при этом возрастает и коэффициент пассивного залога глаголов – он остается (как и до лечения) достоверно более высоким у больных после лечения, чем у здоровых ( $p < 0,01$ ), что может говорить об относительной нечеткости планов по будущим изменениям. Если этот эффект перевести в индивидуально психологическую плоскость, то это может указывать и на то, что возрастающая активность побудительной мотивации опережает смыслообразующую – человек уже готов менять собственное поведение, но еще не знает как.

Коэффициент эмболии (неспособность подобрать слова, сложность с выражением собственной мысли, эмоциональное напряжение) также остается достоверно более высоким у пациентов после терапии, чем у здоровых ( $p < 0,05$ ), что в данном случае может свидетельствовать о сохраняющихся сложностях в логическом описании, неполной актуализации пассивного словарного запаса и вербального интеллекта, что, возможно, связано с результатами краткосрочной психотерапии в условиях психотерапевтического стационара.

Полученные данные свидетельствуют о положительной динамике психофизиологического состояния у больных после курса лечения – исчезают достоверные различия ряда психолингвистических коэффициентов при сравнении их у здоровых испытуемых. В то же время отдельные психолингвистические показатели у больных с невротическими расстройствами после лечения отличаются от таковых у здоровых, что может говорить о сохранении своеобразных психолингвистических особенностей, присущих пациентам с невротическими расстройствами, а также о появлении новых характеристик, не свойственных больным до лечения и здоровым.

При кластерном анализе ключевых слов больных с невротическими расстройствами после лечения методом единичной связи наибольшая связь (4 единицы) обнаруживается между категориями «отдых» и «долженствование» (описание необходимости совершения поступков и действий требованиями социального окружения). Почти такую же плотную диаду – 5 единиц – образуют категории «неудачи» и «личные отрицательные качества». Расстояние между данными парами составляет 7 единиц. На расстоянии 14 единиц к ним присоединяется категория «удовольствие». Остальные категории (в порядке убывания сходства) – «здоровье» (17 единиц), «труд» (18 единиц), «желания» (19 единиц).

Кластерный анализ ключевых слов методом полной связи позволил выделить две отдельные группы:

1) «отдых», «долженствование», «неудачи», «собственные отрицательные качества», «удовольствия», «здоровье», «желание». Минимальные расстояния отмечены в диадах «отдых» – «долженствование» (4 единицы) и «неудачи» – «личные отрицательные качества» (5 единиц); максималь-

ное в этой группе расстояние зафиксировано для категории «желание» (25 единиц);

2) «достижения», «личные положительные качества» (26 единиц).

Таким образом, количество категорий, связанных между собой, в группе больных невротизмом после проведенного лечения наименьшее из всех трех сравниваемых групп – 5 из 17. Той же тенденции подвержено и количество выраженных групп (после проведенного лечения – 2, у больных до лечения – 5, а у здоровых – 3). Кроме того, можно отметить и различия по степени плотности групп: у пациентов после лечения она выше, чем в группе пациентов до лечения, однако не достигает уровня у здоровых.

Исследовалась также динамика психолингвистических показателей отдельно в группах с различной мотивацией к психотерапии при поступлении в клинику. Всего выделены четыре группы по ведущему типу мотивации к психотерапии: 1) мотивация на инсайт, 2) мотивация на изменение поведения, 3) мотивация на симптоматическое улучшение, 4) мотивация на получение вторичной выгоды (рентная) или иная, включая пассивную позицию.

В группах с разными типами мотивации к психотерапии имеются особенности динамики психолингвистических показателей. Показатели количества слов и количества предложений достоверно ( $p < 0,01$ ) увеличиваются во всех группах. Количество простых предложений достоверно ( $p < 0,05$ ) снижается только в группе с мотивацией на изменение поведения. В остальных группах можно говорить о тенденции к повышению. В группе с мотивацией на получение вторичной выгоды происходит достоверное понижение количества глаголов ( $p < 0,01$ ). Коэффициент эмболии достоверно понижается во всех группах. Коэффициент связности и коэффициент глагольности повышаются во всех группах, кроме группы с мотивацией на получение вторичной выгоды. В последней – не обнаруживается достоверных изменений. Коэффициент словарного разнообразия достоверно повышается в группах с мотивацией на инсайт и на изменение поведения. В группах с мотивацией на симптоматическое улучшение и на получение вторичной выгоды достоверных изменений по этому показателю не выявляется. Таким образом, в наименьшей степени изменения психолингвистических показателей отмечались в группе с рентной или пассивной мотивацией в отличие от групп с другими типами мотивации.

По результатам лечения больные с невротическими расстройствами были разделены на три группы: 1-я – полное выздоровление, 2-я – частичное улучшение, 3-я – отсутствие изменений или ухудшение. По показателям количества слов и количества предложений, коэффициенту глагольности отмечается достоверное повышение во всех группах. Показатель простых предложений достоверно понижается в группах с выздоровлением

или с частичным улучшением. Количество глаголов достоверно выше во 2-й и 3-й группах. Коэффициент личных местоимений достоверно повышается только во 2-й группе. Коэффициенты связности, словарного разнообразия достоверно повышаются в 1-й и 2-й группах, а коэффициент эмболии в них достоверно снижается.

При оценке динамики психолингвистических показателей после лечения наиболее значимыми являются количество слов, количество предложений, процентное соотношение простых предложений. Все эти показатели достоверно уменьшаются после проведенного лечения. Важным для оценки динамики является общее повышение количества глаголов и коэффициента глагольности после лечения. Высокий уровень достоверности для оценки динамики показали коэффициент связности (увеличивается после лечения), коэффициент словарного разнообразия (увеличивается после лечения), коэффициент эмболии (уменьшается после лечения). Коэффициент личных местоимений может служить дополнительным критерием (степень достоверности меньше) – происходит его увеличение в процессе лечения.

Для больных с рентной мотивацией и пассивной позицией наиболее специфичными оказались коэффициенты связности, глагольности, словарного разнообразия. Эти коэффициенты в группе больных с таким типом мотивации не показали достоверного повышения после проведенного лечения. Дополнительным показателем может являться количество глаголов, которое снижается после лечения в группе больных с рентной мотивацией.

Обнаружены и статистически значимые изменения ряда лингвистических характеристик у больных с различными формами невротических расстройств в процессе психотерапии.

По результатам психотерапевтического лечения были выявлены 11 наиболее чувствительные лингвистических характеристик, представленных в табл. 2 (см. показатели 1–11). Наиболее достоверными показателями выздоровления являются снижение процентного вклада в речь простых предложений и повышение коэффициента глагольности. Такие показатели, как коэффициент связности и коэффициент словарного разнообразия, повышаются при выздоровлении или частичной редукции невротической симптоматики. В качестве дополнительного при анализе динамики лингвистических характеристик может быть использован коэффициент эмболии, который снижается при улучшении психофизиологического состояния у больных с невротическими расстройствами.

Таблица 2

Динамика психолингвистических показателей у разных подгрупп больных с невротическими расстройствами в процессе психотерапии

| Лингвистические<br>показатели                      | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8 | 9  | 10 | 11 |
|--|----|----|----|----|----|----|----|---|----|----|----|
| Изучаемые характеристики больных                   |    |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |
| Общая группа больных                               | -  | -  | 0  | -  | +  | ++ | 0  | + | ++ | -  | +  |
| Вид невротических расстройств                      |    |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |
| • истерический невроз                              | -  | -  | +  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0 | +  | -  | 0  |
| • неврастения                                      | -  | -  | +  | 0  | 0  | +  | 0  | 0 | +  | -  | +  |
| • невроз навязчивых состояний                      | -  | -  | -  | 0  | 0  | ++ | 0  | 0 | 0  | -  | 0  |
| Самооценка выздоровления                           |    |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |
| □ полное   | -  | -  | -  | -- | 0  | ++ | 0  | 0 | +  | -  | +  |
| □ частичное  | -- | -- | -- | -- | +  | ++ | 0  | + | ++ | -- | ++ |
| □ отсутствие эффекта                               | -  | -  | 0  | 0  | 0  | +  | 0  | 0 | 0  | 0  | 0  |
| □ негативная динамика                              | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0 | 0  | 0  | 0  |
| Мотивация на выздоровления                         |    |    |    |    |    |    |    |   |    |    |    |
| ◆ на инсайт  | -  | 0  | -  | 0  | 0  | ++ | ++ | 0 | ++ | -- | +  |
| ◆ на изменение поведения                           | -  | 0  | -  | -  | 0  | +  | +  | 0 | +  | 0  | +  |
| ◆ на симптоматическое улучшение                    | -  | 0  | -  | 0  | 0  | ++ | +  | 0 | +  | -  | 0  |
| ◆ на получение вторичной выгоды (рентная) или иная | -  | 0  | -  | 0  | ++ | ++ | 0  | 0 | 0  | 0  | 0  |

Психолингвистические показатели: 1 – количество слов, 2 – количество предложений, 3 – средний размер предложения в словах; 4 – простые предложения; 5 – глаголы; 6 – коэффициент глагольности, 7 – коэффициент активного залога, 8 – коэффициент личных местоимений, 9 – коэффициент связности, 10 – коэффициент эмболии, 11 – коэффициент словарного разнообразия; «+» доказанное увеличение показателей, «++» – выраженное увеличение, «-» – уменьшение показателей, «--» – выраженное уменьшение, «0» – отсутствие доказанной динамики

При анализе методом ключевых слов существенным в динамике показателей после лечения является уменьшение количества субъективно значимых категорий, увеличение плотности выраженных групп, а также исчезновение из поля субъективной значимости категорий «болезнь» и «страдание».

### *Заключение*

Динамика речи у больных с невротическими расстройствами в процессе психотерапии характеризуется высокой специфической и неспецифической чувствительностью ряда психолингвистических показателей, а также особенностей семантической организации понятийной структуры к изменению их клинического состояния и динамике выздоровления, а также специфики мотивации к проводимой психотерапии.

У больных с невротическими расстройствами после проведенной психотерапии на морфо-синтаксическом уровне отмечено достоверное снижение количества слов, предложений и простых предложений; на лексико-грамматическом уровне – достоверно большая частота использования глаголов, чем других частей речи; на лексико-стилистическом уровне – повышение коэффициента глагольности (связанного с активностью, готовностью к действиям), коэффициента личных местоимений, коэффициента связности (отражающего актуализацию пассивного словарного запаса), снижение коэффициента эмболии (прямо пропорционального эмоциональному напряжению).

При сравнении психолингвистических характеристик речи больных с невротическими расстройствами после лечения и здоровых установлено, что коэффициент глагольности достоверно выше в группе больных после лечения. Так же, как и у больных до лечения, выше остаются показатели количества слов, количества предложений, простых предложений, коэффициентов пассивного залога глаголов и эмболии.

Полученные данные свидетельствуют об определенной тенденции к нормализации речи больных после лечения, что дает основание рассматривать изменение лингвистические показатели в качестве индикаторов позитивной динамики психотерапии.

В результате проведенного исследования обнаружена связь между рядом клинических и клинко-психологических характеристик, с одной стороны, и психолингвистическими показателями речи больных с невротическими расстройствами, а также особенностями клинической динамики с другой стороны, что дает возможность рассматривать их в клинко-лингвистическом единстве, отражающем связь языка с клиническими проявлениями невротических расстройств в динамике.

### *Литература*

1. *Алекситимия* и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: метод. пособие / Д.Б. Ересько, Г.Л. Исурина, Е.В. Кайдановская [и др.]. – СПб., 1994. – 17 с.
2. *Додонова Н.А.* Диагностическое значение лексико-семантических и морфологических особенностей речи больных неврозом : автореф. дис. ...



канд. психол. наук / Додонова Н.А. ; [Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева]. – Л., 1989. – 21 с.

3. *Карвасарский Б.Д.* Неврозы / Б.Д. Карвасарский. – М. : Медицина, 1990. – 576 с.

4. *Леонтьев А.А.* Основы психолингвистики / А.А. Леонтьев. – М. : Смысл, 1999. – 287 с.

5. *Петренко В.Ф.* Психосемантика сознания / В.Ф. Петренко. – М. : Изд. МГУ, 1988. – 208 с.

6. *Черепанова И.Ю.* Вербальная суггестия: теория, методика, социально-лингвистический эксперимент: автореф. дис. ... д-ра филол. наук / Черепанова И.Ю. – М., 1996. – 50 с.

7. *Черепанова И.Ю.* Дом колдуньи. Язык творческого Бессознательного / И.Ю. Черепанова. – М. : КСП+, 1999. – 416 с.

8. *Kwestionariusze objawowe «S»I«O»* – narzędzia służące do diagnozy I opisu zaburzeń nerwicowych / J.W. Aleksandrowicz [et al.] // *Psychoterapia*. – Krakow, 1981. – S. 11–27.

## **БИОЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ МОЗГА У БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМИ СТАДИЯМИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

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

### ***Введение***

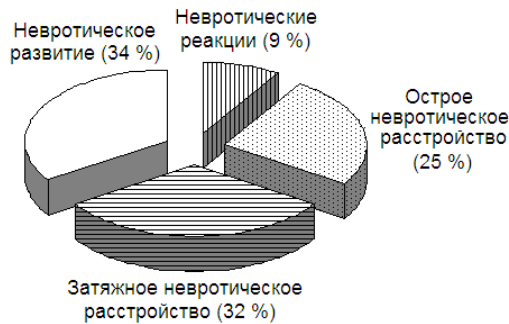
Изучение формирования и динамики клинической симптоматики при невротических расстройствах всегда привлекало внимание исследователей [3–5, 7, 9, 10, 12, 13]. Проблема остается актуальной и в настоящее время. Это обусловлено, с одной стороны, происходящим с течением времени клиническим патоморфозом, а с другой – недостаточной изученностью патофизиологических и, в частности, нейрофизиологических механизмов невротических расстройств.

Клинико-динамическое изучение позволило обнаружить общие для всех клинических типов закономерности формирования невротической картины: невротическая реакция – острое невротическое расстройство – затяжное невротическое расстройство – невротическое развитие. Невротическая реакция чаще всего выражается в виде реактивно-невротических и соматовегетативных проявлений. Для этапа невротического состояния характерны относительная стабилизация невротической симптоматики, «кристаллизация» ведущего синдрома. В настоящее время некоторые исследователи [3] выделяют острое и затяжное невротическое состояние. Переход в невротическое развитие имеет место при наличии неразрешимых психотравмирующих ситуаций. Для него характерны длительное течение (свыше 5 лет), отрыв клинической картины от психотравмирующей ситуации, сочетание невротических и патохарактерологических проявлений.

Таким образом, клинико-динамическое изучение невротических расстройств дает возможность проследить этапы их формирования и развития. Однако остаются малоизученными нейрофизиологические аспекты формирования невротической картины. Поэтому целью настоящего исследования являлось изучение биоэлектрической активности мозга у больных с различными стадиями невротических расстройств. Методом исследования был избран спектральный анализ ЭЭГ с применением быстрого преобразования Фурье, позволяющий проводить анализ частотных компонентов ЭЭГ, отражающих деятельность различных систем мозга [11].

### *Материал и методы*

Обследованы 79 больных с невротическими расстройствами в возрасте от 17 до 63 лет (женщин – 52, мужчин – 27, средний возраст – 33 года), находившихся на стационарном лечении в отделении неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. В соответствии с принятой классификацией невротических расстройств, больные были распределены на четыре группы: 1-я – пациенты с невротической реакцией (длительность заболевания до 3 месяцев), 2-я – пациенты с острым невротическим расстройством (длительность заболевания от 3 месяцев до 1 года), 3-я – пациенты с затяжным невротическим расстройством (длительность заболевания от 1 года до 5 лет), 4-я – пациенты с невротическим развитием (длительность заболевания свыше 5 лет). Распределение больных по группам представлено на рис. 1.



*Рис. 1. Структура невротических расстройств*

В контрольную группу вошли 24 здоровых лица со средним возрастом 31 год. Из исследования были исключены больные с соматической патологией и органическими заболеваниями центральной нервной системы.

ЭЭГ регистрировали на компьютерном электроэнцефалографе «Телепат 104-Д» с использованием схемы наложения электродов «10–20».

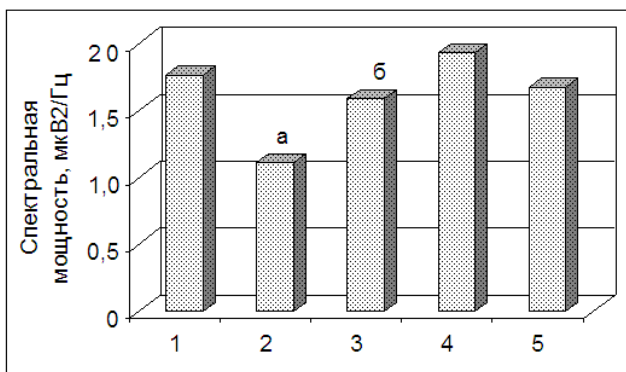
Обработку данных проводили с помощью специально разработанного пакета программ по алгоритму прямого преобразования Фурье, позволяющего определить плотность мощности сигнала для отдельных ритмов следующих частотных диапазонов: дельта-ритма (0,5–3,9 Гц), тета-ритма (4,0–7,9 Гц), альфа-ритма (8–13), бета1-ритма (13,1–25,0), бета2-ритма (25,1–35,0).

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы Statistica 6.0 for Windows. Применяли непараметрические методы статистики с использованием критериев Уилкоксона и Манна – Уитни.

### *Результаты исследования*

Различия по спектральной мощности и доминирующей частоте основных ритмов ЭЭГ рассматриваются между здоровыми и группами больных с различными стадиями невротических расстройств. На рис. 2–10 представлены наиболее показательные изменения основных ритмов.

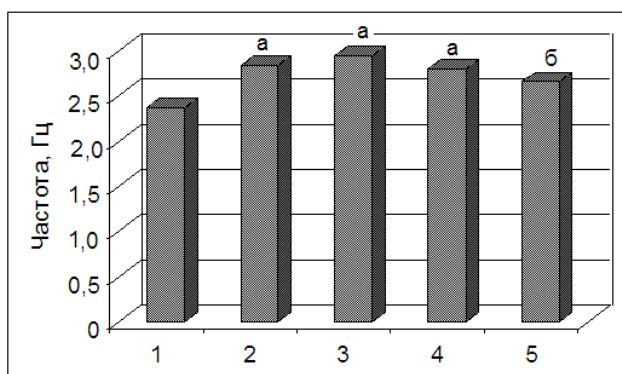
Сравнительно с группой здоровых, у больных с невротической реакцией, острым невротическим расстройством и невротическим развитием наблюдается снижение спектральной мощности дельта-активности фоновой ЭЭГ, при этом достоверные различия имеются только у больных с невротической реакцией в правом задневисочном отведении. У пациентов с затяжным невротическим расстройством наблюдается повышение спектральной мощности дельта-активности, однако оно не достигает достоверной значимости. Достоверные различия внутри группы больных с невротическими расстройствами имеются только между пациентами с невротической реакцией и острым невротическим расстройством в затылочных и задневисочных отведениях (рис. 2).



*Рис. 2. Спектральная мощность дельта-активности ЭЭГ в правом задневисочном отведении*

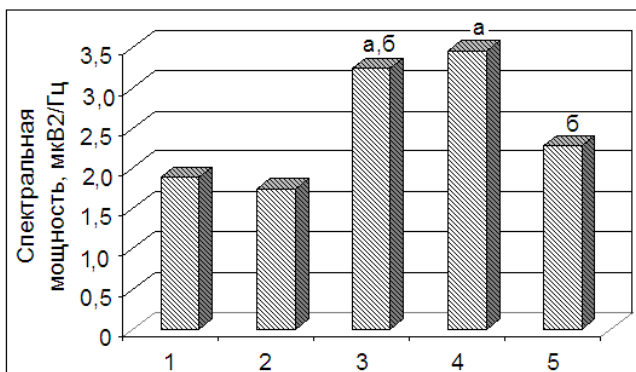
Здесь и на рис. 3–10: 1 – здоровые, 2 – больные с невротической реакцией, 3 – больные с острым невротическим расстройством, 4 – больные с затяжным невротическим расстройством, 5 – больные с невротическим развитием; а – по сравнению со здоровыми ( $p < 0,05$ ), б – между соседними группами больных ( $p < 0,05$ ).

При сопоставлении групп по значениям доминирующей частоты дельта-активности выявлено, что, по сравнению с группой здоровых, эти значения достоверно выше у больных с невротической реакцией (в центральных, теменных, затылочных, задневисочных и правом средневисочном отведениях), острым (в центральных, теменных, затылочных, задневисочных и правом средневисочном отведениях) и затяжным (в центральных, теменных, затылочных, левых переднелобном и задневисочном и правых заднелобном и средневисочном отведениях) невротическими расстройствами. У больных с невротическим развитием достоверных различий средних значений частоты дельта-активности по сравнению со здоровыми не выявляется (рис. 3).



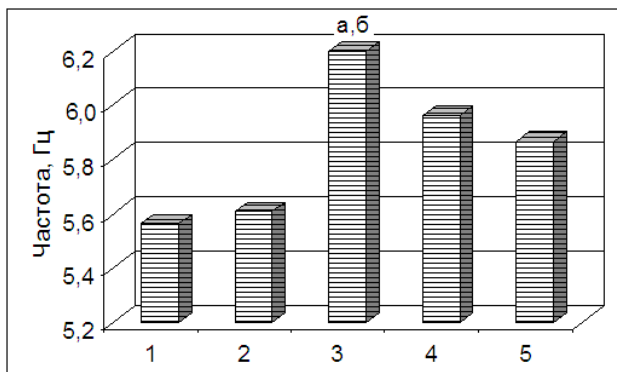
*Рис. 3. Доминирующая частота дельта-активности ЭЭГ в левом затылочном отведении*

При сопоставлении групп по значениям спектральной мощности тета-активности выявлено, что по сравнению с группой здоровых эти значения достоверно выше у больных с острым (в теменных, затылочных и височных отведениях) и затяжным (в правых заднелобном, центральном и височных и левом средневисочном отведениях) невротическим расстройством. У больных с невротической реакцией наблюдается снижение, а у больных с невротическим развитием повышение спектральной мощности тета-активности, однако уровня достоверности они не достигают (рис. 4). Достоверные различия выявлены между больными с невротической реакцией и острым невротическим расстройством (во всех отведениях, кроме левого средневисочного), между больными с затяжным невротическим расстройством и невротическим развитием (в правых передневисочном и задневисочном и левом средневисочном отведениях).



*Рис. 4. Спектральная мощность тета-активности ЭЭГ в правом передневисочном отведении*

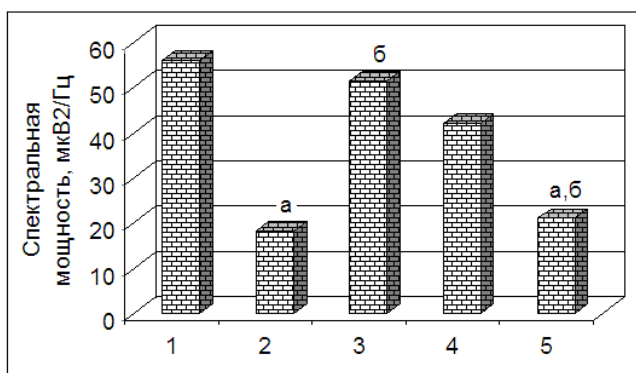
При сопоставлении групп по значениям доминирующей частоты тета-активности выявлено, что, по сравнению с группой здоровых, эти значения достоверно выше у больных с острым невротическим расстройством (в правых заднелобном и центральном и левых средневисочном и задневисочном отведениях). При этом достоверные различия имеются между больными с невротической реакцией и острым невротическим расстройством в левых центральном и задневисочном отведениях (рис. 5).



*Рис. 5. Доминирующая частота тета-активности ЭЭГ в левом задневисочном отведении*

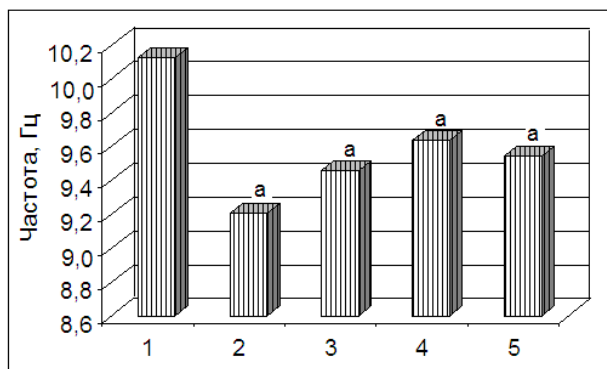
При сопоставлении групп по значениям спектральной мощности альфа-активности выявлено, что, по сравнению с группой здоровых, эти

значения достоверно ниже у больных с невротической реакцией (в левых лобных и средневисочном и правых заднелобном, центральном, теменном, передневисочном и средневисочном отведениях) и невротическим развитием (в центральных, теменных, затылочных, задневисочных, правом переднелобном и левых передневисочном и средневисочном отведениях) (рис. 6). Достоверные различия по спектральной мощности альфа-активности выявлены между больными с невротической реакцией и острым невротическим расстройством (во всех отведениях, кроме левых средневисочного и задневисочного), между больными с затяжным невротическим расстройством и невротическим развитием (во всех отведениях).



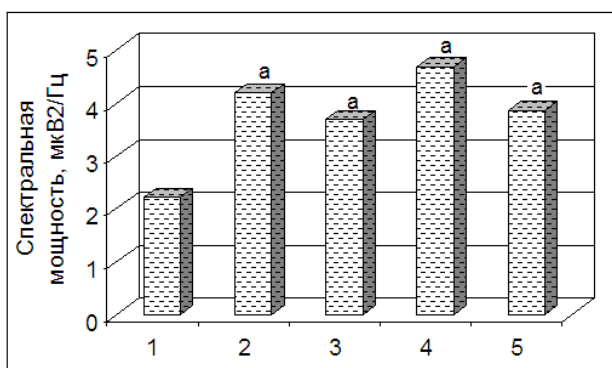
*Рис. 6. Спектральная мощность альфа-активности ЭЭГ в левом затылочном отведении*

При сопоставлении групп по значениям доминирующей частоты альфа-активности выявлено, что, по сравнению с группой здоровых, эти значения достоверно ниже у больных со всеми стадиями развития невротических расстройств: у больных с невротической реакцией в левых лобных, средневисочном и правых заднелобном, центральном, теменном, передневисочном, средневисочном отведениях, у больных с острым невротическим расстройством – во всех отведениях, у больных с затяжным невротическим расстройством – в левых лобных, центральном, средневисочном и правых переднелобном, центральном, теменном, затылочном и передневисочном отведениях, у больных с невротическим развитием – в центральных, теменных, затылочных, задневисочных, левых передневисочном, средневисочном и правом переднелобном отведениях. Достоверных различий между группами больных не выявляется (рис. 7).



*Рис. 7. Доминирующая частота альфа-активности ЭЭГ в правом передневисочном отведении*

При сопоставлении групп по значениям спектральной мощности бета1-активности выявлено, что, по сравнению с группой здоровых, эти значения достоверно выше у больных со всеми стадиями невротических расстройств: у больных с невротической реакцией – в правом переднелобном отведении, у больных с острым невротическим расстройством – во всех отведениях, у больных с затяжным невротическим расстройством во всех отведениях, кроме теменных, затылочных и задневисочных, у больных с невротическим развитием – в лобных и правом передневисочном отведении (рис. 8). Достоверных различий спектральной мощности бета1-активности между группами больных нет.

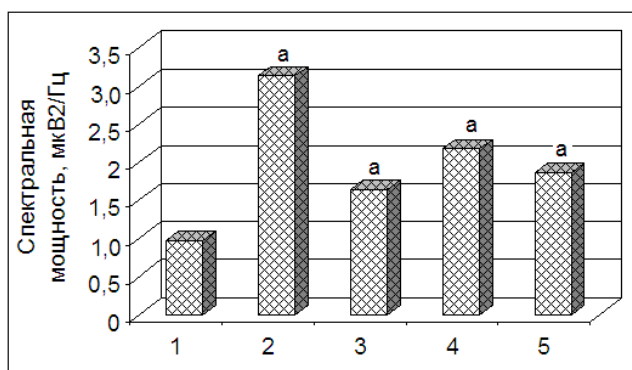


*Рис. 8. Спектральная мощность бета1-активности ЭЭГ в правом переднелобном отведении*



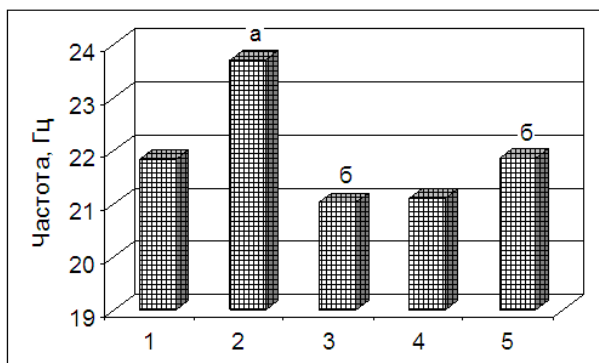
При сопоставлении значений доминирующей частоты бета1-активности достоверных различий между группой здоровых и больными, а также между группами больных не выявлено.

При сопоставлении групп по значениям спектральной мощности бета2-активности выявлено, что, по сравнению с группой здоровых, эти значения достоверно выше у больных со всеми стадиями невротических расстройств: у больных с невротической реакцией – в лобных, центральных и височных отведениях, у больных с острым невротическим расстройством – во всех отведениях, у больных с затяжным невротическим расстройством во всех отведениях, кроме теменных и затылочных, у больных с невротическим развитием – в лобных, центральных, передневисочных и левом средневисочном отведениях (рис. 9). Достоверных различий спектральной мощности бета1-активности между группами больных нет.



*Рис. 9. Спектральная мощность бета2-активности ЭЭГ в правом переднелобном отведении*

При сопоставлении групп по значениям доминирующей частоты бета2-активности выявлено, что, по сравнению с группой здоровых, эти значения достоверно выше только у больных с невротической реакцией в заднелобных, центральных и теменных отведениях (рис. 10). У больных с невротической реакцией наблюдаются достоверно более высокие значения частоты бета2-активности, чем у больных с острым невротическим расстройством в лобных, центральных, теменных, левых затылочном и передневисочном и правом средневисочном отведениях. У больных с невротическим развитием более высокие значения частоты бета2-активности, чем у больных с затяжным невротическим расстройством в центральных, теменных и левых переднелобном, затылочном и передневисочном отведениях.



*Рис. 10. Доминирующая частота бета2-активности ЭЭГ в правом центральном отведении*

### ***Обсуждение результатов***

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что у больных с различными стадиями невротических расстройств выявляются особенности организации ЭЭГ, отличающие их как от здоровых лиц, так и от больных с другими стадиями. При этом выявленные изменения спектральных характеристик касаются всех основных частотных диапазонов ЭЭГ.

Для больных с невротической реакцией (в сравнении со здоровыми) характерны следующие изменения спектральных характеристик: повышение частоты дельта-активности, снижение мощности (ограниченное только затылочными отведениями) и частоты альфа-активности (наблюдаемое в большей степени в отведениях правого полушария), повышение мощности бета-активности (в основном, бета2-диапазона), повышение частоты бета2-активности.

Наиболее выраженные изменения у больных с острым невротическим расстройством касаются тета-активности. Наблюдается повышение её мощности (симметричное в правом и левом полушариях и локализующееся в теменных, затылочных и височных отведениях) и частоты. Кроме того, сохраняются выявленные у больных с невротической реакцией повышение частоты дельта-активности (с большим распространением по полушариям, в отличие от больных с невротической реакцией), снижение частоты альфа-активности (распространенное уже на все отведения обоих полушарий), повышение мощности бета-активности (и бета1-, и бета2-диапазонов, распространенное на все отведения обоих полушарий). Больных с острым невротическим расстройством достоверно отличают от больных с невротической реакцией повышение мощности тета-активности,

повышение мощности альфа-активности (распространенное по всем отведениям обоих полушарий) и снижение частоты бета2-активности.

У больных с затяжным невротическим расстройством сохраняется повышение частоты дельта-активности (в тех же отведениях, что и при остром невротическом расстройстве), снижение частоты альфа-активности (менее распространенное, чем у больных с острым невротическим расстройством), повышение мощности тета-активности (которое, в отличие от больных с острым невротическим расстройством, локализуется преимущественно в отведениях правого полушария – в височных, заднелобном и центральном), повышение мощности бета1- и бета2-активности (менее распространенное по полушариям). При этом достоверных различий между больными с острым и затяжным невротическими расстройствами нет.

Больных с невротическим развитием (в сравнении со здоровыми) характеризует снижение мощности альфа-активности (более распространенное, чем при невротической реакции), снижение частоты альфа-активности, повышение мощности бета1- и бета2-активности (локализованное преимущественно в передних отведениях). Больные с невротическим развитием достоверно отличаются от больных с затяжным невротическим расстройством снижением мощности альфа-активности, снижением мощности тета-активности, снижением частоты дельта-активности, повышением частоты бета2-активности.

Можно предположить, что выявленные изменения биоэлектрической активности мозга свидетельствуют о различной заинтересованности на разных стадиях развития невротических расстройств тех или иных структур, регулирующих корковую электрическую активность [2, 6, 8]. Наши данные в некоторой степени подтверждают результаты исследований других авторов [1].

Таким образом, результаты проведенного нами исследования позволили выделить наиболее информативные спектральные характеристики ЭЭГ, отличающие больных с различными стадиями развития невротических расстройств не только от здоровых лиц, но и между собой. Это позволит более тонко дифференцировать возникающие нарушения корково-подкорково-стволовых взаимоотношений с целью более адекватного подбора терапии для больных, находящихся на разных стадиях невротических расстройств.

### **Выводы**

Из полученных результатов можно сделать следующие выводы:

- 1) у больных со всеми стадиями невротических расстройств имеются особенности организации ЭЭГ, отличающие их от здоровых лиц;
- 2) наблюдаемые изменения спектральных характеристик касаются всех частотных диапазонов ЭЭГ;
- 3) каждая стадия невротических расстройств может быть охарактеризована «специфическим» набором спектральных характеристик;
- 4) у больных с острым и затяжным невротическими расстройствами выявляются наименьшие различия спектральных характеристик (они не достигают достоверности и касаются степени распространения по полушариям);
- 5) выявленные у больных изменения биоэлектрической активности головного мозга свидетельствуют о различной заинтересованности на разных стадиях невротических расстройств тех или иных структур мозга, регулирующих корковую электрическую активность;
- 6) данные исследования позволяют считать, что изучение биоэлектрической активности мозга в динамике развития заболевания позволит в дальнейшем более дифференцировано подходить к подбору терапии на разных стадиях невротических расстройств.

### **Литература**

1. Голубев В.Л. Биоэлектрическая активность мозга у больных с невротическими расстройствами / В.Л. Голубев, Е.А. Корабельникова, Е.П. Кудрявцева // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2006. – Т. 106, № 4. – С. 38–42.
2. Жирмунская Е.А. Клиническая электроэнцефалография / Е.А. Жирмунская. – М. : Мэйби, 1991. – 77 с.
3. Карвасарский Б.Д. Неврозы / Б.Д. Карвасарский. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 1990. – 576 с.
4. Кербигов О.В. Клиническая динамика психопатий и неврозов: актовая речь / О.В. Кербигов. – М. : Изд-во 2-го Моск. гос. мед. ин-та, 1962. – 19 с.
5. Лакосина Н.Д. Клинические варианты невротического развития / Н.Д. Лакосина. – М. : Медицина, 1970. – 222 с.
6. Мягер В.К. Дизэнцефальные нарушения и неврозы / В.К. Мягер. – Л., 1976. – 166 с.
7. Мясичев В.Н. Личность и неврозы / В.Н. Мясичев. – Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1960. – 426 с.

8. *Поворинский А.Г.* Клинико-электрофизиологические показатели функционального состояния головного мозга человека / А.Г. Поворинский. – Л., 1971. – 109 с.
9. *Семке В.Я.* Динамика основных форм неврозов / В.Я. Семке, Л.Я. Нохрина // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1984. – Т. 84, № 11. – С. 1662–1667.
10. *Семке В.Я.* Истерические состояния / В.Я. Семке. – М. : Медицина, 1988. – 224 с.
11. *Слезин В.Б.* Новые электрофизиологические методы диагностики в психоневрологии : метод. рекомендации / В.Б. Слезин, Н.В. Щукина. – СПб., 1993. – 15 с
12. *Ушаков Г.К.* Пограничные нервно-психические расстройства / Г.К. Ушаков. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 1987. – 303 с.
13. *Федоров А.П.* Затяжные неврозы и их психотерапия : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Федоров А.П. ; [Мед. акад. последиплом. образования]. – СПб., 1995. – 39 с.

# ПСИХОСОМАТИКА И ДОНОЗОЛОГИЯ

УДК 613.67 : 613.86

*Е.А. Никитин, С.А. Гончаренко, В.Г. Белов*

## ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ-КОНТРАКТНИКОВ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ОБЕСПЕЧЕНИЯ МОРСКОЙ АВИАЦИИ

1-й Военно-морской клинический госпиталь, Санкт-Петербург;  
Главный клинический госпиталь Тихоокеанского флота, Владивосток;  
Научно-исследовательский центр военно-морской медицины и обитаемости,  
Санкт-Петербург

### *Введение*

Современный научно-технический прогресс выдвигает важные научные вопросы и проблемы в области физиологии труда, сохранения здоровья работающего человека, оптимизации его адаптации к профессиональной деятельности с целью повышению эффективности и надежности труда работников и продления профессионального долголетия при надлежащем качестве жизни.

Тенденции развития производства сейчас таковы, что основные трудности в ближайшие десятилетия будут в основном связаны с определением путей и средств оптимального взаимодействия человека и техники с учетом медико-физиологических, психофизиологических и психологических возможностей работающего. При этом акцент делается на сохранении здоровья человека.

В настоящее время существует более двухсот определений состояния здоровья, что свидетельствует о крайней сложности и неоднозначности данного понятия. С медико-социальных позиций, при определении состояния здоровья человека через его потерю и болезнь, под последней подразумевается «стеснение» свободы человеческой жизни во всех ее проявлениях; нарушение человеческих (общественных) отношений, взаимосвязей, контактов, социальных черт, свойств; психологическая дезадаптация, дезинтеграция личности, человеческих чувств, психологических установок, психосоматическая дезорганизация, дезадаптация.

Важно отметить, что здоровье – категория не только медико-биологическая, но и социальная. Выполнение индивидом своих биологических и социальных функций можно трактовать как проявления здоровья.

От соответствия жизненных установок, притязаний индивида и проявлений здоровья формируется та или иная степень благополучия – физическое, душевное и социальное.

Однако до сих пор остается недостаточно разработанной проблематика, касающаяся учета соотношения медицинских, социально-психологических, психологических и психофизиологических компонент и их влияния на адаптацию человека к профессиональной деятельности [1].

Исходя из этого, целью нашего исследования являлась оценка влияния медико-социальных показателей на успешность адаптации военнослужащих подразделения обеспечения морской авиации.

Служба в Вооруженных Силах РФ предъявляет повышенные требования к профессиональной подготовке, состоянию здоровья и качествам личности военнослужащих. Это определяет необходимость постоянного совершенствования лечебно-профилактических мероприятий, психофизиологического сопровождения учебно-боевой деятельности, системы донозологической диагностики психосоматических расстройств, в генезе которых велика доля вклада психологических и психофизиологических факторов [2]. В связи с этим важным является осуществление мероприятий, направленных на поддержание высокой боевой готовности, профилактику заболеваний и сохранение психосоматического здоровья, продление профессионального долголетия военнослужащих.

Проводимые в последнее время организационно-штатные мероприятия в процессе реформирования Вооруженных Сил способствуют росту социального и психоэмоционального напряжения, ведут к дестабилизации психического статуса и мотивационной сферы, снижению физиологических резервов и неспецифической резистентности организма, повышению уровня заболеваемости личного состава Вооруженных Сил России. У всех категорий военнослужащих в последние годы отмечен рост заболеваний психосоматического характера [4]. Именно поэтому проблемными выступают направления по обоснованию путей сохранения профессионального здоровья с учетом социально-психологических, гигиенических и медицинских аспектов [3].

Переход на систему комплектования Вооруженных Сил России по контракту, усложнение задач и образцов перспективной военной техники, снижение качественных характеристик призывного контингента, увеличение удельного веса психосоматической патологии в структуре заболеваемости, ведущей к медицинской дисквалификации военнослужащих морской авиации, свидетельствуют об актуальности исследования медико-социальных аспектов, оказывающих существенное влияние на состояние здоровья военнослужащих.

Однако, несмотря на социальную значимость тематики психосоматических расстройств, до сих пор остаются малоизученными медико-социальные и социально-психологические аспекты, оказывающие существенное влияние на состояние здоровья человека в конкретной области деятельности. Все это определило основные направления данного исследования.

### *Материал и методы*

Для решения задач исследования проводили комплексное обследование 127 военнослужащих морской авиации Тихоокеанского флота в возрасте от 22 до 45 лет и стажем профессиональной деятельности от 10 месяцев до 25 лет. В ходе работы осуществлялась оценка показателей утраты здоровья (заболеваемость, ограничение профессиональной пригодности, увольняемость) военнослужащих-контрактников подразделений обеспечения морской авиации (ПОМА): корабельных специалистов (КС), летного состава (ЛС), инженерно-технического состава (ИТС), а также анализировали влияние некоторых медико-социальных факторов на успешность их адаптации к профессиональной деятельности. Содержание основных направлений исследования и их объем представлены в табл. 1.

*Таблица 1*

*Объем и основные направления исследования*

| Направление исследования  | Количество человек | Методика и изучаемый показатель  |
|---|--------------------|--|
| Оценка уровня здоровья  | 127                | Здоровые, практически здоровые и лица, имеющие хронические заболевания   |
| Исследование уровня физического развития                            | 127                | Окружность грудной клетки в спокойном состоянии, на вдохе и выдохе, масса тела, жизненная емкость легких, уровень физического развития   |
| Исследование функционального состояния кардио-респираторной системы | 127                | Оценка вегетативного индекса, минутного и ударного объема кровообращения; функциональные нагрузочные пробы (Штанге, Генча, Руфье, Мартине)   |
| Оценка индивидуально-психологических особенностей личности          | 127                | Оценка эмоциональных особенностей (экстраверсии, интроверсии, нейротизма по методике Айзенка, тревожности по методике Ч. Спилберга)  |
| Исследование мотивационной структуры личности и локуса контроля     | 127                | Диагностика мотивационной структуры личности (методика В.Э. Мильмана), оценка направленности на успех или избегание неудач (методика Т. Элерса), оценка уровня субъективного контроля (методика Дж. Роттера) |
| Оценка адаптационных возможностей личности                          | 127                | Оценка адаптационного потенциала (методика МЛО «Адаптивность»)   |



Основными психофизиологическими особенностями деятельности военнослужащих-контрактников ПОМА являются необходимость адаптации, переадаптации и реадаптации; изменения суточных и сезонных биоритмов; световое (ультрафиолетовое) голодание или избыточная инсоляция; сенсорный голод и монотония; высокое психоэмоциональное напряжение; измененное эмоциональное состояние в связи с возможными перемещениями в процессе выполнения учебно-боевых задач.

Далее осуществлена оценка психосоматического статуса военнослужащих-контрактников ПОМА; при этом анализировали заболеваемость данного контингента, функциональное состояние организма военнослужащих-контрактников ПОМА, оценивали физиологические резервы организма обследуемых. Отдельно оценивали субъективное состояние и индивидуально-психологические особенности. На основании полученных данных моделировали функциональное состояние военнослужащих-контрактников ПОМА с психосоматическими заболеваниями.

### ***Результаты и их анализ***

Для анализа состояния здоровья военнослужащих-контрактников ПОМА оценивали их заболеваемость по показателям первичной обращаемости за медицинской помощью и количеству дней трудопотерь у всех категорий личного состава при пересчете на 100 человек на 1 мес (табл. 2).

*Таблица 2*

*Первичная обращаемость военнослужащих за медицинской помощью и количество дней трудопотерь у военнослужащих ПОМА (%)*

| Класс болезней        |  | Обращаемость |      |      | Трудопотери |      |      |
|-----------------------|--|--------------|------|------|-------------|------|------|
|                       |  | КС           | ЛС   | ИТС  | КС          | ЛС   | ИТС  |
| I                     | Инфекционные и паразитарные              | 24,5         | 20,2 | 15,3 | 31,5        | 61,8 | 33,1 |
| V                     | Психические расстройства (неврозы)       | 3,1          | 9,4  | 1,4  | 2,7         | 8,1  | 9,0  |
| VI                    | Болезни нервной системы и органов чувств | 8,2          | 11,9 | 13,9 | 8,1         | 0    | 5,9  |
| VII                   | Болезни органов кровообращения           | 3,1          | 1,3  | 2,5  | 3,6         | 1,5  | 6,0  |
| VIII                  | Болезни органов дыхания                  | 4,1          | 3,1  | 2,5  | 17,1        | 1,5  | 0    |
| IX                    | Болезни органов пищеварения              | 4,1          | 1,8  | 11,5 | 18,9        | 1,5  | 12,8 |
| XI                    | Болезни кожи и подкожной клетчатки       | 21,3         | 21,5 | 26,2 | 8,1         | 17,6 | 7,5  |
| XIII                  | Травмы и отравления                      | 23,4         | 27,1 | 21,6 | 5,4         | 3,2  | 16,8 |
| Прочие болезни        |  | 8,2          | 3,7  | 5,1  | 4,6         | 4,8  | 8,9  |
| Итого по I–XV классам |  | 100          | 100  | 100  | 100         | 100  | 100  |

При этом выяснилось, что на первые места в структуре заболеваемости (по первичной обращаемости) у КС вышли инфекционные и паразитарные болезни (24,5 %), травмы и отравления (23,4 %), болезни кожи и подкожной клетчатки (21,3 %). У ЛС на 1-е место вышли травмы и отравления (27,1 %), на 2-е – болезни кожи и подкожной клетчатки (21,3 %), а также инфекционные и паразитарные болезни (20,2 %), на 3-е место – болезни нервной системы и органов чувств (11,9 %). Наиболее весомый вклад в первичную обращаемость среди ИТС внесли болезни кожи и подкожной клетчатки (26,2 %), травматические повреждения заняли 2-е место (21,6 %), а 3-е место – инфекционные и паразитарные болезни (15,3%). Обращает на себя внимание относительно высокий уровень обращаемости по поводу болезней органов пищеварения (11,5 %), среди которых преобладали функциональные расстройства желудка и кишечника.

Среди других групп военнослужащих ПОМА группа ИТС по количеству дней нетрудоспособности занимала 1-е место, и в их структуре ведущий вклад имели инфекционные и паразитарные заболевания, преимущественно простудного характера (33,1%), на 2-е место вышли травмы (16,8 %), а на 3-е – болезни органов пищеварения (12,8 %). Можно полагать, что в период длительного плавания воздействие факторов окружающей среды и особенности деятельности инженеров и техников приводили к развитию у них патологических расстройств и повышению числа травматических повреждений, превышающих по уровню подобные показатели у КС и ЛС.

Интегральная оценка уровня физического развития военнослужащих ПОМА показала, что лица с сердечно-сосудистой патологией психосоматического характера (например, нейроциркуляторной дистонией – НЦД) достоверно превосходят по уровню физического развития тех, кто страдает патологией желудочно-кишечного тракта, что связано, на наш взгляд, с нарушением утилизации пищи (табл. 3).

Субъективное состояние является тем показателем, который в наиболее ранние сроки позволяет идентифицировать нарушения состояния здоровья, так как именно на этом уровне как наиболее лабильном проявляются первые признаки заболевания. Анализ жалоб на состояние здоровья у военнослужащих-контрактников ПОМА позволил выявить, что наибольшее число жалоб отмечается у лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Оценка ими состояния своего здоровья была ниже, по сравнению со здоровыми военнослужащими и лицами с желудочно-кишечными заболеваниями, в 1,39 ( $p < 0,05$ ) и в 1,15 ( $p > 0,05$ ) раза соответственно.

Таблица 3

Физическое развитие военнослужащих-контрактников ПОМА ( $M \pm m$ )

| Антропометрический показатель                       | Состояние здоровья военнослужащих |                |                                  | p < |      |     |
|---|-----------------------------------|----------------|----------------------------------|-----|------|-----|
|   | практически здоровые (n = 43)     | с НЦД (n = 48) | с хроническим гастритом (n = 36) | 1/2 | 2/3  | 1/3 |
|   | 1                                 | 2              | 3                                |     |      |     |
| Окружность грудной клетки в спокойном состоянии, см | 88,2 ± 0,7                        | 91,0 ± 1,9     | 86,2 ± 1,9                       | -   | -    | -   |
| Окружность грудной клетки на вдохе, см              | 93,5 ± 0,6                        | 93,8 ± 1,6     | 90,9 ± 1,6                       | -   | 0,05 | -   |
| Окружность грудной клетки на выдохе, см             | 87,8 ± 0,7                        | 90,7 ± 1,4     | 87,1 ± 1,3                       | -   | -    | -   |
| Жизненная емкость легких, мл                        | 3450,0 ± 170,5                    | 3455,8 ± 218,5 | 3180,5 ± 136,5                   | -   | -    | -   |
| Масса тела, кг                                      | 67,4 ± 2,1                        | 70,4 ± 2,1     | 62,1 ± 1,9                       | -   | 0,01 | -   |

У военнослужащих-контрактников с сердечно-сосудистыми заболеваниями, по сравнению со здоровыми лицами, отмечалось превышение диастолического АД и минутного объема кровообращения ( $p < 0,001$ ) (табл. 4).

Таблица 4

Гемодинамические показатели у военнослужащих-контрактников ПОМА с разным состоянием здоровья ( $M \pm m$ )

| Показатель функции сердечно-сосудистой системы | Состояние здоровья военнослужащих |                |                                  | p <   |      |       |
|--|-----------------------------------|----------------|----------------------------------|-------|------|-------|
|  | практически здоровые (n = 43)     | с НЦД (n = 48) | с хроническим гастритом (n = 36) | 1/2   | 2/3  | 1/3   |
|  | 1                                 | 2              | 3                                |       |      |       |
| ЧСС, уд/мин                                    | 71,5 ± 2,3                        | 76,3 ± 2,1     | 69,2 ± 2,3                       | -     | 0,05 | -     |
| Систолическое АД, мм. рт. ст.                  | 118,3 ± 1,8                       | 130,4 ± 6,3    | 124,0 ± 1,7                      | -     | -    | 0,05  |
| Диастолическое АД, мм. рт. ст.                 | 70,4 ± 1,7                        | 84,7 ± 2,3     | 78,4 ± 2,2                       | 0,001 | 0,05 | 0,01  |
| УОК, мл  | 38,4 ± 1,2                        | 48,2 ± 1,7     | 56,3 ± 2,4                       | 0,001 | 0,01 | 0,001 |
| МОК, мл  | 2780,4 ± 83,4                     | 3560,0 ± 160,7 | 3870,4 ± 120,7                   | 0,001 | -    | 0,001 |
| Вегетативный индекс Кердо                      | -10,5 ± 1,3                       | -11,4 ± 3,3    | -11,2 ± 2,7                      | -     | -    | -     |

У военнослужащих с заболеваниями желудочно-кишечного тракта на фоне нормальных показателей АД отмечалось заметное повышение УОК и МОК, по сравнению со здоровыми военнослужащими. Эти различия, на наш взгляд, объясняются достоверным преобладанием симпатотонии в группе лиц с желудочно-кишечными заболеваниями (43,1 %;  $p < 0,001$ ) (см. табл. 4).

Важно отметить, что все регистрируемые сдвиги параметров не превышали пределов физиологической нормы в исследуемых группах и носили функционально-приспособительный характер. Этот факт свидетельствует о том, что функциональные резервы указанных групп военнослужащих не исчерпаны.

Отличительной особенностью профессиональной деятельности военнослужащих ПОМА является необходимость выполнения действий в неблагоприятных и в необычных условиях окружающей внешней среды, а также подверженность их воздействию выраженных физических и психоэмоциональных нагрузок. Адаптация организма к этим условиям требует значительной мобилизации резервных возможностей.

При проведении исследования установлено, что у военнослужащих-контрактников ПОМА с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, по сравнению со здоровыми военнослужащими, отмечалась достоверно более низкая способность сердечно-сосудистой системы к восстановлению после совершенной физической нагрузки по данным пробы Мартине ( $p < 0,001$ ). Лица с патологией сердечно-сосудистой системы по данным показателям занимали промежуточное положение между группой здоровых лиц и лиц с желудочно-кишечными заболеваниями (табл. 5).

Таблица 5

*Функциональные резервы организма военнослужащих-контрактников ПОМА с разным состоянием здоровья ( $M \pm m$ )*

| Показатель    | Состояние здоровья военнослужащих |                |                                  | p <  |     |       |
|---------------|-----------------------------------|----------------|----------------------------------|------|-----|-------|
|               | практически здоровые (n = 43)     | с НЦД (n = 48) | с хроническим гастритом (n = 36) | 1/2  | 2/3 | 1/3   |
|               | 1                                 | 2              | 3                                |      |     |       |
| Проба Штанге  | 77,9 ± 3,8                        | 66,3 ± 5,2     | 67,3 ± 2,1                       | –    | –   | –     |
| Проба Генча   | 43,9 ± 2,2                        | 38,1 ± 2,5     | 43,2 ± 2,1                       | –    | –   | –     |
| Проба Руфье   | 6,0 ± 0,6                         | 6,9 ± 1,2      | 6,6 ± 1,2                        | –    | –   | –     |
| Проба Мартине | 40,8 ± 1,9                        | 53,9 ± 3,8     | 61,2 ± 2,9                       | 0,01 | –   | 0,001 |

Таким образом, снижение кислородного обеспечения организма и способности сердечно-сосудистой системы к восстановлению после физи-

ческой нагрузки у военнослужащих-контрактников ПОМА с патологией сердечно-сосудистой системы и с хронической патологией желудочно-кишечного тракта свидетельствует о более низких резервных возможностях их организма.

Для оценки особенностей функционального состояния военнослужащих ПОМА с разными видами патологии (патология системы кровообращения и органов пищеварения) нами использовался факторный анализ – статистическая процедура, позволяющая малым числом результирующих параметров описывать с тем или иным допущением изучаемое явление (табл. 6).

*Таблица 6*  
*Факторная структура функционального состояния у военнослужащих с различной патологией (после процедуры Varimax normalized)*

| Признак  | Фактор   |       |       |   |      |       |       |
|--|--|-------|-------|---|------|-------|-------|
|  | Военнослужащие с патологией системы кровообращения |       |       | Военнослужащие с патологией системы пищеварения |      |       |       |
|  | 1-й  | 2-й   | 3-й   | 1-й   | 2-й  | 3-й   | 4-й   |
| X <sub>1</sub> (масса тела)                        | 0,70   | 0,10  | 0,45  | 0,21  | 0,14 | 0,04  | 0,25  |
| X <sub>2</sub> (окружность грудной клетки)         | 0,78   | 0,54  | 0,28  | 0,75  | 0,09 | 0,13  | -0,33 |
| X <sub>3</sub> ( систолическое АД)                 | 0,15   | -0,34 | 0,19  | 0,78  | 0,22 | -0,21 | 0,29  |
| X <sub>4</sub> (проба Мартине)                     | 0,55   | 0,35  | -0,85 | 0,56  | 0,18 | -0,39 | -0,35 |
| X <sub>5</sub> (личностная тревожность)            | 0,24   | -0,15 | 0,22  | 0,34  | 0,23 | 0,06  | 0,81  |
| X <sub>6</sub> (ипохондрия)                        | 0,25   | 0,77  | 0,21  | 0,25  | 0,51 | -0,75 | 0,35  |
| X <sub>7</sub> (интернальность в области здоровья) | 0,23   | 0,58  | 0,15  | 0,23  | 0,77 | 0,15  | 0,24  |
| X <sub>8</sub> (ориентация на успех)               | 0,32   | 0,21  | 0,77  | 0,15  | 0,54 | -0,03 | 0,43  |

Факторный анализ показал, что у лиц с болезнями системы кровообращения (НЦД, ХИБС) структура показателей функционального состояния на 70 % определяется 3 факторами:

1-й, с наибольшим весовым вкладом в суммарную дисперсию (31,3 %) – по своему содержанию отражает уровень физического развития, так как высокими факторными коэффициентами обладают показатели окружности грудной клетки на вдохе (0,78) и массы тела (0,70);

2-й (вклад 25,2 %) – по своему содержанию отражает субъективное состояние в связи с тем, что наибольшим удельным весом в нем обладает показатель ипохондрия (-0,77);

3-й (вклад 13,5 %) – характеризует ориентацию личности на успех (0,77) и сниженные резервные возможности сердечно-сосудистой системы, что обусловлено высоким коэффициентом показателя времени восстановления сердечно-сосудистой системы после совершенной физической нагрузки (-0,85).

В группе лиц с патологией органов пищеварения структура функционального состояния организма на 72 % определялась 4 факторами:

1-й (вклад 30,2 %) – отражает уровень физического развития, так как высокими факторными коэффициентами обладают показатели окружности грудной клетки на вдохе (0,78) и массы тела (0,75);

2-й (вклад 22,1 %) – отражает ответственное отношение к здоровью, так как наибольшим удельным весом в нем обладает показатель интернальности в области здоровья (0,77);

3-й (вклад 19,5%) – отражает беспокойство за состояние своего здоровья, что обусловлено высоким коэффициентом показателя выраженности ипохондрии (0,75);

4-й (вклад 9,9 %) – характеризует тревожность человека, склонность воспринимать окружающую обстановку как несущую угрозу, так как высоким факторным коэффициентом обладает показатель личностной тревожности (0,81).

Таким образом, результаты факторного анализа позволяют сделать выводы о том, что функциональное состояние военнослужащих-контрактников ПОМА с болезнями системы кровообращения складывается из трех показателей, отражающих уровень физического развития, отсутствие ипохондрических тенденций и ориентацию на успех, достижения на фоне сниженных резервных возможностей организма; у лиц с патологией органов пищеварения для оценки функционального состояния следует учитывать показатели физического развития, личностную тревожность, беспокойство за состояние своего здоровья и фиксацию на его сохранении.

В настоящее время существуют два основных подхода к оценке структуры личности: факторный, при котором высококоррелируемые признаки объединяются в общие черты личности и анализируются при изучении какого-либо явления, и типологический, при котором группируются сходные типы людей, объединяемых какими-либо признаками.

Исходя из этого, была предпринята попытка уточнения структуры личности военнослужащих-контрактников ПОМА с психосоматической патологией на основе использования обоих подходов, а именно за счет использования методики, построенной на основе типологического подхода (МЛЮ «Адаптивность») с проведением в последующем факторного анализа с ее показателями.

Факторный анализ показал, что у военнослужащих с заболеваниями системы кровообращения структура личности на 71,4 % определяется тремя факторными компонентами (табл. 7).

Таблица 7

*Факторная структура типов личности у военнослужащих с психосоматической патологией (после процедуры Varimax normalized)*

| Признак                                      | Фактор   |       |       |   |       |       |
|--|--|-------|-------|---|-------|-------|
|  | Военнослужащие с патологией системы кровообращения |       |       | Военнослужащие с патологией системы пищеварения |       |       |
| X <sub>1</sub> (ложь, L)                     | 0,19   | 0,21  | 0,24  | -0,18   | 0,28  | 0,78  |
| X <sub>2</sub> (достоверность, F)            | 0,23   | 0,85  | 0,43  | 0,53  | -0,14 | 0,53  |
| X <sub>3</sub> (коррекция, K)                | -0,45  | -0,76 | -0,15 | -0,09   | 0,47  | 0,74  |
| X <sub>4</sub> (ипохондрия, Hu)              | 0,52   | 0,34  | 0,51  | 0,41  | 0,18  | 0,38  |
| X <sub>5</sub> (депрессия, D)                | 0,74   | 0,21  | 0,34  | 0,86  | 0,14  | -0,15 |
| X <sub>6</sub> (истерия, Hs)                 | 0,59   | 0,42  | 0,18  | 0,25  | 0,28  | 0,66  |
| X <sub>7</sub> (психопатия, Pd)              | 0,78   | -0,24 | -0,43 | 0,28  | 0,84  | 0,12  |
| X <sub>8</sub> (мужественность, Mf)          | 0,23   | 0,25  | 0,54  | 0,07  | 0,3   | -0,15 |
| X <sub>9</sub> (паранойя, Pa)                | 0,56   | 0,45  | -0,61 | 0,41  | 0,64  | 0,18  |
| X <sub>10</sub> (психастения, Pt)            | 0,85   | 0,43  | -0,12 | 0,71  | 0,35  | 0,39  |
| X <sub>11</sub> (шизоидность, Sc)            | 0,54   | -0,18 | 0,33  | 0,38  | -0,62 | -0,15 |
| X <sub>12</sub> (гипомания, Ma)              | -0,33  | 0,29  | 0,18  | 0,18  | 0,81  | 0,19  |
| X <sub>13</sub> (социальная интроверсия, Si) | 0,49   | -0,34 | 0,75  | 0,75  | 0,19  | 0,08  |

1-й фактор, с весовым вкладом в суммарную дисперсию (28,5 %), по своему содержанию отражает уровень тревожной депрессии, 2-й (вклад 18,4 %) – повышенный уровень контроля за ситуацией, 3-й (вклад 18,4 %) главным образом характеризует уровень интровертированности.

В группе же военнослужащих с патологией органов пищеварения факторно-типологическая структура личности на 75,6 % определялась тремя факторными компонентами. При этом 1-й фактор отражает астенизацию, 2-й (вклад 25,2 %) – одержимость, 3-й (вклад 19,9 %) – уровень самоконтроля.

Таким образом, структура личности военнослужащих с заболеваниями системы кровообращения определяется тревожной депрессией, повышенным уровнем самоконтроля, интровертированностью, в то время как у военнослужащих с заболеваниями органов пищеварения структура личности складывается из компонентов, отражающих астенизацию, интровертированность и одержимость, что свидетельствует о сочетании разнонаправ-

ленных тенденций. Это проявляется соматизацией тревоги, то есть психосоматическим вариантом дезадаптации, мишенью которого оказывается наиболее слабое звено функциональной системы организма.

Осуществлена оценка влияния медико-социальных характеристик (возраст, стаж профессиональной деятельности, характер межличностных отношений, эмоциональные особенности) на успешность адаптации военнослужащих-контрактников ПОМА к профессиональной деятельности.

Оказалось, что у военнослужащих-контрактников ПОМА с высокой успешной адаптацией отмечались достоверно более высокие показатели возраста ( $p < 0,05$ ) и стажа профессиональной деятельности ( $p < 0,05$ ) (табл. 8), то есть по мере взросления и увеличения стажа профессиональной деятельности у военнослужащих-контрактников ПОМА улучшается их адаптация к профессиональной деятельности. Это связано с тем, что указанные показатели способствуют более критичной и здравой оценке складывающейся ситуации на рабочем месте, а также тем, что на данной работе остаются только те лица, которые наиболее приспособились к ее особенностям.

Таблица 8

*Социально-психологические показатели у военнослужащих-контрактников ПОМА с различной успешностью адаптации к деятельности ( $M \pm m$ )*

| Показатель             | Адаптация к профессиональной деятельности |                 | p <  |
|------------------------|---|-----------------|------|
|                        | высокая (n = 54)                          | низкая (n = 73) |      |
| Возраст, лет           | 37,7 ± 1,3                                | 30,2 ± 2,4      | 0,01 |
| Стаж деятельности, лет | 17,4 ± 1,7                                | 9,6 ± 2,3       | 0,01 |

В группе военнослужащих-контрактников ПОМА с успешной адаптацией к профессиональной деятельности, по сравнению с лицами с низкой адаптацией, отмечают более высокие значимо различающиеся показатели шкалы общей интернальности ( $p < 0,05$ ), интернальности в области достижений ( $p < 0,05$ ), в области производственных отношений ( $p < 0,05$ ), в области межличностных отношений ( $p < 0,05$ ), а также отмечается тенденция повышения показателей интернальности в области неудач и межличностных отношений ( $p > 0,05$ ); в области интернальности по отношению к здоровью отмечалась тенденции к превышению этого показателя в группе лиц с низкой адаптацией к профессиональной деятельности ( $p > 0,05$ ).

То есть, по мере нарастания общей интернальности, а также интернальности в области достижений и производственных отношений нарастает успешность адаптации к профессиональной деятельности у военнослу-



жащих-контрактников ПОМА. Парадоксальный, на первый взгляд, факт превышения интернальности по отношению к здоровью у лиц с относительно низкой адаптацией ( $p > 0,05$ ), свидетельствует о большей отдаче лиц полярной группы, и о том, что зачастую успешность их адаптации достигается за счет задействования резервных возможностей организма и большей физиологической цены конечного результата адаптации к профессиональной деятельности. Стоит отметить относительность различий показателей интернальности, так как в обеих анализируемых группах он находится в пределах средних значений.

Военнослужащие-контрактники ПОМА с успешной адаптацией более сильно мотивированы на успех, обладают более высокой готовностью к риску; реже попадают в несчастные случаи, чаще достигают поставленные перед собой цели; имеют достоверно более высокие показатели по шкалам «общение», «общая активность», «творческая активность», «рабочая направленность» ( $p < 0,05$ ) (по методике В.Э. Мильмана). Лица же из полярной группы имеют более высокий уровень защиты ( $p > 0,05$ ), имеют достоверно более высокие показатели по шкале «жизнеобеспечение» ( $p < 0,05$ ); у них отмечается тенденция к повышению по шкале «комфорт» ( $p > 0,05$ ), что свидетельствует об их тенденции выбрать стратегию поведения, связанную с избеганием риска, отдаляющую от достижения цели.

Следовательно, по мере улучшения коммуникации, общей активности, целеустремленности и работоспособности, творческой активности и разумной инициативы улучшается успешность адаптации военнослужащих-контрактников ПОМА к профессиональной деятельности. Однако лица с относительно низкой адаптацией к профессиональной деятельности лучше справляются с общежитейскими проблемами; они чувствуют себя более комфортно за счет сбережения своего ресурса и реализации себя в других направлениях (семья, хобби и т. п.).

По данным дисперсионного анализа на успешность адаптации к профессиональной деятельности военнослужащих-контрактников ПОМА (параметр  $Y$ ) значимо ( $p < 0,05$ ) влияют линейные эффекты контролируемых факторов: А – стаж работы (15,7 %), В – уровень субъективного контроля (10,5 %), С – состояние здоровья (11,6 %). Эффекты взаимодействия факторов также значимы (9,4 %;  $p < 0,05$ ) (табл. 9).

Таким образом, на успешность адаптации военнослужащих-контрактников ПОМА к профессиональной деятельности существенное влияние оказывают (в убывающем ряду) стаж работы, состояние здоровья и уровень субъективного контроля.

Таблица 9

*Степень влияния факторов А, В, С на параметр Y – успешность адаптации военнослужащих-контрактников ПОМА к деятельности*

| Фактор                             | Степень влияния фактора k, % | p <  |
|------------------------------------|------------------------------|------|
| А (стаж работы)                    | 15,7                         | 0,05 |
| В (уровень субъективного контроля) | 10,5                         | 0,05 |
| С (состояние здоровья)             | 11,6                         | 0,05 |
| Взаимодействие факторов            | 9,4                          | 0,05 |
| Контролируемые факторы             | 47,2                         | 0,05 |
| Неконтролируемые факторы           | 52,8                         | -    |
| Все факторы                        | 100,0                        |      |

Результаты корреляционного анализа свидетельствуют о том, что успешность адаптации военнослужащих-контрактников ПОМА к профессиональной деятельности имеет значимую умеренную прямую взаимосвязь с показателем жизнеобеспечения ( $r = 0,36$ ;  $p < 0,05$ ), и значимые умеренные отрицательные взаимосвязи с возрастом ( $r = -0,49$ ;  $p < 0,01$ ), стажем работы ( $r = -0,47$ ;  $p < 0,01$ ), интернальностью в области достижений ( $r = -0,40$ ;  $p < 0,05$ ) и интернальностью в области производственных отношений ( $r = -0,35$ ;  $p < 0,05$ ), т. е. по мере нарастания возраста и стажа профессиональной деятельности, ответственности за свои достижения в различных областях, приписывании себе заслуг за высокие показатели, ответственности за свои действия как важном факторе организации собственной производственной деятельности и складывающихся отношениях в коллективе, в своем продвижении, снижения акцентов на показатели жизнеобеспечения (важна работа!) улучшается адаптация военнослужащих-контрактников ПОМА к профессиональной деятельности

При осуществлении мероприятий медико-психологического сопровождения учебно-боевой деятельности военнослужащих-контрактников подразделений обеспечения морской авиации необходимо использовать физиологические (пробы Штанге, Генча, Мартине), психологические (МЛО «Адаптивность», УСК) методы диагностики для выявления психосоматических состояний. При выявлении военнослужащих с признаками психосоматических расстройств проводить тщательное клиническое и психологическое обследование с привлечением соответствующих специалистов.

Полученные данные о взаимосвязи медицинских, социальных и психологических характеристик военнослужащих-контрактников ПОМА важно учитывать при отборе и подборе, а также при проведении лечебно-

профилактических мероприятий и медико-психологического сопровождения деятельности указанной категории лиц.

### *Заключение*

На успешность адаптации военнослужащих-контрактников подразделений обеспечения морской авиации (ПОМА) к профессиональной деятельности существенное влияние оказывают (в убывающем ряду) стаж работы, состояние здоровья и уровень субъективного контроля. При осуществлении мероприятий медико-психологического сопровождения учебно-боевой деятельности военнослужащих-контрактников ПОМА необходимо использовать физиологические методы диагностики (пробы Штанге, Генча, Мартине) и психологические тесты (МЛЮ «Адаптивность», УСК) для выявления их психосоматических состояний. При выявлении военнослужащих с признаками психосоматических расстройств показано проведение тщательного клинического и психологического обследования с привлечением соответствующих специалистов.

Полученные данные о взаимосвязи медицинских, социальных и психологических характеристик военнослужащих-контрактников ПОМА важно учитывать при отборе и подборе, а также при проведении лечебно-профилактических мероприятий и медико-психологического сопровождения деятельности военнослужащих указанной категории и смежных специальностей.

### *Литература*

1. *Марченко А.А.* Эпидемиология невротических расстройств у военнослужащих / А.А. Марченко, Е.Ю. Абриталин, А.Г. Чудиновских // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2009. – № 5. – С. 12–15.
2. *Профессиональный психологический отбор женщин, поступающих на военную службу* / В.В. Юсупов, Р.Х. Кузина, В.И. Евдокимов, О.В. Перфилова // Вестн. психотерапии. – 2008. – № 25 (30). – С. 84–93.
3. *Рыбников В.Ю.* Состояние здоровья и медико-психологическая коррекция психосоматических нарушений у ветеранов подразделений особого риска / В.Ю. Рыбников, В.А. Олешко // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2007. – № 2. – С. 13–20.
4. *Способ диагностики специфических психофизиологических изменений состояния операторов-подводников, обусловленных военно-профессиональной деятельностью* / Н.Н. Богданов, А.В. Ильина, А.К. Макаров, С.А. Бабайцев // Вестн. психотерапии. – 2008. – № 25 (30). – С. 111–120.

## **КОРРЕКЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СПЕЦИАЛЬНОГО ФАКУЛЬТЕТА**

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

### *Введение*

Военные образовательные учреждения высшего профессионального образования Министерства обороны Российской Федерации (ВОУ ВПО МО РФ) осуществляют подготовку военнослужащих иностранных армий более чем по 600 специальностям и специализациям. В военных академиях, университетах, институтах и их филиалах готовят офицеров с высшим военно-специальным образованием, предназначенных для замещения первичных офицерских должностей от уровня командира взвода до командира батальона со сроками обучения 4–6 лет.

Обучение в любом военном образовательном учреждении сопряжено с повышенными умственными, физическими и психоэмоциональными нагрузками, требует длительного периода военно-профессиональной адаптации (ВПА) [1–3]. Кроме этих традиционных для обучения факторов, для иностранных военнослужащих существенными являются еще и проблемы акклиматизации, социокультурные влияния, выработка иных поведенческих стереотипов [5], преподавание им учебных дисциплин на неродном (русском) языке и т. п. Это привело к тому, что по интегральной оценке результатов профессионального психологического отбора (ППО) лишь 5,3 % курсантов иностранных армий [6] были отнесены к I категории профессиональной пригодности, тогда как к IV категории – около 31 % курсантов. Число российских курсантов, отчисленных из образовательных учреждений, составляет около 16 %, курсантов зарубежных армий – более 30 %. Количество лиц с низкой нервно-психической устойчивостью (НПУ) и донозологическими формами психических расстройств среди курсантов специальных факультетов в 3–7 раз превышает аналогичный показатель у принятых на обучение граждан Российской Федерации и достигает 40–45 % всех обучающихся.

Общей отличительной особенностью курсантов с низкой НПУ и имеющих признаки психогенных расстройств являлся ограниченный выбор стратегий поведения, которые не всегда соответствовали изменившимся после поступления в ВОУ ВПО МО РФ условиям. В сложных ситуациях они, как правило, ограничивались стереотипными способами «решения своих проблем», а отсутствие «перспектив», нерешенность внутренних

проблем в процессе обучения способствовали формированию донозологических (непатологических) расстройств и даже переходу их в пограничные (невротические).

Перечисленные проблемы обуславливают необходимость проведения коррекционных мероприятий, направленных на оптимизацию процессов военно-профессиональной адаптации, функционального состояния и работоспособности курсантов, профилактику формирования донозологических форм психических расстройств. В ряду других методов психотерапевтическая экспресс-коррекция занимает особое место, так как не требует дорогостоящих лекарств и оборудования, ежедневного врачебного контроля и, после соответствующего инструктажа и краткого обучения, может быть применена самими курсантами в амбулаторных условиях.

Цель исследования – оценка эффективности психотерапевтической экспресс-коррекции функционального состояния иностранных курсантов.

### ***Материалы и методы***

Для выявления лиц с клинически значимыми нарушениями военно-профессиональной адаптации и начальными проявлениями психических расстройств использовали методики скрининговой оценки психического здоровья:

1) стандартизованный метод исследования личности (СМИЛ) – адаптивный вариант (Собчик Л.Н., Лукьянова Н.Ф., 1978) миннесотского метода исследования личности (ММПИ) содержит 566 вопросов, объединенных в 3 контрольных (L – ложь, F – достоверность, K – коррекция) и 10 клинико-психологических шкал (Hs – сверхконтроль, D – депрессия, Hu – эмоциональная лабильность, Pd – импульсивность, Mf – мужественность–женственность, Pa – ригидность, Pt – тревожность, Sc – индивидуалистичность, Ma – оптимизм и активность, Si – интроверсия–экстраверсия);

2) многопрофильный личностный опросник (МЛО) «Адаптивность» содержит 165 вопросов и имеет 4 структурных уровня (табл. 1). Шкалы 2, 3 и 4-го уровней конструктивно связаны между собой. Шкалы 1-го уровня являются самостоятельными и соответствуют базовым шкалам СМИЛ [2, 7].

Для коррекции психофизиологического состояния курсантов применяли следующие психотерапевтические методики: рациональная психотерапия, активная мышечная релаксация и пассивная мышечная релаксация. Психокоррекционные мероприятия проводили с учетом личностных особенностей курсанта, характера сформировавшихся межличностных взаимодействий и ситуационного аспекта развившегося состояния.

Структурные уровни МЛЮ «Адаптивность» [3]

|  |   |   |                      |                                |    |                             |    |                              |                         |    |    |    |
|--|---|---|----------------------|--------------------------------|----|-----------------------------|----|------------------------------|-------------------------|----|----|----|
| <i>4-й уровень</i>                       |   |   |                      |                                |    |                             |    |                              |                         |    |    |    |
| Личностный адаптационный потенциал (ЛАП) |   |   |                      |                                |    |                             |    |                              |                         |    |    |    |
| <i>3-й уровень</i>                       |   |   |                      |                                |    |                             |    |                              |                         |    |    |    |
| Поведенческая регуляция (ПР)             |   |   |                      | Коммуникативный потенциал (КП) |    |                             |    | Моральная нормативность (МН) |                         |    |    |    |
| <i>2-й уровень</i>                       |   |   |                      |                                |    |                             |    |                              |                         |    |    |    |
| Нервно-психическая устойчивость          |   |   | Социальная поддержка |                                |    | Принцип построения контакта |    |                              | Групповая идентификация |    |    |    |
| Самооценка личности                      |   |   |                      | Потребность в общении          |    |                             |    | Соблюдение моральных норм    |                         |    |    |    |
| <i>1-й уровень</i>                       |   |   |                      |                                |    |                             |    |                              |                         |    |    |    |
| L  | F | K | Hs                   | D                              | Hu | Pd                          | Mf | Pa                           | Pt                      | Sc | Ma | Si |

Обязательным условием при этом являлся индивидуальный подход к каждому конкретному курсанту, а основной задачей – помощь в преодолении неконструктивных форм поведения, ликвидации межличностных конфликтов с сослуживцами, выработке новых, более эффективных стратегий общения и повышение степени мотивации к учебе. В большинстве своем психокоррекционные мероприятия были направлены на снижение общеневротических и сомато-вегетативных нарушений.

Из группы курсантов специального факультета Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (ВМА) со сниженными адаптационными возможностями выделены 10 человек («группа коррекции»).

Мероприятия коррекции им были начаты сразу после завершения 1-го семестра обучения. Сеансы проводились индивидуально, в послеобеденное время, свободное от занятий и самостоятельной подготовки. Продолжительность одного сеанса составляла 30–40 мин. Показатели группы коррекции сравнивались в динамике. Так как число обследованных в группе коррекции мало, сравнительный анализ достоверности различий проводился по методике Манна – Уитни.

### **Результаты и их анализ**

Наиболее значимые сдвиги функционального состояния курсантов группы коррекции произошли на социально-психологическом уровне. Так, по результатам психофизиологического исследования, проводившегося до коррекционных мероприятий, все 10 курсантов получили IV категорию профессиональной пригодности. Решающим в вынесении такого заключения явились результаты обследования по методике МЛЮ «Адаптивность». После завершения курса коррекционных мероприятий все 10 курсантов

перешли из IV во II и III категории профессиональной пригодности, у них достоверно повысились значения всех шкал методики МЛО «Адаптивность» (рис. 1, табл. 2).

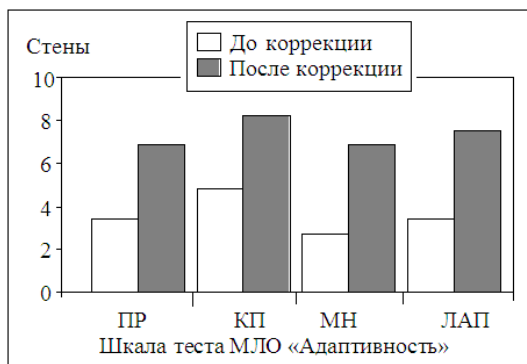


Рис. 1. Динамика показателей теста МЛО «Адаптивность» в группе коррекции (n = 10)

Таблица 2

Достоверность различий по показателям методики МЛО «Адаптивность» группы коррекции курсантов

| Группа обследованных                 | Расчетные значения критерия Манна – Уитни ( $U_{эмп.}$ ) по шкалам методики МЛО «Адаптивность» |     |    |         | Табличные значения критерия Манна – Уитни ( $U_{кр.}$ ) |            |
|--------------------------------------|--|-----|----|---------|---|------------|
|                                      | ПР   | КП  | МН | ЛА<br>П | $p < 0,05$  | $p < 0,01$ |
|                                      | Группа коррекции (n = 10) 2-й этап   |     |    |         |   |            |
| Группа коррекции (n = 10) 1-й этап   | -2   | 2   | 0  | -1      | 4   | 1          |
| Контрольная группа (n = 57) 1-й этап | -15  | -12 | 10 | -8      | 78  | 52         |

Первичное обследование по методике СМИЛ показало, что из 10 курсантов, составляющих группу коррекции, 8 имели невротический, а 2 – психотический профиль личности (рис. 2).

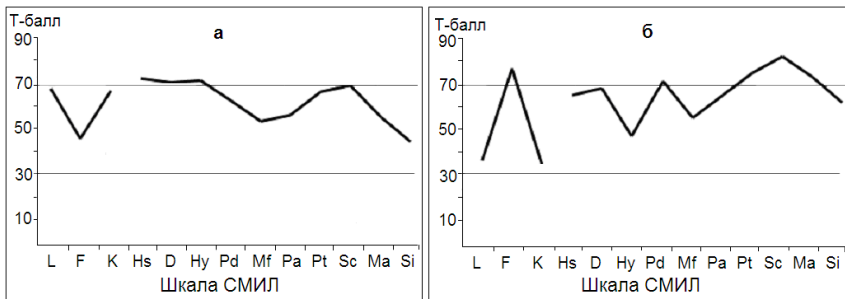


Рис. 2. Обобщенный профиль личности по СМИЛ курсантов с невротическими (а) и психотическими (б) проблемами

По результатам 2-го этапа обследования выраженность акцентуаций значительно уменьшилась. Усредненный профиль СМИЛ группы коррекции представлен на рис. 3. У курсантов группы коррекции по сравнению с начальными значениями достоверно снизились показатели сверхконтроля (шкала Hs), пессимистичности (шкала D), эмоциональной лабильности (шкала Hy) импульсивности (шкала Pd), ригидности (шкала Pa) и индивидуалистичности (шкала Sc).

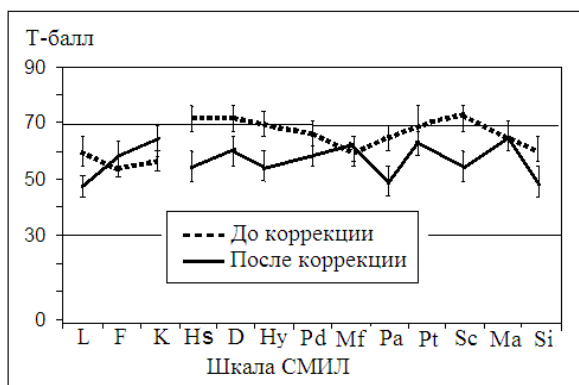


Рис. 3. Динамика показателей по СМИЛ в группе коррекции

При опросе курсантов выяснилось, что, по сравнению с началом обучения, они себя чувствуют гораздо спокойнее, уверены в своих силах, легко устанавливают контакты с окружающими людьми, уверенно осваивают учебный материал.



Данные, приведенные на рис. 4, свидетельствуют о том, что коррекционные мероприятия значительно улучшают общие адаптационные способности курсантов специального факультета ВМА. Различия и в динамике между этапами обследования (до и после проведения коррекционных мероприятий) достоверны как по успеваемости ( $p < 0,01$ ), так и по количеству дней трудопотерь ( $p < 0,05$ ). Это позволяет рекомендовать коррекционные методики рациональной психотерапии, активной и пассивной мышечной релаксации для психофизиологического сопровождения учебной деятельности курсантов специальных факультетов.

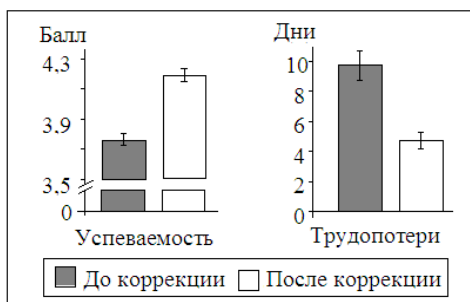


Рис. 4. Динамика показателей успеваемости и трудопотерь

### **Выводы**

1. В группе курсантов, с которыми проводились коррекционные мероприятия, произошли существенные изменения большинства исследованных характеристик. Повысились значения расчетных показателей и практически все курсанты из категории трудно адаптирующихся перешли в категорию лиц со средним уровнем адаптации.

2. Проводимые на протяжении 1-го года обучения коррекционные мероприятия оказывают эффективное влияние на направленность и интенсивность процесса военно-профессиональной адаптации. В целом проведение таких мероприятий позволило оптимизировать процесс военно-профессиональной адаптации, повысить качество учебной деятельности и снизить трудопотери, связанные с заболеваниями курсантов.

3. Организация и проведение психокоррекционных мероприятий на спецфакультетах военных образовательных учреждений должны осуществляться с учетом результатов обследования в объеме профессионального психологического отбора, личностно-типологических особенностей курсантов, а также специфики профессионально-бытовых условий, служебных и учебных нагрузок. Для оптимизации процесса военно-профессиональной

адаптации рекомендуется с группой трудно адаптирующихся курсантов специальных факультетов, выявляющих признаки нервно-психической неустойчивости, проводить мероприятия психофизиологической коррекции с использованием методик рациональной психотерапии, активной и пассивной мышечной релаксации.

### *Литература*

1. *Камышев А.А.* Военно-профессиональная адаптация курсантов к условиям обучения в военно-медицинском вузе : автореф. дис. ... канд. психол. наук / А.А. Камышев – СПб. : ЛГОУ, 1999. – 24 с.
2. *Новиков В.С.* Психологическое обеспечение учебного процесса ВВУЗов / В.С. Новиков, А.А. Боченков, А.Г. Маклаков, С.В. Чермянин // Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова – СПб., 1997. – 255 с.
3. *Погодин Ю.И.* Психофизиология профессиональной деятельности / Ю.И. Погодин, А.А. Боченков – М., 2007. – 280 с.
4. *Собчик Л.Н.* Изучение психологических особенностей летного состава стандартизированным методом исследования личности : пособие / Л.Н. Собчик, Н.Ф. Лукьянова – М. : Воениздат, 1978. – 72 с.
5. *Шабданбеков Э.Ж.* К проблеме организации профессионального психологического отбора кандидатов в военно-учебные заведения в Киргизской республике / Э.Ж. Шабданбеков // Вестн. Балт. пед. акад. – 2002. – Вып. 45. – С. 54–57.
6. *Шабданбеков Э.Ж.* Опыт разработки системы профессионального психофизиологического отбора для кандидатов Киргизской республики / Э.Ж. Шабданбеков // Вестн. Балт. пед. акад. – 2003. – Вып. 51. – С. 68–72.
7. *Юсупов В.В.* Профессиональный психологический отбор женщин, поступающих на военную службу / В.В. Юсупов, Р.Х. Кузина, В.И. Евдокимов, О.В. Перфилова // Вестн. психотерапии – 2008. – № 25 (30). – С. 84–93.

# МЕДИЦИНСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.9 : 614.8

*С.С. Алексанин, В.Ю. Рыбников, Ж.Ч. Цуцьева*

## **ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА И ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ, ЖЕРТВ ТЕРРОРИСТИЧЕСКОГО АКТА, В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ПСИХОТРАВМЫ**

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины  
им. А.М. Никифорова, Санкт-Петербург;  
Северо-Осетинского государственного института, Владикавказ

### ***Введение***

В современной отечественной психологии до сих пор недостаточно внимания уделялось изучению влияния травматического опыта на психику ребенка. По сравнению с другими видами экстремального опыта наименее изучены последствия насилия, связанного с террористическими актами [1].

По мнению ряда авторов [1, 4, 5], воздействие теракта на психическую сферу и последующее развитие ребенка относится к числу наиболее травмирующих и наименее исследованных в феноменологическом (сущностном, содержательном) плане.

При этом для эффективного решения задач психолого-педагогической коррекции посттравматических расстройств у детей необходим учет индивидуально-психологических особенностей их личностей и актуального психического (психологического) состояния в острый период после психической травмы [6].

В связи с этим нами были проведены исследования, ориентированные на выявление степени изменения индивидуально-психологических особенностей личности и актуального (текущего) психического состояния детей, пострадавших в ходе теракта в г. Беслане, в сравнении с детьми контрольной группы. Для этого использовались комплекс психологических тестов и методы математико-статистического анализа, включая многомерный факторный анализ, позволивший выявить особенности феноменологии посттравматических стрессовых расстройств и психического статуса детей, жертв террористического акта, в раннем периоде.

### **Методики и объем исследования**

Для диагностической квалификации выявленных расстройств были использованы критерии острого стрессового расстройства (ОСР), приведенные в DSM-IV-TR [6]. В комплекс психологических методик вошли:

- полуструктурированное интервью для выявления признаков посттравматического стресса у детей (ПИБППСД), разработанное Н.В. Табраиной [6, 7];

- вопросник «Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire» (SASRQ) для исследования копинг-поведения [6], который включает 36 вопросов с тремя вариантами ответов («да» – 2 балла, «нет» – 0 баллов, «не знаю» – 1 балл);

- тест «SACS» [6];

- цветовой тест М. Люшера [3];

- опросник страхов С.В. Гридневой [2];

- проективные рисуночные тесты;

- тест «Индекс жизненного стиля» [6].

Обследованы 459 детей, из них 338 из числа пострадавших в террористическом акте в г. Беслан и 121 человек – контрольная группа. Обследование проводили в октябре–декабре 2004 г. в городах Беслане и Владикавказе и в феврале 2005 г. в Санкт-Петербурге.

На момент обследования дети и подростки посещали школу. Проявили интерес к психологическому исследованию, охотно общались с психологами. Все обследованные относились к группе младшего и среднего школьного возраста (7–13 лет) и были разделены на три группы:

1-я группа («заложники») – это те дети и подростки ( $n = 205$ ), которые в период с 1 по 3 сентября 2004 г. насильственно удерживались в помещении спортивного зала общеобразовательной школы № 1 Беслана. «Заложники» были полностью заблокированы от внешнего мира, не имели доступа к питьевой воде, пище, лекарствам, не имели возможности выходить в туалет. Они подвергались психологическому прессингу со стороны террористов. Дети были свидетелями массовых убийств заложников, в том числе родных и близких. У 61,1 % детей пострадали родственники;

2-я группа («очевидцы») – это прежде всего те дети и подростки ( $n = 133$ ), которые все 3 дня теракта находились возле школы. Некоторые из них просто опоздали на роковую «праздничную» линейку в школе или жили в близлежащих районах. У многих подростков в спортивном зале удерживались друзья, родственники. В ходе террористического акта у 33,3 % обследованных этой группы пострадали родственники, как правило, тоже дети (братья, сестры);

3-я группа – контрольная (n = 121), из числа детей и подростков аналогичного возраста, пола, образования, не имевших травматического опыта, характеризующих нормативную группу.

### ***Результаты и их обсуждение***

Выполненное изучение психологического статуса детей, жертв теракта в Беслане, в первоначальный период после психотравмы позволило установить, что наиболее часто у пострадавших в теракте детей в первые 2-3 месяца после психической травмы встречались симптомы в рамках посттравматического стрессового расстройства (ПТСР):

– повторного переживания, или вторжения – детей не оставляли навязчивые мысли о травмирующем событии, неоднократные стереотипные кошмарные сновидения, частые внезапные эмоционально окрашенные воспоминания. Содержание их отражало не только период пребывания в заложниках, но и ситуации, связанные с отрывом от семьи и лечением в другом городе, операциями, траурными церемониями. Так, один из детей участвовал в 14 (!) похоронах в течение 2 дней. Позднее у него возникали флэш-бэки: без видимых причин он внезапно вспоминал об этих днях, при этом испытывая яркие негативные эмоции;

– избегания – бывшие заложники старательно избегали всего, что могло напомнить им о пережитом, разговоров на эти темы. Они утверждали, что «не могут вспомнить» деталей травмирующей ситуации. Для этих пациентов также была характерна гипобулия: они становились пассивными, с трудом вовлекались в игры, отмечалось снижение интереса к ранее значимой деятельности. У некоторых пациентов этой группы возникали элементы сенсорных гипопатий (алла-, ауто- и соматопсихических). На этом фоне иногда отмечались частичные амнезии на отдельные события. Так один из наших пациентов около 2 нед, хорошо ориентируясь во времени и собственной личности, не мог вспомнить точную дату своего рождения, свой адрес);

– повышенной возбудимости – пациенты характеризовались гиперактивностью, эмоциональной лабильностью, повышенным уровнем тревожности, раздражительностью, эксплозивностью, отмечались трудности концентрации внимания. У многих появились диссомнии (трудности засыпания, внезапные ночные пробуждения, кошмарные сновидения, энурез).

Анализ этих симптомов у 205 детей 1-й группы позволил установить наличие трех основных подгрупп, условно объединенных нами в специфические группы с учетом их нервно-психического статуса:

– 1А группу составили дети с преобладанием навязчивых мыслей о травмирующем событии, выражающихся в повторяющихся воспоминаниях, играх соответствующего содержания. У них также были выражены

диссомнии (частые пробуждения ночью в связи с кошмарными сновидениями);

– 1Б группа была в основном представлена пациентами, у которых в клинической картине преобладали симптомы избегания (избегание всего, что напоминает о событии, вымывание из памяти деталей травмы, чувство отчуждения, обеднение эмоций);

– 1В группа отличалась преобладанием симптомов повышенной возбудимости (раздражительность, плаксивость, гиперреактивность, нарушения внимания, эксплозивность, склонность к дисфории).

В табл. 1 приведены данные о частоте симптомов ОСР у детей 1-й группы (n = 205), пострадавших в ходе теракта в Беслане, и у ветеранов-афганцев (n = 53) по материалам Н.В. Тарабриной [7].

*Таблица 1*

*Симптомокомплексы ОСР, %*

| Симптомокомплекс        | Дети 1-й группы | Ветераны-афганцы [7] |
|-------------------------|-----------------|----------------------|
| Вторжение               | 90,7            | 55,6                 |
| Избегание               | 79,5            | 61,1                 |
| Повышенная возбудимость | 88,3            | 66,7                 |

Как видно из приведенных в табл. 1 данных, в общей выборке обследованных детей, пострадавших в ходе теракта, отмечена высокая выраженность всех основных симптомокомплексов ПТСР. При этом выраженность симптомокомплекса вторжения проявлялась достоверно чаще (по t-критерию Стьюдента для относительных величин,  $t = 4,89$ ,  $p < 0,001$ ), чем выраженность симптомокомплексов избегания ( $t = 2,51$ ,  $p < 0,05$ ) и повышенной возбудимости ( $t = 3,12$ ,  $p < 0,01$ ).

Следует также указать, что проявления симптомокомплексов ОСР у детей статистически были достоверно чаще, чем у ветеранов войны в Афганистане. Результаты сравнения говорят о том, что дети в большей степени восприимчивы к развитию ПТСР и в целом ПТСР имеет различные возрастные особенности.

Далее было проведено сравнение частоты симптомов ОСР у детей, пострадавших в ходе теракта в Беслане (n = 170) и детей, переживших пожар, в школе в п. Садыбыл в Республике Саха (Якутия) (n = 48) [4], результаты которого приведены в табл. 2.

Как видно из приведенных данных, частота симптомов ОСР у детей, пострадавших на пожаре и в ходе террористического акта с массовой гибелью в Беслане достоверно отличается. При этом симптоматика острого стрессового расстройства у детей, жертв террористического акта, более

выражена по частоте встречаемости диссоциативных симптомов, повторных переживаний, повышенной возбудимости и дистресса.

*Таблица 2*

*Сравнительный анализ частоты симптомов ОСР у детей*

| Симптомы<br>ОСР         | Дети,<br>пострадавшие<br>на пожаре (1) |      | Дети,<br>пострадавшие<br>в теракте (2) |      | $p_{1-2}$<br>< |
|-------------------------|--|------|--|------|----------------|
|                         | n                                      | %    | n                                      | %    |                |
| Диссоциативные          | 30                                     | 62,5 | 134                                    | 78,8 | 0,05           |
| Повторное переживание   | 38                                     | 79,2 | 163                                    | 95,8 | 0,01           |
| Избегание               | 36                                     | 75,0 | 137                                    | 80,6 | –              |
| Повышенная возбудимость | 31                                     | 64,6 | 148                                    | 87,1 | 0,01           |
| Выраженный дистресс     | 21                                     | 43,8 | 103                                    | 60,6 | 0,05           |

Следовательно, у детей, пострадавших в ходе террористического акта в Беслане, в сравнении с детьми, пострадавшими при крупномасштабном пожаре, воздействие психической травмы было более выражено по степени изменений психической сферы личности.

Психическая травма детей, пострадавших в теракте, отмечена не только у детей, входящих в 1-ю группу, но и у детей из 2-й группы («очевидцы»). Однако ее выраженность была интенсивнее (по частоте симптоматики острого стресса) у детей из 1-й группы. Так, в 1-й группе детей в сравнении со 2-й группой отмечено достоверное (по *t*-критерию Стьюдента для независимых разновеликих выборок) превалирование симптомов вторжения и повышенной возбудимости, а также психосоматических жалоб и особенно нарушений сна. При этом признаки ОСР отмечены и у большей части детей из 2-й группы. Отличительной их чертой является сниженный уровень симптоматики повышенной возбудимости.

Исследование ценностно-смысловой сферы детей (опросник страхов С.В. Гридневой [2]), переживших террористическую ситуацию, показало, что понятия «терроризм» и «смерть» объединяются в сознании всех групп детей в единую систему и отвергаются ими как несущие угрозу существованию собственного «Я». Для всех групп детей, как непосредственно переживших теракт (1-я группа), так и «очевидцев» (2-я группа), наибольшие ценности представляют семья и собственное «Я». Это соответствует закономерностям психического развития в детском и подростковом возрасте.

Установлено, что у детей террористический акт, по сравнению с другими видами психических травм, приводит к более интенсивному пережив-

ванию посттравматического стресса, признаки которого соответствуют критериям ПТСР.

Данные проективной цветовой психодиагностики позволили определить паттерн актуальных признаков психического состояния детей, жертв теракта и дать им вербальную психологическую характеристику, что позволяет рекомендовать использование указанных количественных показателей цветового теста М. Люшера для динамического контроля психического состояния этих детей в период их лечения и реабилитации.

Результаты изучения особенностей психического состояния детей, жертв террористического акта в Беслане, в острый стрессовый период психической травмы, по данным рисуночного теста указывают на наличие у них (в сравнении с детьми 3-й группы) высокого эмоционального напряжения, страха, личностной тревоги, протестных стремлений, дезорганизации межличностного поведения, физического и эмоционального истощения и усталости.

Нами также исследовалось содержание страхов у детей, пострадавших в теракте (опросник страхов С.В. Гридневой [2]). Содержание страхов в настоящем у детей 1-й и 3-й групп различаются. Дети 1-й группы чаще, чем дети 3-й группы, боятся явлений социальных страхов, а также явлений природы, рептилий и земноводных. Они в большей мере чувствительны к социальным страхам (чужие люди, террористы). Содержание этих социально ориентированных страхов связано с опасением, что окружающие не примут участия в оказании помощи ребенку в присутствии непреодолимой и не имеющей рациональных механизмов воздействия силы.

В целом, настоящее у детей 1-й группы более насыщено страхами, чем у детей 3-й группы. У детей 1-й группы преобладает страх смерти, который конкретизируется в различных видах социального страха (террористов, чужих и опасных людей, одиночества). Причем, в отличие от детей 3-й группы, дети из 1-й группы дают наиболее развернутую картину своих страхов, в которой доминируют обобщенные категории. У детей же 3-й группы страхи более конкретны. Этот факт свидетельствует о повышенной тревожности детей 1-й группы, которая в большей мере отвечает интерпретациям экзистенциальной концепции возникновения страхов, в соответствии с которой повышенная тревожность возникает в контексте особых социальных отношений, не обеспечивающих чувство защищенности личности во взаимодействии с другими людьми.

Также нами были исследованы гендерные особенности содержания страхов. Половые различия, обнаруженные среди детей 1-й и 3-й групп, свидетельствуют, что мальчики и девочки основной группы проявления страхов воспроизводят неодинаково. В 1-й группе страхи мальчиков отличаются от страхов девочек своим характером: большей фантастичностью и



абстрактностью против большей прагматичности и конкретности. В 3-й группе мальчики по сравнению с девочками продемонстрировали больший диапазон страхов, более выраженные страхи и большую частоту упоминаний о своих страхах, причем они в большей мере проявляют смешанные страхи (сказочных персонажей, неудач в обучении, насекомых и членистоногих, смерти и темноты, т. е. страхи конкретные и фантазийные); девочки же на их фоне отличаются только большей склонностью испытывать страх к рептилиям и земноводным [8].

В дальнейшем нами изучались особенности копинг-поведения и ведущие психологические защиты у детей 1-й группы. По данным теста SACS ведущими стратегиями копинг-поведения детей в раннем периоде после психической травмы, связанной с терактом, являются «поиск социальной поддержки» ( $28,7 \pm 1,87$ ), «импульсивные действия» ( $26,5 \pm 1,67$ ) и «осторожные действия» ( $25,3 \pm 1,65$ ). Эти данные указывают на преобладание в поведении детей пассивных и дезадаптивных копинг стратегий.

По данным теста «Индекс жизненного стиля» (табл. 3) у детей 1-й группы обнаруживается существенное напряжение всех механизмов психической защиты по сравнению с аналогичными показателями у детей 3-й группы. Это также указывает на выраженную психическую дезадаптацию этих детей.

*Таблица 3*  
*Выраженность механизмов психологической защиты у детей ( $M \pm m$ )*

| Механизм психологической защиты | Группа        |               | p <   |
|---------------------------------|---------------|---------------|-------|
|                                 | 1-я (n = 106) | 3-я (n = 122) |       |
| Отрицание                       | 0,36 ± 0,03   | 0,87 ± 0,06   | 0,001 |
| Подавление                      | 0,38 ± 0,02   | 0,76 ± 0,08   | 0,001 |
| Регрессия                       | 0,42 ± 0,06   | 0,84 ± 0,09   | 0,001 |
| Компенсация                     | 0,46 ± 0,04   | 0,68 ± 0,04   | 0,001 |
| Проекция                        | 0,57 ± 0,02   | 0,69 ± 0,03   | 0,001 |
| Замещение                       | 0,25 ± 0,01   | 0,73 ± 0,06   | 0,001 |
| Интеллектуализация              | 0,41 ± 0,02   | 0,27 ± 0,02   | 0,001 |
| Реактивные образования          | 0,34 ± 0,03   | 0,77 ± 0,07   | 0,001 |

Показатели индекса шкалы ПТСР (табл. 4) были достоверно выше у детей 1-й группы, чем у детей из 2-й группы ( $p < 0,001$ ) и у детей 3-й группы ( $p < 0,001$ ). Все это указывает на высокую выраженность ПТСР у всех детей, пострадавших в теракте, – как у 1-й, так и у 2-й группы.

Кроме того, было установлено, что, по данным экспертных оценок преподавателей, психическая травма оказала негативное влияние на пове-

денческие особенности детей, отражающиеся в снижении мотивации к обучению и в повышенной конфликтности с другими детьми.

*Таблица 4*  
*Показатели индекса шкалы синдрома ПТСР у детей ( $M \pm m$ )*

| Группа        | Индекс шкалы синдрома ПТСР, % |
|---------------|-------------------------------|
| 1-я (n = 143) | 93,75 ± 2,79                  |
| 2-я (n = 112) | 68,75 ± 2,29                  |
| 3-я (n = 124) | 37,5±1,34                     |

В ходе статистической обработки результатов исследования с помощью многофакторного анализа выделены 5 основных факторов (симптомокомплексов), характеризующих феноменологию психологических проявлений посттравматического стрессового расстройства и особенности психологического статуса детей, жертв террористического акта, в раннем периоде после психической травмы. В число ведущих симптомокомплексов (факторов) со значимостью суммарной дисперсии (ДП) вошли:

- F<sub>1</sub> – «тревога» (ДП = 22,1 %);
- F<sub>2</sub> – «страхи, фобии» (ДП = 20,6 %);
- F<sub>3</sub> – «психологические защиты» (ДП = 15,8 %);
- F<sub>4</sub> – «гипевозбудимость» (ДП = 14,3 %);
- F<sub>5</sub> – «копинг-реакции» (ДП = 9,9 %).

Эти факторы в целом отражают тенденции и специфику проявления ПТСР у детей, жертв теракта в Беслане, которая была выявлена по вышеуказанным психодиагностическим методикам, использованным при психологическом обследовании этих детей.

### **Заключение**

Результаты выполненного исследования позволяют сделать следующие выводы:

- 1) анализ психологических проявлений ПТСР у 205 детей 1-й группы позволил установить ведущие симптомокомплексы ПТСР (вторжение, избегание, повышенная возбудимость) и их выраженность. Частота проявлений симптомокомплекса вторжения (90,7 %) была достоверно выше, чем симптомокомплексов избегания и повышенной возбудимости;
- 2) установлено, что у детей террористический акт, по сравнению с другими видами психических травм, приводит к более интенсивному переживанию посттравматического стресса, признаки которого соответствуют критериям ПТСР;

3) исследования ценностно-смысловой сферы детей, переживших террористический акт, показали, что понятия «терроризм» и «смерть» объединяются в сознании у всех групп детей в единую систему и отвергаются ими как несущие угрозу существованию собственного «Я». Для групп детей как непосредственно переживших теракт (1-я группа), так и для «очевидцев» (2-я группа) наибольшую ценность представляют семья и собственное «Я»;

4) психическая травма, обусловленная террористическим актом, оказала выраженное негативное влияние на поведенческие особенности детей, проявившиеся в снижении мотивации к обучению и повышенной конфликтности с другими детьми;

5) по результатам факторного анализа выделены пять симптомокомплексов (факторов), в число которых вошли: «тревога» (22,1 %), «страхи, фобии» (20,6 %), «психологические защиты» (15,8 %), «гипевозбудимость» (14,3 %) и «копинг-реакции» (9,9 %), отражающие феноменологию ПТСР у детей, жертв террористического акта, в первоначальном периоде после психотравмы;

6) полученные данные указывают на высокую выраженность признаков ПТСР у всех детей, пострадавших в теракте, и необходимость проведения им своевременной целенаправленной психокоррекционной работы.

### *Литература*

1. *Брызгунов И.П.* Посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков / И.П. Брызгунов, А.Н. Михайлов, Е.В. Столярова. – М. : Медпрактика-М, 2008. – 144 с.

2. *Гриднева С.В.* Личностные детерминанты страхов и стратегий совладающего поведения у детей –10 лет : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Гриднева С.В. – Ростов н/Д, 2007. – 23 с.

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

4. *Кекелидзе З.И.* Посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков / З.И. Кекелидзе, А.А. Портнова // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2002. – Т. 102, № 12. – С. 56–62.

5. *Решетников М.М.* Психическая травма / М.М. Решетников // Вестн. психоанализа. – 2005. – № 1. – С. 9–22.

6. *Тарабрина Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. – СПб. [и др.] : Питер, 2001. – 492 с.

7. *Тарабрина Н.В.* Психология посттравматического стресса: интегративный подход : автореф. дис. ... д-ра психол. наук / Тарабрина Н.В. – СПб., 2008. – 28 с.

8. *Цуцьева Ж.Ч.* Феноменология, психодиагностика и психологическая коррекция посттравматического стресса у детей // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2009. – № 2. – С. 66–68.

УДК 159.9 : 37.011.31

*А.И. Анисимов*

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ УЧИТЕЛЕЙ**

Санкт-Петербургский государственный институт психологии  
и социальной работы

### ***Введение***

Профессиональная деятельность современного педагога сопряжена с воздействием большого количества социальных стрессоров. К окончанию учебного года значительно нарастает риск возникновения у учителей профессионального выгорания, а значит, снижения уровня их социального и профессионального здоровья, психологического благополучия. Актуальность нашего исследования определяется общественной значимостью социального здоровья учителя, необходимостью его изучения и привлечения внимания к данной проблеме. Решение этой проблемы предполагает реализацию комплекса задач: более точную оценку состояния здоровья с целью обеспечения эффективной педагогической деятельности, раннее выявление групп риска с целью дальнейшей организации профилактических мер по предупреждению нарушений здоровья, в частности профессионального выгорания.

В последние 25–30 лет интенсивно разрабатываются методологические аспекты проблемы здоровья человека в рамках научного направления – укрепления здоровья, для чего предпринимаются попытки выявления адаптивных резервов здоровья, сохранения и увеличения потенциала здоровья в различных ракурсах – физическом, психическом и социальном [7, с. 3].

Для данного методологического подхода важными задачами являются оценка и прогноз состояния здоровья, выработка критериев его оценки для разных уровней здоровья. Традиционно в фокусе внимания исследователей проблемы здоровья находились диагностика расстройств и выявление отклонений от нормы. Вопросам определения и восстановления ресурсов здоровья не уделялось должного внимания. Недооценка роли адаптив-

ных резервов организма является одной из главных причин недостаточной эффективности современной профилактической медицины [7, с. 4].

Современные условия жизнедеятельности предъявляют иные требования к оценке состояния здоровья. Появилась необходимость оценки адаптационных ресурсов в период, когда еще отсутствуют явные признаки заболевания и существуют возможности эффективного восстановления резервов здоровья. Своевременная диагностика снижения резервных возможностей человека, по мнению В.А. Пономаренко, позволит действительно регулировать и эффективно влиять на состояние здоровья специалиста с целью обеспечения его сохранности [9, с. 260].

Использование позитивных критериев для оценки здоровья личности профессионала будет более продуктивным, так как позволит более тонко дифференцировать состояние здоровья и его ресурсов, а также прогнозировать возможности его восстановления [10, с. 3].

Ведущие ученые, работающие в рамках реализации концепции «Здоровье здорового человека», определяют понятие «здоровье» как «способность человека обеспечивать свое физическое и психическое благополучие, возможность дожития до необходимого возраста с адекватной социальной дееспособностью» [7, с. 4].

Социальную дееспособность можно трактовать как индикатор социального здоровья человека в контексте профессиональной деятельности. Особую значимость этот компонент здоровья имеет для специалистов сферы «человек – человек».

В рамках нового научного направления «психология здоровья» разрабатывается системный подход к проблеме здоровья, где одним из основных вопросов являются определение и систематизация критериев оценки и самооценки физического, психического и социального здоровья. Социальный компонент общего здоровья человека остается наименее изученным.

Г.С. Никифоров подчеркивает основной акцент специфики рассмотрения социального здоровья – полноценное выполнение человеком своих социальных функций. Само социальное здоровье определяется «как количество и качество межличностных связей индивидуума и степень его участия в жизни общества» [8, с. 54].

Учет всех предложенных в различных областях знания (медицине, социологии, психологии, педагогике и т. д.) критериев делает задачу определения состояния здоровья крайне громоздкой и трудоемкой. Анализ и обобщение различных критериальных подходов к оценке здоровья позволили нам предложить социально-психологические интегральные критерии: «гармоничность отношений личности с социальным окружением» и «социальная зрелость личности» [1], которые мы считаем адекватными для

оценки социального здоровья личности учителя в контексте профессиональной деятельности.

Цель данного исследования – проверка адекватности интегральных социально-психологических критериев для оценки индивидуального социального здоровья и выявления у учителей группы риска формирования профессионального выгорания (ПВ).

Мы предположили, что показатели социального здоровья учителей будут иметь существенные различия в связи со степенью переживаемых ими состояний ПВ, отраженных в симптомах «эмоционального истощения», «деперсонализации», «редукции личных достижений».

### *Материал и методы*

Для реализации поставленной цели обследовали учителей общеобразовательных школ Санкт-Петербурга. Общая выборка составила 144 человека. В нее вошли женщины с высшим образованием, в возрасте от 22 до 57 лет. Исследование проводили в конце учебного года (май–июнь 2009 г.), когда особенно высок риск проявления симптомов ПВ.

Для определения уровня социального здоровья учителей использовали пакет психодиагностических методик.

Оценку гармоничности отношений личности с социальным окружением проводили с помощью опросников:

- «Субъективная оценка межличностных отношений», СОМО (Духновский С.В.) по 4 шкалам: «напряженность», «отчужденность», «конфликтность», «агрессия» и итоговому баллу (суммарный показатель всех шкал) [4];

- «Опросник самоотношения», ОСО (Столин В.В., Пантеев С.Р.), шкала «Аутосимпатия» [12].

Оценку социальной зрелости личности осуществляли с помощью опросников:

- «Локус контроля» (Ксенофонтова Е.Г.), шкалы «общая интернальность», «межличностная интернальность» [5];

- «Диагностика коммуникативной установки» (Бойко В.В.) по 5 шкалам: «завуалированная жестокость», «открытая жестокость», «обоснованный негативизм», «брюзжание», «негативный личный опыт общения» и суммарному баллу («толерантность») [2];

- «Шкала социального интереса» (Кренделл Дж., адаптирована Сидоренко Е.В.) [11];

- «Тест смысложизненных ориентаций», СЖО (Леонтьев Д.А.) [6].

Для определения степени ПВ учителей применили методику «Профессиональное выгорание», разработанную Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой на основе модели К. Маслач и С. Джексона [3]. Оценка

степени выгорания может осуществляться как для каждой отдельной шкалы, так и по интегральному показателю. Для этого складываются балльные оценки трех показателей. В табл. 1 представлены данные российской выборки в 360 человек, рассчитанные Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой.

*Таблица 1*  
*Оценка ПВ, балл (данные Водопьяновой Н.Е. и Старченковой Е.С.)*

| Показатель                 | Пол     | Уровень выраженности |         |         |               |
|----------------------------|---------|----------------------|---------|---------|---------------|
|                            |         | Низкий               | Средний | Высокий | Очень высокий |
| Эмоциональное истощение    | Мужской | 5–15                 | 16–24   | 25–34   | 35 и более    |
|                            | Женский | 6–16                 | 17–25   | 26–34   | 35 и более    |
| Деперсонализация/цинизм    | Мужской | 2–4                  | 5–12    | 13–15   | 16 и более    |
|                            | Женский | 1–4                  | 5–10    | 11–13   | 14 и более    |
| Редукция личных достижений | Мужской | 37–48                | 34–28   | 27–23   | 22 и менее    |
|                            | Женский | 37–48                | 35–28   | 27–22   | 21 и менее    |
| Интегральный показатель    | –       | 1                    | 2       | 3       | 5             |

Обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ «Statistica 6.0» с использованием непараметрического критерия Колмогорова – Смирнова (Kolmogorov – Smirnov Test) и коэффициента ранговой корреляции Спирмена (Spearman Rank Order Correlations).

### ***Результаты и их анализ***

С целью проверки гипотезы исследования о взаимосвязи состояния социального здоровья со степенью выраженности ПВ выделены 3 группы учителей с разным уровнем социального здоровья:

– в 1-ю группу вошли 62 учителя с высоким уровнем социального здоровья, у которых диагностированы гармоничные отношения с социальным окружением и высокая степень социальной зрелости;

– во 2-ю группу включены 38 учителей с низким уровнем социального здоровья, показатели которых по нескольким методикам выходили за пределы нормативных значений (у них отмечается дисгармоничность отношений с социальным окружением и низкая степень социальной зрелости);

– в 3-ю группу – «практически здоровые» – отнесены 44 учителя, у которых выявлены либо наличие дисгармоничности отношений в сочетании с высокой степенью социальной зрелости, либо комбинация гармоничности отношений с невысокой степенью социальной зрелости. Результаты этой группы в дальнейшем сравнительном анализе не рассматриваются.

Для проверки значимости различий по психологическим показателям между 1-й и 2-й полярными группами по уровню индивидуального социального здоровья использовали статистический критерий Колмогорова – Смирнова. Результаты представлены в табл. 2.

*Таблица 2*  
*Сравнение групп с разным уровнем социального здоровья, балл (M ± σ)*

| Показатель                   | Группа       |              | p <   |
|------------------------------|--------------|--------------|-------|
|                              | 1-я          | 2-я          |       |
| Напряженность                | 34,7 ± 7,7   | 45,2 ± 11,6  | 0,001 |
| Отчужденность                | 37,9 ± 7,8   | 46,6 ± 9,7   | 0,001 |
| Конфликтность                | 28,5 ± 4,7   | 33,9 ± 7,5   | 0,01  |
| Агрессия                     | 28,4 ± 4,6   | 33,4 ± 7,7   | 0,01  |
| Итоговый СОМО                | 129,5 ± 16,3 | 159,1 ± 29,0 | 0,001 |
| Аутосимпатия                 | 10,3 ± 2,4   | 9,9 ± 2,6    | –     |
| Социальный интерес           | 10,3 ± 3,3   | 9,3 ± 3,6    | –     |
| Толерантность                | 30,2 ± 7,7   | 54,7 ± 15,3  | 0,001 |
| Осмысленность жизни          | 114,5 ± 12,3 | 101,5 ± 18,6 | 0,01  |
| Интернальность               | 25,3 ± 4,7   | 21,2 ± 5,6   | 0,01  |
| Интернальность межличностная | 10,0 ± 2,2   | 7,9 ± 2,5    | 0,01  |

По результатам статического сравнения установлены значимые различия между группами практически по всем показателям социального здоровья (за исключением показателей «социальный интерес» и «аутосимпатия»). Причем по основным показателям социального здоровья (осмысленность жизни, интернальность, коммуникативная толерантность, гармоничность отношений) превосходство 1-й группы учителей над своими коллегами с низким уровнем социального здоровья достигает высокого уровня значимости ( $p < 0,01$ ).

Следующим шагом анализа полученных результатов являлось сравнение полярных групп учителей по показателям ПВ. Для сравнения использовался статистический критерий Колмогорова – Смирнова. Результаты представлены в табл. 3.

Установлены значимые различия между группами учителей с разным уровнем социального здоровья по всем показателям ПВ. Это означает, что учителя с более высоким уровнем социального здоровья гораздо в меньшей степени ощущают симптомы психического неблагополучия: эмоциональное истощение, деперсонализацию, меньше проявляют склонность к принижению собственных профессиональных достижений.



*Таблица 3*

*Сравнение групп с разным уровнем социального здоровья по ПВ*

| Показатель                 | Группа     |            | p <   |
|----------------------------|------------|------------|-------|
|                            | 1-я        | 2-я        |       |
| Эмоциональное истощение    | 19,4 ± 6,3 | 26,8 ± 6,6 | 0,001 |
| Деперсонализация           | 9,8 ± 4,0  | 13,6 ± 4,0 | 0,01  |
| Редукция личных достижений | 34,2 ± 4,8 | 30,9 ± 5,0 | 0,05  |
| Интегральный показатель    | 6,1 ± 1,8  | 8,3 ± 2,1  | 0,001 |

Таким образом, у нас имеются достаточные основания сделать заключение о том, что учителя с высоким уровнем социального здоровья демонстрируют более низкую степень ПВ.

Для уточнения взаимосвязи показателей социального здоровья и степени выраженности ПВ учителей был проведен корреляционный анализ эмпирических данных всей выборки учителей (n = 144). Результаты корреляционного анализа (коэффициент ранговой корреляции Спирмена) представлены в табл. 4 и 5.

*Таблица 4*

*Корреляции показателей гармоничности отношений и ПВ*

| Показатель    | Эмоциональное истощение | Деперсонализация | Редукция личных достижений | Интегральный показатель |
|---------------|-------------------------|------------------|----------------------------|-------------------------|
| Напряженность | <i>0,42</i>             | <i>0,42</i>      | - 0,20                     | <i>0,43</i>             |
| Отчужденность | <i>0,30</i>             | <i>0,32</i>      | - 0,10                     | <i>0,30</i>             |
| Конфликтность | <i>0,30</i>             | <i>0,34</i>      | - 0,14                     | <i>0,27</i>             |
| Агрессия      | <i>0,31</i>             | <i>0,37</i>      | - 0,15                     | <i>0,30</i>             |
| Итоговый СОМО | <i>0,41</i>             | <i>0,44</i>      | - 0,17                     | <i>0,40</i>             |
| Аутосимпатия  | - 0,16                  | - 0,12           | 0,04                       | - 0,15                  |

Здесь и в табл. 5: p < 0,05 – выделены курсивом.

Установлены значимые взаимосвязи между показателями гармоничности отношений учителей с компонентами ПВ:

1) «эмоциональное истощение» коррелирует с показателями методики СОМО, что указывает на то, что чем острее переживается учителями дисгармоничность межличностных отношений, тем выше они испытывают эмоциональное неблагополучие в условиях напряженной педагогической деятельности;

2) «деперсонализация» значимым образом связана со всеми показателями дисгармоничности межличностных отношений. Это может свидетельствовать о том, что нарушение гармоничности отношений учителей в отношениях с социальным окружением сопровождается заметным нарастанием негативных переживаний и ужесточением установок по отношению к тем людям, с которыми приходится взаимодействовать;

3) «редукция личных достижений» отрицательно коррелирует с показателями «напряженность отношений» и итоговым баллом методики СОМО (заметим, что конструкт методики построен таким образом, что чем выше значения редукции личных достижений, тем менее выражено искомое качество), что также подтверждает выявленную тенденцию: ощущаемая учителями дисгармоничность межличностных отношений сопровождается заметным неблагополучием, в частности наличием у них склонности обесценивать свои возможности и профессиональную эффективность;

4) интегральный показатель ПВ заметно повышается у тех учителей, у которых отмечаются напряженность, отчужденность, агрессивность, конфликтность, либо общая дисгармоничность во взаимоотношениях с социальным окружением.

Таким образом, дисгармоничность отношений учителя с социальным окружением в условиях напряженной педагогической деятельности в высокой степени сопряжена с ощущаемым им психологическим неблагополучием.

Результаты корреляционного анализа показателей ПВ и социальной зрелости учителей представлены в табл. 5.

Показатели методики СЖО («цели в жизни», «процесс жизни», «результативность», «ЛК – Я», «ЛК – жизнь», «осмысленность жизни») и опросника «Локус контроля» («общая интернальность», «межличностная интернальность») отрицательным образом коррелируют с основным компонентом ПВ «эмоциональное истощение», что говорит о том, что чем меньше учителя чувствуют в себе способности управлять значимыми событиями своей жизни и чем меньше удовлетворены ее ходом, тем в большей степени они ощущают психическое неблагополучие, проявляющееся в равнодушии или эмоциональном перенасыщении.

Положительные корреляции показателей методики СЖО с компонентом ПВ «редукция профессиональных достижений» указывают на то, что учителя, ощущающие свою жизнь как наполненную смыслом, удовлетворенные ее ходом и собственной самореализацией, в меньшей степени склонны обесценивать собственные профессиональные успехи в напряженных условиях педагогической деятельности.

Таблица 5

## Корреляции показателей социальной зрелости и ПВ учителей

| Показатель                   | Эмоциональное истощение | Деперсонализация | Редукция личных достижений | Интегральный показатель |
|------------------------------|-------------------------|------------------|----------------------------|-------------------------|
| Цели в жизни                 | - 0,30                  | - 0,17           | 0,48                       | - 0,31                  |
| Процесс жизни                | - 0,52                  | - 0,26           | 0,48                       | - 0,47                  |
| Результативность             | - 0,48                  | - 0,26           | 0,46                       | - 0,49                  |
| Локус контроля – Я           | - 0,47                  | - 0,28           | 0,57                       | - 0,48                  |
| Локус контроля – Ж           | - 0,50                  | - 0,27           | 0,46                       | - 0,46                  |
| Осмысленность жизни          | - 0,54                  | - 0,29           | 0,55                       | - 0,52                  |
| Общая интернальность         | - 0,42                  | - 0,28           | 0,38                       | - 0,44                  |
| Интернальность межличностная | - 0,47                  | - 0,36           | 0,37                       | - 0,49                  |
| Открытая жестокость          | 0,23                    | 0,31             | - 0,12                     | 0,24                    |
| Обоснованный негативизм      | 0,23                    | 0,28             | - 0,19                     | 0,26                    |
| Брюзжание                    | 0,34                    | 0,31             | - 0,24                     | 0,36                    |
| Негативный опыт              | 0,35                    | 0,36             | - 0,23                     | 0,37                    |
| Толерантность                | 0,36                    | 0,38             | - 0,24                     | 0,38                    |

Отрицательные корреляции показателей «процесс жизни», «ЛК–Я», «ЛК – жизнь», ОЖ, с интегральным показателем ПВ могут означать, что удовлетворенность процессом жизнедеятельности и готовность к реализации важных жизненных целей сочетаются с низкой степенью выраженностью симптомов ПВ учителей.

Установленные корреляции показателей методики «Диагностика коммуникативной установки» с компонентами ПВ могут свидетельствовать о том, что в напряженных условиях профессиональной деятельности происходит снижение толерантности учителей, которое сопряжено с нарастанием у них эмоционального неблагополучия, негативных переживаний и установок по отношению к партнерам по общению, склонностью обесценивать свои профессиональные успехи и приуменьшать собственные возможности.

Таким образом, можно констатировать, что качества социально зрелой личности, диагностируемые в выборке учителей, отрицательным образом коррелируют с показателями их профессионального выгорания.

### **Выводы**

1. Данное исследование позволило выявить 3 группы учителей с разным уровнем индивидуального социального здоровья: с высоким (43 %), средним (30 %) и низким (26 %). Учителей с низким уровнем социального

здоровья следует отнести к группе риска. В условиях напряженной профессиональной деятельности или при неблагоприятных жизненных обстоятельствах они в большей степени подвержены ПВ и личностным деформациям, а следовательно, будут нуждаться либо в профилактических мероприятиях, либо в психотерапевтической помощи.

2. Учителя с высоким уровнем социального здоровья демонстрируют более низкую степень ПВ. Значимые различия по всем показателям ПВ, установленные в результате сравнения групп учителей с разным уровнем социального здоровья, свидетельствуют о том, что учителя с высоким уровнем социального здоровья гораздо в меньшей степени ощущают симптомы психического неблагополучия: эмоциональное истощение, деперсонализацию, меньше проявляют склонность к редукции собственных профессиональных достижений.

3. Дисгармоничность отношений личности с социальным окружением в условиях напряженной педагогической деятельности в высокой степени сопряжена с ощущаемым ею психологическим неблагополучием. На это указывают выявленные отрицательные корреляции показателей гармоничности отношений учителей с компонентами ПВ.

4. В условиях возрастания профессиональной нагрузки низкий уровень социальной зрелости личности (недостаточно развитые ответственность, толерантность, просоциальная направленность, а также низкая степень осмысленности жизни) заметно коррелирует с ощущением эмоционального неблагополучия, снижением оценки собственных возможностей и достижений, негативными переживаниями в адрес тех людей, с которыми приходится взаимодействовать.

5. Аprobация интегральных социально-психологических критериев показала их адекватность для оценки социального здоровья личности учителей.

### *Литература*

1. *Анисимов А.И.* Социальное здоровье студентов / А.И. Анисимов, Н.Н. Киреева // Вестник СПбГУ. Серия 12: Психология. – 2009. – Вып. 1. – С. 165–183.
2. *Бойко В.В.* Психоэнергетика / В.В. Бойко. – СПб. : Питер, 1996. – 416 с.
3. *Водопьянова Н.Е.* Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – [2-е изд.] – СПб. [и др.] : Питер, 2008. – 336 с.
4. *Духновский С.В.* Субъективная оценка межличностных отношений: руководство по применению / С.В. Духновский. – СПб. : Речь, 2005. – 51 с.

5. *Ксенофонтова Е.Г.* Исследование локализации контроля личности – новая версия методики «Уровень субъективного контроля» / Е.Г. Ксенофонтова // Психол. журн. – 1999. – Т. 20, № 2. – С. 103–114.
6. *Леонтьев Д.А.* Тест смысложизненных ориентаций (СЖО) / Д.А. Леонтьев. – [2-е изд.] — М. : Смысл, 2000. – 16 с.
7. *Методологические* проблемы оценки индивидуального здоровья / А.И. Вялков [и др.] // Обществ. здоровье и проф. заболеваний. – 2006. – № 2. – С. 3–8.
8. *Психология* здоровья : учебник для вузов / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб. [и др.] : Питер, 2003. – 607 с.
9. *Разумов А.Н.* Здоровье здорового человека: (основы восстановительной медицины) / А.Н. Разумов, В.А. Пономаренко, В.А. Пискунов. – М. : Медицина, 1996. – 413 с.
10. *Рыбников В.Ю.* Психологическое прогнозирование надежности деятельности специалистов экстремального профиля : автореф. дис. ... д-ра психол. наук / Рыбников В.Ю. ; [С.-Петерб. гос. ун-т.]. – СПб., 2000. – 44 с.
11. *Сидоренко Е.В.* Терапия и тренинг по А. Адлеру / Е.В. Сидоренко. – СПб. : Речь, 2000. – 352 с.
12. *Фетискин Н.П.* Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп : учеб. пособие / Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов. – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2005. – 488 с.

## РАЗРАБОТКА СИСТЕМЫ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННОГО ТИПА ЛИЧНОСТИ

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

### *Введение*

В настоящее время в нашей стране отмечается существенное снижение количества трудоспособного населения за счет демографических проблем. Такая ситуация приводит к дефициту специалистов не только в гражданской сфере, но и в Вооруженных Силах Российской Федерации. Ситуация усугубляется также снижением социально-психологических и психофизиологических характеристик призывников и абитуриентов, что может значительно ухудшить их дальнейшую военно-профессиональную деятельность.

В настоящее время при проведении мероприятий профессионального психологического отбора (ППО) определяют уровень общего интеллектуального развития, нервно-психическую устойчивость (НПУ), мотивационные характеристики личности, специальные способности. Одно только проведение психологического и психофизиологического обследования продолжается не менее 2,5 ч, а вся процедура ППО занимает 5–6 ч. Поэтому проблема разработки универсальной диагностической системы, позволяющей быстро и эффективно оценивать индивидуальный стиль в любом профиле деятельности, производить профориентацию, формировать эффективную команду, тем самым пролонгируя деятельность профессионалов и снижая риск их профессионального выгорания, является очень актуальной.

Первым этапом в создании экспертной системы комплексного анализа личности (ЭСКАЛ) являлась разработка подсистемы определения преимущественного типа личности (ЭСКАЛ – оценка личности). В ее основу положена теория о типах высшей нервной деятельности И.П. Павлова, развитой в трудах Л.Н. Собчик [5] (рис. 1) и В.М. Русалова [1, 3, 4]. Из рис. 1 видно, что сильный тип высшей нервной деятельности (ВНД) является противоположным слабому, а смешанный тип ВНД с ригидными нервными процессами – противоположен смешанному типу ВНД с лабильными нервными процессами. Поэтому на плоскости данные типы являются также взаимно противоположными векторами: «координирующий» тип противоположен «содействующему» ( $180^\circ$ ), а «стимулирующий» тип противоположен «контролирующему» ( $180^\circ$ ).



*Рис. 1. Типы личности по теории ведущих тенденций Л.Н. Собчик*

Нами были пересмотрены названия преимущественных типов личности согласно типу высшей нервной деятельности и предложены следующие названия с соответствующими характеристиками:

1. Стимулирующий тип (у Собчик Л.Н. – смешанный тип ВНД – лабильный). Цвет, который преимущественно выбирает респондент по методике цветовых выборов (МЦВ), – желтый. Преимущественный стиль мышления: чувственный (наглядно-образный). Основные психологические характеристики: быстро устанавливает контакт, может быстро изменять точку зрения; первым начинает разговор, при ведении переговоров может уступать стороне клиента в ущерб себе, хороший коммуникатор, много обещает, но не всегда сдерживает обещания.

2. Содействующий тип (по Собчик Л.Н. – слабый тип ВНД). Цвет, который преимущественно выбирает респондент по методике цветовых выборов (МЦВ), – зеленый. Преимущественный стиль мышления: абстрактно-аналитический (вербальный). Основные психологические характеристики: принятие решений в ущерб собственной выгоде; может пренебречь решением задачи ради сохранения хороших отношений, хорошо поддерживает связи с другими людьми; проявляет искреннюю заботу о клиентах и коллегах по работе; хорошо справляется с однообразной, бумажной работой; нередко бывает сдержан; особенно контролирует себя при даче обещаний.

3. Контролирующий тип (по Собчик Л.Н. – смешанный тип ВНД – ригидный). Цвет, который преимущественно выбирает респондент по методике цветовых выборов (МЦВ) – синий. Преимущественный стиль мышления: целостный, формально-логический. Основные психологические характеристики: следование правилам, нормам (иногда только своим собственным); жесткость установок, мировоззрения; низкая социальная активность; хорошие аналитические способности; хорошо составляет планы, регламентирует деятельность.

4. Координирующий тип (по Собчик Л.Н. – сильный тип ВНД). Цвет, который преимущественно выбирает респондент по методике цветовых выборов (МЦВ), – красный, алый. Преимущественный стиль мышления: синтетический, рациональный, эвристический (интуитивный). Основные психологические характеристики: стремится занять лидирующее положение; стремится выполнить задачу любой ценой, даже в ущерб налаженным контактам; обладает смелостью; быстро находит решения; при ведении переговоров стремится достичь поставленной цели, с максимальной выгодой для себя.

На наш взгляд, такие названия типов и их характеристики лучше подходят для описания преимущественного типа личности в деятельности.

Учитывая то обстоятельство, что система основана на теории Л.Н. Собчик, опросник для определения преимущественного типа личности был взят из ее методики «Индивидуальный типологический опросник» (ИТО). Данный опросник, на наш взгляд, наиболее близко описывал типы личности в соответствии с ее теорией. Но на практике оказалось, что при проведении опроса на выборке 110 человек большинство респондентов соотнесли себя с «координирующим» типом, то есть желали себя показать стремящимися к лидерству, спонтанности, креативности, социально одобряемому стилю поведения. При анализе ответов на утверждения ИТО выявлено, что здоровые люди всегда выбирали социально одобряемые ответы, что является естественным и в данном случае не подтверждает полностью гипотезу Л.Н. Собчик о равномерности распределения типов лично-



сти. Причины скорее всего в следующем: в ИТО отсутствуют нормированные шкалы (нет перевода «сырых» значений в стены).

### ***Материалы и методы***

Сконструированный опросник состоит из 96 утверждений, образующих 24 группы утверждений по 4 в каждой группе. Группы сформированы таким образом, чтобы в каждую входили утверждения из 4 разных шкал, то есть в каждой группе есть по одному утверждению, которое относится к одному из типов: «координирующему», «стимулирующему», «содействующему» и «контролирующему».

Респонденту предлагается оценить каждую группу утверждений за ограниченное время (10 с) и выбрать вначале одно из них, которое он считает соответствующим ему в большей степени. Затем из трех оставшихся в группе выбрать одно утверждение, которое ему соответствует в наименьшей степени или не соответствует совсем. Таким образом происходит ранжирование утверждений и, соответственно, ответов по шкалам опросника.

За счет такой формы опросника и ограничения времени на ответы достигается максимальная загрузка внимания респондента на ранжирование и выбор наиболее характерных и наименее характерных утверждений. На самом деле, оказалось, что те утверждения, которые вызывали минимальное «раздражение», являются наиболее характерными для респондента, определяя тем самым тот тип личности, реализация поведения которого вызывает минимальное напряжение. Баллы, полученные по методике, были нормированы для перевода в стены на выборке 734 человека (что соответствует проверке валидности по объему) и создана таблица перевода «сырых» значений в стены.

Таким образом, по каждой шкале респондент получает определенный нормированный показатель (стен), что позволяет построить его профиль (рис. 2), который количественно показывает, насколько выражен каждый из типов поведения у респондента. Так как оценка ответов производилась по двум направлениям (наиболее и наименее характерные утверждения), то строится два профиля.

1-й профиль отражает то, что респондент считает (или желает, чтобы считали окружающие) наиболее характерным для него (то есть демонстрирует). 2-й профиль строится на оценке утверждений, которые наименее характерны для респондента, по следующему принципу – по шкале, по которой набрано наименьшее количество отрицаний, присваивается больший стен и наоборот. Таким образом, 2-й профиль отражает наиболее естественный тип поведения человека, так как просчитать результат по 2-му профилю респонденту практически невозможно.

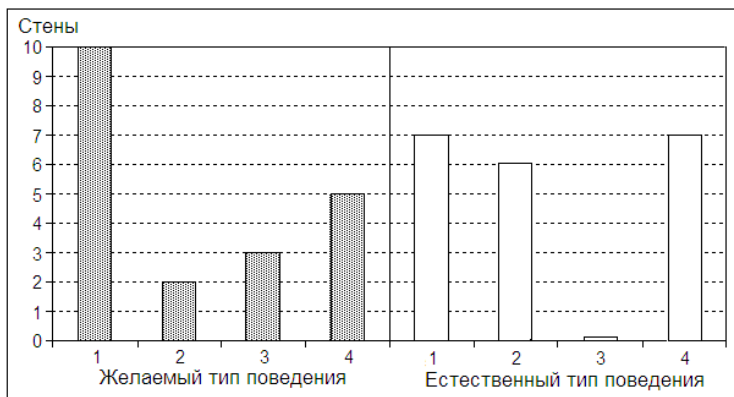


Рис. 2. Профили личности (1 – координирующий, 2 – стимулирующий, 3 – содействующий, 4 – контролирующий тип)

Затем полученные результаты по 4 шкалам в стенах складывались методом сложения векторов для определения преимущественного типа личности. Для наглядности результат отображался на круге (рис. 3). Четыре разнонаправленных вектора V1 (координирующий тип), V2 (стимулирующий тип), V3 (содействующий тип), V4 (контролирующий тип) отображены на рис. 3. Результаты, полученные при обследовании респондента по каждой шкале, откладывали по соответствующим координатам векторов. По правилу сложения векторов получали вектор V5, который отображал характеристику респондента. Угол  $\alpha$  отображал угол наклона вектора V5.

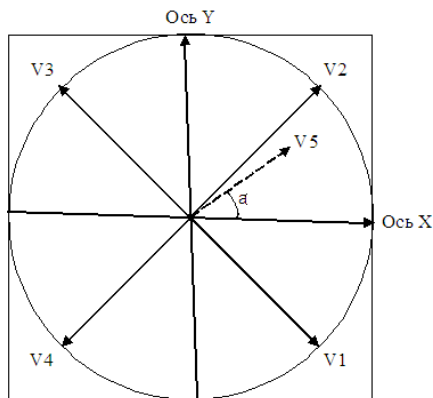


Рис. 3. Вектора шкал методики «ЭСКАЛ – оценка личности»

Из рис. 3 видно, что направление вектора V5 отображает преимущественный тип поведения респондента, его величина показывает силу проявления качеств. Мы предположили, что получаемый преимущественный тип личности описывает структуру личности, наиболее близкую к ее темпераменту. Основная цель работы заключалась в определении валидности подсистемы определения преимущественного типа личности.

### ***Результаты и их обсуждение***

Гипотезу исследования и валидность методики необходимо было доказать. Количественные показатели объема исследований представлены в

. Пункты 4–7 (см. табл. 1) реализованы на автоматизированном рабочем месте специалиста профессионального отбора (АРМ СПО «Отбор»).

*Таблица 1*

*Объем и методики исследований*

| № п/п | Наименование методики  | Количество наблюдений |
|-------|--|-----------------------|
| 1.    | Экспертная оценка утверждений для разработки опросника оценки личности         | 8                     |
| 2.    | «ЭСКАЛ – оценка личности»  | 1456                  |
| 3.    | Углубленное собеседование по результатам «ЭСКАЛ – оценка личности»             | 234                   |
| 4.    | 16-факторный опросник Кеттела, форма С   | 147                   |
| 5.    | МЛО «Адаптивность»   | 546                   |
| 6.    | Опросник формально-динамических свойств индивидуальности (ОФДСИ) В.М. Русалова | 97                    |
| 7.    | Опросник Айзенка   | 97                    |
|       | Итого  | 2585                  |

Исследования проводились в несколько этапов. На 1-м этапе осуществляли нормирование результатов по «ЭСКАЛ – оценка личности» (валидность по объему) и уточнение полученных результатов путем экспертной углубленной беседы с каждым респондентом. Беседа была необходима в качестве внешнего критерия для оценки конструктивной валидности методики. В обследовании приняли участие 234 человека. В 85 % случаев респонденты согласились с полученными результатами сразу, 13 % – после проведенного уточнения результатов в ходе беседы, 2 % – не согласились с полученными результатами.

На 2-м этапе определяли диагностическую валидность методики путем сравнения полученных результатов по «ЭСКАЛ – оценка личности» с другими психологическими и психофизиологическими методиками. Выяв-

ленные взаимосвязи показателей шкал методики «ЭСКАЛ – оценка личности» сведены в табл. 2

Таблица 2

Взаимосвязи шкал методики «ЭСКАЛ – оценка личности»

| Методика   | Взаимосвязи со шкалами  | Заключение   |
|--|---|--|
| <b>Шкала «Координирующий тип»</b>                        |   |  |
| 16 ФЛО, форма С  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• В (интеллект) (<math>r = 0,18; p &lt; 0,05</math>)</li> <li>• F (рассудительность – беспечность) (<math>r = 0,17; p &lt; 0,05</math>)</li> <li>• Н (застенчивость-смелость, уверенность) (<math>r = 0,20; p &lt; 0,05</math>)</li> </ul> | Данные связи подтверждают эвристический стиль мышления, смелость, беспечность, характеризующие шкалу «Координирующий тип»  |
| МЛЮ «Адаптивность»                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Личностный адаптационный потенциал (<math>r = 0,21; p &lt; 0,05</math>)</li> <li>• Поведенческая регуляция (<math>r = 0,20; p &lt; 0,05</math>)</li> </ul>   | У лиц с координирующим типом поведения отмечаются хорошие адаптивные способности и НПУ   |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Моральная нормативность (<math>r = -0,22; p &lt; 0,05</math>)</li> </ul>   | Соответствует поведению, направленному на решение личных потребностей в соответствии с личными установками, а не общепринятыми нормами   |
| Опросник формально-динамических свойств индивидуальности | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Эргичность, моторная (<math>r = 0,30; p &lt; 0,05</math>)</li> <li>• Темп интеллектуальный (<math>r = 0,24; p &lt; 0,05</math>)</li> </ul>   | Такие данные говорят о том, что шкале «Координирующий тип» соответствует хорошие уровни по блокам афферентного синтеза и исполнения (в соответствии с теорией функциональных систем [1, 4]). Отражает в обобщенной форме широту афферентного синтеза (степень напряженности взаимодействия со средой [3]) и быстроту исполнения той или иной программы поведения |
| <b>Шкала «Стимулирующий тип»</b>                         |   |  |
| 16 ФЛО форма С   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• С (эмоциональная устойчивость) (<math>r = 0,20; p &lt; 0,05</math>)</li> <li>• Q2 (зависимость от группы – самостоятельность) (<math>r = -0,20; p &lt; 0,05</math>)</li> </ul>   | Полученные связи характеризуют «Стимулирующий тип» как эмоционально устойчивый и зависимый от группы (т. к. стимулировать к общению возможно только в группе)  |
| МЛЮ «Адаптивность»                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Коммуникативный потенциал (<math>r = 0,19; p &lt; 0,05</math>)</li> </ul>  | Такая связь подтверждает наличие хороших коммуникативных качеств у личностей со стимулирующим типом поведения  |

| Методика   | Взаимосвязи со шкалами  | Заключение  |
|--|---|---|
| Опросник формально-динамических свойств индивидуальности | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Пластичность моторная (<math>r = 0,21</math>; <math>p &lt; 0,05</math>)</li> </ul>   | Такие данные свидетельствуют о том, что шкале «Стимулирующий тип» соответствует хороший уровень по блоку программирования (в соответствии с теорией функциональных систем [1, 4]). Отражает степень легкости переключения с одних программ поведения на другие                                  |
| Шкала «Содействующий тип»                                |   |   |
| 16 ФЛО, форма С  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Е (покорность – доминантность) (<math>r = -0,22</math>; <math>p &lt; 0,05</math>)</li> <li>• О (спокойствие – тревожность) (<math>r = 0,17</math>; <math>p &lt; 0,05</math>)</li> </ul>  | Такие связи подтверждают, что «Содействующий тип» – это покорные личности, мнение которых зависит от лидеров группы, у них отмечается повышенная тревожность, мнительность (меланхолик)   |
| МЛО «Адаптивность»                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Коммуникативный потенциал (<math>r = -0,19</math>; <math>p &lt; 0,05</math>)</li> <li>• Поведенческая регуляция (<math>r = -0,17</math>; <math>p &lt; 0,05</math>),</li> </ul>   | Данные связи подтверждают обратные значения шкале «Координирующий тип»  |
| Опросник формально-динамических свойств индивидуальности | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Темп интеллектуальный (<math>r = -0,24</math>; <math>p &lt; 0,05</math>)</li> </ul>  | Такие данные говорят о том, что шкале «Содействующий тип» соответствует низкий уровень по блоку исполнения (в соответствии с теорией функциональных систем [1, 4]). Отражает низкую скорость исполнения той или иной программы поведения  |
| Шкала «Содействующий тип»                                |   |   |
| 16 ФЛО, форма С  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• С (эмоциональная устойчивость) (<math>r = -0,20</math>; <math>p &lt; 0,05</math>)</li> <li>• G (нормативность поведения) (<math>r = -0,18</math>; <math>p &lt; 0,05</math>)</li> <li>• Q2 (зависимость от группы – самостоятельность) (<math>r = 0,20</math>; <math>p &lt; 0,05</math>);</li> <li>• Q4 (расслабленность – напряженность) (<math>r = 0,17</math>; <math>p &lt; 0,05</math>)</li> <li>• MD (адекватность – завышенность самооценки) (<math>r = -0,24</math>; <math>p &lt; 0,05</math>);</li> </ul> | Соответственно приведенным данным, подтверждается характеристика шкалы «Контролирующий тип», как отображающую самостоятельность принимаемых решений, высокую напряженность при адекватной самооценки  |
| Опросник формально-динамических свойств индивидуальности | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Эмоциональная чувствительность коммуникативная (<math>r = -0,23</math>; <math>p &lt; 0,05</math>)</li> </ul>   | Такие данные говорят о том, что шкале «Контролирующий тип» соответствует низкий уровень по блоку обратной связи (в соответствии с теорией функциональных систем [1, 4]). Отражает высокий порог чувствительности к возможному несовпадению результата действия с акцептором результата действия |

С результатами опросника Айзенка шкалы «ЭСКАЛ – опросник личности» статистически значимых связей не выявлено. Скорее всего это связано с особенностью шкал опросника Айзенка и методики «ЭСКАЛ – опросник личности». В опроснике Айзенка всего 2 шкалы, которые отображают тип личности, и оценка при построении профиля личности зависит от того, в какой половине шкалы получены результаты, то есть в одном случае выраженность типа личности до половины шкалы снижается, а далее, во второй половине шкалы, наоборот, возрастает. В методике «ЭСКАЛ – опросник личности» всегда, чем больше значение по шкале, тем ярче проявляются характерные качества. Из этого следует, что корреляционные связи при таких оценках шкал могут не возникнуть.

Недостаточно высокие коэффициенты говорят скорее о тенденциях, так как предложенная система скорее всего оценивает структуру личности, которая более характерна для темперамента.

### *Заключение*

Таким образом, предлагаемые описания типов личности по «ЭСКАЛ – оценка личности» соответствуют действительности, что подтверждается результатами, полученными по другим методикам, и свидетельствуют о ее валидности.

Для подтверждения нашего предположения о том, что результаты по «ЭСКАЛ – оценка личности» соответствует уровню темперамента, необходимо провести дополнительные исследования, связанные с оценкой выносливости нервной системы, ее лабильности, особенностями ЭЭГ-активности головного мозга, характеристиками познавательной сферы.

### *Литература*

1. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональных систем / П.К. Анохин. – М. : Наука, 1980. – 196 с.
2. Билый А.М. Оптимизация профессионального психофизиологического отбора и сопровождения деятельности специалистов / А.М. Билый // Вестн. Рос. воен-мед. акад. – 2007. – № 3 (17). – С. 73–77.
3. Русалов В.М. Опросник формально-динамических свойств индивидуальности (ОФДСИ) : метод. пособие / В.М. Русалов. – М. : ИП РАН, 1997. – 50 с.
4. Русалов В.М. Взаимосвязь характера и темперамента в структуре индивидуальности / В.М. Русалов, О.Н. Манолова // Психол. журн. – 2005. – Т. 26, № 3. – С. 65–73.
5. Собчик Л.Н. Психология индивидуальности: теория и практика психодиагностики / Л.Н. Собчик. – СПб. : Речь, 2005. – 623 с.

## **ИНФОРМАЦИОННО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА НАСЕЛЕНИЯ РАДИОАКТИВНО ЗАГРЯЗНЕННЫХ ТЕРРИТОРИЙ РОССИИ И БЕЛАРУСИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ АВАРИИ НА ЧАЭС: КОНЦЕПЦИЯ, МОДЕЛЬ, ТЕХНОЛОГИИ**

Институт проблем безопасного развития атомной энергетики РАН, Москва

### ***Введение***

Крупномасштабная радиационная авария на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС) выдвинула проблему информационно-психологической защиты (ИПЗ) населения, проживающего на радиоактивно загрязненных территориях (РЗТ), от неадекватной психотравмирующей информации [1, 3, 6 7]. Актуальность проблемы ИПЗ населения, проживающего на РЗТ, чрезвычайно высока в отдаленном периоде после аварии на ЧАЭС [2].

Создание в 1999 г. Союзного государства, его правительства и программ совместной деятельности определили приоритеты интеграции усилий по повышению качества жизни и социальной защите населения России и Беларуси [4]. Среди важнейших совместных задач – обеспечение ИПЗ населения, проживающего на РЗТ России и Беларуси. Это определяет высокую актуальность обоснования структурно-функциональной модели и принципов ИПЗ населения РЗТ России и Беларуси; выявления актуальных социально-психологических проблем жизнедеятельности населения этих территорий в отдаленном периоде, а также установления их ведущих информационных потребностей.

Стремительное развитие информационного пространства, рост компьютерных и телекоммуникативных технологий, их широкое внедрение во все сферы жизнедеятельности дают возможность создания инновационных форм обеспечения информационно-психологической защиты населения, проживающего на РЗТ России и Беларуси, в виде специального информационного центра Союзного государства. Однако это требует обоснования его целевых функций, задач, организационного, методического, кадрового и информационного обеспечения, а также оценки эффективности деятельности по обеспечению ИПЗ населения, проживающего на РЗТ России и Беларуси.

### ***Материалы и методы***

Материалы статьи базируются на результатах теоретического анализа данных и материалах собственного эмпирического исследования. Общее

количество обследованных (опрошенных, проанкетированных) – 3417 человек, в том числе проживавших на РЗТ (n = 2469) и так называемых чистых территориях (n = 948) России и Беларуси.

Психологическое обследование проводилось с применением социологических и психодиагностических методов, включавших модифицированный вариант шкалы оценки влияния травматического события (Impact of Event Scale-R, далее – IES-R) [4]; методику исследования социально-психологических проблем населения РЗТ России и Беларуси (Method research of socially and psychological problems population, далее MRSP) [4]; методику расчета индикаторов, характеризующих уровни социально-психологической напряженности населения РЗТ и информированности граждан по проблемам проживания на РЗТ [5].

Статистическая обработка полученных данных выполнена с помощью пакета прикладных программ «Статистика-6.0», обеспечивающего выполнение одномерных статистик и многомерных математико-статистических методов.

### ***Результаты и их анализ***

На основе теоретического анализа научной литературы нами были обоснованы концепция, структурно-функциональная модель и принципы ИПЗ населения, проживающего на территориях России и Беларуси, подвергшихся радиационному воздействию вследствие аварии на Чернобыльской АЭС. В кратком изложении их суть состоит в следующем.

В качестве объекта ИПЗ населения РЗТ мы рассматриваем отдельную личность, группу (как часть общества, то есть социальную, возрастную, профессиональную и т. п.) и общество (популяцию или население РЗТ). При этом в качестве предмета защиты должно выступать индивидуальное, групповое и общественное сознание. В соответствии с этим реализация мер ИПЗ должна осуществляться на социальном, социально-групповом и индивидуальном уровнях.

На социальном уровне ИПЗ реализуется посредством регулирования и организации информационных потоков (система распространения информации в обществе) и распространения способов и средств, определенных «алгоритмов» обработки и оценки информации в процессе социального взаимодействия (от межличностного общения до массовой коммуникации). На этом уровне в качестве субъектов ИПЗ личности выступают государство и общество через деятельность определенных социальных институтов (система образования, система распространения социокультурных ценностей, традиций, социальных норм и т. д.).

На социально-групповом уровне ИПЗ реализуется посредством распространения и использования внутригрупповых информационных пото-



ков и источников, а также специфических для конкретных социальных групп и организаций способов социального взаимодействия, переработки и оценки информации (групповых норм, ориентации, предпочтений определенных коммуникаторов, регламентации правил и процедур работы и взаимодействия с внешними информационными источниками и т. п.). На этом уровне в качестве субъектов ИПЗ личности выступают группы и организации (семья, производственные структуры, общественные, политические, религиозные и иные объединения и организации).

Важным показателем (индикатором) неблагополучия в плане информационно-психологической безопасности общества и группы является социально-психологическая напряженность, которая характеризуется долей населения, негативно воспринимающего те или иные изменения (мероприятия, реформы) или информацию о них. Другими словами, наличие социально-психологической напряженности свидетельствует об угрозах для безопасности и указывает на необходимость организации и проведения защитных мероприятий. При этом для оценки и контроля социально-психологической напряженности в обществе (или социальной группе, например у населения, проживающего на РЗТ) необходим периодический мониторинг с помощью специально разработанных методик.

На индивидуально-личностном уровне ИПЗ реализуется посредством формирования специфической регулятивной системы и комплекса защитных механизмов и алгоритмов поведения, которые образуют индивидуальную психологическую защиту, в следующих разновидностях: внутриличностная психологическая защита и индивидуальная социально-психологическая защита, подразделяющаяся на межличностную психологическую защиту (при взаимодействии в межличностных коммуникативных ситуациях) и защиту от информационно-психологических воздействий в масс-коммуникационных и контакт-коммуникационных ситуациях (то есть, соответственно, при взаимодействии с информационными источниками или в составе определенных групп) – ИПЗ.

Следовательно, индивидуальная информационно-психологическая безопасность и защита отдельной личности главным образом могут обеспечиваться и определяться групповыми процессами и механизмами через систему ИПЗ общества (социальной группы).

С учетом этого нами были разработаны структурно-функциональная модель и принципы ИПЗ населения территорий, подвергшихся радиационному воздействию вследствие аварии на Чернобыльской АЭС. В соответствии с указанной моделью ИПЗ рассматривается как процесс, включающий следующие взаимосвязанные этапы (блоки, элементы):

1) воздействие информационных стресс-факторов на население РЗТ. Создание субъективных и объективных угроз и опасностей их жизнедея-

тельности. При этом степень и выраженность этих воздействий тесно связаны с зоной радиоактивного загрязнения;

2) формирование социально-психологической напряженности в обществе. Актуализация социально-психологических проблем и их ориентация («связывание», «отнесение») на радиационный фактор;

3) формирование корректирующих информационных воздействий, которые должны осуществляться в рамках Союзного государства специальным органом (учреждением) с подготовленными специалистами и с привлечением экспертов по основным проблемным вопросам, интересующим население РЗТ. В качестве такого органа может выступить Российско-белорусский информационный центр (РБИЦ);

4) организация и проведение РБИЦ комплекса информационных мероприятий с населением РЗТ. Информация, предназначенная для целевых групп, различается по форме и виду представления. Среди них межличностное взаимодействие, контакт-коммуникации, организация и проведение информационных мероприятий с привлечением СМИ. Рассмотрим их кратко. Межличностное взаимодействие – беседы со специалистами и экспертами (лидерами мнения) по актуальным проблемам безопасного проживания на загрязненных территориях, включая общение с использованием Интернет-сайтов. Контакт-коммуникации – проведение обучающих семинаров, тренингов, мастер-классов, конференций. Организация и проведение информационных мероприятий с привлечением СМИ (передачи по радио и телевидению, интервью со специалистами, публикации в прессе и др.) Конечной целью этих мероприятий является формирование оптимальных моделей и стратегий стресс преодолывающего (копинг) поведения у населения РЗТ;

5) важный компонент мероприятий ИПЗ – организация и проведение мониторинга социально-психологической обстановки на РЗТ (реализация обратной связи);

6) оценка эффективности информационной работы (повышение уровня информированности населения) и ИПЗ населения (уровень эмоционально-психологической напряженности населения, обусловленный радиационным фактором).

При этом важно соблюдать принципы ИПЗ населения РЗТ России и Беларуси:

1) принцип межгосударственного взаимодействия (в рамках Союзного государства), который определяет необходимость создания единого РБИЦ и его структур в каждом из государств, а также создания единого научно-методического и информационно-аналитического обеспечения единой системы ИПЗ населения России и Беларуси;

2) ориентации в информационно-психологической работе на зоны и территории с различным уровнем радиоактивного загрязнения и социально-экономическим статусом;

3) создания системы ежегодного мониторинга социально-психологических проблем, психического (психологического) состояния и уровня информационно-психологической безопасности населения РЗТ;

4) профессионализма специалистов, организующих и обеспечивающих ИПЗ населения, в том числе через подготовку, повышение квалификации региональных специалистов органов исполнительной власти и учреждений социальной защиты населения;

5) адекватности, достоверности и своевременности представляемой информации.

Оценка социально-психологических проблем населения радиоактивно загрязненных территорий России и Беларуси показала, что в отдаленном периоде после аварии на ЧАЭС (20 и более лет) социально-психологическое состояние населения РЗТ России и Беларуси характеризуется наличием социально-психологических проблем жизнедеятельности, связанных с субъективными особенностями восприятия радиационного риска, статусными (радиоактивно загрязненными) зонами проживания, социально-экономическими условиями, изменениями законодательства.

Установлено, что ведущими социально-экологическими последствиями в отдаленном периоде после аварии на ЧАЭС население РЗТ России и Беларуси считает «радиоактивное загрязнение окружающей среды и продуктов питания» (соответственно 64,5 и 65,4 %) и «медицинские и демографические последствия» (соответственно 57,1 и 48,6 %), что отражает обеспокоенность населения радиационной обстановкой и возможным негативным влиянием радиации на собственное здоровье и здоровье подрастающих поколений (табл. 1).

Результаты исследования также показали, что в отдаленном периоде после аварии на ЧАЭС значительная часть (43–44 %) населения РЗТ России и Беларуси (по данным теста IES-R) относится к группе риска, которую характеризует наличие неблагоприятных эмоционально-личностных изменений в связи с субъективными особенностями восприятия радиационной опасности.

Это отражается на их информационных потребностях, доверии к различным источникам информации и обуславливает формирование у значительной части населения неадекватного восприятия радиационного риска, что определяет необходимость внедрения инновационных форм ИПЗ населения Союзного государства.

*Таблица 1*

*Оценка социально-экологических последствий аварии на ЧАЭС  
в отдаленном периоде (по результатам мониторинга 2007 г.), % (M ± m)*

| Показатель  | Россия<br>(n = 1554) | Беларусь<br>(n = 523) | p <   |
|---|----------------------|-----------------------|-------|
| Радиоактивное загрязнение окружающей среды и продуктов питания  | 64,7 ± 1,21          | 65,4 ± 2,09           | –     |
| Медицинские и демографические последствия   | 57,1 ± 1,26          | 48,6 ± 2,20           | 0,001 |
| Необходимость обеспечения государственных гарантий социальной защиты населения РЗТ (законы, касающиеся реабилитации населения и территорий) | 26,3 ± 1,11          | 34,4 ± 2,08           | 0,001 |
| Отсутствие перспектив для экономического развития региона   | 20,1 ± 1,02          | 26,0 ± 1,93           | 0,01  |
| Психологические последствия (социальное безразличие, плохая адаптация, восприятие себя как жертвы и т.п.)                                   | 14,6 ± 0,89          | 14,5 ± 1,56           | –     |
| Социальный кризис   | 8,4 ± 0,70           | 7,3 ± 1,17            | –     |

Содержательный анализ групп стресс-факторов показал, что респонденты РЗТ России достоверно больше обеспокоены проблемами со здоровьем, трудностями в отношениях с людьми и проблемами информированности населения, чем респонденты РЗТ Беларуси. В качестве наиболее актуальных проблем жители РЗТ России и Беларуси выделяют социальные проблемы. Проблемы информированности населения также очень важны для жителей РЗТ обеих стран. Очевидно, это обусловлено высоким уровнем потребностей населения РЗТ в информации о воздействии радиации на собственное здоровье и здоровье потомства, особенностях реабилитации, социальной защиты, которые не в полной мере удовлетворяются.

Так, от 62,1 до 63,4 % респондентов в России и Беларуси считают, что они имеют неполную информацию о специфике проживания на РЗТ. Кроме того, от 21,6 % (Беларусь) до 26,7 % (Россия) респондентов оценили свой уровень информированности по проблеме как полное отсутствие какой-либо информации. Наличие такого результата говорит о том, что система информационной работы с населением, сложившаяся в 2002–2007 гг., не обеспечивала эффективного доведения всего объема необходимой населению РЗТ информации.

Результаты исследования показали, что наиболее предпочтительными источниками информации для населения являются передачи радио и телевидения. Этому источнику информации отдают предпочтение от 58,5 до 67,1 % соответственно белорусских и российских респондентов. Чуть меньше жителей хотели бы получать необходимую информацию о специфике проживания на РЗТ из газет и журналов (43,0–57,1 %).

По данным анкетирования, от 65 до 69 % респондентов отметили, что самой важной информацией о специфике проживания на РЗТ является информация о влиянии радиации на здоровье людей и здоровье будущих поколений.

Анализ информационных потребностей и уровня информированности населения о последствиях крупномасштабной аварии на ЧАЭС и доверия населения к источникам информации позволил выявить особенности информационных потребностей населения в отдаленном периоде (табл. 2).

*Таблица 2*

*Оценки информационных потребностей по степени их необходимости  
(по результатам мониторинга 2007 г.), %*

| Информационные потребности населения  | Россия       |      | Беларусь     |      | p <   |
|---|--------------|------|--------------|------|-------|
|   | М ± m        | Ранг | М ± m        | Ранг |       |
| О влиянии радиации на здоровье людей и здоровье будущих поколений                           | 68,9 ± 1,17  | 1-й  | 65,04 ± 2,09 | 1-й  | –     |
| Об экологической ситуации в регионе   | 41,4 ± 1,25  | 2-й  | 31,94 ± 2,04 | 2-й  | 0,001 |
| Нормативно-правовая информация по вопросам реабилитации населения и территорий              | 24,34 ± 1,09 | 3-й  | 19,74 ± 1,74 | 4-й  | 0,05  |
| О деятельности органов власти   | 20,24 ± 1,02 | 4-й  | 19,14 ± 1,72 | 5-й  | –     |
| По вопросам радиационной безопасности и состояния пострадавших территорий                   | 20,04 ± 1,02 | 5-й  | 23,54 ± 1,86 | 3-й  | –     |
| Технологии и рекомендации по ведению хозяйственной деятельности на загрязненных территориях | 11,0 ± 0,79  | 6-й  | 16,6 ± 1,63  | 6-й  | 0,001 |

Значительная часть населения РЗТ отмечает, что имеет неполную информацию о специфике проживания на РЗТ. Система информационной работы с населением через СМИ (радио, телевидение) позволяет удовлетворить общие информационные потребности населения. Однако такая системная, постоянная и целенаправленная работа должна иметь конкретный характер, то есть должна быть привязана к месту проживания сообществ, учитывать местные условия и опираться на региональных специалистов (представителей СЭС, врачей, социальных работников, учителей).

Результаты исследования показали, что авария на ЧАЭС способствовала формированию у значительной части населения (43–44 %) РЗТ России и Беларуси неадекватного восприятия радиационного риска, приведшего к неблагоприятным эмоционально-личностным и социально-психологическим последствиям. При анализе данных не выявлено существенных различий в структуре актуальных проблем для жителей РЗТ России и Белару-

си. Это делает возможным применение единой методической базы социально-психологической реабилитации и адаптации проживающего на РЗТ населения, а также обмена лучшим опытом такой работы между российскими и белорусскими специалистами.

Для получения необходимого индивидуального эффекта по снижению уровня стрессированности желательна лонгитюдная работа с каждым человеком. При этом формы работы (медико-психологическая реабилитация, психотерапия и психокоррекция; личностный и социально-психологический тренинг; консультирование по решению социальных проблем человека и решению конфликтов) зависят от характера стрессоров.

В целях преодоления негативных социально-психологических последствий чернобыльской катастрофы необходимо использовать инновационные методы организации и проведения информационно-просветительской работы с населением РЗТ и региональными специалистами (врачами, психологами, педагогами, социальными работниками).

Эти данные послужили базой для обоснования инновационной формы ИПЗ населения РЗТ Союзного государства – Российско-белорусского информационного центра, включая его целевые функции, задачи, организационно-методическое и информационно-аналитическое обеспечение.

Обосновано, что основной целью деятельности РБИЦ являются формирование и реализация общей информационной политики по вопросам, связанным с чернобыльской катастрофой, в России и Беларуси, повышение радиологической культуры населения и активизация участия всех заинтересованных в возрождении и развитии пострадавших территорий.

В целом работа информационного центра должна охватывать все аспекты чернобыльской аварии – экологические, медицинские, социально-психологические, демографические, социально-экономические, нормативно-правовые и др. В соответствии с этим в 2003 г. на базе Института проблем безопасного развития атомной энергетики (ИБРАЭ) РАН с нашим непосредственным участием (организационным, научно-методическим) был создан Российско-белорусский информационный центр по проблемам преодоления последствий чернобыльской катастрофы (РБИЦ).

В 2007 г. в рамках программы совместной деятельности при нашем непосредственном научно-методическом обеспечении были созданы российское (на базе ИБРАЭ РАН и ВНИИ ГОЧС МЧС России) и белорусское (на базе РНИУП «Институт радиологии») отделения РБИЦ (далее соответственно РО РБИЦ и БО РБИЦ).

При нашем участии было разработано Положение о российско-белорусском информационном центре, определяющее цели и задачи РБИЦ, организацию и особенности его функционирования. В ходе работы было обосновано организационно-методическое и информационно-

аналитическое обеспечение РБИЦ, разработана организационно-функциональная схема взаимодействия органов государственного управления (на примере Республики Беларусь) в осуществлении информационно-пропагандистской деятельности на РЗТ (см. рис.).



Рис. Обобщенная организационно-функциональная схема взаимодействия органов государственного управления (на примере Республики Беларусь) в осуществлении информационно-пропагандистской деятельности на РЗТ

Необходимую информационную основу деятельности РБИЦ составляет единый российско-белорусский банк обобщенных данных по проблемам преодоления последствий чернобыльской катастрофы (ЕБД).

Обмен данными между российским и белорусским отделениями РБИЦ осуществляется на безвозмездной основе в соответствии с согласованным протоколом, определяющим состав и объемы передаваемой информации по населенным пунктам, расположенным в зонах радиоактивного загрязнения России (Брянская, Калужская, Орловская и Тульская области) и Беларуси (Гомельская, Могилевская и Брестская области).

По нашему мнению, ЕБД должен включать сведения по следующим направлениям: радиационно-гигиеническая обстановка в населенных пунктах, расположенных в зонах радиоактивного загрязнения; радиоактивное загрязнение сельскохозяйственных и лесных угодий, сельскохозяйственной и лесной продукции; демографические данные (численность населения, рождаемость, смертность, миграция, уровень демографической нагрузки и др.); обобщенные данные единого чернобыльского регистра России и Беларуси (заболеваемость раком щитовидной железы, лейкозами, раком молочной железы); социально-экономические характеристики (уровень безработицы, объемы инвестиций и др.); нормативно-правовая база по социальной защите населения; результаты реализации мероприятий программы (электронный банк данных отчетов российских и белорусских исполнителей).

На основе информации ЕБД с привлечением экспертов в соответствующей области должна осуществляться подготовка и издание популярных изданий для населения, информационно-справочных материалов для региональных специалистов, информационно-аналитические материалы для государственных заказчиков программы. Так, в плане реализации этого ежегодно издается сборник информационных материалов (бюллетень) о ходе реализации программы и актуальных проблемах РЗТ России и Беларуси.

В 2008–2009 гг. на основе сведений ЕБД российским и белорусским отделениями РБИЦ был подготовлен справочный раздел Атласа современных и прогнозных аспектов последствий аварии на Чернобыльской АЭС на пострадавших территориях России и Беларуси. В 2003 г. был создан Интернет-сайт РБИЦ, на котором размещаются электронные копии информационных изданий для населения и специалистов, необходимые нормативно-правовые документы, а также информация о проведении информационных мероприятий и Интернет-акций.

Начиная с 2004 г., РБИЦ организует и обеспечивает методическое руководство работами по проведению мониторинга социально-психологической обстановки на территориях России и Беларуси, подвергшихся радиоактивному загрязнению вследствие чернобыльской катастрофы. Оценка эффективности деятельности РБИЦ по ИПЗ населения РЗТ России и Беларуси показала, что только за три года его деятельности увеличился уро-



вень информированности населения на 17 %, снизился уровень социально-психологической напряженности на 10 %.

### ***Выводы***

1. В отдаленном периоде (более 20 лет) после аварии на ЧАЭС ИПЗ населения РЗТ России и Беларуси должна рассматриваться как важный элемент государственной политики и обеспечения жизнедеятельности населения в неблагоприятных экологических условиях. Ее эффективная реализация должна базироваться на 3-уровневой структурно-функциональной модели и 5 основных принципах (межгосударственное взаимодействие, создание единой системы ИПЗ населения, штатных центров; ориентация на население, проживающее в различных статусных зонах; создание системы ежегодного мониторинга социально-психологических проблем, психического состояния и уровня информационно-психологической безопасности населения РЗТ; адекватности, достоверности и своевременности представляемой информации).

2. Социально-психологическое состояние населения РЗТ России и Беларуси в отдаленном периоде (более 20 лет) после аварии на ЧАЭС характеризуется наличием социально-психологических проблем жизнедеятельности, связанных с субъективными особенностями восприятия радиационного риска, статусными (радиоактивно загрязненными) зонами проживания, социально-экономическими условиями, изменениями законодательства. Это отражается на их информационных потребностях, доверии к различным источникам информации и обуславливает формирование у значительной части населения неадекватного восприятия радиационного риска, что определяет необходимость внедрения инновационных форм ИПЗ населения Союзного государства.

3. Ведущими социально-экологическими последствиями в отдаленном периоде после аварии на ЧАЭС население РЗТ России и Беларуси считает «радиоактивное загрязнение окружающей среды и продуктов питания» (соответственно 64,5 и 65,4 %) и «медицинские и демографические последствия» (соответственно 57,1 и 48,6 %), что отражает обеспокоенность населения радиационной обстановкой и возможным негативным влиянием радиации на собственное здоровье и здоровье подрастающих поколений.

4. В отдаленном периоде после аварии на ЧАЭС значительная часть (43–44 %) населения РЗТ России и Беларуси (по данным теста IES-R) относится к группе риска, которую характеризует наличие неблагоприятных эмоционально-личностных изменений в связи с субъективными особенностями восприятия радиационной опасности.

5. Эффективной инновационной формой ИПЗ населения Союзного государства, проживающего на РЗТ России и Беларуси является Российско-белорусский информационный центр, имеющий специальные целевые функции, задачи, организационное, методическое, кадровое и информационно-аналитическое обеспечение.

### *Литература*

1. *Абрамова В.Н.* Восприятие риска: психол. аспект / В.Н. Абрамова. – М., 2000. – 50 с.

2. *Аксанин С.С.* Информационно-психологическая безопасность от риска радиационного воздействия: концепция, модель, психологические механизмы, нарушения / С.С. Аксанин, В.Ю. Рыбников, Т.Б. Мельницкая // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2009. – № 3. – С. 68–75.

3. *Ильин Л.А.* Реалии и мифы Чернобыля / Л.А. Ильин. – М., 1994. – 446 с.

4. *Информационно-психологическая* безопасность и социально-психологическая реабилитация и адаптация населения / Т.Б. Мельницкая, В.Ю. Рыбников, Т.А. Марченко, А.В. Симонов ; Рос.-белорус. информ. центр по пробл. преодоления последствий Чернобыльской катастрофы. – М., 2008. – 104 с.

5. *Информационно-психологическая* безопасность от риска радиационного поражения: концепция, принципы, модель, рекомендации / В.Ю. Рыбников, Т.А. Марченко, Т.Б. Мельницкая, А.В. Симонов ; Рос.-белорус. информ. центр по пробл. преодоления последствий Чернобыльской катастрофы. – М., 2009. – 240 с.

6. *Ликвидаторы* последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции: патология отдаленного периода и особенности медицинского обеспечения / под ред. С.С. Алексанина. – СПб. : ЭЛБИ-СПб., 2008. – 440 с.

7. *Психофизиологическая* реактивность у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС / Н.В. Тарабрина [и др.] // Психол. журн. – 1996. – Т. 17. № 2. – С. 30–45.

# НАУЧНАЯ ИНФОРМАТИЗАЦИЯ, СИСТЕМАТИЗАЦИЯ

УДК 615.851 (043)

*В.И. Евдокимов, Л.А. Тонкошкурова*

## **ОБОБЩЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДИССЕРТАЦИЙ, РАССМОТРЕННЫХ В ДИССЕРТАЦИОННЫХ СОВЕТАХ РОССИИ ПО ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В 1995–2009 гг.**

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

### *Введение*

В последнее десятилетие отмечается увеличение интереса у научных работников и практикующих специалистов к диссертационным исследованиям. Диссертация (лат. *dissertatio* – рассуждение, исследование) – особый вид индивидуального исследовательского труда, который представляется для публичной защиты с целью получения ученой степени кандидата или доктора наук [2].

Рассматриваемые в диссертационных советах диссертации должны соотноситься с номенклатурой специальностей научных работников [7]. Диссертация должна быть написана единолично, содержать совокупность новых научных результатов и положений, иметь внутреннее единство и свидетельствовать о личном вкладе автора в науку. Основные требования, предъявляемые к диссертационным работам, содержат «Положение о порядке присуждения ученых степеней» [6] и «Положение о совете по защите докторских и кандидатских диссертаций» [9], а к области исследований – паспорт специальности научных работников [8].

Отдельно выделенной специальности «Психотерапия» в номенклатуре специальностей научных работников нет, что затрудняет поиск и последующий анализ диссертаций по проблеме. Не существует и четко обозначенных границ областей исследований по психотерапии в паспортах специальностей диссертационных работ. Например, проблемам психотерапии посвящено одно из направлений исследований в паспорте специальности 19.00.04 – «Медицинская психология», а в других специальностях, по которым представляются к рассмотрению диссертационные работы, их нет.

Цель работы – провести анализ диссертационных исследований в сфере психотерапии и психологической коррекции.

### ***Материал и методы***

Объект исследования составили данные библиографического указателя «Летопись авторефератов диссертаций» [4], электронные каталоги Российской государственной библиотеки (РГБ, Москва) [11], Российской национальной библиотеки (РНБ, Санкт-Петербург) [12] и Центральной научной медицинской библиотеки (ЦНМБ, Москва) [10].

Предметом исследования явились авторефераты диссертаций, представленные в диссертационные советы в России в 1995–2009 гг., в которых рассматривались вопросы психотерапии и психологической коррекции (далее – психотерапии). При поиске авторефератов в электронных каталогах библиотек задавались усеченные до родовых понятий ключевые слова (например, психотерап\*, коррекц\* и др.). В связи с определенным запаздыванием движения и обработки документов в государственной системе научно-технической информации, авторефераты диссертаций за 2009 г. изучены не полностью.

Количественные данные общего и отраслевых потоков диссертаций в России за 1995–2003 гг. взяты из работы В.Н. Неволлина [5], а за 2004–2009 гг. – из Интернет-ресурса «Кадры высшей научной квалификации» [3].

### ***Результаты и их анализ***

Из общего потока авторефератов диссертаций выделены 537 работ, в которых рассматривались вопросы психотерапии. Количественная динамика этих диссертаций представлена на рис. 1. В последнее время отмечается некоторое снижение активности диссертантов, однако степенной ряд общего количества диссертаций по психотерапии за 1995–2009 гг. при высоком коэффициенте детерминации ( $R^2 = 0,61$ ) со статистической значимостью показывает тенденцию его роста.

Среднее количество работ по пятилетиям и за весь период наблюдения представлены в табл. 1. С 2000 г. отмечается значительное увеличение диссертаций по психотерапии. Например, в 1-м рассматриваемом пятилетии (1995–1999 гг.) представлялись к рассмотрению в диссертационные советы 126 диссертаций, во 2-м пятилетии (2000–2004 гг.) – 201 работа (увеличение на 60 %), а в 3-м пятилетии (2005–2009 гг.) – 209 диссертаций (по сравнению с 1-м пятилетием увеличение на 66 %). Прирост в основном наблюдался за счет кандидатских диссертаций (см. табл. 1).

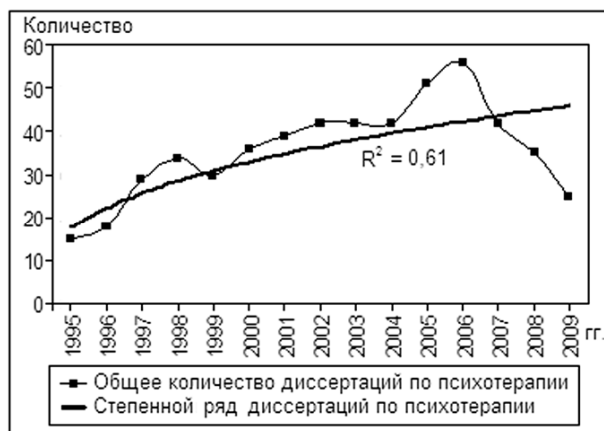


Рис. 1. Количественная динамика диссертаций по психотерапии в России

Таблица 1  
Ежегодное количество диссертаций по психотерапии

| Структура диссертаций | Годы      |           |           |           |
|-----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                       | 1995–1999 | 2000–2004 | 2005–2009 | 1995–2009 |
| Общее количество      | 25 ± 4    | 40 ± 1    | 42 ± 6    | 36 ± 3    |
| Докторские            | 4 ± 2     | 5 ± 1     | 6 ± 1     | 5 ± 1     |
| Кандидатские          | 21 ± 3    | 35 ± 1    | 36 ± 5    | 31 ± 2    |

Один диссертационный совет, созданный при учреждениях Минздрава России, в среднем ежегодно рассматривал около 14 диссертаций. В России в 2009 г. действовали около 3000 диссертационных советов, каждый из которых в среднем рассматривал по 9–10 работ [1]. Если использовать эти данные, то для рассмотрения ежегодного количества диссертаций по психотерапии потребовалось бы 3–4 специализированных совета.

63,4 % диссертаций по психотерапии относились к медицинским наукам, 33,4 % – к психологическим, а 3,2 % – к другим наукам (рис. 2).

Философские науки были представлены 10 диссертациями (1,9 %), биологические – 3 (0,6 %), педагогические – 2 (0,35 %), филологические – 2 работами (0,35 %). 96,8 % вклада диссертаций по психотерапии составили медицинские и психологические работы.

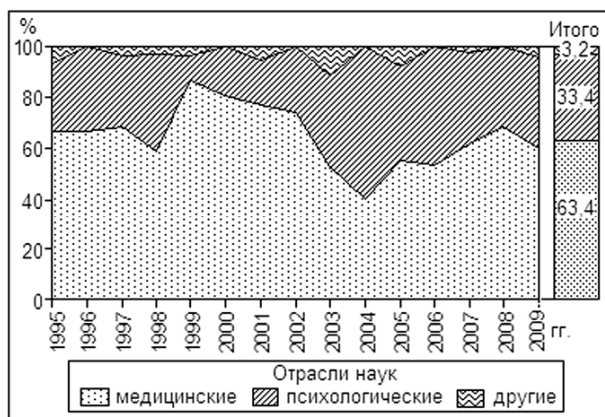


Рис. 2. Динамика отраслей наук у диссертаций по психотерапии в России

Рассмотрим, как соотносятся динамики медицинских и психологических диссертаций по психотерапии и общего количества соответствующих отраслевых диссертаций в России в 1995–2009 гг. В связи с разной размерностью количественной динамики отраслевых медицинских диссертаций, рассмотренных в диссертационных советах России, и медицинских диссертаций по психотерапии количество работ в 1995 г. принято за 100 % (рис. 3).

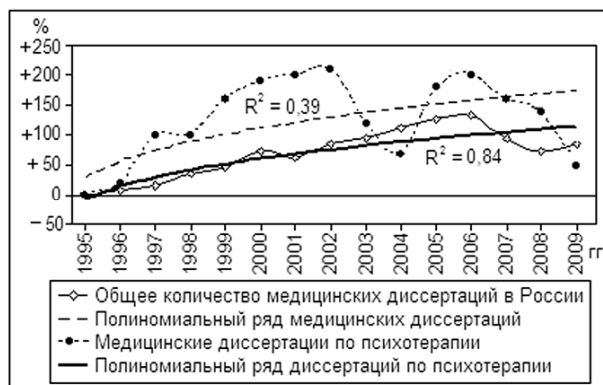


Рис. 3. Динамика отраслевых медицинских диссертаций в России и медицинских диссертаций по психотерапии (1995 г. – 100 %)

Степенной ряд динамики отраслевых медицинских диссертаций в России при высоком коэффициенте детерминации ( $R^2 = 0,84$ ) с достоверной значимостью показывает его подъем. Аналогичная тенденция прослеживается и в динамике медицинских диссертаций по психотерапии. Сопряженность кривых динамики отраслевых медицинских диссертаций и медицинских диссертаций по психотерапии невысокая, но статистически значимая ( $r = 0,58$ ;  $p < 0,05$ ). Медицинские диссертации по психотерапии составили около 0,5 % от всех медицинских диссертаций в России.

На рис. 4 представлены динамики отраслевых психологических диссертаций, рассмотренных в диссертационных советах России, и психологических диссертаций по психотерапии, количество работ в 1995 г. принято за 100 %. Степенной ряд динамики отраслевых психологических диссертаций в России при коэффициенте детерминации ( $R^2 = 0,82$ ) и с достоверной значимостью показывает его подъем. Аналогичная тенденция прослеживается и в динамике психологических диссертаций по психотерапии. Сопряженность кривых динамики диссертаций при этом высокая и статистически значимая ( $r = 0,71$ ;  $p < 0,01$ ). Психологические диссертации по психотерапии составили около 2,3 % от всех психологических диссертаций в России.

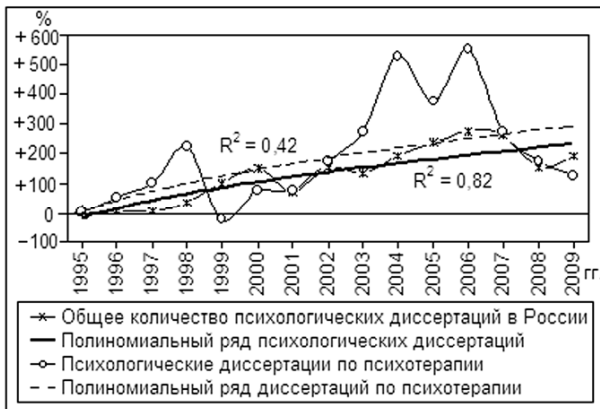


Рис. 4. Динамика отраслевых психологических диссертаций в России и психологических диссертаций по психотерапии (1995 г. – 100 %)

Динамика кандидатских диссертаций изображена на рис. 5, а докторских – на рис. 6. Степенной ряд динамики кандидатских диссертаций показывает его увеличение, а докторских – приближается к горизонтальной линии.



Рис. 5. Количественная динамика кандидатских диссертаций

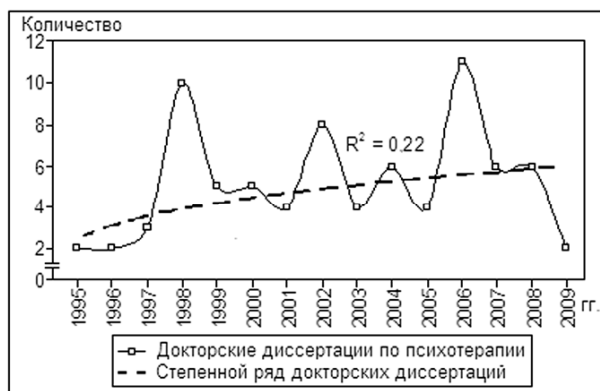


Рис. 6. Количественная динамика докторских диссертаций

Можно полагать, что рост динамики диссертаций по психотерапии обуславливается увеличением количества кандидатских диссертаций. Аналогичная тенденция прослеживается в общем потоке диссертационных работ в России [5] и в диссертационных советах, созданных в учреждениях Минздрава России [1].

Динамика структуры диссертаций по психотерапии показана на рис. 7. Докторских диссертаций было 14,6 %, а соотношение докторских и кандидатских диссертаций – 1 : 5,9, в общем потоке всех диссертаций в России в 1995–2009 гг. практически аналогичные данные соответственно равны 14,3 и 1 : 6,0.



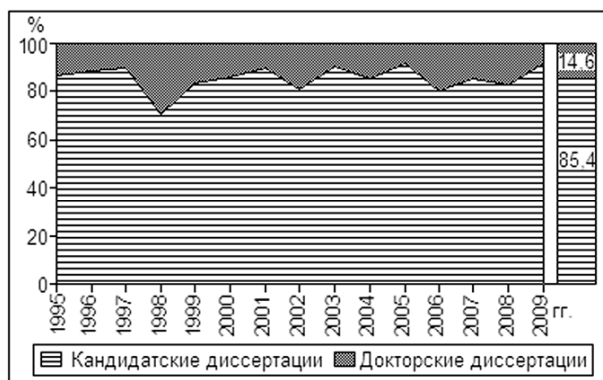


Рис. 7. Динамика структуры диссертаций по психотерапии в России

Структура кандидатских и докторских диссертаций по отраслям наук представлена на рис. 8. Как и следовало ожидать, наибольший вклад в структуру диссертаций оказывают медицинские и психологические науки. Медицинские диссертации определяли 75,5 % вклада докторских работ и 60,7 % – кандидатских, психологические соответственно – 17,9 и 36,1 %. Можно полагать, что наиболее значимый инновационный вклад по психотерапии осуществляется в сфере медицинских наук.

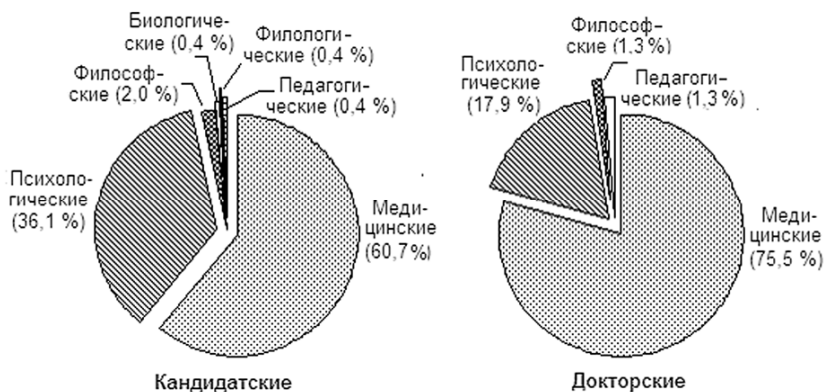


Рис. 8. Структура отраслей наук диссертаций по психотерапии в России в 1995–2009 гг.

Среди медицинских работ по психотерапии докторские диссертации составили 18,2 %, а соотношение докторских и кандидатских диссертаций –

1 : 4,5; в отраслевом потоке медицинских диссертаций в России вклад докторских диссертаций был меньше, эти значения составили соответственно 16,4 % и 1 : 5,1. Докторские диссертации в массиве психологических диссертаций по психотерапии составили 7,8 %, а соотношение докторских и кандидатских – 1 : 11,8; в отраслевом потоке психологических диссертаций в России вклад докторских диссертаций был аналогичным, эти значения составили соответственно 7,7 % и 1 : 12,0.

10 наиболее часто встречающихся специальностей в диссертациях по психотерапии отражены на рис. 9. Специальность 14.00.18 – «Психиатрия» присутствует 196 раз, 19.00.04 – «Медицинская психология» – 202 раза, 14.00.45 – «Наркология» – 23 раза, 14.00.13 – «Нервные болезни» – 22 раза, что вполне закономерно.

Уместно заметить, что по специальности 19.00.04 – «Медицинская психология» присваиваются ученые степени по психологическим и медицинским наукам, например психологических диссертаций было 64,9 %, медицинских – 35,1 %. Указанный факт обуславливает необходимость в последующем анализе различать специальности и области науки.

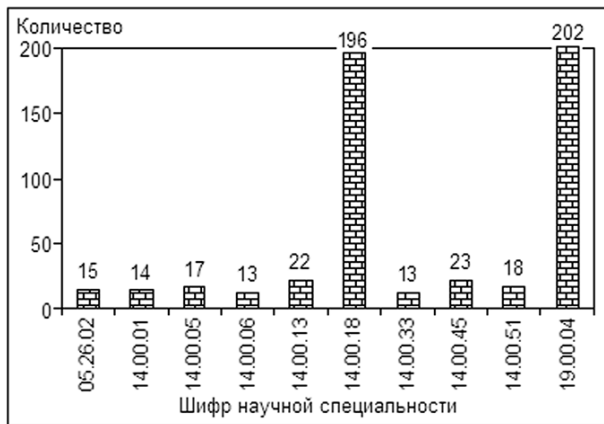


Рис. 9. Наиболее часто встречающиеся специальности в диссертациях по психотерапии (название специальностей см. в табл. 2)

По одной научной специальности в диссертационных советах России в 1995–2009 гг. рассмотрены 415 диссертаций по психотерапии, или 77,2 %, на стыке наук (по двум специальностям) – 121 работа, или 22,8 % (рис. 10). В табл. 2 представлены обобщенные данные диссертаций, выполненных по одной специальности. В структуре этих диссертаций весомый вклад составляют работы по специальности 14.00.18 – «Психиатрия» (31,7 %) и 19.00.04 – «Медицинская психология» (33 %).

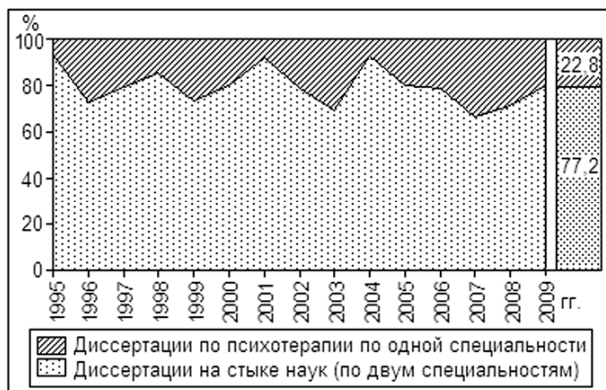


Рис. 10. Динамика структуры диссертаций по психотерапии

Таблица 2

Структура диссертаций по психотерапии, представленных к рассмотрению по одной специальности

| Шифр                                  |          | Область науки<br>и название специальности  | n  | %   |
|---------------------------------------|----------|--|----|-----|
| новый                                 | старый   |  |    |     |
| <i>03.00.00. Биологические науки</i>  |          |  |    |     |
| 03.03.01                              | 03.00.13 | Физиология   | 3  | 0,7 |
| <i>05.00.00. Технические науки</i>    |          |  |    |     |
| 05.13.01                              | 05.13.01 | Системный анализ, управление и обработка информации  | 4  | 1,0 |
| 05.26.02                              | 05.26.02 | Безопасность в чрезвычайных ситуациях  | 10 | 2,4 |
| <i>09.00.00. Философские науки</i>    |          |  |    |     |
| 09.00.01                              | 09.00.01 | Онтология и теория познания  | 1  | 0,2 |
| 09.00.11                              | 09.00.11 | Социальная философия   | 3  | 0,7 |
| 09.00.13                              | 09.00.13 | Религиоведение, философская антропология, философия культуры                                   | 5  | 1,2 |
| <i>10.00.00. Филологические науки</i> |          |  |    |     |
| 10.02.19                              | 10.02.19 | Теория языка   | 3  | 0,7 |
| <i>13.00.00. Педагогические науки</i> |          |  |    |     |
| 13.00.01                              | 13.00.01 | Общая педагогика, история педагогики и образования   | 1  | 0,2 |
| 13.00.03                              | 13.00.03 | Коррекционная педагогика (сурдопедагогика и тифлопедагогика, олигофренопедагогика и логопедия) | 1  | 0,2 |
| 13.00.08                              | 13.00.08 | Теория и методика профессионального образования  | 1  | 0,2 |
| <i>14.00.00. Медицинские науки</i>    |          |  |    |     |
| 14.01.00. Клиническая медицина        |          |  |    |     |
| 14.01.01                              | 14.00.01 | Акушерство и гинекология   | 8  | 1,9 |

| Шифр                                   |          | Область науки<br>и название специальности                                    | п   | %    |
|--|----------|--|-----|------|
| новый                                  | старый   |  |     |      |
| 14.01.03                               | 14.00.04 | Болезни уха, горла и носа  | 1   | 0,2  |
| 14.01.04                               | 14.00.05 | Внутренние болезни   | 8   | 1,9  |
| 14.01.05                               | 14.00.06 | Кардиология  | 6   | 1,5  |
| 14.01.06                               | 14.00.18 | Психиатрия   | 132 | 31,7 |
| 14.01.08                               | 14.00.09 | Педиатрия  | 2   | 0,5  |
| 14.01.10                               | 14.00.11 | Кожные и венерические болезни  | 2   | 0,5  |
| 14.01.11                               | 14.00.13 | Нервные болезни  | 13  | 3,2  |
| 14.01.14                               | 14.00.21 | Стоматология   | 3   | 0,7  |
| 14.01.22                               | 14.00.39 | Ревматология   | 2   | 0,5  |
| 14.01.23                               | 14.00.40 | Урология   | 1   | 0,2  |
| 14.01.27                               | 14.00.45 | Наркология   | 10  | 2,4  |
| 14.02.00. Профилактическая медицина    |          |  |     |      |
| 14.02.03                               | 14.00.33 | Общественное здоровье и здравоохранение                                      | 6   | 1,5  |
| 14.02.06                               | 14.00.54 | Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация                | 1   | 0,2  |
| 14.03.00. Медико-биологические науки   |          |  |     |      |
| 14.03.03                               | 14.00.16 | Патологическая физиология  | 1   | 0,2  |
| 14.03.08                               | 14.00.32 | Авиационная, космическая и морская медицина                                  | 2   | 0,5  |
| 14.03.11                               | 14.00.51 | Восстановительная медицина, спортивная медицина, курортология и физиотерапия | 10  | 2,4  |
| <i>19.00.00. Психологические науки</i> |          |  |     |      |
| 19.00.01                               | 19.00.01 | Общая психология, психология личности, история психологии                    | 10  | 2,4  |
| 19.00.02                               | 19.00.02 | Психофизиология  | 4   | 1,0  |
| 19.00.03                               | 19.00.03 | Психология труда, инженерная психология, эргономика                          | 4   | 1,0  |
| 19.00.04                               | 19.00.04 | Медицинская психология   | 136 | 33,0 |
| 19.00.05                               | 19.00.05 | Социальная и политическая психология   | 5   | 1,2  |
| 19.00.06                               | 19.00.06 | Юридическая психология   | 1   | 0,2  |
| 19.00.07                               | 19.00.07 | Педагогическая психология  | 6   | 1,5  |
| 19.00.10                               | 19.00.10 | Коррекционная психология   | 3   | 0,7  |
| 19.00.13                               | 19.00.13 | Психология развития, акмеология  | 6   | 1,5  |
| Всего                                  |          |  | 415 | 100  |

$\frac{1}{3}$  вклада составляют диссертации, в паспорте специальностей которых нет областей изучения проблем психотерапии и психологической коррекции. Не вдаваясь в содержание этих диссертаций (эти работы уже получили положительную апробацию и утверждение в ВАК Минобрнауки РФ), можно полагать, что на заседаниях диссертационных советов, в которых рассматривались работы, не всегда смогли присутствовать специали-

сты сферы психотерапии и психологической коррекции, вследствие чего не могла развернуться адекватная дискуссия по проблеме исследования.

В структуре диссертаций по психотерапии, выполненных на стыке наук (по двум специальностям), специальность 19.00.04 – «Медицинская психология» была представлена в 47,1 %, 14.00.18 – «Психиатрия» – в 46,3 %, 14.00.13 – «Нервные болезни» – в 3,3 %, другие специальности – в 3,3 %, что вполне закономерно.

Структура специальностей диссертаций по психотерапии, выполненных на стыке наук, одна из которых специальность 14.00.18 – «Психиатрия», представлена в табл. 3. Наибольший вклад в структуру этих диссертаций определяют специальность 19.00.04 – «Медицинская психология» (45,4 %) и специальности клинической медицины (42,3 %).

Таблица 3

*Структура специальностей диссертаций по психотерапии на стыке наук (одна из специальностей 14.00.18 «Психиатрия»)*

| Шифр                                 |          | Область науки<br>и название специальности                                    | п | %    |
|--------------------------------------|----------|--|---|------|
| новый                                | старый   |  |   |      |
| <i>05.00.00. Технические науки</i>   |          |  |   |      |
| 05.26.02                             | 05.26.02 | Безопасность в чрезвычайных ситуациях  | 1 | 1,8  |
| <i>14.00.00. Медицинские науки</i>   |          |  |   |      |
| 14.01.00. Клиническая медицина       |          |  |   |      |
| 14.01.01                             | 14.00.01 | Акушерство и гинекология   | 1 | 1,8  |
| 14.01.02                             | 14.00.03 | Эндокринология   | 1 | 1,8  |
| 14.01.04                             | 14.00.05 | Внутренние болезни   | 2 | 3,5  |
| 14.01.05                             | 14.00.06 | Кардиология  | 2 | 3,5  |
| 14.01.10                             | 14.00.11 | Кожные и венерические болезни  | 3 | 5,2  |
| 14.01.11                             | 14.00.13 | Нервные болезни  | 4 | 7    |
| 14.01.12                             | 14.00.14 | Онкология  | 1 | 1,8  |
| 14.01.14                             | 14.00.21 | Стоматология   | 1 | 1,8  |
| 14.01.15                             | 14.00.22 | Травматология и ортопедия  | 1 | 1,8  |
| 14.01.17                             | 14.00.27 | Хирургия   | 1 | 1,8  |
| 14.01.25                             | 14.00.43 | Пульмонология  | 1 | 1,8  |
| 14.01.27                             | 14.00.45 | Наркология   | 6 | 10,5 |
| 14.02.00. Профилактическая медицина  |          |  |   |      |
| 14.02.03                             | 14.00.33 | Общественное здоровье и здравоохранение                                      | 1 | 1,8  |
| 14.03.11                             | 14.00.51 | Восстановительная медицина, спортивная медицина, курортология и физиотерапия | 2 | 3,5  |
| 14.03.00. Медико-биологические науки |          |  |   |      |
| 14.03.03                             | 14.00.16 | Патологическая физиология  | 1 | 1,8  |

| Шифр                                   |          | Область науки<br>и название специальности | n  | %    |
|--|----------|---|----|------|
| новый                                  | старый   |   |    |      |
| 14.03.06                               | 14.00.25 | Фармакология, клиническая фармакология    | 1  | 1,8  |
| <i>19.00.00. Психологические науки</i> |          |   |    |      |
| 19.00.02                               | 19.00.02 | Психофизиология                           | 1  | 1,8  |
| 19.00.04                               | 19.00.04 | Медицинская психология                    | 26 | 45,2 |
| Всего                                  |          |   | 57 | 100  |

Структура специальностей диссертаций по психотерапии, выполненных на стыке наук, одна из которых специальность 19.00.04 – «Медицинская психология» представлена в табл. 4. Наибольший вклад в структуру этих диссертаций определяли специальности клинической медицины (73 %), в том числе специальность 14.00.18 – «Психиатрия» была представлена в 38,7 % и психологические специальности – 18 % (см. табл. 4).

*Таблица 4*

*Структура специальностей диссертаций по психотерапии на стыке наук  
(одна из специальностей 19.00.04 «Медицинская психология»)*

| Шифр                                       |          | Область науки<br>и название специальности                 | n  | %    |
|--|----------|---|----|------|
| новый                                      | старый   |   |    |      |
| <i>05.00.00. Технические науки</i>         |          |   |    |      |
| 05.26.02                                   | 05.26.02 | Безопасность в чрезвычайных ситуациях                     | 3  | 4,5  |
| <i>14.00.00. Медицинские науки</i>         |          |   |    |      |
| <i>14.01.00. Клиническая медицина</i>      |          |   |    |      |
| 14.01.01                                   | 14.00.01 | Акушерство и гинекология                                  | 3  | 4,5  |
| 14.01.03                                   | 14.00.04 | Болезни уха, горла и носа                                 | 1  | 1,5  |
| 14.01.04                                   | 14.00.05 | Внутренние болезни  | 4  | 5,9  |
| 14.01.05                                   | 14.00.06 | Кардиология   | 5  | 7,4  |
| 14.01.06                                   | 14.00.18 | Психиатрия  | 26 | 38,7 |
| 14.01.11                                   | 14.00.13 | Нервные болезни   | 2  | 3,0  |
| 14.01.14                                   | 14.00.21 | Стоматология  | 1  | 1,5  |
| 14.01.16                                   | 14.00.26 | Фтизиатрия  | 1  | 1,5  |
| 14.01.25                                   | 10.00.43 | Пульмонология   | 3  | 4,5  |
| 14.01.27                                   | 14.00.45 | Наркология  | 3  | 4,5  |
| <i>14.02.00. Профилактическая медицина</i> |          |   |    |      |
| 14.02.03                                   | 14.00.33 | Общественное здоровье и здравоохранение                   | 3  | 4,5  |
| <i>19.00.00. Психологические науки</i>     |          |   |    |      |
| 19.00.01                                   | 19.00.01 | Общая психология, психология личности, история психологии | 3  | 4,5  |
| 19.00.03                                   | 19.00.03 | Психология труда, инженерная психология, эргономика       | 1  | 1,5  |

| Шифр     |          | Область науки<br>и название специальности | n  | %   |
|----------|----------|---|----|-----|
| новый    | старый   |   |    |     |
| 19.00.05 | 19.00.05 | Социальная и политическая психология      | 3  | 4,5 |
| 19.00.07 | 19.00.07 | Педагогическая психология                 | 1  | 1,5 |
| 19.00.10 | 19.00.10 | Коррекционная психология                  | 2  | 3   |
| 19.00.13 | 19.00.13 | Психология развития, акмеология           | 2  | 3   |
| Всего    |          |   | 67 | 100 |

### ***Заключение***

Из общего потока диссертаций, представленных к рассмотрению в диссертационные советы России в 1995–2010 гг., изучены 537, в которых изучались вопросы по психотерапии и психологической коррекции. Степенной ряд количественной динамики диссертаций показывает ее увеличение. Ежегодно представлялись к защите (36 ± 3) диссертационные работы. Докторских диссертаций было 14,6 %, отношение докторских и кандидатских диссертаций – 1 : 5,9, что соответствует данным общего потока диссертаций в России. 63,4 % диссертаций по психотерапии относились к медицинским наукам, 33,4 % – к психологическим, а 3,2 % – к другим наукам.

По одной научной специальности было 77,2 % диссертаций, на стыке наук (по двум специальностям) – 22,8 %. Весомый вклад в структуре диссертаций составляют работы по специальности 14.00.18 – «Психиатрия» и 19.00.04 – «Медицинская психология». Треть рассмотренных диссертаций по одной специальности относилась к специальностям, в паспорте которых нет областей изучения проблем психотерапии и психологической коррекции, что затрудняло процесс общественной апробации диссертаций.

Несмотря на существование образовательных стандартов по психотерапии, организацию кафедр по подготовке специалистов по психотерапии в системе дополнительного профессионального образования, достаточно широкое внедрение психотерапевтических технологий в оптимизацию функционального состояния и терапевтический процесс, отдельной специальности «Психотерапия» в номенклатуре специальностей научных работников нет, что может снижать инновационность диссертационных исследований, затрудняет процесс представления работ в диссертационные советы, поиск и анализ диссертационного потока по психотерапии.

### ***Список литературы***

1. *Алексанин С.С.* Анализ работы диссертационных советов при Всероссийском центре экстренной и радиационной медицины им. А.М.Никифорова МЧС России / С.С. Алексанин, В.И. Евдокимов, В.Ю. Рыбников // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2010. – № 2. – С. 89–81.

2. *Евдокимов В.И.* Подготовка медицинской научной работы : метод. пособие. – 2-е изд., испр. и доп. – СПб. : СпецЛит, 2008. – 223 с.
3. *Кадры* высшей научной квалификации [Электронный ресурс]. – <http://science-expert.ru>, вход свободный.
4. *Летопись* авторефератов диссертаций : гос. библиогр. указ. / Рос. кн. палата. – М. – 2000–2009 ; 2010. – № 1–5.
5. *Неволин В.Н.* О некоторых тенденциях в аттестации кадров высшей научной квалификации // Вестн. Минобразования РФ. – 2005. – № 5. – С. 2–6.
6. *Об утверждении* Единого реестра ученых степеней и ученых званий и Положения о порядке присуждения ученых степеней : постановление Правительства РФ от 30.01.2002 г. № 74 (в ред. постановлений Правительства РФ от 12.08.2003 г. № 490, от 20.04.2006 г. № 227, от 04.05.2008 г. № 330, от 02.06.2008 г. № 424) [Электронный ресурс] // ВАК Минобрнауки РФ. – <http://vak.ed.gov.ru/ru/docs/>, вход свободный.
7. *Об утверждении* Номенклатуры специальностей научных работников : приказ Минобрнауки РФ от 25.02.2009 г. № 59 (в ред. от 16.11.2009 г.) [Электронный ресурс] // ВАК Минобрнауки РФ. – <http://vak.ed.gov.ru/ru/docs/>, вход свободный.
8. *Паспорта* специальностей научных работников [Электронный ресурс] // ВАК Минобрнауки РФ. – <http://mon.gov.ru/work/nti/dok/vak/>, вход свободный.
9. *Положение* о совете по защите докторских и кандидатских диссертаций : приказ Минобрнауки РФ от 9.01.2007 г. № 2 [Электронный ресурс] // ВАК Минобрнауки РФ. – <http://vak.ed.gov.ru/ru/docs/>, вход свободный.
10. *Российская медицина* [Электронный ресурс] / Моск. гос. мед. акад. им. И.М. Сеченова, Центр. науч. мед. б-ка. – <http://scsml.rssi.ru>, вход свободный.
11. *Электронный каталог* [Электронный ресурс] / Рос. гос. б-ка. – <http://rsl.ru/ru/s97/s339/>, вход свободный.
12. *Электронный каталог* [Электронный ресурс] / Рос. нац. б-ка. – <http://nlr.ru/poisk/>, вход свободный.



## РЕФЕРАТЫ

**Чередникова Т.В.** Феноменология патологического мышления при шизофрении (обзор зарубежной литературы второй половины XX – начала XXI века) // Вестник психотерапии. – 2010. – № 35 (40). – С. 9–17.

Обсуждаются актуальные вопросы патофизиологии мышления при шизофрении. Приводится краткий обзор наиболее важных достижений зарубежной науки в области описания, дефиниций и классификации основных феноменов нарушений мышления (НМ), а также их разновидностей, коморбидности и связи с расстройствами речи и образных компонентов мышления. Выделены перспективы изучения феноменологии НМ при шизофрении, требующие привлечения новых продуктивных теорий и объединенных усилий различных научных школ, в рамках кросскультурных подходов, в целях дальнейшего прогресса патофизиологических и нейронаучных исследований НМ при шизофрении.

**Ключевые слова:** шизофрения, патологическое мышление, классификация нарушений мышления, расстройства речи и мышления, психические болезни.

**Урадовская А.В.** Путь от инфантильности к личностной зрелости – по дороге интегративной онтогенетически ориентированной психотерапии пограничных психических расстройств // Вестник психотерапии. – 2010. – № 35 (40). – С. 25–37.

Представлены основные приемы онтогенетически ориентированной психотерапии (ООПТ), разработанные в процессе научно-практического исследования по созданию модели психотерапии на основе концепции онтогенеза-дизонтогенеза (нарушений, связанных с развитием). Описывается путь психотерапевтического формирования «зрелой личности», в соотношении с возрастными задачами. Раскрываются основные процессы ООПТ: «позитивный регресс», и «психоэлевация», достигаемые путем метода онтогенетически ориентированной когнитивно-ценностной гармонизации личности (адаптированный вариант)

**Ключевые слова:** дизонтогенез, интегративная психотерапия, пограничные психические расстройства, неврозы, инфантилизм, когнитивно-ценностная гармонизация личности.

**Назыров Р.К., Ремесло М.Б.** Динамика психолингвистических характеристик с невротическими расстройствами в процессе психотерапии // Вестник психотерапии. – 2010. – № 35 (40). – С. 38–49.

Исследована динамика психолингвистических показателей у больных с невротическими расстройствами при проведении психотерапии, определена их связь и динамика с видом невротического расстройства, начальной мотивацией к психотерапии, методами и результатами лечения. При анализе психолингвистических показателей после проведенного лечения у больных с невротическими расстройствами обнаруживаются изменения на рассматриваемых уровнях организации речи, которые можно рассматривать как улучшение функционального состояния пациентов.

**Ключевые слова:** невротическое расстройство, психотерапия, психолингвистика, психосемантика, исследование речи в психотерапии, мотивация к психотерапии, клиническая лингвистика.

**Шульц Е.В.** Биоэлектрическая активность мозга у больных с разными стадиями невротических расстройств // Вестник психотерапии. – 2010. – № 35 (40). – С. 50–61.

Обследовали 79 больных с невротическими расстройствами и 24 здоровых лица (контрольная группа) в возрасте от 17 до 63 лет с использованием спектрального анализа ЭЭГ, который проводился по алгоритму прямого преобразования Фурье. У больных с разными стадиями невротических расстройств (невротическая реакция, острое невротическое расстройство, затяжное невротическое расстройство, невротическое развитие) имеются изменения спектральных характеристик ЭЭГ, отличающие их как от здоровых лиц, так и между собой (обнаружены достоверные различия между больными с невротической реакцией и острым невротическим расстройством, больными с затяжным невротическим расстройством и невротическим развитием; различия между больными с острым и затяжным невротическими расстройствами имеются, но они не достигают уровня достоверности). Изменения касаются всех частотных диапазонов ЭЭГ. Установлено, что регистрируемые изменения биоэлектрической активности мозга свидетельствуют о различной заинтересованности на разных стадиях невротических расстройств структур головного мозга, регулирующих корковую активность.

**Ключевые слова:** невротическое расстройство, стадия невротического расстройства, спектральный анализ ЭЭГ.

**Никитин Е.А., Гончаренко С.А., Белов В.Г.** Показатели психосоматического здоровья военнослужащих-контрактников подразделений обеспечения морской авиации // Вестник психотерапии. – 2010. – № 35 (40). – С. 62–75.

Проведена оценка влияния медико-социальных показателей на успешность адаптации к службе военнослужащих-контрактников подразделения обеспечения морской авиации. Установлено, что на успешность их адаптации к профессиональной деятельности существенное влияние оказывают стаж работы, состояние здоровья и уровень субъективного контроля. При осуществлении мероприятий медико-психологического сопровождения учебно-боевой деятельности военнослужащих-контрактников необходимо использовать физиологические методы диагностики и психологические тесты. Полученные данные важно учитывать при отборе и подборе на военные специальности, а также при проведении лечебно-профилактических мероприятий и медико-психологического сопровождения деятельности военнослужащих указанной категории и смежных специальностей.

**Ключевые слова:** военнослужащие контрактной службы, психосоматическое здоровье, физиологические методы диагностики, психологические тесты, военно-профессиональная адаптация.

**Жуков А.С., Булка А.П., Костюк Г.П., Сысоев В.Н.** Коррекция функционального состояния военнослужащих специального факультета // Вестник психотерапии. – 2010. – № 35 (40). – С. 76–82.

Показана необходимость применения психокоррекционных методов для оптимизации процесса военной профессиональной адаптации курсантов иностранных армий. Определены удобные в работе и валидные методы психотерапевтического воздействия (рациональная психотерапия, активная и пассивная мышечная релаксация). Оценена эффективность психотерапевтической коррекции функционального состояния иностранных военнослужащих, обучающихся в Военной Медицинской академии. Доказано, что психотерапевтические методы коррекции значительно улучшают общие способности адаптации курсантов, влияют на физиологический, психологический и социально-психологический уровень адаптации.

**Ключевые слова.** Психотерапевтическая экспресс-коррекция, функциональное состояние, военно-профессиональная адаптация, донозологические формы психических расстройств.

**Александр С.С., Рыбников В.Ю., Цуцеева Ж.Ч.** Феноменология посттравматического стрессового расстройства и особенности психического статуса детей, жертв террористического акта, в раннем периоде после психотравмы // Вестник психотерапии. – 2010. – № 35 (40). – С. 83–92.

Приведены результаты оценки психологического статуса детей, жертв террористического акта в г. Беслане (1 сентября 2004 г.), в раннем периоде после психотравмирующей ситуации. Представлено описание феноменологии посттравматического стрессового расстройства у детей, пострадавших в теракте из числа «заложников» и «очевидцев», по данным психодиагностического исследования и результатам многомерного факторного анализа.

**Ключевые слова:** дети, посттравматическое стрессовое расстройство, психическая травма, психологическое тестирование, террористический акт, феноменология, факторный анализ.

**Анисимов А.И.** Психологическая оценка социального здоровья учителей // Вестник психотерапии. – 2010. – № 35 (40). – С. 92–101.

Представлены результаты апробации интегральных социально-психологических критериев оценки социального здоровья и профессионального выгорания у 144 учителей общеобразовательных школ Санкт-Петербурга. Психологическая диагностика социального здоровья позволяет выявлять учителей с риском профессионального выгорания.

**Ключевые слова:** социальное здоровье, психологическое здоровье, профессиональное выгорание, профессиональная адаптация, учителя общеобразовательных школ.

**Билый А.М.** Разработка системы для определения преимущественного типа личности // Вестник психотерапии. – 2010. – № 35 (40). – С. 102–110.

В статье рассмотрен вопрос обоснования и создания Экспертной системы комплексного анализа личности «ЭСКАЛ» и ее составной части «ЭСКАЛ – оценка личности». В основу системы положена теория личности, предложенная Л.Н.Собчик. Подробно описана разработка опросника и проверка валидности методики «ЭСКАЛ – оценка личности». Диагностическая валидность определена путем оценки связи с результатами других психологических и психофизиологических методик. Валидность по объему для «ЭСКАЛ – оценка личности» определена путем нормирования результатов на выборке 734 человека.

Таким образом, было обосновано, что описания типов личности по «ЭСКАЛ – оценка личности» подтверждаются результатами, полученными по другим психологическим и психофизиологическим методикам, экспертного опроса респондентов, нормирования данных на выборке 734 человека.

**Ключевые слова:** психофизиология, темперамент, тестирование, профотбор, профессиональный психологический отбор, физиология труда.

**Симонов А.В.** Информационно-психологическая защита населения радиоактивно загрязненных территорий России и Беларуси в отдаленном периоде после аварии на ЧАЭС: концепция, модель, технологии // Вестник психотерапии. – 2010. – № 35 (40). – С. 111–122.

В статье приведены авторская концепция, структурно-функциональная модель и принципы информационно-психологической защиты населения, проживающего на радиоактивно загрязненных территориях России и Беларуси. Выполненный автором сравнительный анализ социально-психологических проблем населения РЗТ России и Беларуси, позволил выявить особенности структуры и уровни выраженности актуальных социально-психологических проблем жизнедеятельности населения в отдаленном периоде (20 и более лет) после аварии на ЧАЭС и обосновать необходимость внедрения инновационной формы информационно психологической защиты населения радиоактивно загрязненных территорий России и Беларуси, - Российско-Белорусского информационного центра по проблемам преодоления последствий чернобыльской катастрофы.

**Ключевые слова:** концепция, структурно-функциональная модель, принципы, информационно-психологическая защита, население, радиоактивно загрязненные территории, Россия, Беларусь, социально-психологические проблемы, информационный центр, Чернобыльская катастрофа.

**Евдокимов В.И., Тонкошкурова Л.А.** Обобщенные показатели диссертаций, рассмотренных в диссертационных советах России по психотерапии и психологической коррекции в 1995–2009 гг. // Вестник психотерапии. – 2010. – № 35 (40). – С. 123–136.

Представлен анализ 537 работ диссертаций по психотерапии и психологической коррекции, рассмотренных в диссертационных советах России в 1995–2009 гг. Ежегодно представлялись к защите (36 ± 3) диссертационных работ. Докторских диссертации было 14,6 %, отношение докторских и кандидатских диссертаций – 1 : 5,9, что соотносится с данными общего потока диссертаций в России. 63,4 % диссертаций по психотерапии

относились к медицинским наукам, 33,4 % – к психологическим, а 3,2 % – к другим наукам. По одной научной специальности было 77,2 % диссертаций. Весомый вклад в структуре этих диссертаций составляют работы по специальности 14.00.18 – «Психиатрия» (31,7 %) и 19.00.04 – «Медицинская психология» (33 %),  $\frac{1}{3}$  – диссертации, в паспорте специальностей которых нет областей изучения проблем психотерапии и психологической коррекции. В структуре диссертаций по психотерапии, выполненных на стыке наук (по двум специальностям), специальность 19.00.04 – «Медицинская психология» была представлена в 47,1 %, 14.00.18 – «Психиатрия» – в 46,3 %, 14.00.13 – «Нервные болезни» в 3,3 %, другие специальности – в 3,3 %.

**Ключевые слова:** науковедение, диссертации, психотерапия, медицинская коррекция, медицинская психология, психиатрия.

**Cherednikova T.V.** Phenomenology of Pathological Thinking in Schizophrenia (review of foreign literature of the second half of XX – beginning of XXI century) // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2010, No 35 (40), P. 9–24.

The article discusses the most pressing thinking pathopsychology problems in schizophrenia. It gives an overview of the most important achievements of foreign science in the field of descriptions, definitions and classifications of the major thinking pathophenomena, as well as their varieties, comorbidity and disorders of speech, and figurative components of thought. There are devised the prospects for studying of thinking pathophenomenology, requiring the use of new productive theories and the combined efforts of various science schools, as part of cross-cultural approaches, for further progress of pathopsychological and neuroscientific research of schizophrenia thought disorders.

**Keywords:** schizophrenia, formal thought disorders, classification and categories of thought disorders, speech disorders, mental diseases.

**Uradovskeya A.V.** Way from infantilism to personal maturity – along the road of integrative ontogenetically oriented psychotherapy in boundary mental disorders // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2010, No 35 (40), P. 25–37.

Basic techniques of ontogenetically oriented psychotherapy are presented that were developed in the process of theoretical and practical research on creation of the psychotherapy model on the basis of the concept of ontogenesis-disontogenesis (disorders associated with development). Psychotherapeutic formation of “the mature personality” in correlation with age-specific problems is

described. The basic processes are disclosed, such as “positive regress” and “psychoelevation” reached via the ontogenetically oriented method of cognitive–value harmonization of personality (adapted version).

**Keywords:** disontogenesis, integrative psychotherapy, boundary mental disorders, neuroses, “positive regress”, “psychoelevation”, infantilism, cognitive–value harmonization of personality (adapted version).

**Nazyrov R.K., Remeslo M.B.** The dynamics of psycholinguistic characteristics of patients with neurotic disorders in the process of psychotherapy // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2010, No 35 (40), P. 38–49.

Dynamics of the psycholinguistic parameters was assessed in patients with neurotic disorders during psychotherapy, their relationship and the dynamics with a type of neurotic disorders, primary motivation for psychotherapy, techniques, and treatment outcomes was defined. In the analysis of the psycholinguistic parameters after treatment of patients with neurotic disorders there were detected changes at all levels of the speech organization, which could be considered as an evidence of the functional improvement in patients.

**Keywords:** neurotic disorder, psycholinguistics, psychotherapy, psychosemantics, the study of speech in psychotherapy, the motivation for psychotherapy, clinical linguistics.

**Schultz E.V.** Brain bioelectric activity in patients with different stages of neurotic disorders // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2010, No 35 (40), P. 50–61.

A clinical group of 79 patients with neurotic disorders and a control group of 24 healthy subjects aged 17–63 years were studied using electroencephalography and spectral analysis of EEG which was carried out by an algorithm of the direct Fourier transform. Changes in EEG spectral characteristics were revealed in patients with different stages of neurotic disorders (neurotic reaction, acute neurotic disorder, prolonged neurotic disorder, neurotic development) that discriminate clinical and control groups and differ within a clinical group as well. Changes in brain bioelectric activity are related to all the frequency ranges. Different degree of involvement of brain structures regulating cortical activity is identified in different stages of neurotic disorders.

**Keywords:** neurotic disorder, stage of neurotic disorder, EEG spectral analysis.

**Nikitin E.A., Goncharenko S.A., Belov V.G.** Parameters of the psychosomatic health in contract servicemen of subdivision for naval air logistics // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2010, No 35 (40), P. 62–75.

Effects of sociomedical parameters on successful adaptation to military service were assessed in contract servicemen of subdivision for naval air logistics. It was established that length of service, health status, and subjective control level substantially affect their adaptation to professional performance. Physiological diagnostic methods and psychological tests should be used for psychomedical maintenance of educational and combat activities in contract servicemen. The data obtained are to be taken into account during selection and placement for military specialties, and during medicoprophylactic activities or psychomedical maintenance of performance in servicemen of these and related specialties.

**Keywords:** contract servicemen, psychosomatic health, physiological diagnostic methods, psychological tests, military professional adaptation.

**Zhukov A.S., Bulka A.P., Kostyuck G.P., Sysoev V.N.** Correction of the functional status of military men at the special department // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2010, No 35 (40), P. 76–82.

The necessity of carrying out special correctional practices to optimize the process of military professional adaptation of foreign servicemen is shown. Easy-to-use and valid methods of psychotherapy (rational psychotherapy, active and passive muscular relaxation) are determined. Efficiency of psychotherapeutic correction of the functional status of foreign servicemen studying in the Military Medical Academy is assessed. Special psychocorrection practices are shown to improve significantly general adaptation capabilities of students, and influence their physiological, psychological and psychosocial adaptation.

**Key words:** psychotherapeutic express correction, functional status, military professional adaptation, prenosological forms of mental disorders.

**Aleksanin S.S., Rybnikov V.Yu., Tsutsieva Zh.Ch.** Phenomenology of posttraumatic stress disorder and characteristics of mental status of children, terrorist act victims, in the early period after psychological trauma // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2010, No 35 (40), P. 83–92.

Provided are the results of psychological status assessment in children who are victims the terrorist act in Beslan (September 1, 2004) in the early period after psychotraumatic situation. Phenomenology description of posttrau-



matic stress disorder is presented in children suffered due to the terrorist act from among “hostages” and “eyewitnesses”, according to the psychodiagnostic examination and results of multivariate factor analysis.

**Keywords:** children, posttraumatic stress disorder, psychological trauma, psychological testing, terrorist act, phenomenology, factor analysis.

**Anisimov A. I.** Psychological assessment of social health of teachers // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2010, No 35 (40), P. 92–101.

Results of empirical validation of integrated social-psychological criteria for evaluating social health of personality and professional burn-out syndrome in 144 teachers of secondary schools of St. Petersburg are provided. Psychological diagnostics of social health allows revealing teachers with burn-out syndrome.

**Keywords:** social health, mental health, professional burn-out syndrome, professional adaptation, teachers of secondary schools.

**Bilyi A.M.** Development of a system for identification of the primary personality type // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2010, No 35 (40), P. 102–110.

Justification and development of an ESKAL Expert system for comprehensive personality analysis and its integrative part, ESKAL-Personality Assessment, are presented. The system is based upon the personality theory suggested by L.N. Sobchik. 734 persons participated in standardization of the system. Development of the questionnaire and validity checking of the ESKAL-Personality Assessment are described. Diagnostic validity was determined by assessing relationship with results from other psychological and psychophysiological techniques.

**Keywords:** psychophysiology, temperament, testing, occupational psychological selection, physiology of labor.

**Simonov A.V.** Information-psychological protection of inhabitants of the radioactively contaminated areas of Russia and Belarus in the remote period after the accident at the Chernobyl Nuclear Power Plant: concept, model, and techniques // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2010, No 35 (40), P. 111–122.

The article provides the author’s concept, structural-functional model, and principles of information-psychological protection of inhabitants of radioactively contaminated areas of Russia and Belarus. Conducted by the author com-

parative analysis of psychosocial issues of inhabitants of the radioactively contaminated areas of Russia and Belarus allowed identification of structure characteristics and intensity levels of urgent psychosocial issues of vital activity of population in the remote period (20 years and more) after the accident at the Chernobyl Nuclear Power Plant and justify a necessity of implementation of the novel form of the information-psychological protection of inhabitants of the radioactively contaminated areas of Russia and Belarus, – the Russian-Belarus information centre on the issues of overcoming consequences of the Chernobyl accident.

**Keywords:** concept, structural-functional model, principles, information-psychological protection, population, radioactively contaminated areas, Russia, Belarus, psychosocial issues, information centre, Chernobyl accident.

**Evdokimov V.I., Tonkoshkurova L.A.** Generalized parameters of dissertations considered in the dissertation boards on psychotherapy and psychological correction in Russia in 1995–2009 // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2010, No 35 (40), P. 123–136.

An analysis of 537 dissertations on psychotherapy and psychological correction considered in the dissertation boards in Russia in 1995–2009 is provided. Annually,  $(36 \pm 3)$  dissertations were submitted for defense. There were 14.6 % of Doctor’s dissertations, a ratio of Doctor’s and Candidate’s dissertations makes up 1 : 5.9 that is comparable to the total dissertation flow in Russia. As many as 63.4 % of dissertations on psychotherapy belonged to medical science, 33.4 % – to psychological science, and 3.2 % – to other science. 77.2 % of dissertations were related to one academic specialty. Works on a specialty of 14.00.18 “Psychiatry” (31.7 %) and 19.00.04 “Medical psychology” (33 %) made up a weighty contribution in a structure of these dissertations; dissertations without psychotherapy and psychological correction issues of study in their specialty passport made up  $\frac{1}{3}$ . Within a structure of dissertations on psychotherapy performed on a science junction (two specialties), a specialty 19.00.04 “Medical psychology” was present in 47.1 %, 14.00.18 “Psychiatry” in 46.3 %, 14.00.13 “Nervous diseases” in 3.3 %, other specialties in 3.3 %.

**Keywords:** science of science, dissertations, psychotherapy, medical correction, medical psychology, psychiatry.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Алексанин Сергей Сергеевич** – Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, директор, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, 194044 Санкт-Петербург, ул. Лебедева, д.4/2, р.т. (812) 541-85-65, e-mail: nauka@arccerm.spb.ru

**Анисимов Алексей Игоревич** – Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, старший преподаватель кафедры психологии здоровья, 199178, Санкт-Петербург, 12-я линия В.О., д. 13-А, e-mail: aai101@gambler.ru.

**Белов Василий Георгиевич** – Научно-исследовательский центр военно-морской медицины и обитаемости, заместитель начальника отдела, доктор медицинских наук, 190013, Санкт-Петербург, ул. Рузовская, д. 10, м.т. 8 (921) 400-16-47

**Билый Андрей Михайлович** – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, преподаватель кафедры психофизиология, кандидат медицинских наук, доцент, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6, Тел. 8 (921) 959-78-61, e-mail: bilyi\_andrei@mail.ru

**Булка Александр Павлович** – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, заместитель начальника кафедры военной психофизиологии, кандидат медицинских наук, доцент, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6, р.т. (812) 542-46-05, e-mail: baton62@mail.ru

**Гончаренко Сергей Александрович** – ФГУ «Главный клинический госпиталь Тихоокеанского флота», заведующий лечебным отделением, кандидат медицинских наук, 690005, Владивосток, ул. Ивановская, д.4, м.т. 8 (924) 230-80-06

**Евдокимов Владимир Иванович** – 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, e-mail: evdok@omnisp.ru

**Жуков Андрей Сергеевич** – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, инструктор по воспитательной работе специального факультета, кандидат медицинских наук, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6, e-mail: zhuk5@yandex.ru

**Костюк Георгий Петрович** – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, заместитель начальника кафедры психиатрии, доктор медицинских наук, доцент, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6, e-mail: kgr@yandex.ru

**Назыров Равиль Каисович** – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева научный руководитель отдела организации научных исследований, новых технологий, переподготовки кадров с отделением внебольничной психотерапии и реабилитации, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, р.т. (812) 365-23-34, e-mail: oonintok@gmail.com

**Никитин Евгений Александрович** – ФГУ «1-й Военно-морской клинический госпиталь», заведующий кабинетом нейрофункциональных исследований, доктор ме-

дицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации, 198020, Санкт-Петербург, Старо-Петергофский пр., д. 2, e-mail: 9449666@mail.ru

**Ремесло Марина Борисовна** – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, старший научный сотрудник отдела организации научных исследований, новых технологий, переподготовки кадров с отделением внебольничной психотерапии и реабилитации, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, р.т. (812) 365-24-79, e-mail: oonintok@gmail.com

**Рыбников Виктор Юрьевич** – Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, заместитель директора по научной и учебной работе, доктор психологических наук, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, 194044, Санкт-Петербург, ул. Лебедева, д.4/2, р.т. (812) 541-85-16, e-mail: nauka@arcerm.spb.ru, gvikirina@rambler.ru

**Симонов Александр Васильевич** – Институт проблем безопасного развития атомной энергетики РАН, заведующий лабораторией, 115191, г. Москва, ул. Большая Тульская, д. 52, e-mail: sim@ibrae.ac.ru

**Сысоев Владимир Николаевич** – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, начальник кафедры психофизиологии, доктор медицинских наук, профессор, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6, р.т. (812) 542-46-05, e-mail: vnsiy@mail.ru

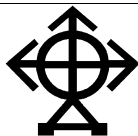
**Тонкошкурова Любовь Александровна** – Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России. врач-психотерапевт, 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 4/2, e-mail: lat@chado.ru

**Урадовская Анна Викторовна** – Российская медицинская академия последипломного образования, кафедра детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии, МУ «ГКБ г. Жуковский», ПНД, врач – психиатр, 140180, г. Жуковский, ул. Дугина, д. 9, e-mail: auradovskaya@yandex.ru

**Цуцьева Жанна Черменовна** – Северо-Осетинский государственный институт, заведующая кафедрой специальной психологии, кандидат психологических наук, доцент, заслуженный учитель РФ, 362002, г. Владикавказ, ул. Акацева, д. 4, р.т. (8672) 76-24-22, e-mail: cucieva@rambler.ru

**Чередникова Татьяна Владимировна** – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, старший научный сотрудник лаборатории медицинской психологии, кандидат психологических наук, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, кор. 2, e-mail: tvchered01@inbox.ru

**Шульц Елизавета Владимировна** – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, врач функциональной диагностики, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3. р.т. (812) 412-73-32, e-mail: elshulc@yandex.ru



**ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ»**

**Редакционная коллегия**

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

**Тел/факс (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.

**Решением Президиума ВАК Минобрнауки России** от 19.02.2010 №6/6 «Вестник психотерапии» включен в Перечень научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы результаты диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук.

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

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

Рукописи рецензируются членами редакционного совета или редакционной коллегии 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 (812) – 513-67-97, 592-35-79, – заместитель главного редактора журнала – кандидат психологических наук Мильчакова Валентина Александровна 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.

Научный редактор – Евдокимов Владимир Иванович.

Корректор – Устинов Михаил Евграфович.

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 21.09.10.

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

Тираж 1000 экз. Объем 9,38 п.л.

Бумага офсетная. Заказ № 814.

Отпечатано в ООО «Политехника-сервис»

с оригинала-макета заказчика.

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