

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

**ВЕСТНИК
ПСИХОТЕРАПИИ**

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор В.Ю. Рыбников

№ 48 (53)

Санкт-Петербург
2013

Редакционная коллегия

В.И. ЕВДОКИМОВ (Москва); С.Г. ГРИГОРЬЕВ (Санкт-Петербург);
Р. МИЗЕРЕЕНЕ (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); Р.М. ГРАНОВСКАЯ (Санкт-Петербург); Г.И. ГРИГОРЬЕВ (Санкт-Петербург); О.Ф. ЕРЬШЕВ (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, 592-35-79

ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ

Научно-практический журнал

- © Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, 2013
- © Международный институт резервных возможностей человека, 2013

**Nikiforov Russian Centre of Emergency and Radiation
Medicine, EMERCOM of Russia**

**BULLETIN OF
PSYCHOTHERAPY**

RESEARCH & CLINICAL PRACTICE JOURNAL

EDITOR-IN-CHIEF V.YU. RYBNIKOV

N 48 (53)

St. Petersburg
2013

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); R.M. GRANOVSKAYA (St.
Petersburg); G.I. GRIGORJEV (St. Petersburg); O.F. ERYSHEV (St.
Petersburg); V.I. KURPATOV (St. Petersburg); I.B. LEBEDEV (Moscow);
S.V. LITVINTSEV (St. Petersburg); N.G. NEZNANOV (St. Petersburg);
G.S. NIKIFOROV (St. Petersburg); M.M. RESHETNIKOV (St. Petersburg);
V.K. SHAMREY (St. Petersburg)

For correspondence:

11, Pridorozhnaya alley
194352, St. Petersburg, Russia
Phone: (812) 513-67-97, 592-35-79

BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY

Research & clinical practice journal

© Nikiforov Russian Centre of Emergency and Radiation Medi-
cine, EMERCOM of Russia, 2013

© International Institute of Human Potential Abilities, 2013

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХОТЕРАПИЯ

Некрасова Н.Н.

Применение психотерапии при тревожно-депрессивных расстройствах и ятрогенных реакциях у амбулаторных пациентов соматического профиля	9
--	---

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Алехин А.Н., Трифонова Е.А., Чернорай А.В.

Динамика психической адаптации к заболеванию пациентов с ишемической болезнью сердца, перенесших жизнеопасные состояния	16
--	----

Андреева Г.О., Емельянов А.Ю., Евдокимов В.И.

Динамика психофизиологических показателей в зависимости от стадии хронического болевого синдрома. Алгоритм лечения	28
--	----

Караева Т.А., Колотильщикова Е.А., Лим А.В., Лысенко И.С.

Психосемантическое исследование мотивационно-потребностной сферы у больных с разными типами невротических расстройств	35
---	----

Пронина Г.А., Пятибрат Е.Д., Бацков С.С., Гордиенко А.В.

Оценка изменений личностных характеристик и качества жизни, ассоциированных с метаболическим синдромом, у спасателей МЧС России	52
---	----

ПАТОПСИХОЛОГИЯ. ПСИХИАТРИЯ

Алехин А.Н., Литвиненко О.А.

Психологические аспекты клинического патоморфоза психотических переживаний	57
--	----

Шульц Е.В., Вахренева О.А., Караева Т.А., Чехлатый Е.И.

Дифференциальная диагностика клинико-электроэнцефалографическим методом невращения и церебральных резидуально-органических расстройств с неврозоподобными проявлениями	68
--	----

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ. ПСИХОПРОФИЛАКТИКА

Грановская Р.М., Шингаев С.М.

Изучение профессионального здоровья руководителей	80
---	----

Кобзов В.А., Слюсарев А.С.

Организация психопрофилактического мониторинга молодого пополнения сухопутных войск России	90
--	----

Шипачев Р.Ю.

К вопросу о гигиене, профилактике и лечении заболеваний, при которых существенное значение приобретает негативный опыт, детерминированный «антикультурой»	98
---	----

НАУКОВЕДЕНИЕ

Евдокимов В.И.

Библиографический указатель книг по психотерапии и психологической коррекции, опубликованных на русском языке в 2012 г.	108
--	-----

Рефераты	135
Сведения об авторах	145
Информация о журнале	148

CONTENTS

PSYCHOTHERAPY

Nekrasova N.N.

Using psychotherapy for anxiety-depressive disorders and iatrogenic effects in somatic out-patients	9
---	---

MEDICAL PSYCHOLOGY

Alekhin A.N., Trifonova E.A., Chernorai A.V.

Dynamics of mental adaptation to the disease in patients with coronary artery disease who survived life-threatening conditions	16
--	----

Andreeva G.O., Emelyanov A.Yu., Evdokimov V.I.

Dynamics of psychophysiological indicators depending on the stage of chronic pain syndrome. Treatment Algorithm	28
---	----

Karavaeva T.A., Kolotilschikova E.A., Lim A.V., Lysenko I.S.

Psychosemantic research of motivation and needs in patients with different types of neurotic disorders	35
--	----

Pronina G.A., Pyatibrat E.D., Batckov S.S., Gordienko A.V.

Evaluation of changes in personality characteristics and life quality related to metabolic syndrome in rescue workers of Russia Emercom	52
---	----

PATHOPSYCHOLOGY. PSYCHIATRY

Alekhin A.N., Litvinenko O.A.

Psychological aspects of clinical pathomorphism of psychotic experience .	57
---	----

Shults E.V., Vakhreneva O.A., Karavaeva T.A., Chekhlaty E.I.

Differential diagnosis of neurasthenia and cerebral residual organic disorders with neurosis-like presentations by method of clinical electroencephalography	68
--	----

PSYCHOLOGICAL CORRECTION. PSYCHOPROPHYLAXIS

Granovskaya R.M., Shingaev S.M.

The study of vocational health in managers	80
--	----

Kobzov V.A., Slyusarev A.S.

Organization of psychoprophylactic monitoring of young recruits in Russian land troops	90
--	----

Shipachev R.Yu.

On the issue of hygiene, prophylaxis, and treatment of disorders in which "anticulture"-determined negative experience plays a substantial role	98
---	----

SOCIOLOGY OF SCIENCE

Evdokimov V.I.

Bibliographic index of books on psychotherapy and corrective psychology
published in 2012 in Russian language 108

Abstracts 135

Information about authors 145

Information about the Journal 148

ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 615.851 : 616.89

Н.Н. Некрасова

ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ И ЯТРОГЕННЫХ РЕАКЦИЯХ У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ СОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Котласская центральная городская больница им. святителя Луки (В.Ф. Войно-Ясенецкого)», Архангельская область

Введение

Увеличение социальной напряженности, урбанизация и другие негативные факторы жизни приводят к росту невротических и психосоматических расстройств. Замечено, что большинство острых и хронических соматических заболеваний сопровождается различными невротическими реакциями, ипохондрией, развитием тревожных и депрессивных расстройств [1], то есть речь идет о широком спектре психической патологии, накапливающейся в общемедицинской сети [2].

Работая врачом-психотерапевтом поликлиники многопрофильной больницы, часто приходилось наблюдать избыточное назначение больным психофармакологических средств врачами различных специальностей. У многих пациентов были соматические противопоказания к их применению. Излишняя подробность противопоказаний к применению лекарственных средств, представленная в инструкциях, способствовала формированию у части пациентов тревожных состояний и ятрогенных реакций, связанных с применением назначенных врачами «вредных» лекарств [13].

Ятрогенные заболевания – это болезни, имеющие исходным пунктом такие высказывания врача или такие его поступки, которые обусловили неблагоприятное воздействие на психику больного [8, 11].

Рубрики, соответствующей «ятрогенным реакциям» согласно принятой в России Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10), нет. Можно отнести к ним осложнения терапевтических и хирургических вмешательств (У40–У84), в том числе подраздел «Лекарственные средства, медикаменты и биологиче-

ские вещества, являющиеся причиной неблагоприятных реакций при терапевтическом применении» (У40–У59). Сюда же можно отнести раздел «Отравление лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами» (Т36–Т50) [7]. Подразделы У40–У50 и Т36–Т50 для кодирования «ятрогении», по данным ряда авторов [8], в России почти не используются.

Также можно отметить в МКБ-10 «Неблагоприятные реакции («повышенная чувствительность», «реакция» и т. д.) на правильно введенное и соответствующее назначению вещество» [7]. Эти случаи классифицируются «согласно характеру неблагоприятной реакции» в соответствующих разделах:

- «Болезни органов пищеварения» (К29);
- «Болезни крови» (Д50–Д76);
- «Болезни кожи» (Z23–Z25);
- «Болезни мочеполовой системы» (N14.0–N14.2);
- «Неуточненная патологическая реакция на лекарственное средство» (Т88.7) [7].

Кроме того, психогенное (ятрогенное) воздействие на соматическое состояние пациента может классифицироваться в рубрике «Психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках» (F54) [7]. В нашей практике приходилось применять эту рубрику (F54) для кодирования тревожно-ипохондрических реакций у соматических пациентов с частотой (0,5 ± 0,1) %.

Материал и методы

С целью выявления различных ятрогенных реакций у соматических больных при назначении им психотерапии на базе психотерапевтического кабинета поликлиники многопрофильной больницы обследовали 94 пациента (14 мужчин и 80 женщин) в возрасте от 20 до 65 лет, средний возраст (44,3 ± 14,3) года. Пациенты были направлены к врачу-психотерапевту поликлиники врачами соматического профиля (терапевтами, кардиологами, неврологами и др.). Практически все пациенты имели то или иное соматическое заболевание вне обострения (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка, бронхиальная астма, гастроэзофагальная рефлюксная болезнь, остеохондроз позвоночника и др.), а также выраженные тревожно-фобические и депрессивно-ипохондрические реакции. Для коррекции

вышеперечисленных психопатологических проявлений пациенты были направлены к врачу-психотерапевту.

Цель исследования – сравнить эффективность психофармакотерапии и комбинированной терапии (мультиmodalная психотерапия и психофармакотерапия) соматических больных с тревожно-депрессивными и ятрогенными реакциями.

Клинико-психологическое обследование пациентов проводили дважды: на момент первичного осмотра и через 3 мес терапии (окончание курса амбулаторного лечения) с учетом этических норм, с письменного согласия. 10 пациентов по разным причинам прекратили участие в выделенных лечебных группах. Для оценки клинического состояния пациентов использовали:

- данные субъективного и объективного исследования пациента (жалобы, анамнез, физикальные и лабораторно-инструментальные исследования) для выявления симптомов поведенческих и соматических нарушений;

- госпитальную шкалу тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) – для выявления и сравнения степени тяжести тревоги и депрессии [3];

- шкалу депрессии (CES-D) для оценки тяжести депрессии [3].

В зависимости от характера лечения пациентов разделили на 2 группы:

1-я (37 человек) – здесь применяли комбинированное лечение: психофармакотерапию и мультиmodalную психотерапию (последовательно использовали рациональную психотерапию, внушение наяву [2], групповую гипнотерапию [2], аутогенную тренировку [6, 9], в последующем – методы поведенческой терапии [12]);

2-я (37 человек) – получала только психофармакотерапию.

Целью психофармакотерапии у соматических больных являлось снижение уровня тревоги и депрессии, купирование астено-ипохондрических симптомов. Для этого назначались антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС): пароксетин, сертралин, феварин; реже трициклические антидепрессанты (ТЦА): амитриптилин, азафен, анафранил; агомелатин (вальдоксан). Некоторым пациентам по показаниям назначались коротким курсом (на 2–3 нед) атипичный нейролептик сульпирид (эглонил) и транквилизаторы (диазепам, меzapам, алпразолам).

Результаты и их анализ

Как видно из табл. 1, у больных обеих групп до лечения были сходными ($p > 0,05$) и соответствовали умеренно выраженным проявлениям тревоги и депрессии. Различия всех показателей, представленных в табл. 1, до и после лечения в 1-й и 2-й группах статистически значимые.

Таблица 1
Динамика уровня тревоги и депрессии, балл ($M \pm m$)

Группа	Тест/шкала		До лечения	Через 3 мес
1-я	HADS	тревога	14,7 ± 5,4	3,6 ± 1,1* [#]
		депрессия	10,8 ± 3,4	3,8 ± 0,5* [#]
	CES-D		30,2 ± 5,4	13,8 ± 1,1* [#]
2-я	HADS	тревога	14,9 ± 3,6	7,1 ± 1,3* [#]
		депрессия	10,7 ± 2,8	5,0 ± 0,3* [#]
	CES-D		30,1 ± 6,2	17,1 ± 1,2* [#]

* Различия показателей до и после лечения при $p < 0,05$.

[#] Различия показателей между группами после лечения при $p < 0,05$.

После лечения в 1-й группе пациентов, получивших комбинированную терапию, показатели стали соответствовать области «отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии», в то время как во 2-й группе, получившей только фармакотерапию, показатели соответствовали области «субклинически выраженная тревога и депрессия».

Следует также отметить, что по окончании курса лечения у пациентов 1-й группы практически полностью купировался ипохондрический синдром, тогда как примерно у $1/3$ больных 2-й группы он сохранялся в той или иной степени выраженности.

В результате применения фармакологических препаратов у обследованных пациентов наблюдались следующие расстройства:

1) психогенные, или собственно ятрогенные (табл. 2), которые проявлялись в виде страха, тревоги и других отрицательных эмоций, возникающих после прочтения расширенной аннотации рекомендуемого лекарственного препарата, а также перед приемом медикамента или сразу же после него. Патологический фактор – негативное самовнушение пациента, а также неосторожные высказывания медицинских работников;

2) неблагоприятные реакции, обусловленные лекарственными препаратами:

– поведенческая токсичность (см. табл. 2) в виде сонливости, заторможенности, снижения концентрации внимания, которые часто значительно снижали повседневную активность пациентов, мешали выполнению профессиональных и бытовых обязанностей;

– соматические симптомы (см. табл. 2) как проявление органотоксического влияния фармпрепаратов (тошнота, сердцебиение, боли различной локализации, снижение или повышение массы тела и т. п.).

Представленные ранее показатели после лечения в 1-й группе были достоверно ниже по сравнению со 2-й ($p < 0,05$).

Таблица 2
Характер патологических реакций на психофармакотерапию, n

Показатель	1-я группа		2-я группа	
	в начале лечения	через 3 мес	в начале лечения	через 3 мес
Психогенные реакции	12	0	11	5
Поведенческая токсичность	10	0	10	6
Соматотоксические синдромы	5	3	6	8

Психогенные реакции на психофармакотерапию в начале лечения были диагностированы примерно у $1/3$ больных. Они проявлялись в виде страха приема препаратов, боязни побочных действий и медикаментозной зависимости, снижением комплаенса.

Симптомы поведенческой токсичности (дневная сонливость, снижение активности и концентрации внимания, заторможенность) были зарегистрированы в обеих экспериментальных группах у 10 пациентов.

Соматические симптомы в начале медикаментозного лечения появились у 5 больных (13,5 %) 1-й группы и у 6 (16,2 %) – 2-й группы. Они были представлены тошнотой, снижением (реже повышением) аппетита, дрожью в конечностях, сердцебиением, общей слабостью, болями в животе, нарушением стула.

После лечения у пациентов 1-й группы, получавших комбинированную терапию, полностью купировались психогенные реакции и поведенческая токсичность и уменьшились соматотоксические проявления (см. табл. 2).

У больных 2-й группы, получавших только психофармакотерапию, к концу лечения сохранялось негативное отношение к принимаемым медикаментам и в меньшей степени снизилась поведенческая токсичность. Побочное влияние психофармакотерапии на соматическое состояние пациентов этой группы даже возросло (см. табл. 2).

Таким образом, после лечения у группы пациентов, получавших комбинированную терапию, достоверно ниже ($p < 0,05$) оказалось проявление не только тревожно-депрессивных симптомов, но и психогенных (ятрогенных) расстройств, по сравнению с группой пациентов, лечившихся только психофармакологическими препаратами.

Заключение

Большинство острых и хронических соматических заболеваний сопровождаются тревожно-депрессивным синдромом. Основным методом лечения этих состояний является психофармакотерапия. Она приводит к значительной редукции тревожно-депрессивной симптоматики. Однако у многих пациентов психофармакотерапия вызывает те или иные психогенные (ятрогенные) расстройства, которые ухудшают психическое и соматическое состояние больных, снижают степень приверженности к лечению (комплаенс).

Применение мультимодальной психотерапии на протяжении курса психофармакотерапии приводит не только к полной редукции тревожно-депрессивно-ипохондрической симптоматики, но и значительно снижает риск развития и проявления ятрогенных расстройств.

Литература

1. *Бойко Ю.П.* Профилактика психосоматических расстройств и ятрогений / Ю.П. Бойко // Мед. сестра. – 2001. – № 2. – С. 19–20.
2. *Буль П.И.* Психотерапия, гипноз и внушение в практической медицине / П.И. Буль – Л., 1990. – 94 с.
3. *Вассерман Л.И.* Медицинская психодиагностика : теория, практика и обучение / Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. – СПб : Изд-во С.-Петерб. гос. ун-та. – 2004. – 736 с.
4. *Дороженок И.* Клинико-терапевтические аспекты психосоматических расстройств / И. Дороженок // Врач. – 2011. – № 9. – С. 14–19.
5. *Забылина Н.А.* Сравнительная эффективность фармакотерапии и комбинированной терапии больных со смешанным тревожным и депрессивным расстройством невротической природы / Н.А. Забылина, С.В. Полторацкая // Вестн. психотерапии. – 2010. – № 36 (41). – С. 16–21.
6. *Лобзин В.С.* Аутогенная тренировка (справочное пособие для врачей) / В.С. Лобзин, М.М. Решетников. – Л. : Медицина, 1986. – 280 с.

7. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10-й пересмотр. Всемирная организация здравоохранения. – Женева, 1995.

8. *Муравьев Ю.В.* Является ли ятрогенией лекарственная болезнь? / Ю.В. Муравьев, Л.А. Муравьева // Терапевт. архив. – 2005. – Т. 77, № 5. – С. 74–76.

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

10. *Павлов И.С.* Психотерапия в практике / И.С. Павлов. – 2-е изд. – М. : Пер сэ, 2004. – 432 с.

11. *Пареев Е.М.* Проблема побочного действия лекарств // Клинич. медицина. – 1968. – № 9. – С. 3–11.

12. *Федоров А.П.* Методы поведенческой терапии, уменьшающие страхи. – СПб. : СПбМАПО. – 1998. – 20 с.

13. *Харди И.* Врач, сестра, больной. Психология работы с больными : [пер. с венгер.] / И. Харди. – Budapest : Akademiai Kiado, 1974. – 286 с.

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 616.12-089 : 616.89-06

А.Н. Алёхин, Е.А. Трифонова, А.В. Чернорай

ДИНАМИКА ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ К ЗАБОЛЕВАНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ ЖИЗНЕОПАСНЫЕ СОСТОЯНИЯ¹

Российский государственный педагогический университет
им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург;
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический
институт им. В.М. Бехтерева

Введение

В настоящее время общепризнанной является необходимость психологического сопровождения пациентов, перенесших неотложные кардиологические состояния либо кардиохирургические вмешательства, прежде всего для формирования адекватного отношения к болезни, предупреждения адаптационных расстройств и рецидивов заболевания [9].

Известно, что пациенты с ишемической болезнью сердца характеризуются повышенным риском психических расстройств, играющих существенную роль в динамике заболевания. Убедительно показано, что эмоциональные нарушения (тревожной и депрессивной модальности) как на догоспитальном этапе, так и в период госпитализации негативно сказываются на приверженности пациентов врачебным рекомендациям, существенно ухудшают психосоциальный и медицинский прогноз [2, 10]. Доказана зависимость риска данных расстройств от клинических характеристик кардиологического заболевания и обстоятельств его проявления, обосновано использование психофармакотерапевтической коррекции в системе кардиореабилитационных мероприятий [4, 6].

Таким образом, накоплены убедительные и ценные свидетельства нарушений психической адаптации у пациентов с тяжелыми формами ишемической болезни сердца. Вместе с тем, следует отметить, что в большинстве исследований квалификация состояния и реакций пациентов, на-

¹ Исследование выполнено при поддержке гранта Президента РФ МК-2076.2012.6.

ходящихся в психотравмирующей ситуации болезни, осуществляется через категорию психического расстройства, что, по сути, лишает психологического содержания переживания больного, переводит их в категорию аномальных. Этому способствуют и широкое использование в исследованиях клинических тест-опросников, и, как следствие, необоснованное клиническое маркирование психического состояния пациентов. Такой подход имеет результатом не только гипердиагностику психических расстройств, но и искажает фактическую картину состояния, где психологические реакции пациента, пытающегося адаптироваться к непривычным (зачастую остропсихотравмирующим) условиям болезни, выступают на первый план.

Все ранее изложенное определило цель настоящего исследования – провести анализ динамики и прогноза психической адаптации к заболеванию пациентов с ишемической болезнью сердца, перенесших неотложные состояния и хирургическое лечение (для обоснования задач психологического сопровождения реабилитационного процесса).

Материалы и методы

Исследование проводили на базе реабилитационного отделения больницы № 23 Санкт-Петербурга и осуществляли в 3 этапа:

I этап реализовали в течение первых 5 дней пребывания пациентов на отделении после перенесенного инфаркта миокарда либо планового кардиохирургического вмешательства [(аортокоронарное шунтирование (АКШ) либо стентирование коронарных артерий (СКА) в связи с ишемической болезнью сердца)];

II этап соответствовал периоду перед выпиской из стационара (в среднем на 23–25-й день пребывания в стационаре);

III этап соответствовал отдаленному катамнезу заболевания, через 1 год.

В период стационарного лечения проводили изучение анамнеза и личностных характеристик пациентов, оценивали динамику их эмоционального статуса, отношения к болезни и лечению с использованием следующих методов и методик:

- анализа медицинских карт;
- полуструктурированного интервью;
- субъективного шкалирования (по 10-балльной шкале) самочувствия, настроения, информированности о заболевании, приверженности медицинским рекомендациям;
- «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии» (HADS) [12];

- шкалы для оценки степени приверженности лекарственной терапии Morisky, Green, Levine [11],
- опросника для определения типа отношения к болезни (ТОБОЛ) [8];
- опросника «Стратегии совладающего поведения» для оценки стиля преодоления стресса [1];

Катамнестическое обследование осуществляли путем телефонного опроса (полуструктурированного интервью), направленного на оценку актуального психического состояния, отношения к болезни и лечению, образа жизни, степени приверженности медицинским рекомендациям.

Всего в динамике обследовали 36 пациентов-мужчин в возрасте от 37 до 63 лет, из них 19 пациентов (52,8 %) были госпитализированы в связи с неотложными кардиологическими состояниями, а 17 (47,2 %) – в связи с плановым кардиохирургическим вмешательством (11 пациентов – АКШ, 6 пациентов – СКА). Все обследованные кардиохирургические пациенты перенесли ранее инфаркт миокарда. Стационарный этап реабилитационной помощи подразумевал соблюдение врачами режима быстрой активизации, мероприятия по психологическому обеспечению лечебно-реабилитационного процесса не осуществлялись.

У 34 пациентов (94,4 %) ишемическая болезнь сердца сочеталась с гипертонической болезнью.

Социальные характеристики были представлены следующим образом: 16 (44,4 %) пациентов имели высшее образование, 28 пациентов (77,8 %) на момент госпитализации состояли в браке, 31 пациент (86,1 %) имел профессиональную занятость.

При анализе данных использовали традиционную описательную статистику (частота, средняя величина, стандартная ошибка среднего), меры сравнения для не связанных выборок (U-критерий Манна–Уитни) и для связанных выборок (t-критерий Стьюдента), корреляционный анализ Пирсона.

Результаты и их анализ

На I этапе реабилитации настроение и самочувствие характеризуется пациентами преимущественно как удовлетворительное (по 10-балльной шкале 80,5 % пациентов оценивают свое самочувствие на 6 баллов и выше, аналогичный показатель в отношении настроения – 77,8%). Кардиохирургические пациенты оценивают свое самочувствие несколько ниже, чем па-

циенты, перенесшие инфаркт миокарда (средние ранги 14,5 против 22,1; $U = 93,0$ при $p < 0,05$).

По методике HADS непатологические варианты неспецифической эмоциональной напряженности обнаруживаются у подавляющего большинства пациентов, при этом выраженная эмоциональная напряженность, проявляющаяся навязчивыми опасениями, неусидчивостью, вегетативными эквивалентами тревоги, выявляется у 13,4 % пациентов; в 5,6 % случаев у пациентов имеет место выраженное снижение эмоционального фона с сопутствующими мотивационными изменениями. Нарушения сна, связанные с перенесенной психотравмирующей ситуацией болезни / кардиохирургического вмешательства, переменой обстановки, физическим дискомфортом, отмечают 41,7 % пациентов.

Достоверных различий в степени выраженности эмоционального напряжения и снижения фона настроения между пациентами, госпитализированными экстренно и планово, выявлено не было. Вместе с тем, кардиохирургические больные чаще предъявляли жалобы на нарушения сна (58,8 % против 26,3 %, $p < 0,05$), что, возможно, связано с более выраженным физическим дискомфортом.

Ведущий тип отношения к болезни у обследованных – эргопатический, предполагающий выраженное стремление к преодолению недуга и восстановлению прежнего уровня социальной активности. В чистом виде и смешанных вариантах эргопатический тип выявлен у 21 пациента (58,3 %). Гармоничный тип диагностирован лишь у 6 больных (16,7 %). В остальных случаях имеют место разнообразные личностные реакции с доминированием тревожных переживаний.

В целом в группе отмечается некоторое ограничение адаптационных возможностей личности, что проявляется более редким использованием большинства стратегий совладания со стрессом, за исключением поиска социальной поддержки (средние показатели ниже 50 Т-баллов).

Данные о характеристиках эмоционального статуса, приверженности лечению и стиле стресс-преодолевающего поведения пациентов на начальном этапе реабилитации представлены в табл. 1.

Пациенты пожилого возраста реже отмечали переживание печали, подавленности, беспомощности ($r = -0,39$; $p < 0,05$), однако были более склонны к дисфорическим реакциям раздражения ($r = 0,45$; $p = 0,01$).

Таблица 1

Характеристики эмоционального статуса, приверженности лечению и стиля стресс-преодолевающего поведения пациентов на начальном этапе реабилитации, ($M \pm m$) балл

Методика	Шкала	Балл
HADS	Тревога	4,0 ± 0,5
	Депрессия	3,4 ± 0,4
Субъективное шкалирование (по 10-балльной шкале)	Самочувствие	6,8 ± 0,3
	Настроение	7,1 ± 0,3
	Осведомленность о заболевании	7,3 ± 0,3
	Приверженность терапии	8,8 ± 0,2
	Доверие к врачу	9,5 ± 0,1
Шкала Morisky, Green, Levine	Приверженность лекарственной терапии	1,8 ± 0,3
Опросник «Стратегии совладающего поведения»	Конфронтация	44,4 ± 2,0
	Дистанцирование	47,9 ± 2,1
	Самоконтроль	41,9 ± 2,1
	Поиск социальной поддержки	50,3 ± 1,9
	Принятие ответственности	47,7 ± 1,8
	Избегание	44,4 ± 1,9
	Планирование решения проблемы	49,9 ± 2,0
	Положительная переоценка	45,5 ± 1,8

Зависимости психического состояния на начальном этапе лечения от социальных характеристик выявлено не было, что позволяет рассматривать его в рамках относительно неспецифических адаптационных реакций.

Большинство пациентов высоко оценивали свою осведомленность о заболевании и приверженность терапии в условиях стационара. Тем не менее, по ретроспективным оценкам и актуально, лишь менее половины пациентов стремились следовать рекомендациям врачей: только 13 пациентов (36,1 %) контролировали артериальное давление, 12 (33,3 %) – соблюдали медицинские рекомендации относительно лекарственной терапии ИБС, 13 (36,1 %) – хотя бы частично ограничивали употребление «нездоровой» пищи, 41,7 % – не курили.

II этап. Динамику психологических характеристик пациентов в период госпитализации (средняя продолжительность – 28 дней) иллюстрирует табл. 2.

Таблица 2

Динамика психического состояния и отношения к болезни пациентов в период госпитализации, (M ± t) балл

Параметр	Начальный период госпитализации	Перед выпиской	p <
Самочувствие (самооценка по 10-балльной шкале)	6,8 ± 0,3	7,9 ± 0,2	0,001
Настроение (самооценка по 10-балльной шкале)	7,1 ± 0,3	8,0 ± 0,3	0,01
Депрессия (HADS)	3,4 ± 0,4	2,4 ± 0,4	0,01
Анозогнозический тип отношения к болезни (ТОБОЛ)	19,5 ± 2,9	27,3 ± 2,5	0,01
Неврастенический тип отношения к болезни (ТОБОЛ)	5,8 ± 0,8	7,5 ± 0,9	0,05

Как следует из табл. 2, существенно улучшается общее самочувствие пациентов. Динамика общего эмоционального фона преимущественно положительная: в 19 случаях (52,8 %) отмечается общее улучшение настроения, возрастание оптимистичности, в 10 случаях (27,8 %) изменений не наблюдается, и лишь у 7 пациентов (19,4 %) обнаруживается снижение эмоционального фона.

Показатели тревоги в среднем по группе не изменяются, однако отмечается индивидуальное своеобразие процесса адаптации: в 41,7 % случаев тревога снижается, в 55,6 % – несколько усиливается к концу периода госпитализации.

Усиление тревоги по мере приближения выписки более характерно для пациентов более молодого возраста: средний возраст пациентов, у которых отмечалось усиление эмоционального напряжения, составил (52,1 ± 1,4) года, в противоположность (58,6 ± 0,9) года у пациентов с положительной динамикой (p = 0,005). Также нарастание эмоционального напряжения оказалось более типичным для лиц, менее склонных в стрессогенных ситуациях обращаться за помощью к окружающим, т. е. реже использующих копинг-стратегию поиска социальной поддержки – (47,1 ± 2,7) против (54,7 ± 2,4) Т-баллов (p < 0,05).

По мере адаптации к ситуации болезни и постоперационному состоянию у пациентов отмечается выраженное усиление анозогнозических тенденций, проявляющееся снижением субъективных оценок серьезности, возможных неблагоприятных последствий болезни (возрастает показатель анозогнозии). В то же время усиливаются явления раздражительной слабо-

сти, утомляемости, «усталости от болезни» (возрастает показатель неврастенического типа отношения к болезни) (см. табл. 2).

В период госпитализации у пациентов несколько улучшается приверженность медицинским рекомендациям относительно диеты и курения (доля пациентов, уделяющих внимание ограничениям в питании, возросла до 58,3 % ($p < 0,05$), 38,1 % курильщиков во время стационарного лечения стали воздерживаться от табакокурения). Все пациенты (100 %) оценили свою готовность следовать после выписки медицинским рекомендациям на 7 баллов и более (по 10-балльной шкале). В то же время существенной динамики субъективных оценок осведомленности о заболевании выявлено не было.

III этап. В отдаленный постгоспитальный период показатели самочувствия и выраженности соматических жалоб у пациентов остались стабильными, выраженность эмоциональных жалоб несколько снизилась по сравнению с периодом перед выпиской, однако выявленная динамика статистически не значима ($p = 0,09$).

В целом, по данным самоотчетов, отмечалось улучшение приверженности пациентов медицинским рекомендациям относительно образа жизни и лекарственной терапии: по сравнению с догоспитальным этапом улучшился контроль артериального давления ($p < 0,001$), соблюдение диеты ($p < 0,01$) и отказа от курения ($p < 0,05$), приема лечебных и профилактических лекарственных препаратов ($p < 0,01$).

Большинство пациентов (21 человек, или 58,3 %) в анамнезе адекватно оценивали тяжесть своего состояния, были ориентированы на соблюдение медицинских рекомендаций, их отношение к болезни можно было охарактеризовать как нормозогностическое. Вместе с тем, существенная доля больных (15 человек, или 41,7 %) демонстрировали недооценку серьезности своего состояния и риска рецидива болезни (гипо- и анозогнозии).

Зависимости отношения к болезни от причины госпитализации и социальных характеристик не выявлено.

Нормозогнозия несколько чаще встречалась у пациентов с большей длительностью заболевания ($p < 0,05$).

По результатам сравнительного анализа пациенты, имеющие в анамнезе нормозогностическое отношение к болезни, в догоспитальном периоде чаще контролировали артериальное давление (52,4 % против 13,3 %, $p < 0,05$), были более привержены лекарственной терапии ($U = 92,5$ при $p < 0,05$), а перед выпиской выше оценивали свою осведомленность о заболе-

вании ($U = 87,0$ при $p < 0,05$) и имели несколько более высокие показатели по гармоничному типу отношения к болезни ($U = 61,5$ при $p < 0,05$).

При рассмотрении отдельно групп с экстренной госпитализацией и кардиохирургическим лечением было установлено, что отношение к болезни может быть спрогнозировано на основании характеристик отношения к болезни в госпитальный период.

Тенденция к отрицанию болезни в отдаленный постгоспитальный период была более выражена у пациентов, демонстрировавших и на начальном этапе реабилитации ($U = 13,0$ при $p < 0,01$), и перед выпиской ($U = 2,0$ при $p < 0,001$) более выраженные неврастенические тенденции.

При плановой госпитализации чаще анозогнозия в анамнезе отмечалась при менее выраженных тревожных тенденциях перед выпиской ($U = 2,0$ при $p < 0,01$) и менее частом использовании стратегии поиска социальной поддержки ($U = 3,5$ при $p < 0,01$).

Зависимости психосоциального прогноза от социальных характеристик не выявлено.

Обращаясь к обсуждению полученных результатов, можно заключить, что актуальность проведенного исследования обусловлена необходимостью научного обоснования направлений психологического сопровождения процесса реабилитации кардиологических больных. Следует отметить, что широко представленные в литературе данные о психопатологических расстройствах (тревожных, депрессивных, личностных и др.) при ишемической болезни сердца [9] оказываются малоинформативными для построения психологической работы, поскольку отрицают психологические закономерности реагирования и поведения пациентов. Типичное использование клинических шкал и психопатологических квалификаций зачастую приводит к потере психологического содержания и недостаточному учету переживаний пациентов, оказавшихся в трудной ситуации жизнеугрожающего заболевания и хирургического лечения. Таким образом, основной задачей настоящего исследования явилось прояснение закономерностей процесса адаптации пациентов к условиям болезни в его психологических аспектах.

Обобщая основные результаты, можно сделать вывод, что наиболее выраженная динамика психического состояния (преимущественно в его эмоционально-волевом аспекте) у пациентов наблюдается в госпитальный период, а перестройка поведенческих паттернов продолжается и в постгоспитальный период.

Как показало исследование, основными «векторами» изменения психического состояния пациентов в период восстановления являются: 1) «депрессия», 2) «раздражительная слабость» и 3) «тревога», представляющие в данном случае не патологические состояния, а естественные адаптационные реакции на жизнеугрожающую ситуацию.

«Депрессивный» вектор. Было установлено, что центральной характеристикой изменения эмоционального статуса у всех пациентов является положительная динамика по шкале депрессии, отражающая постепенное восстановление энергетически-мотивационного потенциала, актуализацию активно-приспособительных механизмов. Сама «депрессия», выявляемая у пациентов на начальном этапе лечения, соответственно, психологически может квалифицироваться как маркер «оглушения» (торможения) и растерянности вследствие слома привычного жизненного контекста. Универсальность динамики данного состояния позволяет предположить его тесную связь с психофизиологическим уровнем регуляции процесса адаптации.

Вектор «раздражительной слабости». Как показало исследование, несмотря на возрастающую оптимистичность в оценке своего состояния и формирование анозогностических тенденций в процессе госпитализации, большинство пациентов ощущают усиление явлений раздражительности, вспыльчивости, нервно-психической истощаемости, «усталости от болезни». По-видимому, данные тенденции свидетельствуют о нарастании диссоциации между прежними стереотипами поведения, актуализирующимися по мере преодоления состояния растерянности, и объективными ограничениями, связанными с болезнью. Фактически раздражительная слабость может рассматриваться как индикатор подобной диссоциации, а выраженность этого состояния – как мера инертности прежних (сформированных до госпитализации) поведенческих стереотипов. Об этом же свидетельствуют данные, согласно которым выраженность раздражительной слабости в период госпитализации у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, является прогностичной в отношении анозогнозии в отдаленный постгоспитальный период. Следует отметить, что полученные данные согласуются и с результатами других исследований, свидетельствующих о возрастании агрессивных тенденций у пациентов в процессе реабилитации, однако, с нашей точки зрения, данные реакции необходимо рассматривать не столько в контексте дезадаптивных эмоционально-личностных черт, сколько в контексте естественной адаптационно-компенсаторной динамики [3].

«Тревожный» вектор. В исследовании было установлено, что существует высокая индивидуальная вариативность в динамике тревоги в процессе реабилитации: у одних пациентов она возрастает, у других – снижается. Зависимость выраженности этого компонента от социальных и личностных факторов позволяет предположить, что тревога является индикатором формирования когнитивно-оценочного компонента отношения к болезни, связанного с представлениями об актуальной и ожидаемой угрозе благополучию в связи с заболеванием. Так, для более молодых пациентов и пациентов, не склонных обращаться за социальной поддержкой, типично возрастание тревоги к концу госпитализации, что свидетельствует о предвосхищении трудностей социальной (прежде всего профессиональной) реадaptации и невозможности восстановления прежнего уровня дееспособности. В связи с тем, что осознание угрозы является необходимым стимулом к изменению образа жизни, представляются закономерными данные о связи тревоги у кардиохирургических пациентов с формированием более конструктивной позиции в отношении лечения в катамнезе. Отсутствие подобной зависимости у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, может свидетельствовать о недостаточности опыта болезни для формирования устойчивых представлений об угрозе в период госпитализации.

Другим важным результатом исследования являются свидетельства того, что опыт жизнеопасного кардиологического состояния способствует по крайней мере частичному изменению у пациентов стереотипов поведения, связанного со здоровьем. Как и по результатам других исследований [5, 7], эти изменения носят неполный характер, однако достаточно устойчивы, т. е. сохраняются и в отдаленном катамнезе. Важно отметить, что именно поведенческие характеристики (характеристики образа жизни) в догоспитальный период оказались наиболее универсальными предикторами качества психической адаптации пациентов к болезни в постгоспитальный период, что подтверждает значение инертности поведенческих стереотипов, а также возможность рассмотрения динамики психического состояния как индикатора напряженности адаптационно-компенсаторных механизмов.

Выводы

Эмоциональные и мотивационно-поведенческие нарушения у пациентов с ишемической болезнью сердца в период реабилитации после перенесенных неотложных состояний и планового хирургического лечения следует рассматривать в контексте формирования психогенных адаптаци-

онно-компенсаторных реакций, имеющих внутреннюю логику и психологически понятную связь с актуальной ситуацией витальной угрозы.

Динамика психического состояния у кардиологических пациентов, перенесших жизнеопасные состояния, в процессе реабилитации определяется следующими психологическими этапами: 1) «оглушенность» и растерянность; 2) восстановление энергетически-мотивационного потенциала, актуализация адаптационно-компенсаторных механизмов; 3) диссоциация между прежними стереотипами поведения и объективными ограничениями, определяющая нарастание явлений раздражительной слабости; 4) попытки перестройки системы личностных отношений, формирование когнитивно-оценочного компонента отношения к болезни, субъективной оценки угрозы благополучию в связи с болезнью с соответствующим усилением либо ослаблением тревоги; 5) достижение стабильного адаптационно-компенсаторного уровня (с формированием либо нормонозогностического отношения к болезни, либо вариантов анозогнозии или гипернозогнозии). Мероприятия психологического сопровождения лечебно-реабилитационного процесса, таким образом, должны осуществляться в направлении адаптации к измененным условиям существования. В частности, в программу психологического сопровождения кардиологического пациента необходимо включать такие методы коррекции поведенческих стереотипов больного, как поведенческие методы релаксации (цикл обучающих индивидуальных и групповых занятий на этапе стационарной реабилитации), терапевтическое обучение и психологическое консультирование в рамках рационально-эмоциональной психотерапии (на этапе поступления и выписки из стационара).

Отдаленный катамнестический прогноз психической адаптации к болезни пациентов, перенесших жизнеопасные кардиологические состояния, должен строиться с учетом поведенческих характеристик пациентов в догоспитальный период, а также индивидуальной динамики их психического состояния в процессе госпитализации.

Литература

1. *Вассерман Л.И.* Совладание со стрессом: теория и психодиагностика : учеб.-метод. пособие / Л. И. Вассерман, В.А. Абабков, Е.А. Трифонова. – СПб. : Речь, 2010. – 192 с.

2. *Васюк Ю.А.* Депрессия, тревога и инфаркт миокарда : все только начинается // Рациональная фармакотерапия в кардиологии / Ю.А. Васюк, А.В. Лебедев. – 2007. – Ч. I. – № 3. – С. 41–51 ; Ч. II. – № 4. – С. 39–45.

3. *Великанов А.А.* Структура и динамика эмоциональных состояний у больных ишемической болезнью сердца в период лечения в стационаре : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2009. – 23 с.

4. *Габбасова Э.Р.* Роль кардиологических факторов в развитии расстройств адаптации и нозогенных личностных реакций у больных, перенесших инфаркт миокарда : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Оренбург, 2009. – 24 с.

5. *Горбунов В.М.* Проблемы приверженности больных, перенесших инфаркт миокарда, профилактическому приему ацетилсалициловой кислоты: результаты исследования АСТ // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2010. – № 9 (5). – С. 1–7.

6. Ишемическая болезнь сердца и внутренняя картина болезни (к проблеме патогенеза нозогенных реакций) – кардиологические аспекты / А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин, М.Ю. Дробижев [и др.] // Психокардиология. – М. : Мед. информ. аг-во, 2005. – С. 266–284.

7. *Нестеров Ю.И.* Оценка эффективности вторичной профилактики инфаркта миокарда в первичном звене здравоохранения // Кардиоваскулярная терапия и профилактика / Ю.И. Нестеров, С.А. Макаров, О.С. Крестова. – 2010. – № 5. – С. 12–17.

8. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / Л.И. Вассерман [и др.]. – СПб. : Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 32 с.

9. *Смулевич А.Б.* Психокардиология // Психич. расстройства в общей медицине / А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин. – 2007. – № 4. – С. 4–9.

10. Effects of depression and anxiety on adherence to cardiac rehabilitation / A. McGrady [et al.] // J Cardiopulm Rehabil Prev. – 2009. – Vol. 29, N 6. – P. 358–364.

11. *Morisky D.E.* Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence / D.E. Morisky, L.W. Green, D.M. Levine // Med. Care. – 1986. – Vol. 24, N 1. – P. 67–74.

12. *Zigmond A.S.* The Hospital Anxiety and Depression scale / A.S. Zigmond, R.P. Snaith // Acta Psychiatr. Scand. – 1983. – Vol. 67. – P. 361–370.

ДИНАМИКА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА. АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова;
Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург

Введение

Хроническая боль – ведущая причина нетрудоспособности в экономически развитых странах, ею страдают от 15 до 40 % людей в популяции [4, 10], причем заболеваемость хроническими болевыми синдромами продолжает неуклонно расти и не имеет тенденции к снижению [3]. В структуре болевых синдромов среди неврологических больных 95 % составляют заболевания периферической нервной системы [5]. Хронический болевой синдром зачастую сопровождается тревожными и депрессивными нарушениями [1, 2, 8]. Вместе с тем эмоциональные нарушения у таких больных исследованы недостаточно, отсутствует единый подход в лечении хронических болей при заболеваниях периферической нервной системы.

Цель исследования – изучить роль психофизиологических нарушений в течении хронического болевого синдрома, разработать алгоритм лечения в зависимости от клинических проявлений и стадии патологического процесса.

Материалы и методы

Провели комплексное углубленное изучение клинической неврологической картины, электрофизиологических и психофизиологических нарушений у 446 больных с заболеваниями периферической нервной системы, сопровождающихся хроническим болевым синдромом. В зависимости от длительности болевого синдрома больные были разделены на 3 группы: 1-я (n = 106) – от 3 до 6 мес; 2-я (n = 109) – более 6 до 12 мес; 3-я (n = 231) – более 12 мес. Возраст пациентов составил от 19 до 60 лет, в среднем – (42,3 ± 9,7) года и не различался в группах.

Оценка выраженности болевого синдрома проводилась по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ) [12]. Для оценки тревожных нарушений применяли опросник Спилбергера–Ханина [6], исследовали выраженность реактивной тревожности (РТ) и личностной тревожности (ЛТ). Для оценки депрессивных расстройств использовали опросник Монтгомери–Асберга (MADRS) [9], астенические нарушения оценивали по субъективной шкале астении Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20) [11].

Статистическую обработку результатов исследований проводили с использованием пакета пакет Statistica for Windows, а также блока статистической обработки данных табличного редактора Excel. Результаты исследования проверили на нормальность распределения. В тексте статьи приведены показатели средних арифметических величин и ошибки средней величины ($M \pm m$). Заключение о статистической значимости давалось при $p < 0,05$ [7]. Оценка значимости различий средних значений в трех группах больных проводилась с использованием одномерного дисперсионного анализа, в частности LSD-теста (linear square distance test). Относительные величины сравнивались с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты их обсуждение

При обследовании больных до начала стационарного лечения было выявлено, что достоверно более высокие ($p < 0,01$) средние значения показателей боли по ВАШ отмечаются у больных 1-й и 2-й групп – ($61,0 \pm 1,5$) и ($60,9 \pm 1,5$) мм соответственно, чем у больных 3-й группы – ($55,3 \pm 1,0$) мм. Различия показателей 1-й и 2-й групп по сравнению с 3-й значимые при $p < 0,01$.

При проведении психофизиологического исследования нарушения астенического характера были диагностированы у 341 больного, устойчивые изменения тревожного спектра – у 325 больных, депрессивные расстройства – у 140 больных (табл. 1).

Таблица 1
Клинико-психологические показатели у пациентов с болевым синдромом, %

Показатель	Группа				p <
	общая	1-я	2-я	3-я	
Нарушения астенического характера	76,5	66,0	75,2	79,2	1–3 – 0,05
Устойчивые изменения тревожного спектра	72,9	40,6	67,8	78,3	1–2 – 0,001 1–3 – 0,001
Депрессивные расстройства	31,4	22,6	29,2	39,4	1–3 – 0,05

С увеличением длительности хронического болевого синдрома нарастает частота расстройств аффективной сферы. Например, по данным шкалы MFI-20, у больных 3-й группы достоверно чаще по сравнению с больными 1-й группы имеются проявления астенического синдрома. По результатам обследования опросником Спилбергера–Ханина количество пациентов с тревожными нарушениями в 1-й и 2-й группах по сравнению с 3-й группой увеличивается (см. табл. 1). Однако, что будет подробно указано далее, количественные показатели тревожности и тревоги у пациентов 3-й группы минимальные. У пациентов 1-й группы по сравнению с пациентами 3-й группы статистически чаще наблюдаются депрессивные расстройства (см. табл. 1).

При исследовании показателей астении до начала лечения был установлен однородно высокий уровень по шкале MFI-20, без достоверных различий у больных с разной длительностью заболевания. Отмечалось достоверное уменьшение ($p < 0,01$) показателей РТ и ЛТ с увеличением длительности заболевания. Средние значения уровня РТ у больных 1-й группы составляли ($43,9 \pm 0,6$) балла, у больных 2-й группы – ($42,0 \pm 0,5$) балла, у больных 3-й группы – ($39,6 \pm 0,3$) балла. Средние значения уровня ЛТ были достоверно ($p < 0,001$) ниже в 3-й группе пациентов по сравнению с показателями у пациентов 1-й и 2-й групп, между которыми этот показатель существенно не различался ($p > 0,05$).

Показатели выраженности депрессивных нарушений достоверно возрастали при увеличении длительности течения хронического болевого синдрома и в среднем составляли у больных 1-й группы ($18,8 \pm 0,5$) балла, у больных 2-й группы – ($20,4 \pm 0,4$), у больных 3-й группы – ($21,8 \pm 0,4$) балла ($p < 0,01$).

Была отмечена значимая корреляционная связь выраженности боли в общей группе больных с уровнем РТ, ЛТ и показателями астении. Например, при поступлении больных в стационар выявлено, что степень выраженности боли определялась показателями шкалы ВАШ ($r = 0,49$; $p < 0,001$), уровнем РТ ($r = 0,39$; $p < 0,001$), ЛТ ($r = 0,40$; $p < 0,001$) и уровнем астении ($r = 0,42$; $p < 0,001$). Связь выраженности боли с уровнем депрессии оказалась крайне малой и статистически не значимой.

Как показало наше исследование, наиболее выраженные клинические проявления обозначаются в течение 1-го года от момента возникновения болей. В эти же сроки отмечены более высокие уровни РТ и ЛТ, что требует непрерывной коррекции этих изменений с включением комплекса лекарственной и немедикаментозной терапии. Если на начальном этапе

«хронизации» боли не удастся эффективно купировать болевые и эмоциональные расстройства у больных с заболеваниями периферической нервной системы, то со временем невротические расстройства нарастают, сопровождаются астеническими расстройствами. Астенические расстройства приобретают выраженный характер уже через 3 мес от начала заболевания, с течением времени частота их нарастает.

Показатели выраженности симптомов тревоги со временем снижаются, но психофизиологические нарушения усугубляются присоединением депрессивных расстройств, а имевшиеся депрессивные расстройства нарастают. Таким образом, хронический болевой синдром представляет собой комплекс нарушений, затрагивающих не только периферические звенья нервной системы, но и центральные структуры с развитием психофизиологических нарушений, которые могут приводить к снижению болевого порога и усилению боли, в конечном итоге – к формированию порочного круга. Можно выделить три стадии хронического болевого синдрома с преобладанием различных нарушений аффективной сферы:

I – начальные этапы «хронизации боли» с формированием астенических нарушений, преобладанием тревожных расстройств высокой интенсивности;

II – «фиксация» хронической боли, снижение интенсивности тревожных расстройств, увеличение частоты астенических и депрессивных нарушений;

III – формирование «порочного круга», увеличение частоты астенических нарушений (практически у всех больных), дальнейшее снижение интенсивности тревожных расстройств, увеличение частоты и интенсивности депрессивных расстройств (переход тревоги в депрессию).

Таким образом, в течение 1-го года от начала болей в большинстве случаев формируются астенические нарушения и более чем в половине случаев – расстройства аффективной сферы, которые представляют собой динамичный патогенетический многоуровневый процесс, многие звенья которого лишь опосредованно связаны с поражением периферических нервных структур и реализуются через центральные механизмы реагирования на патологическое воздействие.

Основными принципами лечения хронического болевого синдрома должны являться: 1) преемственность лечения, направленная на компенсацию и поддержание достигнутого компенсированного состояния больного; 2) индивидуализация лечения в зависимости от особенностей клинической картины, характера течения и наличия сопутствующих аффективных и ас-

тенических нарушений [1, 2]. Алгоритм лечения хронического болевого синдрома может быть представлен в виде схемы.



Алгоритм лечения хронического болевого синдрома

В результате лечения было отмечено достоверное улучшение клинических, электронейромиографических и психофизиологических показателей во всех группах по длительности заболевания: клинически хороший результат наблюдался у 37,4 % пациентов, удовлетворительный – у 54,7 %, неудовлетворительный – у 7,9 % пациентов. Отмечалось также достоверное снижение уровня всех изучаемых клиничко-психологических показателей ($p < 0,001$) во всех группах по периодам обследования (табл. 2).

Таблица 2

Динамика боли и психосоматических показателей у больных с болевым синдромом

Группа	Период лечения	ВАШ, мм	Депрессия, балл	РТ, балл	ЛТ, балл	Астения, балл
1-я	До лечения	61,0 ± 1,5	18,8 ± 0,5	43,9 ± 0,6	44,8 ± 0,6	15,3 ± 0,2
	Через 4 нед	29,7 ± 1,5	15,4 ± 0,6	37,3 ± 0,6	39,0 ± 0,6	12,0 ± 0,2
	Через 8 нед	8,7 ± 1,5	12,5 ± 0,5	31,3 ± 0,6	34,8 ± 0,6	10,0 ± 0,2
2-я	До лечения	60,9 ± 1,5	20,4 ± 0,4	42,0 ± 0,5	44,3 ± 0,5	15,2 ± 0,2
	Через 4 нед	33,3 ± 1,5	16,5 ± 0,4	37,1 ± 0,5	39,7 ± 0,5	12,3 ± 0,2
	Через 8 нед	13,5 ± 1,5	13,9 ± 0,4	31,9 ± 0,5	35,3 ± 0,5	10,6 ± 0,2
3-я	До лечения	55,3 ± 1,0	21,8 ± 0,3	39,6 ± 0,3	41,4 ± 0,3	15,2 ± 0,1
	Через 4 нед	29,4 ± 1,0	17,7 ± 0,4	35,3 ± 0,3	36,9 ± 0,3	12,3 ± 0,1
	Через 8 нед	16,9 ± 1,0	15,3 ± 0,3	30,8 ± 0,3	33,0 ± 0,3	11,0 ± 0,1

Заключение

Психофизиологическое тестирование необходимо проводить всем больным на начальных этапах «хронизации» боли при длительности болевого синдрома свыше 3 мес. При выявлении нарушений аффективной сферы и астенических расстройств следует включать в комплексную терапию психофармакологические средства и методы психологического воздействия (рациональную психотерапию, консультативную помощь психологов). Предложенный алгоритм консервативной терапии хронического болевого синдрома позволяет организовать адекватное лечение, способствовать психологической и социальной адаптации больных.

Литература

1. *Андреева Г.О.* Комплексная терапия больных с хроническими болевыми радикулопатиями // Г.О. Андреева, А.Ю. Емельянов / Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2012. – № 1. – С. 22–25.
2. *Андреева Г.О.* Лечение комплексного регионального болевого синдрома и его осложнений / Г.О. Андреева, А.Ю. Емельянов // Вестн. психотерапии. – 2012. – № 42 (47). – С. 46–50.
3. *Воробьева О.В.* Хронические болевые синдромы в клинике нервных болезней: вопросы долговременной анальгезии / О.В. Воробьева // Consilium medicum. – 2006. – № 6. – С. 55–60.
4. *Крыжановский Г.Н.* Важное событие в отечественной медицине / Г.Н. Крыжановский // Боль. – 2003. – № 1 (1). – С. 4–5.

5. *Одинак М.М.* Болевые синдромы в неврологической практике / М.М. Одинак, С.А. Живолупов, И.Н. Самарцев // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2009. – № 9. – С. 80–88.

6. *Ханин Ю.Л.* Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера / Ю.Л. Ханин. – Л. : Лен. науч.-исслед. ин-т физкультуры, 1976. – 18 с.

7. *Юнкеров В.И.* Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований / В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев, М.В. Резванцев. – СПб. : ВМедА, 2011. – 318 с.

8. *Яхно Н.Н.* Хроническая боль. Патогенез, клиника, лечение : учеб. пособие для врачей / Н.Н. Яхно, Е.В. Подчуфарова. – М. : АМА-Пресс, 2009. – 84 с.

9. *Montgomery S.A.* A new depression scale designed to be sensitive to change / S.A. Montgomery, M. Asberg // Br. J. Psychiatry. – 1979. – Vol. 134. – P. 382–389.

10. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment / H. Breivik, B. Collett, V. Ventafridda [et al.] // Eur. J. Pain. – 2006. – Vol. 10, № 4. – P. 287–333.

11. The multidimensional fatigue inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue / E.M.Smets, B. Garssen, B. Bonke [et al.] // J. Psychosom. Res. – 1995. – Vol. 39. – P. 315–325.

12. Visual analogue scale (VAS) / Scales and scores in neurology. Quantification of neurological deficits in research and practice // H. Masur, K. Papke, S. Althoff [et al.]. – Thieme Stuttgart : New York, 2004. – 94 p.

ПСИХОСЕМАНТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОТИВАЦИОННО-ПОТРЕБНОСТНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМИ ТИПАМИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

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

Санкт-Петербургский государственный университет

Введение

Содержание и структура мотивации человека представляют собой существенный показатель состояния здоровья и адекватности поведения [2, 4, 5]. В клинике невротических расстройств объективная, надежная и научно обоснованная диагностика мотивации больных является одной из наиболее сложных, но необходимых для решения задач. Это обстоятельство продиктовано рядом причин:

– во-первых, в отечественном учении о неврозах имеется устойчивое представление, что в их основе лежит длительно существующий внутриличностный конфликт, определяемый противоречивыми потребностями и мотивами больных, при этом содержание центрального интрапсихического конфликта при разных формах невротических расстройств имеет свою специфику, что в совокупности с рядом других факторов определяет различия в клинической картине и психологических характеристиках [1, 3];

– во-вторых, в зарубежной клинико-психологической литературе, особенно психодинамического направления, существовала и по настоящее время сохраняется точка зрения о том, что психопатологические проявления у пациентов с нервно-психическими заболеваниями обусловлены сформировавшейся из-за фиксации на догенитальных стадиях развития незрелостью личности и ее невозможностью разрешить неизбежные конфликты. Причем представители многочисленных психоаналитических школ постулируют различное содержание центрального интрапсихического конфликта, нередко носящее не взаимодополняющее, а взаимоисключающее понимание.

Свою лепту в процесс поиска содержания внутриличностных противоречий у пациентов с невротическими расстройствами внесли специалисты, придерживающиеся когнитивно-поведенческого, экзистенциально-

гуманистического и экспериментально-психологического подходов. Однако до сих пор эта проблема не разрешена и актуальна, поскольку от ее решения зависит общее направление психотерапевтических мероприятий, определение мишеней и целей лечебного воздействия в различных клинических группах.

Методики исследования содержания и структуры мотивации личности наименее разработаны по сравнению с диагностикой других качеств, что определяется сложностью самого предмета научного рассмотрения. Условно все разработанные к настоящему времени методы изучения потребностей и мотивов делятся на психометрические (опросниковые формы) и проективные. Каждая из этих групп диагностических инструментов имеет свои недостатки. Методы, основанные на самоотчете, часто выявляют лишь осознаваемые потребности и мотивы, оставляя вне поля зрения бессознательную мотивацию, изучение которой особенно важно у больных с невротическими расстройствами, поскольку имеющиеся трудности и конфликты полностью или частично вытесняются пациентами из сферы сознания. Кроме того, даже адекватно осознанные мотивы могут искажаться при использовании тестов вследствие различной их социальной желательности.

Проективные методы, решая проблему мотивационных искажений, по-прежнему остаются мало воспроизводимыми, поскольку их достоверность и надежность напрямую зависит от квалификации, опыта экспериментатора и его теоретических воззрений. Кроме того, проективное исследование не предназначается для точных количественных измерений, фокусируясь на качественном определении тех или иных черт. Одной из попыток преодолеть методологические трудности в психодиагностике мотивационной сферы является разработка и применение методик экспериментальной психосемантики, предназначенных для исследования представлений человека о различных объектах действительности и отношений к ним.

Цель исследования – изучить потребности и мотивы у больных с невротическими расстройствами и получить дополнительные данные относительно содержания внутриличностных конфликтов.

Материалы и методы

В отделении неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева проводилось экспериментальное психосемантическое исследование пациентов с различными типами невротических расстройств, проходивших

стационарное лечение, с помощью модифицированного И.Л. Соломиным [4] варианта методики репертуарных решеток.

Обследовали 80 пациентов с невротическими расстройствами. Клиническая верификация и определение типа невротического расстройства осуществлялись на основании изучения синдромологической картины и психологических особенностей пациентов с учетом принципов негативной и позитивной диагностики в соответствии с традиционной отечественной этиологически и патогенетически обоснованной научной классификацией. Средний возраст пациентов составил $(34,3 \pm 1,5)$ года, женщин было 76,7 %.

Обследуемых пациентов разделили на 3 группы:

- в 1-ю группу вошли пациенты с истерическим типом невротического расстройства ($n = 39$). Их клиническая картина характеризовалась преимущественно диссоциативными, конверсионными расстройствами, своеобразными фобическими и астеническими проявлениями (F 40, F 41, F 44 по МКБ-10);

- во 2-ю группу включены 18 пациентов с неврастеническим типом невротического расстройства, у которых преобладали общевневротические и астенические нарушения (F 48.0 по МКБ-10).

- 3-я группа состояла из 23 пациентов с обсессивным типом невротического расстройства, представленным как обсессивно-фобическим вариантом в виде навязчивых переживаний страха с четкой фабулой, обостряющихся в определенных ситуациях при наличии достаточной критики (F 40, F 41.0 по МКБ-10), так и обсессивно-компульсивным, в клинической картине которого превалировали навязчивые мысли, воспоминания, сомнения, движения и действия (F 42 по МКБ-10).

Результаты, в которых встречались ситуации или состояния с одинаковой оценкой частот встречаемости, то есть с дисперсией равной нулю, считались недостоверными и не учитывались при общем подсчете согласно требованиям интерпретации методики.

Для оценки состояний подсчитывались средние значения величин (M) и стандартные отклонения средних величин (σ) для каждого больного, затем оценивались центральные тенденции данных показателей в группе, проводился факторный анализ методом главных компонент с вращением *varimax*, подсчитывались факторные нагрузки, процент общей дисперсии, значения факторов для ситуаций и составлялась двухмерная диаграмма рассеивания и распределения ситуаций в психосемантическом пространстве согласно факторным оценкам.

Результаты и их анализ

В табл. 1 показано, что среди различных эмоциональных состояний у больных с невротическими расстройствами чаще всего встречаются стремление сохранять независимость и стремление к общению, желание получить эмоциональную поддержку, понимание, сочувствие. Эта мотивационная тенденция носит амбивалентный характер, а ее векторы, рассматриваемые как антагонисты по своей сути, являются психологической основой формирования невротического внутриличностного конфликта и способствуют повышению уровня психического напряжения.

Стандартные отклонения указывают на то, что стремление оставаться независимым при взаимодействии с окружающими является относительно постоянной характеристикой, проявляющейся не только в межличностном общении, но и в общем восприятии себя и окружающих, в то время как потребность в контактах, сочувствии и поддержке ситуативно детерминированна и обусловлена такими чертами, характерными для пациентов с невротическими расстройствами, как неуверенность в себе, тревожность, инфантильность, низкая толерантность к критике.

При изучении особенностей возникновения и проявления в различных жизненных обстоятельствах состояний, отражающих специфические физические ощущения, эмоциональные переживания, мотивационные тенденции пациентов, выявлено, что все они являются в большей степени обусловленными ситуациями, в которых находится личность больного с невротическим расстройством, чем ее базовыми характеристиками. Высокие стандартные отклонения от 0,42 до 0,87 указывают на эмоциональную неустойчивость испытуемых (диапазон нормы этого показателя по данным автора методики составляет от 0,10 до 0,20). Внутренние состояния, определяющие общее, недифференцированное отношение к окружающей действительности и выражающиеся в ощущении удовольствия или неприятия, а также стремление к общению, более остальных подвержены влиянию внешних факторов.

Пациенты с невротическими расстройствами редко используют в описании собственных реакций на внешние обстоятельства эмоционально-нюансированные оценки, отражающие чувственный компонент переживаний, например такие как грусть, обида, скука, возмущение, хотя относительно низкий показатель стандартных отклонений свидетельствует об их большей стабильности. Малая дифференцированность эмоциональных переживаний и преимущественное использование категорий «приятно–неприятно» указывает на сниженную способность пациентов анализиро-

вать и понимать свои чувства, недостаточную рефлексии, трудности в распознавании своего отношения к внешним событиям.

Таблица 1
Представленность различных состояний в мотивационной сфере у больных с невротическими расстройствами (60 человек в общей группе больных)

Показатель	Балл (M ± σ)	Фактор	
		1-й	2-й
Чувствую себя бодрым и полным сил	1,19 ± 0,76	-0,8	0,453
Хочется вкусно поесть	1,14 ± 0,77	-0,191	0,81
Рад общению	1,31 ± 0,82	-0,25	0,938
Тревожно на душе	1,14 ± 0,73	0,771	-0,448
Мне жарко	0,75 ± 0,54	0,361	-0,304
Чувствую усталость и желание отдохнуть	1,16 ± 0,72	0,805	-0,123
Получаю удовольствие	1,22 ± 0,87	-0,855	0,452
Хочется побыть одному	1,04 ± 0,67	0,105	-0,743
Мне скучно	0,83 ± 0,61	0,684	0,269
Хочется подышать свежим воздухом	1,15 ± 0,64	0,687	0,348
Я спокоен и уверен в себе	1,23 ± 0,65	-0,893	0,298
Нуждаюсь в понимании, сочувствии и поддержке	1,28 ± 0,72	0,862	0,155
Я мерзну	0,54 ± 0,42	0,551	-0,031
Хочется тишины и покоя	1,25 ± 0,73	0,108	-0,652
Возмущаюсь	0,92 ± 0,64	0,677	-0,306
Стараюсь сохранить независимость	1,36 ± 0,67	0,169	-0,105
Чувствую физическое влечение	0,66 ± 0,69	-0,324	0,436
Настроение грустное	1,06 ± 0,61	0,909	-0,256
Хочется выпить чаю или кофе	1,17 ± 0,66	0,201	0,518
Стремлюсь познакомиться поближе	0,94 ± 0,72	-0,404	0,743
Хочется повеселиться	1,02 ± 0,78	-0,314	0,866
Я волнуюсь и нервничаю	1,19 ± 0,69	0,76	-0,371
Хочется побыть вместе	1,16 ± 0,74	-0,095	0,856
Обижаюсь	0,91 ± 0,6	0,723	-0,089
Хочется выспаться	0,99 ± 0,77	0,5	0,057
Мне неприятно	0,87 ± 0,77	0,805	-0,463

Результаты факторного анализа, подсчет которого предусмотрен обработкой методики, для состояний приведены в табл. 2.

Таблица 2

Факторные нагрузки показателей переживаний у больных общей группы с невротическими расстройствами

Показатель	Фактор	
	1-й	2-й
Чувствую себя бодрым и полным сил	-0,80	0,46
Хочется вкусно поесть	-0,10	0,84
Рад общению	-0,22	0,92
Тревожно на душе	0,69	-0,57
Мне жарко	0,31	-0,36
Чувствую усталость и желание отдохнуть	0,86	-0,10
Получаю удовольствие	-0,79	0,55
Хочется побыть одному	0,15	-0,64
Мне скучно	0,77	0,27
Хочется подышать свежим воздухом	0,68	0,28
Я спокоен и уверен в себе	-0,83	0,40
Нуждаюсь в понимании, сочувствии и поддержке	0,84	0,04
Я мерзну	0,62	0,06
Хочется тишины и покоя	0,17	-0,51
Возмущаюсь	0,55	-0,49
Стараюсь сохранить независимость	0,05	-0,31
Чувствую физическое влечение	-0,27	0,50
Настроение грустное	0,89	-0,33
Хочется выпить чаю или кофе	0,31	0,56
Стремлюсь познакомиться поближе	-0,44	0,68
Хочется повеселиться	-0,28	0,84
Я волнуюсь и нервничаю	0,66	-0,52
Хочется побыть вместе	-0,03	0,87
Обижаюсь	0,62	-0,27
Хочется выспаться	0,61	0,21
Мне неприятно	0,73	-0,58
Процент от общей дисперсии	45,0	16,4

Из табл. 2 видно, что факторные нагрузки различных состояний позволяют выделить две основные группы реакций, связанных с ведущими переживаниями. 1-й фактор охватывает 45 % всех состояний и является биполярным. Данный фактор включает негативное эмоциональное состояние, потребность в сочувствии, понимании и поддержке, а также состояния, противоположные спокойствию, уверенности, подъему сил и настроению.

ния. В целом интерпретация этого фактора позволяет оценить «эмоциональное неблагополучие/благополучие». Пациенты с невротическими расстройствами чаще испытывают эмоциональный дискомфорт, усталость, связанные с жизненными обстоятельствами.

Максимальные нагрузки по 2-му фактору, который включают 16,4 % индикаторов, отражали готовность и стремление больных к общению, активному взаимодействию с окружающими и были более свойственны пациентам с невротическими расстройствами, чем желание ограничить себя в контактах, стремление быть в тишине и покое, характерные для противоположного полюса этого фактора.

Высокие показатели по совокупности этих факторов – 61,4 % (норма от 35 до 50 %) – свидетельствуют о высоком уровне когнитивной сложности у испытуемых в сфере собственных чувств, переживаний и желаний, проявляющейся в недостаточном понимании своего состояния и трудности реагирования в различных жизненных ситуациях.

С помощью диаграммы рассеивания (рис. 1) можно рассмотреть выраженность полученных с помощью факторного анализа параметров у пациентов с невротическими расстройствами в определенных обстоятельствах. Согласно результатам, эмоциональное неблагополучие, тревога, потребность в безопасности наиболее выражены в ситуациях болезни, ухудшения психического и физического состояния, в межличностных конфликтах, сопровождающихся ростом внутреннего напряжения, ожидании негативной критики со стороны окружающих, переживаниях по поводу финансовой несостоятельности (ситуации: 3, 7, 21, 23-я). В обстановке, требующей принятия трудных решений, повышенной ответственности, также отмечается умеренная выраженность эмоционального дискомфорта и потребности в безопасности.

Напротив, во время занятий увлекательным делом, в позитивном интимном общении уровень эмоционального комфорта существенно повышается, что может свидетельствовать как о целесообразности использования психосоциальных и поведенческих мероприятий в структуре комплексного лечения пациентов с невротическими расстройствами, так и о важности нормализации значимых для них отношений в ходе терапии.

Стремление к общению обычно связывается пациентами с ситуациями, отражающими их представления об отдыхе, отношениях с друзьями и носит адаптивный характер, в то время как конфликтные и эмоционально-напряженные обстоятельства, требующие ответственности, способствуют избеганию общения, отказу от межличностного взаимодействия. Потреб-

ность в общении актуализируется в большей степени при взаимодействии с противоположным полом, друзьями, семьей, в свободное время, а также при воспоминаниях о детстве (ситуации: 2, 4, 5, 8, 10, 11, 13, 14, 20, 22-я).

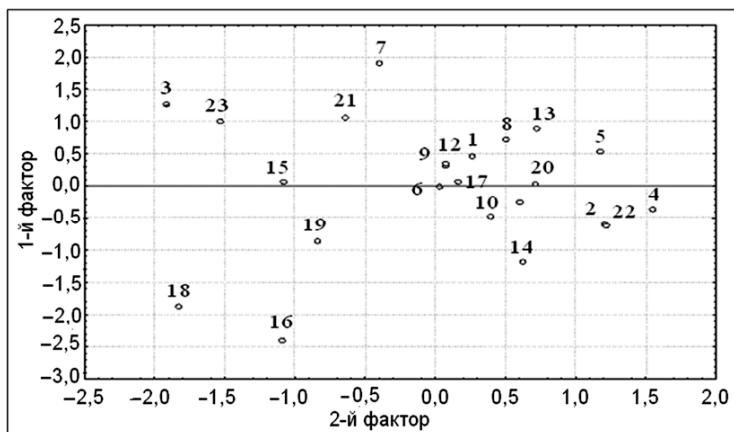


Рис. 1. Распределение ситуаций в психосемантическом пространстве по оценкам состояний у больных общей группы

Здесь и на рис. 2–4 ситуации: 1-я – «Вечером после работы»; 2-я – «Среди друзей»; 3-я – «Во время ссоры»; 4-я – «В детстве»; 5-я – «В выходной день»; 6-я – «В незнакомой компании»; 7-я – «Когда я болею»; 8-я – «Сегодня»; 9-я – «Наедине с собой»; 10-я – «С мужчинами»; 11-я – «С женщинами»; 12-я – «На работе»; 13-я – «В большинстве случаев»; 14-я – «В интимной обстановке»; 15-я – «В трудной ответственной ситуации»; 16-я – «Когда я занят увлекательным делом»; 17-я – «Со своими родителями»; 18-я – «Когда я читаю»; 19-я – «В постели»; 20-я – «В кругу семьи»; 21-я – «При денежных затруднениях»; 22-я – «Во время праздничного застолья»; 23-я – «Когда меня критикуют».

У больных 1-й группы (с истерическим типом невротического расстройства) отмечается наличие противоречивых мотивационных тенденций между желанием сохранить независимость, стремлением к самостоятельности, носящих преимущественно декларативный характер, и ожиданием понимания, сочувствия, поддержки со стороны окружающих. Внутрличностный конфликт между осознаваемой потребностью в самоутверждении и бессознательным желанием получить обязательное одобрение своих действий является одним из центральных звеньев патогенеза истерических нарушений, в соответствии с чем должны выделяться такие мишени психотерапевтических мероприятий, как формирование адекватных

притязаний, навык принятия критических оценок со стороны окружающих, коррекция инфантильных установок (табл. 3).

Таблица 3
Представленность различных состояний в мотивационной сфере

Показатель	Группа		
	1-я	2-я	3-я
Чувствую себя бодрым и полным сил	1,24 ± 0,78	1,09 ± 0,77	1,18 ± 0,71
Хочется вкусно поесть	1,2 ± 0,79	1,07 ± 0,68	1,07 ± 0,81
Рад общению	1,33 ± 0,85	1,26 ± 0,79	1,29 ± 0,8
Тревожно на душе	1,17 ± 0,76	0,98 ± 0,64	1,19 ± 0,72
Мне жарко	0,82 ± 0,57	0,81 ± 0,44	0,58 ± 0,54
Чувствую усталость и желание отдохнуть	1,2 ± 0,77	1,07 ± 0,62	1,17 ± 0,7
Получаю удовольствие	1,3 ± 0,89	1,12 ± 0,87	1,14 ± 0,83
Хочется побыть одному	1,1 ± 0,68	0,94 ± 0,51	0,98 ± 0,75
Мне скучно	0,83 ± 0,66	0,74 ± 0,51	0,9 ± 0,58
Хочется подышать свежим воздухом	1,2 ± 0,71	1,29 ± 0,47	0,96 ± 0,61
Я спокоен и уверен в себе	1,3 ± 0,72	1,14 ± 0,5	1,17 ± 0,62
Нуждаюсь в понимании, сочувствии и поддержке	1,35 ± 0,75	1,06 ± 0,53	1,28 ± 0,78
Я мерзну	0,62 ± 0,48	0,51 ± 0,39	0,42 ± 0,35
Хочется тишины и покоя	1,34 ± 0,78	1,09 ± 0,62	1,18 ± 0,71
Возмущаюсь	0,9 ± 0,67	0,83 ± 0,51	1,02 ± 0,67
Стараюсь сохранить независимость	1,43 ± 0,69	1,38 ± 0,6	1,2 ± 0,68
Чувствую физическое влечение	0,66 ± 0,73	0,7 ± 0,59	0,64 ± 0,7
Настроение грустное	1,07 ± 0,63	0,94 ± 0,53	1,12 ± 0,63
Хочется выпить чаю или кофе	1,34 ± 0,75	1,07 ± 0,48	0,91 ± 0,59
Стремлюсь познакомиться поближе	0,97 ± 0,78	0,93 ± 0,57	0,87 ± 0,69
Хочется повеселиться	0,98 ± 0,77	1,07 ± 0,81	1,08 ± 0,76
Я волнуюсь и нервничаю	1,19 ± 0,71	0,94 ± 0,55	1,35 ± 0,73
Хочется побыть вместе	1,21 ± 0,78	1,07 ± 0,66	1,14 ± 0,71
Обижаюсь	0,89 ± 0,64	0,84 ± 0,44	0,98 ± 0,65
Хочется выспаться	1,03 ± 0,78	0,95 ± 0,68	0,96 ± 0,81
Мне неприятно	0,88 ± 0,83	0,72 ± 0,58	0,96 ± 0,78

Получение удовольствия, чувство тревоги и неприязни преимущественно зависят от внешних условий и носят исключительно ситуативно обусловленный характер. В целом эмоциональное состояние пациентов с истерическим типом невротического расстройства напрямую зависит от стечения обстоятельств или действий окружающих.

Относительно устойчивыми, то есть в большей степени связанными с личностными структурами, помимо потребностей в физическом комфорте, являются переживания грусти, обиды, скуки, возмущения, они оцениваются пациентами как редкие, но отмечаются стабильно практически во всех представленных в методике ситуациях. Пациенты склонны винить окружающих в возникновении у них этих состояний, не признавая собственной роли в нарастании эмоционального напряжения, не осознавая истинных причин аффективных колебаний.

Фрустрация наиболее выражена в межличностных конфликтах, при усилении болезненных проявлений или ожидании негативной критической оценки. Данные ситуации являются наиболее сложными в плане удовлетворения как базовых, так и актуальных потребностей.

Факторные нагрузки изучаемых состояний позволяют выделить основные ведущие переживания и потребности. 1-й фактор у пациентов 1-й группы охватывает 45 % всех индикаторов. Он включает состояния эмоционального неблагополучия, тревоги, обиды и возмущения и обуславливает наличие потребностей в эмоциональном комфорте, поддержке. Для больных с истерическим типом невротического расстройства тревога, депрессия и агрессия в связи с эмоциональным неблагополучием в большей степени определяют представления о жизненных ситуациях. 2-й фактор (17,2 % индикаторов) включает в себя стремление к общению, развлечению и отдыху и отражает преимущественно эгоцентричную направленность. Суммарный показатель факторов 61,8 % свидетельствует о выраженной когнитивной сложности у пациентов данной группы в области чувств, переживаний, желаний и недостаточной дифференцировке своих собственных субъективных состояний.

Согласно факторным оценкам состояний, потребность в безопасности актуализируется в большей степени в фрустрирующих ситуациях (болезнь, конфликты, негативная критика, страх финансовой несостоятельности). Компенсаторными сферами являются увлеченность каким-либо видом деятельности, общение, удовлетворение досугом.

Таблица 4

Факторные нагрузки показателей переживаний в группах больных

Показатель	Группа/фактор					
	1-я		2-я		3-я	
	1-й	2-й	1-й	2-й	1-й	2-й
Чувствую себя бодрым и полным сил	-0,76	0,48	-0,75	0,39	-0,85	-0,37
Хочется вкусно поесть	-0,15	0,84	-0,20	0,66	-0,68	0,46
Рад общению	-0,23	0,95	-0,38	0,78	-0,78	0,35
Тревожно на душе	0,80	-0,40	0,79	-0,48	0,84	0,00
Мне жарко	0,38	-0,29	0,53	-0,13	0,33	-0,15
Чувствую усталость и желание отдохнуть	0,79	-0,21	0,80	-0,21	0,43	0,78
Получаю удовольствие	-0,88	0,39	-0,79	0,51	-0,93	-0,08
Хочется побыть одному	0,07	-0,79	0,57	-0,56	0,38	0,01
Мне скучно	0,67	0,19	0,79	-0,12	0,02	0,83
Хочется подышать свежим воздухом	0,67	0,32	0,49	0,11	0,12	0,59
Я спокоен и уверен в себе	-0,90	0,29	-0,86	0,04	-0,81	0,01
Нуждаюсь в понимании, сочувствии и поддержке	0,86	0,20	0,78	0,21	0,57	0,45
Я мерзну	0,57	-0,16	0,37	-0,24	-0,07	0,82
Хочется тишины и покоя	0,13	-0,71	0,21	-0,58	0,27	0,20
Возмущаюсь	0,72	-0,19	0,43	-0,50	0,79	-0,06
Стараюсь сохранить независимость	0,18	0,01	0,02	-0,31	0,36	-0,26
Чувствую физическое влечение	-0,31	0,42	-0,23	0,46	-0,62	0,04
Настроение грустное	0,93	-0,21	0,76	-0,47	0,72	0,50
Хочется выпить чаю или кофе	0,16	0,47	0,28	0,48	-0,24	0,63
Стремлюсь познакомиться поближе	-0,34	0,79	-0,37	0,78	-0,69	-0,24
Хочется повеселиться	-0,31	0,88	-0,41	0,72	-0,72	0,22
Я волнуюсь и нервничаю	0,79	-0,33	0,81	-0,26	0,76	-0,18
Хочется побыть вместе	-0,09	0,83	-0,01	0,88	-0,68	0,32
Обижаюсь	0,79	0,03	0,75	-0,27	0,57	0,00
Хочется выспаться	0,54	-0,07	0,63	0,11	-0,10	0,79
Мне неприятно	0,82	-0,42	0,78	-0,37	0,92	0,17
Процент от общей дисперсии	45,0	17,2	44,8	11,9	37,7	18,0

На диаграмме рассеивания (рис. 2) можно выделить несколько кластеров. В первый кластер входят ситуации, связанные с отдыхом и занятиями, требующими сосредоточения внимания (ситуации: 16, 18, 19-я), они не вызывают потребности в безопасности и общении. Потребность в безопасности умеренно возрастает в трудных и ответственных обстоятельст-

вах. Умеренное повышение потребностей и в безопасности, и в общении отмечается в ситуациях, связанных с уединением, условиями на работе и дома (ситуации: 1, 6, 8, 9, 12, 17-я). Эмоциональный дискомфорт из-за болезни, конфликтов с людьми, страха денежных затруднений вызывает выраженную тревогу и существенно актуализирует потребность в безопасности (ситуации: 3, 7, 21, 23-я). Стремление к общению увеличивается в большей степени при взаимодействии с противоположным полом, друзьями, семьей, в свободное время, а также при воспоминаниях о детстве (ситуации: 2, 4, 5, 10, 11, 13, 14, 20, 22-я).

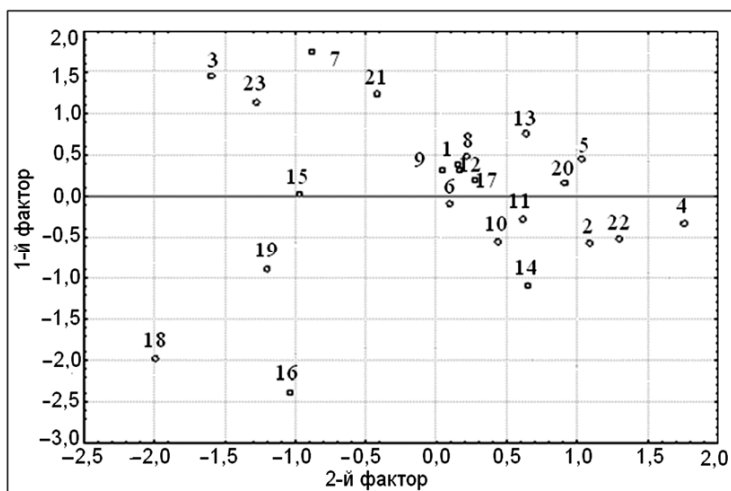


Рис. 2. Распределение ситуаций в психосемантическом пространстве по оценкам состояний у больных 1-й группы

Больные 2-й группы (с неврастеническим типом невротического расстройства) чаще всего отмечают у себя физический дискомфорт, преимущественно в виде чувства нехватки воздуха и свойственное всем пациентам с невротическими расстройствами стремление сохранить независимость.

В наибольшей степени для них ситуативно обусловленными являются состояния, при которых человек может испытывать положительные эмоции, в том числе и от общения. Наиболее стабильными являются склонность к физиологическому комфорту, фиксация на соматических ощущениях, необходимость в спокойствии, ограничении внешних раздра-

жителей. Стабильность мотивационной сферы и ее детерминированность внутренними факторами у пациентов с неврастеническим типом невротического расстройства несколько выше, чем у больных с истерическим и обсессивно-фобическим типами.

Факторный анализ показывает, что в первый фактор входит 44,8 % всех состояний, среди которых наиболее выражены переживания волнения, тревоги, усталости и скуки. Это указывает на то, что для данных больных эмоциональное неблагополучие, раздражительность, тревога и усталость являются важными психологическими характеристиками. Второй фактор составляет 11,9 % всех индикаторов. При этом максимальные нагрузки были получены по состояниям, характеризующим стремление к контактам, общению. В сумме эти два фактора содержат 56,7 % индикаторов всех переживаний и потребностей, то есть собственные чувства и желания плохо дифференцируются и осознаются.

По результатам факторных оценок потребность в безопасности и отдыхе наиболее выражена при актуализации болезненных проявлений, страхе финансовой несостоятельности, ожидании негативной критической оценки, увеличении напряжения в периоды свободного времени. Адаптивный характер носят ситуации отвлечения и интимного отдыха. Потребность в общении проявляется в социально приемлемых и одобряемых рамках в виде участия в праздниках, проведении выходного дня, общении с друзьями.

На диаграмме рассеивания можно выделить схожие ситуации (рис. 3). Тревога, утомление и необходимость в межличностных контактах не осознаются у больных с неврастеническим типом невротического расстройства во время актуальной деятельности, что может приводить к нарастанию истощения в связи с отсутствием усвоения сигнала о нарастающей усталости и астенизации.

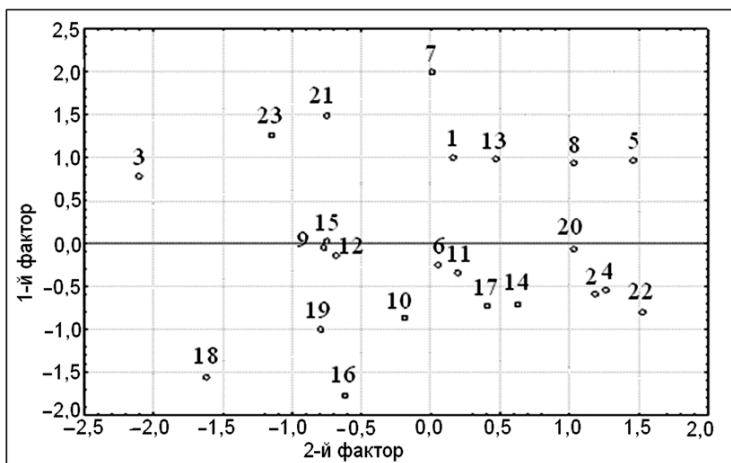


Рис. 3. Распределение ситуаций в психосемантическом пространстве по оценкам состояний у больных 2-й группы

Уровень выраженности потребностей в безопасности и отдыхе незначительно возрастает, когда пациенты находятся в одиночестве, на работе или в трудных, ответственных обстоятельствах. Существенно усиливается потребность в преодолении эмоционального дискомфорта, в безопасности и отдыхе в негативно окрашенных межличностных отношениях – конфликты, критика со стороны окружающих, страх финансовой несостоятельности. В окружении родных, друзей, лиц противоположного пола (ситуации: 2, 4, 20, 22-я) значительно выражена потребность в общении. Одновременно потребности в эмоциональном благополучии и общении актуализируются в свободное от дел время и при плохом самочувствии (ситуации: 1, 5, 8, 7, 13-я).

Для пациентов 3-й группы (с обсессивно-фобическим типом невротического расстройства) наиболее свойственны состояния волнения, беспокойства, тревоги, нехватки понимания и поддержки, стремление к общению. Внешние обстоятельства влияют преимущественно на формирование у них ощущения эмоционального благополучия или неблагополучия в целом и стремление к общению или его избегание.

Первый фактор включает 37,7 % всех индикаторов потребностей. Волнения, переживания, эмоциональный дискомфорт образуют данный фактор на одном полюсе и удовольствие, эмоциональный подъем и стремление к общению – на противоположном. По результатам факторного ана-

лиза 3-я группа отличается от других исследуемых групп тем, что стремление к общению тесно связано с эмоциональным комфортом и они образуют единый фактор. Второй фактор объединяет 18 % индикаторов и отражает свойственные пациентам ощущения усталости, скуки, утомления, нехватки сил. Можно сказать, что второй фактор, также как и первый, по своей смысловой нагрузке характеризует степень выраженности негативных состояний, только в первом факторе эти чувства связаны с эмоциональным дискомфортом, а во втором – с физическим. Таким образом, определяющими у больных 3-й группы являются потребности в эмоциональном благополучии и физиологическом комфорте, но, в отличие от пациентов с неврастеническим и истерическим типом невротических расстройств, у них не выражена потребность ни в общении, ни в отдыхе.

В 3-й группе первые два фактора охватывают 55,7 % состояний, что превышает нормативный диапазон 35–50 % и свидетельствует о наличии когнитивной сложности в области самочувствия и недостаточной дифференцировке собственных переживаний и потребностей.

Наибольшая потребность в безопасности актуализируется в ситуациях межличностных конфликтов, ожидании негативной критической оценки, трудных и ответственных обстоятельствах, болезни. Пребывание среди друзей, на отдыхе, занятие увлекательным делом не вызывают тревоги у пациентов с обсессивно-фобическим типом невротического расстройства. Также для них характерен высокий уровень потребности в физиологическом комфорте, которая наиболее актуальна при ухудшении самочувствия.

Согласно диаграмме рассеяния (рис. 4), у больных с обсессивно-фобическим типом невротического расстройства незначительная выраженность потребности в эмоциональном комфорте и отдыхе отмечается во время межличностных контактов (ситуации: 2, 4, 10, 11, 17, 19, 20, 22-я) и проведения досуга (18-я ситуация). Значительно усиливается потребность в физиологическом комфорте и умеренно в эмоциональной безопасности как при осуществлении профессиональной деятельности, так и в свободное время (ситуации: 1, 5, 8, 9, 12, 13-я). Потребность в безопасности в наибольшей степени актуализируется среди незнакомых людей, в межличностных конфликтах и в трудных и ответственных ситуациях (ситуации: 3, 6, 15, 21, 23-я). Во время болезни наиболее значимой является потребность в физиологическом благополучии (7-я ситуация).

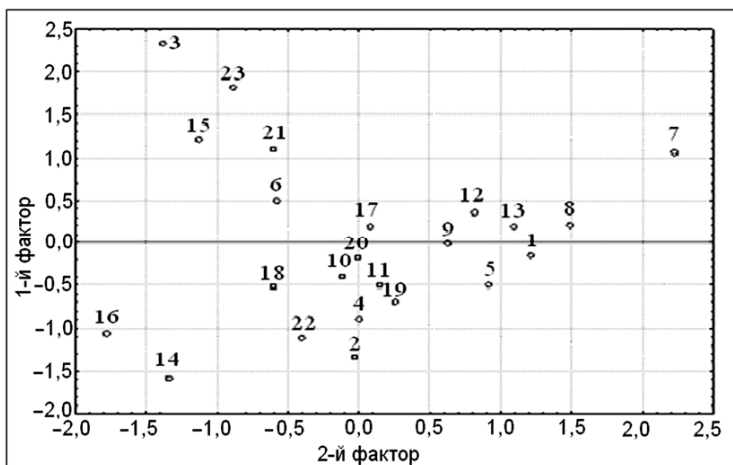


Рис. 4. Распределение ситуаций в психосемантическом пространстве по оценкам состояний у больных 3-й группы

Выводы

1. У больных с невротическими расстройствами потребности и мотивы в большей степени подвержены внешнему влиянию, нежели определяются устойчивыми внутренними факторами. Наиболее стабильными и автономными являются чувства обиды, грусти, скуки, возмущения; напротив, эмоциональное благополучие/неблагополучие и возможность общаться оцениваются обследованными пациентами как наиболее зависящие от внешних обстоятельств. Самыми эмоционально насыщенными являются ситуации болезни, воспоминания детства и ощущение от проведенного отдыха, последние две ситуации характеризуются положительно окрашенными эмоциями. Межличностные конфликты, ухудшение самочувствия, ожидание негативной критической оценки оказывают наиболее сильное негативное эмоциональное воздействие на больных с невротическими расстройствами в целом.

2. Пациенты с невротическими расстройствами характеризуются высоким уровнем когнитивной сложности, они плохо осознают и дифференцируют свои переживания и потребности, что осложняет возможность их удовлетворения и увеличивает эмоциональное напряжение. Среди всего спектра существующих потребностей и мотивов наиболее выраженными осознаваемыми потребностями у них являются стремление к самоутвер-

ждению и общению, а неосознаваемыми – желание эмоционального благополучия, интерес к общению и активному отдыху.

3. Больным с истерическим типом невротического расстройства свойственна противоречивая тенденция между стремлением к независимости и переживанием нехватки понимания, сочувствия и поддержки. Наиболее эмоционально дискомфортными ситуациями является негативно окрашенное общение с окружающими, конфликты. Стабильность мотивационной сферы и ее детерминированность внутренними, а не внешними факторами у больных с неврастеническим типом невротического расстройства несколько выше, чем у пациентов с истерическим и обсессивно-фобическим типами. У больных с обсессивно-фобическим типом невротического расстройства установлена семантическая близость эмоционального благополучия и потребности в межличностном общении. Также значимой является потребность в физиологическом комфорте.

Литература

1. *Карвасарский Б.Д.* Неврозы / Б.Д. Карвасарский. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 1990. – 576 с.

2. Криз? Атака? Невроз? Клинический случай приступа психовегетативных нарушений в кардиологическом стационаре / О.В. Николаева, И.Н. Бабурин, Е.Л. Николаев, Е.А. Дубравина // *Вестн. психотерапии.* – 2009. – № 30 (35). – С. 86–90.

3. *Мясищев В.Н.* Личность и неврозы / В.Н. Мясищев. – Л. : Изд-во ЛГУ, 1960. – 426 с.

4. *Соломин И.Л.* Психосемантическая диагностика скрытой мотивации / И.Л. Соломин. – СПб., 2001. – 71 с.

5. *Устина Е.Ю.* О субъективных семантических пространствах личности при соматических заболеваниях / Е.Ю. Устина, Е.Л. Николаев // *Вестн. психиатрии и психологии Чувашии.* – 2009. – № 5. – С. 88–92.

**ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК
И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, АССОЦИИРОВАННЫХ
С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ,
У СПАСАТЕЛЕЙ МЧС РОССИИ**

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России;
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Введение

В последнее десятилетие происходит неуклонный рост стихийных бедствий, локальных конфликтов и техногенных катастроф во всем мире. С каждым годом увеличивается нагрузка на персонал, участвующий в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций [7]. Экстремальные условия деятельности, связанные с риском для жизни, снижают функциональные резервы организма, способствуют развитию профессионально ускоренных расстройств здоровья [2, 8] и снижают удовлетворенность качеством жизни [1].

Особый интерес представляет метаболический синдром (МС), которым страдают представители практически всех профессиональных групп. Если до недавнего времени считалось, что сотрудники силовых структур в меньшей мере подвержены риску развития МС, то на сегодняшний день анализ заболеваемости данного контингента свидетельствует о возрастании его частоты [6]. За последние годы накоплено значительное количество исследований, свидетельствующих об участии эмоциональных факторов в возникновении и развитии многих соматических заболеваний. Однако до настоящего времени в полной мере не выяснено, в какой степени стрессорные факторы экстремальных видов профессиональной деятельности влияют на течение МС [4].

Цель исследования – выявить особенности личностных характеристик и удовлетворенность качеством жизни у спасателей МЧС России, страдающих МС.

Материалы и методы

Обследовали 135 пациентов мужчин, из них спасателей МЧС России было 65, гражданских лиц – 70. Средний возраст обследуемого контингента составил ($41,2 \pm 3,5$) лет. Все спасатели МЧС России, которые приняли участие в исследовании, перенесли психическую травму, связанную с угрозой жизни. МС диагностирован у 49,2 % спасателей МЧС России и у 51,4 % гражданских лиц. Обследуемый контингент разделили на группы:

- 1А – (n = 33) – спасатели без МС;
- 1Б – (n = 32) – спасатели с МС;
- 2А – (n = 34) – гражданские лица без МС;
- 2Б – (n = 36) – гражданские лица с МС.

Экспериментально-психологическое обследование включало [3]:

– методику Айзенка, позволяющую выявлять структуру личности, состоящую из полярных показателей: «экстраверсия – интроверсия», «нейротизм – эмоциональная стабильность»;

– опросник невротических расстройств, симптоматический (ОНРСИ), предназначенный для определения степени выраженности невротических расстройств и содержательного описания жалоб. Опросник состоял из 158 вопросов, объединенных в 13 шкал;

– опросник SF-36 (Health status profile – Short form 36). 8 стандартных шкал опросника отражали 4 профиля: физическое самочувствие, работоспособность, адаптацию в социуме и эмоциональный статус. Результаты представлялись в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на лучший показатель качества жизни. Оценивали: общее состояние (General Health); физическое функционирование (Physical Functioning); влияние физического состояния на ролевое функционирование (Role-Physical); влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование (Role-Emotional); социальное функционирование (Social Functioning); интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью (Bodily Pain); жизнеспособность (Vitality); оценку психического здоровья (Mental Health).

Результаты и их обсуждение

Анализ результатов психологического исследования свидетельствовал, что в целом показатели групп были в пределах референтных показателей шкал методик, что вполне логично – в данной работе обследованы психически здоровые лица.

Результаты методики Айзенка представлены в табл. 1. Оказалось, что спасатели группы 1Б отличаются от пациентов группы 2Б по фактору «нейротизм – эмоциональная стабильность» ($p < 0,01$). Выявлено также, что спасатели группы 1Б по сравнению со спасателями группы 1А имели более высокий уровень тревожности, неуверенности в своих силах, низкую стабильность психической деятельности.

Таблица 1
Результаты обследования методикой Айзенка, ($M \pm t$) балл

Фактор	Группа			
	1Б	2Б	1А	2А
Экстраверсия	9,1 ± 0,6*#	14,2 ± 0,4	15,2 ± 0,5	12,6 ± 0,5
Интроверсия	15,1 ± 0,4*#	10,1 ± 0,5	8,2 ± 0,5	10,1 ± 0,4
Нейротизм	15,0 ± 0,5*#	8,1 ± 0,7	8,1 ± 0,5	12,3 ± 0,7
Эмоциональная стабильность	8,1 ± 0,3*#	15,9 ± 0,5	16,2 ± 0,2	13,9 ± 0,4

Различия ($p < 0,05$) показателей по сравнению: * – с группой 2Б; # – с группой 1А.

Оценка выраженности невротических расстройств и содержательно-го описания жалоб в группах представлена в табл. 2. Анализ показателей ОНР-СИ свидетельствует, что для лиц группы 1Б характерны аффективная лабильность, астенические и депрессивные проявления, аффективная напряженность, соматовегетативные расстройства и инсомнии, в то время как у пациентов группы 2Б более выражены ананкастические, астенические и ипохондрические расстройства. Проявление МС как дополнительный стрессогенный фактор в еще большей степени усугубляло нервно-эмоциональные реакции у пациентов 1Б и 2Б групп.

Таблица 2
Результаты обследования опросником ОНР-СИ, ($M \pm t$) балл

Невротические проявления	Группа			
	1Б	2Б	1А	2А
Тревожно-фобические	27,8 ± 1,7*#	18,7 ± 1,5	19,8 ± 1,6	10,7 ± 1,5
Депрессивные	39,8 ± 2,4*#	17,2 ± 1,8	12,2 ± 1,5	9,2 ± 1,4
Аффективная напряженность	29,4 ± 1,7*#	12,9 ± 1,5	21,2 ± 1,5	8,7 ± 1,5
Расстройства сна	38,5 ± 2,3*#	22,9 ± 1,7#	28,4 ± 1,8	11,6 ± 1,8
Аффективная лабильность	39,6 ± 2,4*#	25,7 ± 2,2#	12,5 ± 2,2	12,8 ± 2,1
Астенические	32,6 ± 2,7#	28,5 ± 1,9	11,6 ± 1,4	12,8 ± 1,6
Сексуальные расстройства	25,3 ± 1,9*#	22,1 ± 1,7#	11,3 ± 1,8	8,2 ± 1,7

Невротические проявления	Группа			
	1Б	2Б	1А	2А
Дереализационные	11,3 ± 1,9	14,8 ± 2,1	7,2 ± 2,3	6,1 ± 1,2
Обсессивные	17,2 ± 1,5*	8,2 ± 1,4	12,5 ± 1,6	6,2 ± 1,4
Нарушения социальных контактов	32,4 ± 2,7* [#]	11,3 ± 1,5	18,4 ± 1,7	6,9 ± 1,4
Ипохондрические	11,7 ± 1,9*	29,8 ± 1,8 [#]	6,2 ± 1,3	4,9 ± 1,5
Ананкастические	10,4 ± 1,6 [#]	29,2 ± 1,7 [#]	8,2 ± 1,4	5,7 ± 1,5
Соматовегетативные	32,9 ± 1,8* [#]	16,7 ± 1,4	14,9 ± 1,5	4,2 ± 1,2

Здесь и в табл. 3.

Различия ($p < 0,05$) показателей между группами: * – 1Б и 2Б; [#] – 1Б и 1А, 2Б и 2А.

Таким образом, проведенные исследования определили взаимосвязь особенностей невротических проявлений у спасателей МЧС России с формированием МС, что позволяет предположить вовлечение центральных механизмов нервной регуляции в развитие МС у лиц, деятельность которых осуществляется в экстремальных условиях [3, 5].

Сравнительный анализ самооценки качества жизни по методике SF-36 представлен в табл. 3. Оказалось, что удовлетворенность качеством жизни, связанным со здоровьем, была менее выражена у пациентов с МС групп 1Б и 2Б по сравнению с группами практически здоровых лиц. Значимо ниже пациенты с МС оценивали физическую активность и социальное функционирование. Кроме того, пациенты группы 1Б по сравнению с пациентами группы 2Б отметили меньшую удовлетворенность психическим здоровьем вследствие наличия тревожности, сниженного фона положительных эмоций и неприятных болевых ощущений.

Таблица 3
Результаты обследования опросником SF-36, ($M \pm m$) балл

Показатель	Группа			
	1Б	2Б	1А	2А
Физическая активность	72,3 ± 0,3*	74,2 ± 0,8*	86,3 ± 1,8	84,2 ± 1,5
Функционирование, связанное с физическим состоянием	66,2 ± 2,3*	65,2 ± 2,1*	68,3 ± 2,1	67,2 ± 2,4
Интенсивность боли	44,3 ± 2,2* [#]	57,1 ± 2,5*	77,2 ± 3,2	76,2 ± 3,4
Общее состояние здоровья	61,1 ± 2,6	65,3 ± 2,3	74,5 ± 3,7	72,5 ± 3,4
Жизненная активность	59,3 ± 1,8	58,4 ± 2,4*	74,2 ± 3,2	71,2 ± 1,4
Социальное функционирование	58,5 ± 2,9*	55,3 ± 2,3*	79,3 ± 2,6	76,2 ± 2,7
Функционирование, связанное с эмоциональным состоянием	53,5 ± 2,3	54,1 ± 3,4*	71,4 ± 3,5	68,5 ± 3,6
Психическое здоровье	44,2 ± 1,8* [#]	55,5 ± 2,5	69,9 ± 2,5	64,5 ± 1,7

Заключение

Проведенные исследования позволили определить особенности психического статуса спасателей МЧС России, страдающих МС. Установлено, что к наиболее значимым их личностным характеристикам следует отнести низкий уровень эмоциональной устойчивости и высокий уровень тревоги.

Психическое состояние спасателей МЧС России, страдающих МС, характеризуется также аффективной лабильностью, астеническими и депрессивными проявлениями, аффективной напряженностью, соматовегетативными расстройствами, инсомнией и пониженной удовлетворенностью качеством жизни. Полученные результаты позволяют предположить вовлечение центральных механизмов нервной регуляции в формирование и развитие МС у спасателей МЧС России, переживших витальный стресс.

Литература

1. *Евдокимов В.И.* Методологические аспекты объективной оценки качества жизни населения России / В.И. Евдокимов // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2008. – № 1. – С. 23–32.

2. *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.

3. *Райгородский Д.Я.* Энциклопедия психодиагностики / Д.Я. Райгородский. – Самара : Бахрах-М, 2009. – 704 с.

4. *Цикунов С.Г.* Психофизиологическая оценка патохарактерологических нарушений после перенесенного витального стресса / С.Г. Цикунов, Е.Д. Пятibrат, А.В. Гордиенко, С.С. Бацков // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях – 2012. – № 1. – С. 39–43.

5. *Чермянин С.В.* Методологические аспекты диагностики нервно-психической неустойчивости у специалистов экстремальных видов деятельности / С.В. Чермянин, В.А. Корзунин, В.В. Юсупов // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2008. – № 4. – С. 49–53.

6. Association of adiponectin with coronary heart disease and mortality. The Rancho Bernardo Study / G.A. Laughlin, E. Barrett-Connor, S. May, C. Langenberg // Am. J. Epidemiol. – 2007. – Vol. 165. – P. 164–174.

7. *Murray C.J.L.* Global burden of disease [Online] // C.J.L. Murray, A.D. Lopez // World Health Organization. – 2001, Feb 2. – 118 p.

8. *Nicholson A.* Psychological distress as a predictor of CHD events in men: The effect of persistence and components of risk / A. Nicholson, R. Fuhrer, M. Marton // Psychosom Med. – 2005. – P. 522–530.

ПАТОПСИХОЛОГИЯ. ПСИХИАТРИЯ

УДК 159.9 : 616.89-07

А.Н. Алехин, О.А. Литвиненко

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ПАТОМОРФОЗА ПСИХОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ

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

Введение

Проблема патоморфоза психических заболеваний начиная со второй половины XX столетия является объектом внимания зарубежных и отечественных исследователей. Появление новых психотропных препаратов, в частности нейролептиков, их использование в лечении шизофрении и других эндогенных психических расстройств привели к изменениям в клинических проявлениях данной болезни, объясняемым «лекарственным патоморфозом психических заболеваний». Примерами таковых являются «формирование незавершенных психопатологических синдромов» [1], редкая встречаемость кататонической формы шизофрении и т. д. Помимо лекарственного, патоморфоз может проявляться в разных аспектах болезни: клиническом, патопсихологическом, психологическом, этимологическом и т. д. Несмотря на то что патогенез подразумевает внутренние причины болезни, очевидно, что клиническая картина при эндогенных расстройствах чувствительна к влиянию внешних факторов. Согласно культурно-исторической методологии Л.С. Выготского, следует ожидать, что в клиническом патоморфозе эндогенных заболеваний, по крайней мере в изменении содержания болезненных переживаний при эндогенном психозе, могут проявляться те особенности психики, которые обусловлены ситуацией психического развития больного.

Тотальные трансформации социокультурной ситуации в России [2] позволяют думать, по меньшей мере, о трех различных типах психической организации людей, развитие которых происходило в принципиально отличных условиях: в условиях моноидеологии с ее коллективистской направленностью, стабильностью и пониманием цели любой своей деятельности; в условиях переходного периода, когда картина стабильности раз-

рушалась, а обществу приходилось искать новые жизненные ориентиры из-за девальвации идеологии; и, наконец, в условиях относительной социально политической стабильности с очевидным преобразованием общества в общество потребления. Очевидно, что такая динамика условий психического развития с появлением неограниченных возможностей и вынужденной необходимости стихийного к ним приспособления, предоставление готового продукта в сфере образования, облегченного технологиями, способствовала формированию новых стереотипов мышления, паттернов поведения, практик взаимоотношений, то есть формированию новой личности. Все три рассматриваемых поколения представляют собой общность людей одной страны, но, в то же время, они различны в своих духовно-нравственных ориентациях, культурном содержании, мировосприятии и мировоззрении. Больные психозами в этом аспекте не являются исключением.

Анализ психопатологической продукции больных шизофренией, личность которых формировалась в определенных нами периодах динамики социокультурной ситуации, проводился на основании записей в историях болезней и при патопсихологическом обследовании больных. Согласно культурно-исторической концепции психического развития, психика человека имеет социальную природу и развивается под определяющим влиянием среды. Личность рассматривается как «продукт «общественно-исторического развития... Главным определяющим условием формирования личности человека является то место, которое он занимает в системе общественных отношений, и та деятельность, которую он при этом выполняет... Любая реакция человека и весь строй его внутренней аффективной жизни определяется теми особенностями личности, которые у него сложились в процессе его социального опыта... Именно под влиянием тех или иных условий жизни и воспитания у детей складываются те или иные черты» [4, с. 124–129]. Д.Б. Эльконин отмечает, что в развитии личности ребенка одну из ведущих ролей выполняет игра, в которой ребенок усваивает и закрепляет различные социальные роли, «в игре дети воспроизводят сферу окружающей их действительности... Содержание детских игр развивается от игр, в которых основным содержанием является предметная деятельность людей, к играм, отражающим отношения между людьми, и, наконец, к играм, в которых главным содержанием выступает подчинение правилам общественного поведения и общественных отношений между людьми» [10, с. 115].

Как пишет Л.С. Выготский, к семи годам психическое развитие ребенка приводит к появлению осознанности деятельности, когда «в каждом

переживании, в каждом его проявлении возникает некий интеллектуальный момент... осмысленная ориентировка в собственных переживаниях..., они приобретают смысл... появляется логика чувств» [5, с. 376–385]. А.В. Запорожец отмечает, что у детей старшего дошкольного возраста появляется «упорное преследование интеллектуальных целей», это убедительно доказано в экспериментах, связанных с решением головоломок. По данным Д.Б. Эльконина, рассуждения детей 6–7 лет «приобретают более сложный характер... Обобщения возникают не просто на основе ряда последовательных фактов, а ребенок сам активно их создает, исправляет, совершенствует...». К концу дошкольного возраста, согласно рассматриваемой концепции, у ребенка формируется самооценка, в которой заключены его практические умения и моральные качества, выражающиеся в нормах поведения, установленных в данном обществе, ребенок открывает и осознает собственные переживания.

И если до семилетнего возраста ребенок безотчетно усваивает категории понятий, социальные правила, модели поведения, принятые в обществе и т. д., то с появлением сознательности, потерей непосредственности начинается конструирование самосознания, Я-концепции, личности.

Материалы и методы

Исходя из концепций психического развития в онтогенезе, изучаемые больные распределялись следующим образом:

1) рожденные в 1972–1979 гг., у которых критический возраст развития приходился на период 1979–1986 гг., время относительной социокультурной и экономической стабильности и моноидеологии;

2) больные, рожденные в 1984–1985 гг., критический возраст которых пришелся на перестроечную эпоху (1991–1992 гг.);

3) больные, рожденные в 1989–1994 гг., их критический возраст пришелся на 1996–2001 гг.

Ретроспективно изучили истории болезней у пациентов с диагнозом шизофрения параноидного типа. Ведущие синдромы у пациентов в когортах представлены в табл. 1.

Для анализа социокультурной обусловленности психопатологических феноменов рассматривались записи историй болезни на стадии дебюта психотического состояния, поскольку именно при дебюте влияние эндогенных, экзогенных, фармакологических и других трудно учитываемых факторов еще минимально. Отбирались такие истории болезни, когда речь шла о первом эпизоде заболевания или длительность заболевания по дан-

ным медицинской документации не превышала года после первого психотического эпизода. Всего изучены 98 историй шизофрении параноидного типа с приступообразно-прогредиентным и непрерывно-прогредиентным течением.

Таблица 1

Ведущие синдромы у пациентов с шизофренией параноидного типа

Когорта	Общее количество	Ведущий синдром		
		галлюцинаторно-параноидный	галлюцинаторно-бредовый	параноидный
1-я	38	15	10	13
2-я	30	14	8	8
3-я	30	13	8	9

В соответствии с исходной гипотезой исследования анализировались содержательные аспекты психопатологической продукции. Выделяя доминирующие идеи в содержании бредовой фабулы или фигуры, участвующие в ней или усматриваемые в описании конкретных действий больных, мы оценивали их как психопатологические знаки болезни аналогично тому, как это происходит при изучении клинических проявлений болезни.

В классической литературе по психопатологии в отношении выделенных содержательных аспектов психопатологической продукции авторами отмечаются такие особенности бредовых идей, как связность элементов переживаний, суждений, высказываний, поведения. С.С. Корсаков пишет об этом так: «... всегда оказывается, что в основе бредовых идей лежит патологическая связь между суждениями, обусловленная напряженным стремлением к сочетанию между собой таких мыслей, которые в нормальном состоянии не должны тесно сливаться» [8, с. 89]. В.А. Гиляровский отмечает, что разные бредовые идеи у больных «входят в одну и ту же систему, причем одни идеи представляют как бы логическое развитие других» [5, с. 348]. Бредовые идеи находят стойкое отражение в поведении, «можно даже говорить об очень последовательном поведении больного с точки зрения его бредовых идей» [там же]. Приводятся примеры, где «стройная система параноидального бреда превращается в параноидную систему», в доказательство тому авторы приводятся разнообразные описания, среди которых, например, выясняется, что больной до поступления в психиатрическую больницу, будучи убежденным в том, что совершил большое научное открытие, «последние три месяца постоянно обращался в различные учреждения с жалобами на человека, который его притесняет за его изо-

бретение...» [3, с. 118] и т. д. А.В. Снежневский отмечает, что при первичном бреде «искаженное суждение последовательно подкреплено цепью доказательств, имеющих субъективную логику... Посылки, суждения, обоснования, выводы разработаны с мельчайшими подробностями» [9, с. 31]. Кроме того, авторы отмечают, что больные, как правило, стремятся к объяснению того, что с ними происходит, ищут обоснование и высказывают его при манифестации болезни довольно открыто. Наряду с этим, в работах современных ученых появляются описания дезорганизации логически систематизированной структуры бреда, в частности у О.А. Гильбурда отмечено: «расширение фабулы бреда и обрастание ее новыми сюжетными линиями и темами, зачастую “некомплементарными” одна другой» [6, с. 142].

Результаты и их анализ

Результаты проведенного исследования представлены в табл. 2. Как показывают результаты исследования, у больных, включенных в 1-ю когорту, в содержании психопатологических переживаний всегда представлена фигура: человек, персонаж или организация, воздействующая на пациента (100 %), причем в зависимости от ведущего синдрома больные точно определяли, кто бы это мог быть.

Если у больного отмечалась не одна такая фигура, а несколько, то в 33,3 % при галлюцинаторно-параноидном и в 61,5 % при параноидном синдромах эти фигуры тем или иным образом были связаны между собой («говорили» об одном и том же или «спорили» между собой или с больным в схожем контексте и т. п.). Отсутствие связи между несколькими объектами воздействия на больного в данных группах не наблюдалось. В остальных случаях в этой роли выступал единый персонаж. У больных с ведущими галлюцинаторно-бредовым синдромом конкретизированный объект воздействия встречается реже (40 %), но его представленность также высока (80 %). Связанность по тематике переживаний нескольких объектов воздействия в этой когорте составляет 60 %, разобщенность – 10 %.

Стратегии по сопротивлению воздействующим фигурам в выделенных синдромных группах выявляются: при галлюцинаторно-параноидном – в 73,3 %, при галлюцинаторно-бредовом – в 70 % случаев, при параноидном синдроме этот показатель снижается до 53,9 %. Приблизительно половина больных в каждой из групп 1-й когорты (при галлюцинаторно-параноидном синдроме – в 40 %, при галлюцинаторно-бредовом – в 50 %, при галлюцинаторно-бредовом – в 50 %, при галлюцинаторно-бредовом – в 50 %).

при параноидном – в 53,9 % случаев) формулируют причинно-следственные суждения по поводу переживания воздействия.

Таблица 2
Представленность рассматриваемых признаков социогенеза в содержании психопатологических феноменов при дебюте шизофрении

Ведущий синдром	Группа	Частота признака*, %								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Галлюцинаторно-параноидный	1-я	100	73,3	33,3	0	86,7	57,1	73,3	20	13,3
	2-я	86	50	43	29	64,2	42,8	57,2	64	28,6
	3-я	57,2	14,3	7,1	36	21,5	29	35,7	14	64,2
Галлюцинаторно-бредовый	1-я	80	40	60	10	70	60	70	40	20
	2-я	75	25	38	25	63	50	50	38	38
	3-я	38	13	10	37	13	38	37	25	63
Параноидный	1-я	100	69	61,5	0	92	53,9	53,9	30,8	8
	2-я	63	25	50	38	38	38	37,5	80	25
	3-я	56	11	11	44	22	33	25	22	67

* Приняты следующие обозначения: 1 – наличие воздействующего лица (конкретного человека, персонажа, организации, группы лиц); 2 – конкретизация воздействующей на больного фигуры/группы; 3 – наличие нескольких связанных между собой воздействующих фигур; 4 – наличие нескольких воздействующих фигур при отсутствии связи между ними; 5 – связность элементов бредовых переживаний и воспринимаемых больным событий; 6 – наличие объяснения больным, по каким причинам на него воздействуют; 7 – наличие стратегии поведения направленной на противостояние воздействию или взаимодействию с ним; 8 – наличие не более двух обрывочных, не укладывающихся в общую концепцию, не объясняемых больным идей или действий; 9 – наличие более двух описанных идей или действий, не связанных с общей апперцептивной тематикой.

Во всех трех группах у больных 1-й когорты наблюдается контекстуальная общность элементов бредовых и апперцептивных идей внутри фабулы без значительных расхождений: в 86,7 % случаев при галлюцинаторно-параноидном, в 72 % – при галлюцинаторно-бредовом и в 92 % – при параноидном синдроме. Присутствие более двух отрывочных элементов поведения или высказываний, не связанных с общей представленной фабулой, в синдромных группах у пациентов 1-й когорты невелики: соответственно 13,3 %, 20 и 8 %.

Во 2-й когорте доминирующее число больных шизофренией отмечают представленность воздействующего элемента. Наиболее высок этот показатель при галлюцинаторно-параноидном синдроме (86 %), при ос-

тальных, соответственно, 75 и 63 %. Наблюдается снижение конкретизации фигуры, от которой исходит воздействие. Она чаще определяется как нераспознаваемая, отраженная в таких ответах больных, как: «не знаю, кому это нужно», «я пока не уверен», «не понимаю»; отказ от ответа отмечался при галлюцинаторно-параноидном в 50 % случаев, в остальных синдромных группах – по 25 %.

Наличие нескольких связанных между собой фигур наиболее часто встречается при параноидном синдроме (50 %). Отсутствие контекстуальной связи между несколькими фигурами, разобщенность тематики воздействия граничит в группах в диапазоне 25–38 %, что оказывается выше, нежели в синдромных группах 1-й когорты пациентов, где этот показатель не превышал 10 %.

Объяснение причин воздействия в идеях больных присутствуют в меньшем количестве, нежели в 1-й когорте: в 42,8 % – при галлюцинаторно-параноидном, при галлюцинаторно-бредовом – в 50 %, при параноидном – в 38 % описаний болезненных переживаний. Выраженное снижение показателей наличия стратегий противодействия обнаруживаются при галлюцинаторно-параноидном (57,2 %), при галлюцинаторно-бредовом (50 %), и при параноидном (37,5 %) синдромах. У пациентов 1-й когорты эти показатели были соответственно 73,3 %, 70 и 53,9 %.

Существование не укладывающихся в общую бредовую идею, не объясняемых больным идей или действий встречается у больных 2-й когорты чаще, чем у больных 1-й, и составляет соответственно 28,6 %, 38 и 25 % для соответствующих форм синдромального течения дебюта шизофрении.

Наиболее явно отличаются исследуемые признаки у больных 3-й когорты практически во всех выделенных синдромных подгруппах. Воздействие, исходящее от кого бы то ни было, при галлюцинаторно-параноидном синдроме отмечают 57,2 % больных, при параноидном – 56 %, при галлюцинаторно-бредовом – 38 %. Указание на то, кто бы это мог быть, обнаруживается только в 11–13 % случаев. Наличие связности в апперцептивной и бредовой конструкции выявляется при галлюцинаторно-параноидном синдроме в 21 %, при галлюцинаторно-бредовом – в 13 % и при параноидном синдроме – в 22 %.

Идеи причин воздействия высказывались больными 3-й когорты не более чем в 38 % случаев, стратегии противодействия описаны в диапазоне от 25 до 37,7 %, что значительно ниже данных 1-й и 2-й когорт. Отмечается уменьшение показателей наличия стратегий избавления от неприятных

воздействий: при галлюцинаторно-параноидном синдроме они представлены в 35,7 %, при галлюцинаторно-бредовом – в 37 %, при параноидном – в 25 % случаев.

Обнаруживается выраженный рост показателей по представленности обрывочных элементов в фабуле бредовой идеи и апперцепции, которые никак не связаны между собой, соответственно в 64,2 %, 63 и 67 %, что характерно для всех рассматриваемых синдромов данной когорты.

Для анализа статистической значимости полученных результатов применялся F-критерий Фишера. Были выявлены значимые эмпирические данные в сравнении показателей (со статистически значимым коэффициентом корреляции при $p \leq 0,05$) в следующих выборках и по следующим показателям:

1. По наличию воздействующего лица (конкретного человека, персонажа, организации, группы лиц) выявлены существенные различия в сравнении 1-й и 3-й когорт в выборках больных с галлюцинаторно-параноидным синдромом;

2. По конкретизации фигуры, воздействующей на больного, при сравнении данных 1-й и 3-й когорт (соответственно 73,3 и 14,3 %) в выборках с галлюцинаторно-параноидным синдромом, а также 2-й и 3-й когорт (соответственно 38 и 10 %) и 1-й и 3-й когорт (соответственно 60 и 10 %) в выборках с параноидным синдромом;

3. По наличию более чем одной воздействующей фигуры, при их тематической связанности между собой, выявлены различия при сравнении показателей 2-й и 3-й когорт (соответственно 43 и 7,1 %) и 1-й и 3-й когорт (соответственно 33,3 и 7,1 %) с галлюцинаторно-параноидным; в 1-й и 2-й когортах с галлюцинаторно-бредовым (соответственно 60 и 38 %); в 1-й и 3-й когортах больных с параноидным синдромом (соответственно 61,5 и 11 %);

6. По представленности объяснения больным, по каким причинам на него воздействуют, выявлены достоверные различия при сравнении результатов 1-й и 2-й когорт больных с галлюцинаторно-параноидным синдромом (соответственно 57,1 и 42,8 %);

7. По критерию представленности стратегии поведения, направленности на противостояние воздействию или взаимодействие с ним – статистически значимый коэффициент корреляции выявлен при сравнении показателей 1-й и 2-й когорт (соответственно 73,3 и 57,2 %) и 1-й и 3-й когорт (соответственно 73,3 и 35,7 %) в выборках больных с галлюцинаторно-параноидным синдромом; с галлюцинаторно-бредовым – при сравнении

данных 1-й и 2-й когорт (соответственно 70 и 50 %), с параноидным – при сравнении показателей 1-й и 3-й когорт (соответственно 53,9 и 25,0 %);

8. По наличию одной или двух не укладывающихся в общую бредовую идею, не объясняемых больным идей или действий (не более двух) различия выявлены при сравнении показателей 1-й и 2-й когорт (соответственно 20 и 64 %) и 2-й и 3-й когорт (соответственно 64 и 14 %) с галлюцинаторно-параноидным синдромом; при сравнении 1-й и 2-й когорт (соответственно 30,8 и 80,0 %) и 2-й и 3-й когорт (соответственно 80 и 22 %) в выборках больных с параноидным синдромом;

9. И по наличию более двух описанных идей или действий, не связанных с общей апперцептивной тематикой, статистически значимый коэффициент корреляции выявлен при сравнении данных 1-й и 2-й когорт (соответственно 13,3 и 28,6 %); 2-й и 3-й когорт (соответственно 28,6 и 64,2 %); 1-й и 3-й когорт (соответственно 13,3 и 64,2 %) в выборках больных с галлюцинаторно-параноидным синдромом; 1-й и 2-й когорт пациентов с галлюцинаторно-бредовым синдромом (соответственно 20 и 63 %), а так же в сравнении данных 1-й и 2-й когорт (соответственно 8 и 25%), 2-й и 3-й когорт (соответственно 25 и 67 %) и 1-й и 3-й когорт в выборках больных с параноидным синдромом (соответственно 8 и 67 %).

В качестве иллюстрации приведем описания из историй болезней пациентов 1-й и 3-й когорты:

Больной К., 1975 г. рождения (представитель 1-й когорты пациентов): «Работая фельдшером в одной из больниц, заметил множество ошибок в применении и хранении препаратов, с его слов, стал подвергаться нападкам со стороны администрации... “Чувствовал”, что ему подмешивают психотропные средства, чтобы “нарушить его функционирование”. В результате действия этих средств, он стал действовать “немного неадекватно”, выработалось чувство неуверенности в себе, страха... Стал подозрительным, проверял паспорта у пациентов... Обнаружил признаки “игры”, которую затеяла для него администрация больницы... Понял, что специально для него была устроена авария на светофоре с участием девочки, специально переодетой в форму милиционера, которая за ним наблюдала. Чувствовал преследование даже дома... Заявлял, что в доме чужие люди, слышал разговоры за спиной, пытался поймать предполагаемого преступника, нанятого администрацией больницы, чтобы его убить, проломал стену из гипсокартона, ища прослушивающие устройства...».

В приведенном описании отчетливо прослеживается, что содержание апперцепции и бредовой идеи укладывается в единую фабулу, в которой все представленные элементы объясняются больным «нападками, воздействием и слежкой» администрации больницы. Администрация выступает

воздействующей фигурой, которую пациент четко обозначает. Его поведение упорядочено искаженной апперцепцией, но укладывается в единую концепцию, хоть и бредовую. Сначала он замечает беспорядок в больнице, и все дальнейшие события, «происходящие» с ним, влекут его ожидания наказания и стремление от них себя оградить, подчинены общей болезненной идее. Важно отметить присутствие в фабуле того элемента, при котором некто, наделенный властью (администрация), совершая ошибки, стремится покарать заметившего ошибки. При этом больной указывает и на причину преследования. Здесь речь идет о представлении больного, что есть определенные правила, которые необходимо выполнять, есть некто, кто это контролирует, и есть элемент намеренного правонарушения, которое никто не должен заметить. Так как он его заметил, то от него должны избавиться, чтобы он не рассказал о нарушениях. В данном случае вся апперцепция больного, все элементы бредовой идеи (чувство, что ему подмешивают препараты, чтобы нарушить его функционирование; ощущение, что вокруг него разыгрывается спектакль; «прослушка»; авария; преследование) имеют между собой определенную связь, действия больного складываются в своего рода стратегию противодействия. Таким образом, мы отмечаем у данного больного следующие элементы в содержании проявлений болезни: наличие наблюдателя или организатора злодеяний и преследования (администрация); указание на конкретное лицо или организацию, которая преследует, стремится покарать, и наличие причинно-следственной связи между событиями в апперцепции и бредовой идее больного, стратегия его противодействия, отсутствие значимых разобщенных элементов.

Больной В., 1994 г. рождения (3-я когорта пациентов): стал замечать, что окружающие подозрительно на него смотрят, потом понял, что они читают его мысли, перегариваются за его спиной, кивают в сторону, следят. Ощутил способности самому читать мысли. Стал слышать оклики в голове. Рассказывал, что обладает особыми способностями – по цвету глаз может узнать цвет души. Стал «предсказывать судьбу» знакомым. В отделении рассказывал, что может из любой девушки сделать красавицу – достаточно приложить к ней «ушко кошечки». Заявлял, что видел Бога, что если Его увидеть на улице – никогда не перепутаешь с простым человеком. Заметил, что на улице машины совершают специально для него маневры. Рассказывал, что в его голове «абсолютная власть», что в мыслях он может создать целый город. На улице старается никому не смотреть в глаза, чтобы не навредить людям. В отделении хвастался, что в любом обществе чувствует себя «больше в 1000 раз». Позже, заявил, что он грешен, что

чувствует, что причинил людям много зла. На вопрос: «Какие поступки Вы имеете в виду?» – отвечает: «Не знаю, я так чувствую».

В данном описании не прослеживается целостной системы, ее элементы слабо сочетаются друг с другом, характеризуется либо неоднозначностью связей, либо их отсутствием; учитывая то, что элементов представлено много, прослеживаются разнонаправленные тенденции (ощущение греховности и ощущение абсолютной власти). Содержательные элементы представлены как набор отдельных переживаний, никак не отмечена связь апперцепции с наблюдателями, преследователями, в отношении которых больной также просто констатировал их наличие. Таким образом, содержание переживаний, апперцепции, бредовая идея данного больного носит фрагментированный характер, что прослеживается в большинстве изучаемых описаний третьей когорты больных.

Заключение

Полученные результаты психологического исследования болезненных переживаний при дебюте шизофрении у лиц, психическое развитие которых пришлось на качественно различные условия психического развития, позволяют заключить, что в болезненных переживаниях больных находят отражение элементы структуры, сформированной в разных условиях личности. Теоретическая интерпретация полученных результатов станет предметом нашей следующей статьи.

Литература

1. *Авруцкий Г.Я.* Лечение психически больных: (руководство для врачей) / Г.Я. Авруцкий, А.А. Недува – М. : Медицина, 1981. – 496 с.
2. *Алехин А.Н.* Ценностно-смысловые ориентации подростков в различные периоды новейшей истории России / А.Н. Алехин, Н.Н. Королева, О.А. Литвиненко // Вестн. психотерапии. – 2013. – № 47 (52). – С. 98–113.
3. *Баншиков В.М.* Общая психопатология : учеб. пособие / В.М. Баншиков, Ц.П. Короленко, И.В. Давыдов. – М., 1971. – 176 с.
4. *Божович Л.И.* Личность и ее формирование в детском возрасте (психол. исслед.) / Л.И. Божович – М. : Просвещение, 1968. – 464 с.
5. *Выготский Л.С.* Кризис семи лет / Л.С. Выготский // Собр. соч. : в 6 т. – М., 1984. – Т. 1. – С. 376–385.
6. *Гиляровский В.А.* Психиатрия : руководство для врачей и студентов / В.А. Гиляровский. – 4-е изд., испр. и доп. – М. : Медгиз, 1954. – 520 с.

7. Гильбурд О.А. Шизофрения : семиотика, герменевтика, социобиология, антропология / О.А. Гильбурд. – М. : Видар, 2007. – 360 с.

8. Корсаков С.С. Общая психопатология / С.С. Корсаков ; послеслов. А.Н. Голика – М. : Бином : Лаб. знаний, 2003. – 480 с.

9. Руководство по психиатрии / под ред. А.В. Снежневского – М. : Медицина, 1983. – Т. 1. – 480 с.

10. Эльконин Д.Б. Детская психология : учеб. пособие / Д.Б. Эльконин – 4-е изд., стер. – М. : Академия, 2007. – 384 с.

УДК 616.89-07 : 612.014.421.7

*Е.В. Шульц, О.А. Вахренева,
Т.А. Каравеева, Е.И. Чехлатый*

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КЛИНИКО- ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИМ МЕТОДОМ НЕВРАСТЕНИИ И ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ РЕЗИДУАЛЬНО- ОРГАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ С НЕВРОЗОПОДОБНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

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

Введение

В настоящее время одной из актуальных задач психиатрии, имеющей важное научно-практическое значение, является дифференциальная диагностика неврастении и резидуально-органических церебральных расстройств с неврозоподобными клиническими проявлениями. Сложность в разграничении этих состояний определяется в первую очередь сходством клинических проявлений, часто их незначительной выраженностью, что требует применения, помимо клинического, других (лабораторно-инструментальных) методов исследования. Это заставляет клиницистов совместно с врачами смежных специальностей, в частности нейрофизиологами, искать новые методы оценки функционального состояния головного мозга с целью выявления дополнительных дифференциально-диагностических критериев, что, в конечном итоге, определяет адекватную стратегию терапии.

В нейрофизиологических исследованиях, помимо визуального анализа ЭЭГ, одним из широко используемых методов является спектральный

анализ с применением быстрого преобразования Фурье, позволяющий проводить анализ частотных компонентов энцефалограммы, отражающих деятельность различных систем мозга [12].

Цель настоящего исследования – изучение биоэлектрической активности мозга с использованием визуального и спектрального анализа у больных с неврастенией и резидуально-органическими неврозоподобными расстройствами.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 79 больных в возрасте от 18 до 69 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. Все обследованные больные были разделены на 2 группы.

1-ю группу составили 35 человек (6 мужчин и 29 женщин) со средним возрастом ($38,8 \pm 12,7$) года – больные с неврастенией (F48.0 по МКБ-10), диагностика которой строилась с учетом позитивных и негативных критериев, принятых в современных отечественных исследованиях [7, 9, 10]. В группу были включены больные с психогенным характером заболевания, которое возникает в результате нарушения особенно значимых отношений личности при несоответствии возможностей, средств индивида и требований действительности или при возникновении противоречий между возможностями человека и завышенными требованиями к себе. При этом из группы исключались больные с органическими изменениями головного мозга (резидуальными или текущими).

2-ю группу составили 44 человека (31 мужчина и 13 женщин) со средним возрастом ($35,9 \pm 13,2$) года – больные с неврозоподобными проявлениями резидуально-органических поражений головного мозга, включенными в раздел «Другие непсихотические расстройства, обусловленные повреждением или дисфункцией головного мозга» (F06.82 по МКБ-10). Принципиальным условием для включения в эту группу являлось окончание течения органического церебрального заболевания.

В ходе изучения основных клинических характеристик у исследуемых пациентов обеих групп определялись синдромы, объединяющие взаимосвязанную между собой симптоматику. Для каждого пациента выделялся один из шести ведущих (доминирующих) синдромов, наиболее отражающий основную направленность клинических проявлений: *тревожный, депрессивный, фобический, обсессивный, астенический, ипохондрический*.

Как видно из рис. 1, наиболее часто в обеих группах встречаются астенический и тревожный синдромы, несколько реже депрессивный, фобический, обсессивный и ипохондрический синдромы.

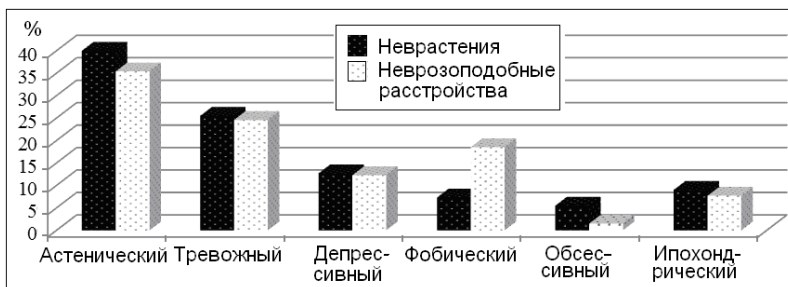


Рис. 1. Частота выявления ведущих клинических синдромов

В 3-ю (контрольную) группу вошли 24 здоровых лица (14 мужчин и 10 женщин) со средним возрастом ($30,7 \pm 10,6$) года.

ЭЭГ регистрировали на компьютерном электроэнцефалографе «Телепат 104-Д» монополярным методом с использованием стандартной международной схемы наложения электродов «10–20» (активные электроды налагали в точки $Fp_1, Fp_2, F_3, F_4, C_3, C_4, P_3, P_4, O_1, O_2, F_7, F_8, T_3-T_6$; индифферентные – на мочках левого и правого уха). Частота оцифровки сигналов составляла 250 Гц. ЭЭГ регистрировали в состоянии пассивного бодрствования при закрытых глазах.

При визуальном анализе оценивалась степень выраженности диффузных нарушений биоэлектрической активности головного мозга (в соответствии с классификацией Е.А. Жирмунской [5]) и основные показатели энцефалограммы (доминирующая активность, характеристики альфаритма, вспышки медленных волн, локальные и пароксизмальные нарушения активности, характер изменений активности мозга на фоне нагрузок).

Материалом для анализа служили сигналы отведений $Fp_1, Fp_2, F_3, F_4, C_3, C_4, P_3, P_4, O_1, O_2, F_7, F_8, T_3-T_6$. 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 (8,0–13,0), бета-1-ритма (13,1–20,0), бета-2-ритма (20,1–35,0). Математической обработке

подвергали 15 фрагментов ЭЭГ длительностью 4 с, не содержащие физиологических и физических артефактов.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы SPSS. Применяли непараметрические методы статистики с использованием критериев Манна–Уитни и Фишера. Учитывались результаты со степенью достоверности не ниже 95 % ($p < 0,05$).

Результаты и их анализ

Визуальный анализ ЭЭГ. При оценке степени выраженности диффузных нарушений биоэлектрической активности (БЭА) головного мозга выяснилось (рис. 2), что у больных обеих групп преобладающими являлись умеренные нарушения (82,9 и 79,6 % соответственно); значительно реже регистрировались нарушения средней степени выраженности (11,4 и 13,6 % соответственно) и еще реже выраженные нарушения (5,7 и 6,8 % соответственно). Достоверных различий по степени выраженности диффузных нарушений у больных в исследуемых группах не было.

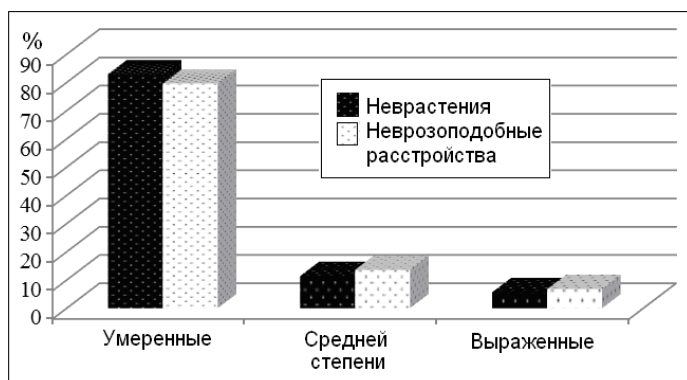


Рис. 2. Частота выраженности диффузных нарушений БЭА

Основные изменения визуальных показателей ЭЭГ у больных 1-й и 2-й групп представлены в таблице.

Частота выявления визуальных показателей ЭЭГ (%)

Показатель ЭЭГ	1-я	2-я	p <
Доминирующая активность:			
субдоминирующий альфа-ритм	74,3	63,6	
полиритмичная активность	11,4	11,4	
субдоминирующая тета-активность и бета-активность	5,7	9,1	
Распределение альфа-активности:			
с преобладанием в теменно-затылочных областях	71,4	70,5	
без регионального преобладания	20,0	13,6	
Модуляция альфа-ритма:			
слабая	28,6	20,5	
отсутствует	65,7	70,4	
Амплитудно-региональные отличия альфа-ритма:			
с тенденцией к сглаживанию и сглаженные	45,7	50,0	
отсутствуют	34,3	29,5	
Частотный затылочно-лобный градиент альфа-ритма:			
отсутствует	40,0	27,2	
инверсный	8,6	11,4	
Синхронизация альфа-ритма в передних отделах	42,9	63,6	0,05
Смена альфа-ритма кратковременными периодами десинхронизации	45,7	25,0	0,05
Билатерально-синхронные вспышки медленных волн в передних отделах	48,6	70,5	0,05
Локальные нарушения активности:			
левополушарные	40,0	22,7	0,05
правополушарные	17,1	11,4	
двусторонние	31,4	50,0	0,05
в центральных, теменных, затылочных, средневисочных и задневисочных областях	64,5	11,1	0,01
в глубоких отделах полушарий	19,4	66,7	0,01
Наличие пароксизмальных нарушений активности	34,3	59,1	0,05
Характер изменения активности при открывании глаз:			
умеренное ослабление реакции	14,3	20,6	
выраженное ослабление реакции или ее отсутствие	2,8	4,4	
Усвоение ритма при ритмической фотостимуляции:			
в диапазоне низких частот	5,7	6,8	
в диапазоне высоких частот	20,0	11,4	
в широком диапазоне частот	8,6	2,3	
Изменения активности при гипервентиляции:			
усиление альфа-активности	40,0	29,5	
появление/усиление пароксизмальной активности	34,3	59,1	

Спектральный анализ ЭЭГ. Различия по спектральной мощности и доминирующей частоте основных ритмов ЭЭГ рассматриваются между здоровыми и группами больных. На рис. 3–7 представлены наиболее показательные изменения.

Сравнительно с группой здоровых, у пациентов 1-й группы прослеживается тенденция к снижению, а у больных 2-й группы – тенденция к повышению значений спектральной мощности дельта-активности, однако достоверных различий между группами обследуемых не выявлено (рис. 3, слева). При сопоставлении групп по средним значениям доминирующей частоты дельта-активности выявлено, что, по сравнению с группой здоровых, эти значения достоверно выше у больных 1-й группы во всех областях обоих полушарий, кроме передневисочных, а у больных 2-й группы – в правых теменной, затылочной и задневисочной областях (см. рис. 3, справа). У больных 1-й группы значения доминирующей частоты дельта-активности достоверно выше, чем у больных 2-й группы, в правых теменной, затылочной и задневисочной областях.

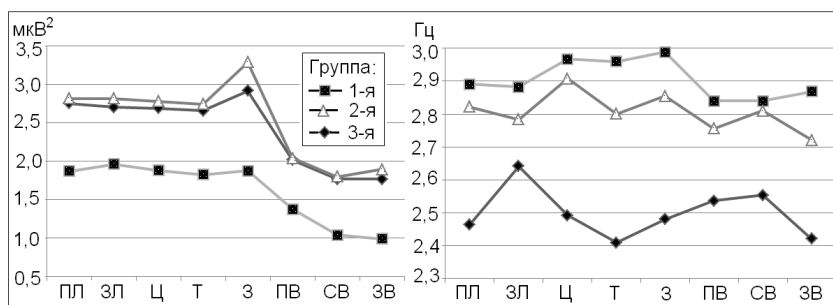


Рис. 3. Спектральная мощность (слева) и доминирующая частота (справа) дельта-активности ЭЭГ правого полушария

Здесь и на рис. 3–7 отведения: ПЛ – переднелобные, ЗЛ – заднелобные, Ц – центральные, Т – теменные, З – затылочные, ПВ – передневисочные, СВ – средневисочные, ЗВ – задневисочные

При сопоставлении групп по средним значениям спектральной мощности тета-активности видно, что, по сравнению с группой здоровых, во всех областях у больных обеих групп прослеживается тенденция к повышению значений, причем во 2-й группе эти значения выше, чем у больных 1-й группы, но не достигают уровня значимости (рис. 4, слева). Достоверные различия между здоровыми и больными 2-й группы выявляются только в правых переднелобной и височных областях, а также между здоровыми

ми и больными 1-й группы в правом переднелобном отведении. На рис. 4 (справа) видно, что, по сравнению с группой здоровых, во всех областях больных обеих групп прослеживается тенденция к повышению значений доминирующей частоты тета-активности, однако достоверных различий между группами исследуемых не выявлено.

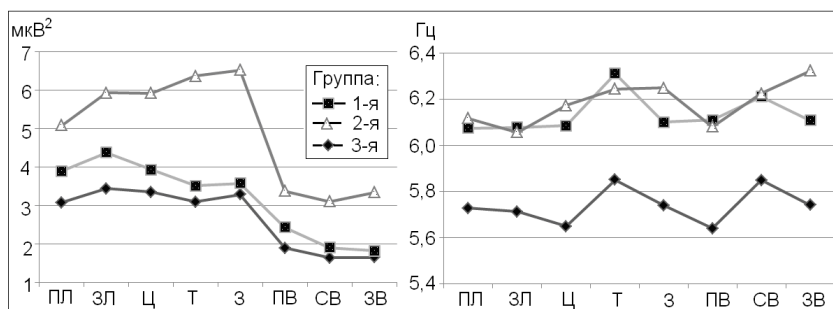


Рис. 4. Спектральная мощность (слева) и доминирующая частота (справа) тета-активности ЭЭГ правого полушария

При сопоставлении групп по средним значениям спектральной мощности альфа-ритма видно (рис. 5, слева), что, по сравнению с группой здоровых, у больных имеется тенденция к снижению значений спектральной мощности во всех областях, кроме передневисочных, которая достигает достоверной значимости в затылочных областях. Достоверных различий средних значений спектральной мощности альфа-ритма между группами больных не выявляется. При сопоставлении групп по средним значениям доминирующей частоты альфа-ритма видно (см. рис. 5, справа), что, по сравнению с группой здоровых, эти значения достоверно ниже у больных обеих групп в теменных, затылочных и височных областях. Достоверные различия средних значений частоты альфа-ритма между группами больных выявляются только в правой задневисочной области.

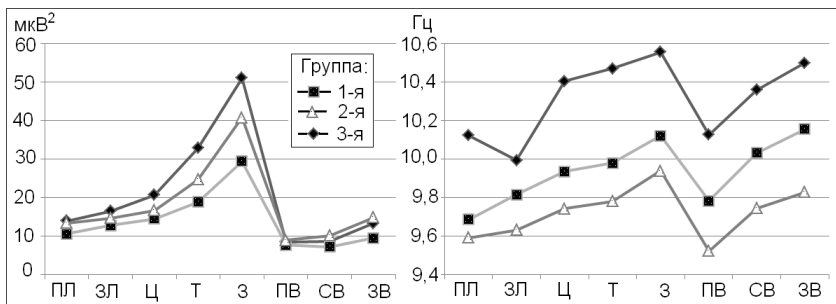


Рис. 5. Спектральная мощность (слева) и доминирующая частота (справа) альфа-ритма ЭЭГ правого полушария

Сравнительно с группой здоровых, у пациентов обеих групп наблюдается достоверное повышение спектральной мощности бета-1-активности в лобных, центральных и височных областях (рис. 6, слева). Достоверных различий показателей спектральной мощности бета-1-активности между группами больных не выявлено. Как видно из рис. 6 (справа), у больных обеих групп отмечается снижение показателей доминирующей частоты бета-1-активности, однако достоверных различий между группами исследуемых не обнаружено.

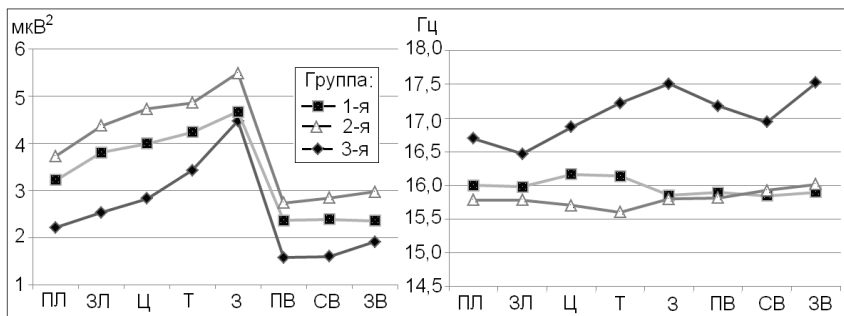


Рис. 6. Спектральная мощность (слева) и доминирующая частота (справа) Бета-1-активности ЭЭГ правого полушария

Сравнительно с группой здоровых, у пациентов обеих групп наблюдается достоверное повышение спектральной мощности бета-2-активности в лобных, центральных и височных областях (рис. 7, слева). Достоверных различий показателей спектральной мощности бета-2-активности между

группами больных не выявлено. При сопоставлении групп по средним значениям доминирующей частоты бета-2-активности выявлено, что, по сравнению с группой здоровых, эти значения у больных обеих групп выше в передних областях (лобных и передневисочных) и ниже в задних отделах (центральных, теменных, затылочных, средневисочных и задневисочных областях), однако достоверных различий между группами исследуемых не обнаружено (см. рис. 7, справа).

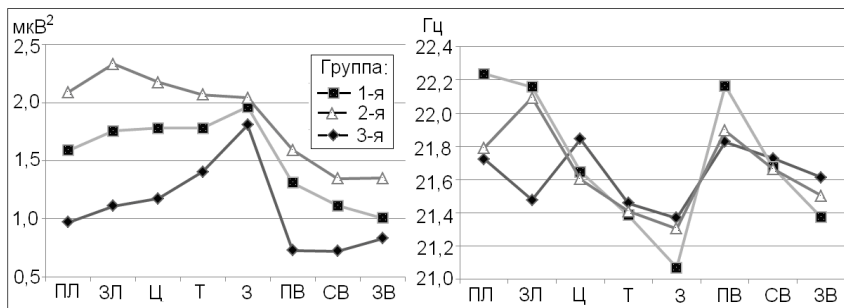


Рис. 7. Спектральная мощность (слева) и доминирующая частота (справа) бета2-активности ЭЭГ правого полушария

Результаты проведенного исследования показали, что регистрируемые у больных с неврастенией и резидуально-органическими неврозоподобными расстройствами особенности электрической активности мозга обнаруживают наличие общих для этих групп заболеваний признаков: изменение визуальных характеристик альфа-ритма, вспышки медленных волн, повышение доминирующей частоты дельта-активности, снижение спектральной мощности и доминирующей частоты альфа-активности, повышение мощности бета-1- и бета-2-активности, повышение мощности тета-активности в правой височной области.

Нарушения пространственных различий и модуляций альфа-ритма, синхронизация его, преимущественно в передних отделах, являются, по мнению многих авторов, признаком патологии головного мозга, свидетельствующим о дисфункции синхронизирующих структур, в первую очередь диэнцефальных (таламус, передний гипоталамус), при одновременном уменьшении влияния активирующих систем ретикулярной формации [1–4, 6, 11, 13].

Появление билатерально-синхронных вспышек медленных волн, преимущественно в передних отделах, также отражает заинтересованность стволовых структур, в большей степени на диэнцефальном уровне.

В ходе спектрального анализа ЭЭГ у больных 1-й группы и в меньшей степени 2-й группы было обнаружено повышение доминирующей частоты дельта-активности, однако нейрофизиологическая трактовка этого факта затруднена, так как в литературе отсутствуют сведения о частотных сдвигах в диапазоне дельта-активности.

Выявленное в результате исследования снижение представленности альфа-ритма у больных обеих групп обусловлено вытеснением альфа-ритма другими видами активности – тета и бета – вплоть до практически полной замены альфа-активности регулярными тета- и бета-ритмами. Повышение мощности тета-активности отражает усиление влияния на кору как со стороны лимбических (в первую очередь септогиппокампальных), так и стороны диэнцефальных (преимущественно переднего гипоталамуса) структур, а большая выраженность изменений в правом полушарии объясняется более тесными его функциональными связями с лимбико-диэнцефальными образованиями [1, 2, 8].

Наряду с общими изменениями ЭЭГ у больных с неврастенией и резидуально-органическими неврозоподобными расстройствами выявляется и ряд отличий. Особого внимания заслуживает факт частого выявления у больных 1-й группы локальных нарушений активности в задних отделах левого полушария с фокусированием вокруг теменной и височной областей. По мнению ряда авторов, локальные вспышки являются признаком местных нарушений активности коры головного мозга вследствие функциональных или деструктивных изменений [6, 11]. С другой стороны, имеются исследования, результаты которых определенно указывают на то, что регистрируемая от поверхности теменных и височных областей неокортекса активность может являться своего рода артефактом, связанным с чисто физическим распространением мощного электрического поля, генерируемого гиппокампом, до поверхности коры [3]. Исходя из указанных выше фактов, можно предположить, что у больных с неврастенией локальные нарушения являются отражением изменения функциональной активности либо самой коры (левой теменно-височной области, функцией которой является восприятие и переработка вербальных стимулов), либо активированного гиппокампа, то есть обнаруживается активация систем мозга, ответственных за эмоционально-мотивационное поведение.

У больных с резидуально-органическим поражением головного мозга, сопровождающимся неврозоподобной симптоматикой, более часто обнаруживаются изменения (синхронизация альфа-ритма, в большей степени в передних отделах; появление билатерально-синхронных вспышек медленных волн; пароксизмальная активность), которые отражают дисфункцию структур головного мозга, в первую очередь его диэнцефально-стволовых образований.

Заключение

Результаты проведенного исследования позволяют сделать следующие выводы:

1. У больных с неврастениями и резидуально-органическими неврозоподобными расстройствами выявляются общие признаки дисфункции систем мозга, которые оказывают существенное влияние на организацию электрической активности головного мозга: неспецифической системы (основными отделами которой являются: мезэнцефальная ретикулярная формация, ретикулярная формация продолговатого мозга, неспецифические ядра таламуса и пути их связей с выше- и нижележащими структурами, неспецифическая система коры) и биологически специфической лимбической системы (основными структурами которой являются гипоталамус и гиппокамп);

2. Выявленные изменения ЭЭГ не носят специфического (характерного только для этих групп заболеваний) характера и чаще являются умеренно нарушенными;

3. Несмотря на сходство организации электрической активности головного мозга, больные с неврастенией и резидуально-органическими неврозоподобными расстройствами имеют отличительные особенности визуальных и спектральных характеристик, характеризующие каждую изученную группу. Обнаруженные между группами больных различия свидетельствуют о наличии у больных с неврастенией активации систем мозга, ответственных за эмоционально-мотивационное поведение, а у больных с резидуально-органическими неврозоподобными расстройствами – более выраженной дисфункции диэнцефально-стволовых образований;

4. Дальнейший поиск дополнительных дифференциально-диагностических электроэнцефалографических критериев для четкого отграничения невротических расстройств от неврозоподобных состояний является перспективным и имеет не только принципиально теоретическое, но и важное

практическое значение, так как, в конечном счете, определяет тактику лечения и его эффективность.

Литература

1. Биопотенциалы мозга человека (математический анализ) / под ред. В.С. Русинова. – М. : Медицина, 1987. – 256 с.
2. *Болдырева Г.Н.* Роль регуляторных структур мозга в формировании ЭЭГ человека / Г.Н. Болдырева, Е.В. Шарова, И.С. Добронравова // Физиол. человека. – 2000. – Т. 26, № 5. – С. 19–34.
3. *Гусельников В.И.* Электрофизиология головного мозга / В.И. Гусельников. – М. : Высш. шк., 1976. – 423 с.
4. *Егорова И.С.* Электроэнцефалография / И.С. Егорова. – М. : Медицина, 1973. – 296 с.
5. *Жирмунская Е.А.* Клиническая электроэнцефалография / Е.А. Жирмунская. – М. : Мейби, 1991. – 77 с.
6. *Жирмунская Е.А.* Системы описания и классификация электроэнцефалограмм человека / Е.А. Жирмунская, В.С. Лосев. – М. : Наука, 1984. – 79 с.
7. *Карвасарский Б.Д.* Неврозы: руководство для врачей. – 2-е изд., перераб. и доп. / Б.Д. Карвасарский. – М. : Медицина, 1990. – 576 с.
8. *Кирой В.Н.* Электроэнцефалограмма и функциональные состояния человека / В.Н. Кирой, П.Н. Ермаков. – Ростов н/Д : Изд-во Рост. ун-та, 1998. – 264 с.
9. *Колотильщикова Е.А.* Обоснование психологических механизмов невротических расстройств / Е.А. Колотильщикова // Вестн. психотерапии. – 2011. – № 39 (44). – С. 64–79.
10. Нейропсихологические исследования при невротических расстройствах : клинико-патогенетический и дифференциально-диагностические аспекты / А.У. Тархан, И.Н. Бабурин, Д.О. Белогорцев и [др.] // Вестн. психотерапии. – 2012. – № 42 (47). – С. 61–84.
11. *Поворинский А.Г.* Пособие по клинической электроэнцефалографии / А.Г. Поворинский, В.А. Заболотных. – Л. : Наука, 1987. – 62 с.
12. *Слезин В.Б.* Новые электрофизиологические методы диагностики в психоневрологии : метод. рекомендации / В.Б. Слезин, Н.В. Щукина. – СПб., 1993. – 15 с.
13. *Andersen P.* Physiological basis of the alpha-rhythm / P. Andersen, S.A. Andersson. – New York : Appleton-Century Crofts, 1968. – 235 p.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ. ПСИХОПРОФИЛАКТИКА

УДК 159.9

Р.М. Грановская, С.М. Шингаев

ИЗУЧЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург;
Санкт-Петербургская академия постдипломного педагогического образования

Введение

Проблема профессионального здоровья руководителей является областью междисциплинарных исследований. В медицинском обеспечении профессиональной деятельности профессиональное здоровье традиционно рассматривается через призму диагностики расстройств, отклонений от нормы и выработки рекомендаций по сохранению прежде всего физической составляющей здоровья [11, 12]. Говоря о психологическом обеспечении профессионального здоровья, исследователи сосредотачиваются на профилактике профессионального выгорания и стрессов на рабочем месте, а также использовании психологических знаний с целью повышения компетентности профессионалов в области здоровья, укрепления резервных возможностей человека, выработки навыков здорового образа жизни [1, 3, 5, 10, 13, 16]. Социальный компонент профессионального здоровья анализируется через призму гармоничности отношений личности профессионала с социальным окружением, адаптированности личности в социуме, способности человека выполнять социально одобряемые функции, а также социальной зрелости личности [1, 4, 6, 10, 13].

На наш взгляд, не менее важно рассмотрение проблемы профессионального здоровья также через призму психофизиологического обеспечения, которое позволяет прогнозировать состояние соматического, психического здоровья руководителей и осуществлять соответствующие психолого-педагогические, медико-физиологические коррекционные и реабилитационные мероприятия с целью обеспечения эффективной профессиональной деятельности при адекватных физиологических затратах.

К психологическим факторам профессионального здоровья мы относим стресс-факторы профессиональной деятельности (как проявления внешней среды, в которой протекает деятельность человека) и индивидуально-психологические особенности личности профессионала (как проявления внутренней среды, детерминирующей когнитивный, эмоциональный и поведенческий модули профессионального здоровья). Предлагаемая структура психологических факторов профессионального здоровья, по нашему убеждению, позволяет охватить все многообразие психологических детерминант здоровья в профессиональной деятельности руководителя и используется нами при проведении эмпирического исследования

Цель исследования – изучить психологические факторы профессионального здоровья руководителей.

Материалы и методы

Обследовали 651 руководителя разного уровня, мужчин было 291 человек (44,7 %), женщин – 360 человек (55,3 %). Средний возраст составил около 35 лет. 78 % руководителей были женаты/замужем, 12 % – холосты/незамужем, 10 % – разведены.

При сборе эмпирического материала применялись методы наблюдения, опроса, анкетирования, тестирования, интервью. Для исследования психологических факторов профессионального здоровья руководителей использовались психодиагностические методики, предназначенные для изучения когнитивного, поведенческого и эмоционального компонентов здоровья:

– шкала диагностики поведения типа А С.Д. Положенцева, Д.А. Руднева [2];

– опросник «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций» С. Хобфолла (SACS) [7];

– копинг-тест Р. Лазаруса [14];

– опросник У. Шааршмидта (AVEM) [17];

– опросник К. Маслач и С. Джексон (адаптация Н.Е. Водопьяновой, Е.С. Старченковой) [8];

– авторские анкеты «Симптомы стресса» и «Способы снятия стресса» [16];

– методики диагностики личностных потенциалов руководителя (регулятивного потенциала) – шкала экстернального-интернального контроля Дж. Роттера [9];

- модифицированная методика Н.Б. Стамбуловой (ММС, модификация С.М. Шингаева) [15];
- методика коммуникативного потенциала – методика Г. Айзенка [9];
- методика измерения эмпатии, affiliативных тенденций и чувствительности к отвержению А. Меграбяна) [9].

Полученные в ходе исследования данные подвергли статистической обработке с использованием программы SPSS for Windows 12.0: вычисляли средние величины, стандартное отклонение средних величин, использовали корреляционный и множественный регрессионный анализ.

Результаты и их анализ

Обобщенный портрет руководителя с точки зрения профессионального здоровья (по результатам шкалы диагностики поведения личности типа «А» С.Д. Положенцева и Д.А. Руднева) выглядит следующим образом: уровни энергичности, давления фактора времени, вовлеченности в работу, энергичности и соревновательности, амбициозности – высокие; специфичность поведения и сдерживание эмоций – на среднем уровне; враждебность – на низком уровне (рис. 1).

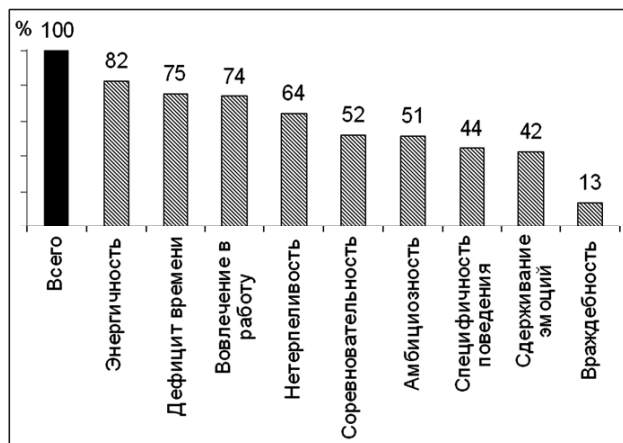


Рис. 1. Обобщенный портрет руководителя с точки зрения профессионального здоровья (%)

Большинство руководителей относятся к людям типа А (60 % опрошенных), которых отличает в целом высокий уровень стремлений к достижению успеха и состязательности, большая напористость, наличие

больших карьерных устремлений, энергичных, постоянно стремящихся сделать как можно больше в самый короткий промежуток времени. 37 % руководителей относятся к категории лиц типа В – с низким уровнем амбициозности, напористости, честолюбия, соревновательности. 3 % руководителей относится к смешанному типу АВ.

Руководители с высоким уровнем амбициозности, нетерпеливости, энергичности и склонности к поведению типа А склонны к увеличению продолжительности своего рабочего дня. Корреляционные связи между специфичностью поведения ($r = 0,36$; $p < 0,01$), вовлеченностью в работу ($r = 0,43$; $p < 0,01$) и продолжительностью рабочего дня у руководителя высоко значимые.

Руководители-мужчины отличаются от руководителей-женщин большей амбициозностью, более развитым умением сдерживать эмоции, соревновательностью ($p < 0,05$). С возрастом у руководителей значимо снижается амбициозность, враждебность, соревновательность ($p < 0,05$).

Симптоматика стресса у руководителей с точки зрения психофизиологии выглядит следующим образом: 63 % респондентов отмечают у себя повышенную раздражительность, 52 % – периодически возникающее подавленное настроение, 47 % – неспособность чувствовать симпатию к другим людям, 46 % – нарушения сна, 43 % – повышенное артериальное давление, 23 % – невозможность сосредоточить внимание на работе, 22 % – мышечное напряжение, 22 % – нарушения аппетита и пищеварения, 18 % – сильную и быструю смену настроения, по 17 % – чувство усталости и ухудшение количественных и качественных показателей работы, 16 % – стойкие головные боли, по 10 % – переедание, злоупотребление курением и увеличение потребления алкоголя, 7 % – немотивированное беспокойство по разным поводам, 4 % – сексуальные проблемы.

Результаты исследования профессионального выгорания руководителей по опроснику К. Маслач и С. Джексона показывают, что у 63 % исследуемых выражены проявления эмоционального истощения (отмечаются переживания сниженного эмоционального настроения, потеря интереса к окружающему, эмоциональное перенасыщение, периодически появляющихся агрессивных реакциях, вспышках гнева); у 65 % – деперсонализации (происходит обесценивание отношений с коллегами, проявляется циничность по отношению к чувствам и переживаниям других людей, снижаются отзывчивость, соучастие, сочувствие); у 80 % – редукации персональных достижений (происходит снижение значимости всего того, что достигнуто в

профессиональном плане, снижении личностной и профессиональной самооценки).

Изучение взаимосвязей шкал по опроснику К. Маслач и С. Джексона и шкал поведения личности по типу А проводилось с помощью корреляционного анализа. Анализ показал, что уровень эмоционального истощения имеет положительную корреляционную связь с дефицитом времени, который испытывает руководитель в профессиональной деятельности ($r = 0,45$; $p < 0,01$) и отрицательную связь с показателями «Соревновательность» ($r = -0,38$; $p < 0,01$) и «Сдерживание эмоций» ($r = -0,30$; $p < 0,05$). Существует положительная корреляционная связь уровня деперсонализации с показателями «Соревновательность» ($r = 0,26$; $p < 0,05$) и «Энергичность» ($r = 0,26$; $p < 0,05$). Установлена положительная корреляционная связь редукции персональных достижений с энергичностью ($r = 0,27$; $p < 0,01$) и отрицательная корреляционная связь с дефицитом времени ($r = -0,33$; $p < 0,05$), сдерживанием эмоций ($r = -0,47$; $p < 0,01$), амбициозностью ($r = -0,27$; $p < 0,05$), нетерпеливостью ($r = -0,28$; $p < 0,05$).

Анализ корреляционных связей профессионального выгорания (по методике У. Шааршмидта) и шкал поведения личности типа А показал, что менее вовлеченные в работу руководители, как правило, отличаются меньшей выраженностью проявлений профессионального выгорания ($p < 0,005$).

Интернальный локус контроля (по шкале Дж. Роттера) чаще всего присущ руководителям старшего возраста и с большим трудовым стажем ($r = -0,20$; $p < 0,05$). Их отличает высокий уровень энергичности (по шкале диагностики поведения личности типа А, $r = -0,22$; $p < 0,05$), враждебности (по шкале диагностики поведения личности типа А, $r = 0,20$; $p < 0,05$) и преимущественное использование стратегии «Ассертивные действия» (по методике SACS, $r = -0,23$; $p < 0,05$).

Обнаружены взаимосвязи копинг-стратегий (по методике Р. Лазаруса) с рядом индивидуально-психологических качеств руководителей. Чем более ярко проявляется интернальность у руководителей, тем чаще они в качестве копинг-стратегии используют кофронтационный копинг ($p < 0,05$).

Руководители с недостаточно выраженной целеустремленностью (методика ММС) чаще используют копинг-стратегии «Дистанцирование», «Бегство-избегание» и реже – «Планирование решения проблемы» и «Положительная переоценка» (по Р. Лазарусу). Руководители с недостаточно выраженной решительностью чаще реализуют копинг-стратегии «Бегство-

избегание» и «Дистанцирование» и реже – «Планирование решения проблемы» и «Положительная переоценка».

Выявлена взаимосвязь волевых качеств (по методике ММС) и показателей шкалы диагностики поведения личности типа А. Поведение личности типа А встречается больше среди решительных ($r = 0,26$; $p < 0,05$), инициативных ($r = 0,34$; $p < 0,01$) и настойчивых ($r = 0,32$; $p < 0,05$) руководителей.

Для изучения взаимосвязи зависимой переменной (показатели шкалы поведения типа А) и нескольких независимых переменных (показатели волевых качеств по методике ММС) мы использовали множественный регрессионный анализ. Развитие поведенческих проявлений, присущих типу А, возможно при высоком уровне инициативности-самостоятельности, настойчивости-упорства и низком уровне самообладания-выдержки. Для прогнозирования поведения типа А уравнение регрессии имеет следующий вид:

$$A = 142,254 + 2,094X_1 - 1,733X_2 + 1,708X_3,$$

где А – поведение личности типа А (от 181 балла и выше);

X_1 – показатели инициативности-самостоятельности;

X_2 – показатели самообладания-выдержки;

X_3 – показатели настойчивости-упорства.

Как видно из уравнения, в наибольшей степени на проявление исследуемой формы поведения (типа А) влияет волевое качество «Инициативность-самостоятельность».

Руководителей с высоким уровнем нейротизма (по методике Г. Айзенка) отличает: по шкале поведения личности типа А – высокая нетерпеливость ($r = 0,24$; $p < 0,05$), враждебность ($r = 0,32$; $p < 0,01$), постоянное давление фактора времени ($r = 0,31$; $p < 0,01$), низкая способность сдерживать свои эмоции ($r = -0,28$; $p < 0,01$); преимущественное использование таких стратегий преодоления стрессовых ситуаций (по методике SACS), как «Агрессивные действия» ($r = 0,32$; $p < 0,01$), «Импульсивные действия» ($r = 0,26$; $p < 0,01$), «Поиск социальной поддержки» ($r = 0,19$; $p < 0,05$), и более редкое использование стратегии «Ассертивные действия» ($r = -0,21$; $p < 0,05$).

Чем более выражена интроверсия у руководителей (по методике Г. Айзенка), тем чаще в качестве копинг-стратегии они применяют «Принятие ответственности» (по методике Р. Лазаруса). Чем меньше уровень нейро-

тизма, тем чаще используется в качестве ведущей стратегия «Планирование решения проблемы» ($p < 0,05$).

Руководители с ярко выраженной экстраверсией в качестве способов снятия стресса чаще используют секс и экстремальные виды спорта. Управленцы с выраженным нейротизмом чаще используют при снятии стресса еду и реже – путешествия.

Руководители с высоким уровнем эмпатии (по методике А. Меграбяна) склонны использовать копинг-стратегию «Положительная переоценка» (по Р. Лазарусу) с высоким уровнем присоединения и низким уровнем чувствительности к отвержению – «Планирование решения проблемы» ($p < 0,05$). Руководители с низким уровнем чувствительности к отвержению отличаются высоким уровнем амбициозности ($r = -0,621$; $p < 0,01$), соревновательности ($r = -0,51$; $p < 0,05$), вовлеченности в работу ($r = -0,50$; $p < 0,05$) и общими высокими показателями по шкале поведения личности типа А ($r = -0,48$; $p < 0,05$). Руководители с высоко развитой эмпатией чаще идут на использование в конфликтных ситуациях стратегии преодоления «Агрессивные действия» ($r = 0,64$; $p < 0,01$), а управленцы с высоко развитым присоединением – стратегии «Поиск социальной поддержки» ($r = 0,50$; $p < 0,05$).

Для изучения взаимосвязи зависимой переменной (показатели шкалы поведения типа А) и нескольких независимых переменных (показатели экстраверсии, нейротизма по методике Г. Айзенка) мы использовали множественный регрессионный анализ. Уравнение регрессии имеет следующий вид:

$$A = 141,064 + 2,562X,$$

где А – поведение личности типа А (от 181 балла и выше);

Х – показатели экстраверсии.

Оказалось, что чем ярче выражена экстраверсия у руководителя, тем выше риск приобретения поведения типа А.

В стрессовых ситуациях руководители чаще всего используют стратегию «Поиска социальной поддержки» (47 % опрошенных), в меньшей степени – «Агрессивные действия» (36 %), «Вступление в социальный контакт» (29 %), «Ассертивные действия» (27 %), «Асоциальные действия» (24 %), «Избегание» (23 %) (рис. 2).

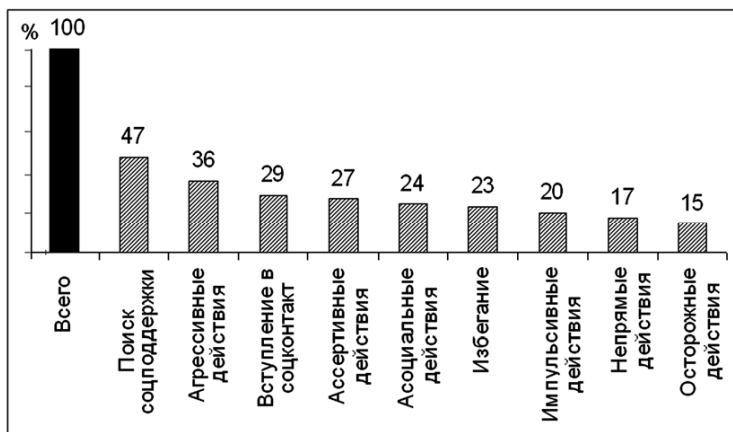


Рис. 2. Стратегии преодоления стрессовых ситуаций руководителями по методике SACS (%)

Руководители-женщины чаще руководителей-мужчин в стрессовых ситуациях проявляют стратегии «Вступление в социальный контакт», «Поиск социальной поддержки», «Импульсивные действия» ($p < 0,05$) и реже – стратегию «Асоциальные действия» ($p < 0,05$).

Чем старше руководители, тем реже они используют асоциальные и агрессивные действия в своей профессиональной деятельности и чаще – ассертивные действия и вступление в социальный контакт ($p < 0,05$).

Как показали наши исследования, в качестве основных способов борьбы со стрессом руководители используют: общение с друзьями (на это указали 62 % опрошенных), юмор, смех (53 %), поездки за город на природу (49 %), занятия спортом (42 %), музыку, сон, секс (по 38 %), хобби (36%), прогулки, общение с родственниками (по 35%), шопинг (34 %), водные процедуры (баня, сауна, душ, бассейн) (33 %), путешествия (30 %), чтение, употребление алкоголя (по 28 %), работу (26 %), общение с домашними животными (24%), просмотр телепередач (23 %), курение (20 %), еду (18 %), экстремальные виды спорта (14 %), йогу (7 %), прием медикаментов (5 %).

Реже для снятия стресса используются арома-процедуры, чтение развлекательной прессы (сборники анекдотов, юмористические журналы и пр.), горячая ванна с пеной, танцы (чаще упоминается женщинами), общение с деревьями, полное уединение, посещение футбольных матчей любимой команды, поиск информации о людях, попавших в более трудное по-

ложение, и о том, как они из этого выходили, массаж, просмотр фотографий любимой дочери на мобильном телефоне, специальные чаи и травяные настои, обучение на семинарах и тренингах, верховая езда, компьютерные игры, общение с ребенком, альпинизм, битье подушки.

Мужчины-руководители чаще используют для снятия стресса алкоголь ($r = 0,25$; $p < 0,01$) и занятия спортом ($r = 0,18$; $p < 0,05$); для женщин более характерны шопинг ($r = 0,36$; $p < 0,01$) и общение с родственниками ($r = 0,27$; $p < 0,01$).

Одинокие руководители (неженатые/незамужние, холостые, разведенные, вдовцы/вдовы), в отличие от семейных, чаще в качестве способа снятия стресса используют «Общение с домашними животными» ($r = 0,19$; $p < 0,05$).

Выводы

1. Учет психофизиологической составляющей в профессиональном здоровье руководителей позволяет нам рассматривать личность управленца с позиции устойчивой саморегулирующейся системы, поддерживающей себя, самосовершенствующейся и успешно адаптирующейся к изменениям внешней среды.

2. Профессиональное здоровье в структуре профессиональной деятельности руководителей выступает в качестве стратегического ресурса, позволяющего с наименьшими затратами проходить все этапы профессионального пути и обеспечивающего эффективность, качество и надежность самой профессиональной деятельности. По существу, можно утверждать о важности учета знаний психофизиологических закономерностей в укреплении профессионального здоровья руководителей разного уровня.

3. К психологическим факторам профессионального здоровья мы относим стресс-факторы профессиональной деятельности (как проявления внешней среды, в которой протекает деятельность человека) и индивидуально-психологические особенности личности профессионала (как проявления внутренней среды, детерминирующей когнитивный, эмоциональный и поведенческий модули профессионального здоровья).

4. Существует взаимосвязь личностных потенциалов руководителей и особенностей их профессионального здоровья. Установлено, что управленцы с ярко выраженным самообладанием чаще всего идут на копинг-стратегии «Планирование решения проблемы» и «Положительная переоценка». Управленцы, обладающие сильными волевыми качествами (целеустремленностью, решительностью, инициативностью, настойчивостью и

выдержкой), реже используют стратегии «Избегание» и «Агрессивные действия» и чаще – «Ассертивные действия». Развитие волевых качеств рассматривается нами как один из важнейших компонентов формирования крепкого профессионального здоровья руководителей.

Литература

1. *Березовская Р.А.* Проблема профессионального здоровья в менеджменте / Р.А. Березовская, С.М. Шингаев // Петербургская школа психологии: прошлое, настоящее, будущее (40 лет факультету психологии СПбГУ). – СПб. : СПбГУ, 2006. – С. 107–111.
2. *Березовская Р.А.* Профессиональное здоровье менеджера / Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности / под ред. Г.С. Никифорова, М.А. Дмитриевой, В.М. Снеткова. – СПб. : Речь, 2001. – С. 267–275.
3. *Гончаров С.Ф.* Профессиональное здоровье и методы его количественной оценки / С.Ф. Гончаров, А.Ф. Бобров, В.Ю. Щепланов // Бизнес и здоровье. – М., 1994. – Т. 1. – С.17–18.
4. *Грановская Р.М.* Творчество и конфликт в зеркале психологии / Р.М. Грановская. – СПб. : Речь. 2010. – 414 с.
5. *Грановская Р.М.* Элементы практической психологии / Т.М. Грановская. – СПб. : Речь, 2010. – 652 с.
6. *Друкер П.Ф.* Эффективный управляющий / П.Ф. Друкер. – М. : Book Chamber International, 1994. – 266 с.
7. *Водопьянова Н.Е.* Стратегии и модели преодолевающего поведения / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова // Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности / под ред. Г.С. Никифорова, М.А. Дмитриевой, В.М. Снеткова. – СПб. : Речь, 2001. – С. 311–321.
8. *Водопьянова Н.Е.* Методический инструментарий для изучения синдрома выгорания / Психодиагностика стресса. – СПб. [и др.] : Питер, 2001. – 560 с.
9. *Елисеев О.П.* Практикум по психологии личности / О.П. Елисеев. – 3-е изд., перераб. – СПб. [и др.] : Питер, 2010. – 507 с.
10. Проблема профессионального здоровья в авиационной медицине / С.А. Бугров, Э.В. Лапаев, В.А. Пономаренко, Г.П. Ступаков // Воен.-мед. журн. – 1993. – № 1. – С. 61–64.
11. Профессиональное здоровье оперативного персонала АЭС: методы сохранения и восстановления / В.И. Евдокимов, Г.Н. Родугин, В.Л. Маршук [и др.]. – М. ; Воронеж : Истоки, 2004. – 250 с.

12. Психология профессионального здоровья / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб. : Речь, 2006. – 480 с.

13. Рыбников В.Ю. Оценка и прогнозирование защитно-совладающего поведения личного состава спасательных воинских формирований МЧС России / В.Ю. Рыбников, А.А. Кузменко // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2013. – № 2. – С. 79–84.

14. Шингаев С.М. Диагностика стратегий преодоления стрессовых ситуаций // Психология менеджмента : практикум / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб. : Речь, 2010. – С. 371–375.

15. Шингаев С.М. Оценка регулятивного потенциала менеджера // Психология менеджмента : практикум / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб. : Речь, 2010. – С. 362–370.

16. Шингаев С.М. Психологическое обеспечение профессионального здоровья менеджеров : монография. – СПб. : Изд. СПбГУ, 2011. – 176 с.

17. Schaarschmidt U. AVEM – ein diagnostisches Instrument zur Differenzierung von Typen gesundheitsrelevanten Verhaltens und Erlebens gegenüber der Arbeit / U. Schaarschmidt, A.W. Fischer / Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie. – 1997. – Vol. 18, Heft 3. – S. 151–163.

УДК 616.89 : 159.9

В.А. Кобзов, А.С. Слюсарев

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА МОЛОДОГО ПОПОЛНЕНИЯ СУХОПУТНЫХ ВОЙСК РОССИИ

Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко, Москва

Введение

В настоящее время общепризнано, что степень боеготовности и боеспособности войск находится в прямой зависимости от уровня психического здоровья военнослужащих, а его сохранение и укрепление является важной задачей военной психиатрии [3, 4]. При этом психогигиена и психопрофилактика в армии составляют часть системы общих гигиенических и профилактических мероприятий, проводимых в государстве [6]. Неслучайно наиболее актуальные (социально-обусловленные) психические заболевания, характерные для современной молодежи (личностные расстрой-

ства, неврозы, аддикции), находят свое отражение и в армейской среде, прежде всего среди молодого пополнения [2].

Несмотря на проводимые в Вооруженных силах Российской Федерации в течение многих лет психопрофилактические мероприятия, существенного повышения психического здоровья военнослужащих в Сухопутных войсках не отмечается [2, 4].

Психические нарушения у военнослужащих возникают преимущественно в начальном (адаптационном) периоде службы [5, 6], наиболее сложном для организации психопрофилактических мероприятий, и представлены, как правило, пограничными психическими расстройствами. В связи с этим первостепенное значение в войсках имеет психопрофилактическая работа в период адаптации к военной службе (в первые месяцы службы), когда, наряду с декомпенсацией ранее имевших место заболеваний, могут возникать различные дезадаптационные расстройства.

В настоящее время основным методом оценки психического состояния военнослужащих при психопрофилактических обследованиях является уровневый подход с выделением 4 групп нервно-психической устойчивости (НПУ). При обследовании военнослужащих во всех случаях выявляются лица как с высокой НПУ (I группа), так и с низкой – условно годные к военной службе (IV группа). Это позволяет разделить обследуемый контингент по уровню психического здоровья и выделить «группу риска», нуждающуюся в последующем динамическом наблюдении.

Помимо этого следует подчеркнуть, что оценка НПУ, планирование дальнейших психопрофилактических мероприятий и прогноз психического здоровья осуществляются, как правило, на 1-м месяце военной службы, когда адаптационные нарушения только начинают формироваться. К числу основных причин, ограничивающих эффективность уровневой оценки, относится необходимость дихотомической оценки психического состояния с разделением военнослужащих на «здоровых» и «больных», что, в свою очередь, приводит к неадекватным диагностическим и терапевтическим действиям и организационным решениям. Следствием этого, в частности, является завышенная «группа риска», составляющая, как правило, не менее 30 % обследуемых лиц, что практически исключает возможность последующей эффективной профилактической работы.

При этом военнослужащие проходят громоздкое, длительное по времени обследование, которое в конечном счете не отражает в полной мере всех особенностей психического состояния, а меры психолого-воспитательного характера начинают применяться лишь на 2–3-м месяце военной

службы, когда нарушения адаптации уже достигают клинического уровня. Последующее изучение личного состава направлено, как правило, на изучение отдельных качеств личности военнослужащих в интересах решения стоящих задач, без проведения вытекающих из результатов такого изучения медико-психологических интервенций. Такая незавершенность цикла психопрофилактических мероприятий в период адаптации к военной службе в силу однонаправленности усилий преимущественно в психодиагностическом плане без проведения вытекающих из этапа диагностики психокоррекционных мероприятий не позволяет существенным образом влиять на снижение психической заболеваемости.

Таким образом, наибольшая психическая заболеваемость военнослужащих, проходящих военную службу по призыву в Сухопутных войсках, отмечается в период адаптации к военной службе. Так, из числа госпитализированных в психиатрический стационар 23 % военнослужащих, проходящих военную службу по призыву, госпитализированы на 1-м месяце военной службы, 18,7 % – на 2-м и 12,3 % – на 3-м. В структуре заболеваемости адаптационного периода преобладают личностные и невротические расстройства, из которых 93,3 % – умеренно выраженные.

Необходимость совершенствования диагностической оценки психического здоровья военнослужащих привела к разработке системы многомерного скрининга психического здоровья военнослужащих, который может быть положен в основу мониторинга психического здоровья [1]. Получены убедительные данные, свидетельствующие о том, что при оценке и прогнозе психического здоровья военнослужащего следует делать акцент на комплексной оценке адаптации личности к военной службе, а не опираться на отдельные качества призывника (когнитивные способности, НПУ). Такую комплексную оценку адаптации военнослужащего позволяет сделать многомерный скрининг психического здоровья военнослужащих.

Материалы и методы

С целью совершенствования системы психопрофилактики для снижения уровня психической заболеваемости в Сухопутных войсках в период адаптации к военной службе проведены мероприятия психопрофилактического мониторинга, представляющего собой повторное проведение психопрофилактических циклов. Каждый такой цикл представляет собой комплекс психодиагностических и психокоррекционных мероприятий.

Психодиагностические мероприятия представляют собой регулярные скрининговые обследования военнослужащих с дифференцированной экс-

пресс-оценкой их психического состояния. Такая экспресс-оценка включает в себя совмещение двух основных осей: субъективной самооценки своего психического состояния и оценки военно-профессиональной деятельности.

Обследовали 296 военнослужащих, проходящих военную службу по призыву в возрасте от 18 до 24 лет, в среднем $(18,9 \pm 0,7)$ года в период с июня по декабрь 2012 г.

Для оценки «субъективной» психологической адаптации использовали тест «Нервно-психическая адаптация», разработанный И.Н. Гурвичем (1992). Тест основан на концептуальной модели предболезненных состояний в психиатрии и предназначался для определения уровня (качества) нервно-психической адаптации путем установления наличия и выраженности у индивида отдельных болезненных симптомов. Вопросы теста составлены таким образом, что позволяли оценить психические и психосоматические нарушения в баллах: от 1 (при постоянном наличии симптоматики) до 5 баллов (при полном отсутствии симптоматики как в момент обследования, так и в прошлом). Бланки теста НПА обследуемые военнослужащие заполняли в течение 10–15 мин, и в дальнейшем они обрабатывались средним медицинским работником или другим специально проинструктированным лицом. Обработка одного бланка занимала, при наличии навыков, не более 1 мин. Заполненные бланки ответов теста НПА обрабатывали путем арифметического сложения баллов по каждому из 26 вопросов. Распределение военнослужащих по группам НПА производили на основании итоговой суммы баллов. Кроме того, все вопросы теста, в соответствии с выявляемой симптоматикой, были разделены на 5 кластеров: астенический, висцерально-вегетативный, аффективный, тревожный и социальная отгороженность, что позволило более детально изучить особенности психического состояния каждого военнослужащего и индивидуализировать психокоррекционные мероприятия.

Для оценки характеристик военно-профессиональной адаптации (ВПА) использовали разработанную Б.С. Фроловым (1982) анкету динамического наблюдения, которая заполнялась командирами подразделений и представлялась в медицинскую службу. В ней предусмотрена оценка качества ВПА по следующим основным сферам жизнедеятельности военнослужащих: «дисциплина», «учеба» (боевая и физическая подготовка), «взаимоотношения с командованием», «взаимоотношения с сослуживцами», «психологическая устойчивость», «профессиональная пригодность». По каждому из перечисленных параметров военнослужащим выставляли оценку по 5-балльной системе, после чего определяли «общую оценку

прохождения военной службы», или ВПА (как среднюю арифметическую величину выставленных оценок), которую заносили в соответствующую графу данной анкеты.

Результаты и их анализ

Для оценки полученных результатов использовали систему квартильного распределения военнослужащих по уровню адаптации. При этом выявление лиц, требующих проведения психокоррекционных мероприятий, осуществляли на основании выделения группы из 25 % военнослужащих (нижний квартиль), имеющих наиболее низкие показатели адаптации, что позволяет полностью охватить лиц с признаками психических расстройств разного уровня. На основании такого распределения весь обследуемый контингент разделили на 3 группы: высокого риска (имеющие сочетание низких оценок НПА и ВПА), умеренного риска (с преимущественно низкой НПА или с преимущественно низкой ВПА) и практически здоровых. Надежность двухмерной экспресс-оценки психического состояния подтверждена клинико-психопатологическим обследованием (табл. 1).

Таблица 1

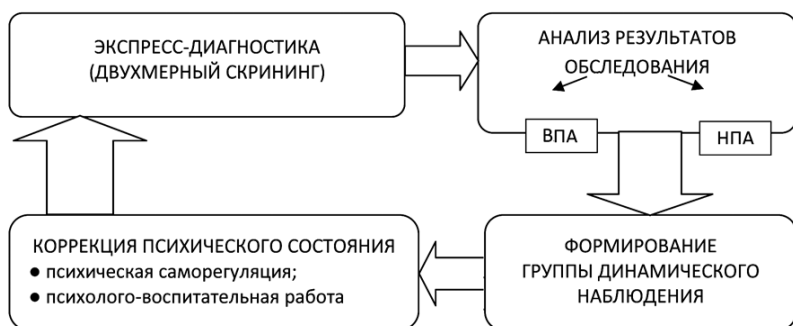
Алгоритм оценки результатов многомерного скрининга у военнослужащих

Группа	Процент военнослужащих	Группа динамического наблюдения	
		по С.Б. Семичову (1987)	по Б.С. Фролову (1982)
Высокого риска (низкие оценки НПА и ВПА)	10,8	Вероятно болезненное состояние	Легкая патология
Умеренного риска (одна низкая оценка из двух)	17,1	Непатологическая дезадаптация или патологическая дезадаптация	Практически здоровые с неблагоприятными прогностическими признаками
Низкого риска (удовлетворительные и хорошие оценки НПА и ВПА)	72,1	Идеальная норма; типологическая норма; потенциальный уровень повышенного риска	Здоровые (практически здоровые) с благоприятными прогностическими признаками

По результатам скринингового обследования военнослужащие, имеющие сочетание низких НПА и ВПА, требовали углубленного обследования психиатром. Военнослужащие с низкой оценкой только ВПА или только НПА подлежали динамическому наблюдению начальником медицинской службы части и мерам воспитательного характера силами органов по работе с личным составом.

Следует также отметить, что, наряду с непосредственно ответственными лицами (начальник медицинской службы, специалисты по работе с личным составом, психологи воинских частей), при наличии низкой оценки НПА или ВПА проведение психопрофилактических мероприятий должно согласовываться с соответствующими специалистами – врачом-психиатром, психоневрологом, например специалистами кабинета медико-психологической коррекции (при низкой оценке НПА), или командирами подразделений, где проходят службу данные военнослужащие (при низкой оценке ВПА). В случае отсутствия эффекта от проводимых психопрофилактических мероприятий в отношении лиц с низкой оценкой НПА, они направлялись на дополнительный осмотр врачом-психиатром, либо стационарное обследование.

С целью медико-психологической коррекции психического состояния с военнослужащими, выявлявшими в разное время начальные признаки психической дезадаптации, в структуре психопрофилактических циклов проводились психокоррекционные мероприятия (рисунок).



Структура психопрофилактического цикла

В зависимости от уровня психического состояния военнослужащего предлагаются соответствующие психопрофилактические мероприятия (табл. 2).

К числу наиболее эффективных, простых в освоении и использовании в системе психопрофилактики и медико-психологической реабилитации относятся различные техники психической саморегуляции (ПСР) [1, 4]. Существующие техники ПСР имеют широкий диапазон применения. Они могут входить в систему психопрофилактики (повышение адаптивных

возможностей, оптимизация функционального состояния и т. д.), а также являться составной частью лечебных и реабилитационных мероприятий (активизация восстановительных процессов, нормализация эмоционально-го состояния, улучшение функционирования внутренних органов и т. д.).

Таблица 2

Психокоррекционные мероприятия в зависимости от уровня адаптационных нарушений

Группа военнослужащих	Направление психопрофилактической работы
Высокого риска (низкие оценки НПА и ВПА)	Осмотр психиатром, врачебное динамическое наблюдение, ПСР
Умеренного риска (одна низкая оценка из двух)	Врачебное динамическое наблюдение, психолого-воспитательная работа, ПСР
Низкого риска (удовлетворительные и хорошие оценки НПА и ВПА)	Психогигиенические мероприятия

В частности, все указанные положения вошли в технику ПСР «Мобилизация-1», разработанную В.Е. Саламатовым, Ю.К. Малаховым и А.М. Губиным на кафедре психиатрии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в 1996 г. К ее достоинствам можно отнести: использование современных приемов недирективного гипноза; возможность быстрого обучения приемам саморегуляции с целью достижения состояния релаксации и мобилизации; возможность психотерапевтической работы с широким спектром специфических проблем психологического и психосоматического плана. Данная техника ПСР записана на цифровые носители и снабжена подробными инструкциями, что позволяет применять ее в условиях воинской части и привлечь к ее проведению врача или психолога, не имеющих специальной (психиатрической и психотерапевтической) подготовки. Военнослужащим групп риска рекомендовали 10 обучающих занятий технике ПСР «Мобилизация-1» в первые 3 мес военной службы.

С учетом интенсивности стрессорных факторов и спектра психических расстройств, характерных для военнослужащих в адаптационный период, а также их достаточной простоты, доступности и эффективности, применение техник ПСР является крайне важным в системе психопрофилактики, медико-психологической реабилитации военнослужащих.

Заключение

Регулярность проведения психопрофилактических циклов у военнослужащих с низким уровнем психического здоровья, проходящих военную службу по призыву, позволяет добиться ее наибольшей эффективности в

группе с преимущественно низкой нервно-психической адаптацией. В меньшей степени данная методика эффективна в группе с низкой военно-профессиональной адаптацией вследствие нервно-психической неустойчивости, тогда как в группе с преимущественно низкой военно-профессиональной адаптацией достоверных данных об улучшении качества адаптации военнослужащих к военной службе не выявлено.

Таким образом, использование психопрофилактического мониторинга в процессе массовых психодиагностических обследований военнослужащих, проходящих военную службу по призыву, позволяет не только повысить их эффективность, но и «разгрузить» узких специалистов от необходимости выполнения «рутинных» мероприятий и при этом дифференцировать (индивидуализировать) дальнейшую психопрофилактическую (психокоррекционную) работу, в частности эффективно проводить обучение методике психической саморегуляции «Мобилизация-1».

Литература

1. Многомерная оценка психического здоровья военнослужащих при массовых психопрофилактических обследованиях / А.Я. Фисун, В.К. Шамрей, С.Н. Русанов [и др.] // Воен.-мед. журн. – 2007. – № 6. – С. 4–9.

2. *Нечипоренко В.В.* Суицидология: вопросы клиники, диагностики и профилактики / В.В. Нечипоренко, В.К. Шамрей. – СПб. : ВМедА, 2007. – 528 с.

3. О совершенствовании системы работы по сохранению психического здоровья военнослужащих / А.М. Шелепов [и др.] // Воен.-мед. журн. – 2005. – № 4. – С. 4–8.

4. Психические расстройства у призывников и военнослужащих, проходящих военную службу по призыву / В.В. Куликов [и др.] // Воен.-мед. журн. – 2006. – № 6. – С. 12–14.

5. *Синенченко А.Г.* Особенности пограничных психогенных расстройств у военнослужащих, проходящих военную службу по призыву в экстремальных условиях учебно-боевой обстановки / А.Г. Синенченко, Г.П. Костюк, В.И. Дегтяренко // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2010. – № 1. – С. 13–16.

6. Состояние психического здоровья военнослужащих и пути совершенствования психиатрической помощи в Вооруженных силах России / С.В. Литвинцев [и др.] // Соц. и клинич. психиатрия. – 2003. – Т. 13, вып. 2. – С. 68–72.

**К ВОПРОСУ О ГИГИЕНЕ, ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ
ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРИ КОТОРЫХ СУЩЕСТВЕННОЕ
ЗНАЧЕНИЕ ПРИОБРЕТАЕТ НЕГАТИВНЫЙ ОПЫТ,
ДЕТЕРМИНИРОВАННЫЙ «АНТИКУЛЬТУРОЙ»**

Институт психической культуры, Санкт-Петербург

Актуальность вопросов гигиены и профилактики психических заболеваний и психических нарушений увеличивалась по мере развития психиатрии и в значительной мере связана с социальными изменениями в обществе. В России психогигиена и психопрофилактика как направление возникли на рубеже XIX–XX вв. и связаны с обращением И.П. Мержеевского, С.С. Корсакова, И.А. Сикорского к врачебной общественности с идеями и программами предупреждения психических и нервных расстройств [5]. За рубежом основание психогигиенического движения связывают с деятельностью М. Veers, а термин «психопрофилактика» ввел в 1900 г. немецкий психиатр Роберт Зоммер.

В настоящее время под психогигиеной понимают «часть общей гигиены, разрабатывающей мероприятия по сохранению и укреплению нервно-психического здоровья человека, а ее основные задачи: 1) изучение влияния различных условий среды – производственных, бытовых, социальных – на психику человека; 2) разработка оптимальных норм труда, отдыха и быта, внедрение в практику мероприятий по укреплению нервной системы, повышению ее сопротивляемости вредным воздействиям и обеспечению наилучших условий для нормального развития и функционирования психики человека; 3) пропаганда психогигиенических знаний» [7].

С психогигиеной тесно связано понятие «психопрофилактика», «задачей которой является разработка и внедрение мер по предупреждению психических заболеваний, их хронизации; реабилитации психических больных» [6]. Несмотря на различие поставленных задач, разграничение понятий психогигиена и психопрофилактика довольно условно. Оба направления тесно связаны с различными разделами медицины и немедицинскими дисциплинами: социологией, педагогикой, психологией, экологией, философией и др.

Для отечественной школы психотерапии патогенетического направления, связанной с идеями В.Н. Мясищева [4] и получившей дальнейшее

развитие в системе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии [6], присуще рассматривать личность как систему отношений индивида с окружающей социальной средой. «Социальную этиологию» большинства нервных и психических заболеваний отмечал И.П. Мержеевский [5]. Углубление кризиса потребительской цивилизации, декультурация населения, сложная экономическая ситуация привели к возникновению чрезмерного психологического напряжения в обществе и, как следствие, к значительному увеличению [8, 10, 14] заболеваний, в генезе которых существенна роль негативного опыта, детерминированного «антикультурой».

В настоящий момент как никогда велика потребность в адекватных мерах по укреплению и сохранению психического здоровья населения, пропаганде здорового образа жизни, формированию идеологии, альтернативной идеологии потребления. Для решения данной задачи необходимы совместные усилия представителей различных специальностей и, разумеется, всесторонняя государственная поддержка.

Что касается концептуальной и методической стороны дела, то широкому кругу современных требований отвечает интегративный патогенетический медико-психологический подход, разрабатываемый в последние десятилетия С.П. Семеновым, под названием «Ролевое переключение», или «Role switching» (RS), включающий в себя ряд психотерапевтических, психологических и культурологических методик [14]. На практике наиболее часто используются «Акупунктурное программирование» [15] и «Аутогенное репрограммирование» [14]. Многие из составных частей этих технологий запатентованы (патенты на изобретения РФ № 2094040, 2173183, 2195330, 2252789, 2252790, 2276612).

Акупунктурное программирование – эффективный психотерапевтический метод, включающий в себя процедуру иглоукалывания и предназначенный для психофизиологического переключения из устойчивого патологического состояния [1] в здоровое или предшествующее выздоровлению. Эта технология позволяет преодолеть механизмы психологической защиты, вызванные культуральными факторами, способствует трансформации болезнетворной и формированию новой системы поведенческих стратегий.

Аутогенное репрограммирование – психологическая методика, предназначенная для преодоления психологических predispositions, позволяющая дискретно изменить психологическое состояние, обусловлен-

ное особенностями личности человека, определенными ранним опытом и какой-либо болезнетворной поведенческой программой.

«Ролевое переключение» применяется для лечения и профилактики широкого круга психогенных заболеваний, в большей степени применительно к тем из них, которые развиваются главным образом вследствие нарушения жизненных отношений человека. К таким заболеваниям относят зависимости от психоактивных веществ, нарушения отношений и разных видов поведения, в том числе: ожирение, социально обусловленные нервно-психические расстройства, психосоматические расстройства [8–10, 14, 15]. Сугубо медицинская помощь при этих заболеваниях не всегда достаточна, большое значение здесь приобретает профилактика, поскольку они связаны с неблагоприятным влиянием среды.

С целью психогигиены и психопрофилактики заболеваний, в генезе которых существенная роль принадлежит негативному опыту, детерминированному «антикультурой», успешно применяются: метод системной коррекции стиля жизни – «Аутентикация» [12]; «Мотивационный анализ» [7] – особая психологическая методика, рассчитанная на обнаружение истоков тех или иных отклонений в развитии личности и формировании болезнетворного поведения; «Медитативно-ролевой массаж» – вид телесно-ориентированной психотерапии [9]. Далее приводится содержание некоторых терминов, предложенных С.П. Семеновым.

«Аутентикация» – это система оздоровления и психофизиологического самосовершенствования, основанная на всестороннем осознании человеком своей уникальной биопсихосоциальной природы, адекватной перестройке образа жизни и избавлении от болезнетворных стереотипов поведения. Многолетние исследования показывают, что повышение степени аутентичности увеличивает устойчивость человека к указанным заболеваниям.

Важной составной частью разработанной С.П. Семеновым психопрофилактической системы являются его книги, имеющие психопрофилактическую и психогигиеническую направленность. Наиболее известные из них: «Антропоз», «Аутентикация», «Книгочей. Когнитивная защита для читателей», «Мотивационный анализ. Инициальная версия», «Профилактика старения», «Чистый мозг», «ГОР. Система психофизического самосовершенствования в ключе аутентикации».

«Мотивационный анализ» – анализ побуждений (мотивов) – психологическая технология, одно из средств аутентикации. Он предназначен для понимания особенностей психофизиологической организации индивида и дальнейшей коррекции душевного состояния и поведения. Применя-

ется для диагностики и психокоррекции, интегрируется в «аутогенное переклечение» и «аутентикацию», а также позволяет решать психопрофилактические и лечебные задачи.

«Медитативно-ролевой массаж» – вид телесно-ориентированной психотерапии, при котором необходимый лечебный или профилактический эффект достигается путем комплексного воздействия, предполагающего адекватную суггестию, на фоне особого эмоционального состояния, сформированного с помощью разнообразных приемов массажа, осуществляемого специалистом из патогенетически значимой психотерапевтической роли [16]. Наиболее эффективна методика в тех случаях, когда пациенту не удастся на рациональном уровне составить адекватное представление о причине его проблем.

Все эти методики объединяет единая концепция, интегрирующая различные медицинские и немедицинские (социологию, культурологию, философию и др.) дисциплины. Вот некоторые из таких междисциплинарных категорий.

Программа – в самом общем виде этот термин используется для обозначения информационного пакета, предопределяющего последовательность действий, которые приводят к тому или иному соответствующему результату. В структуре современной культуры существуют различные «патогенные программы» [2]. Следование любой такой программе приводит к болезненному состоянию. «Контрпрограмма» – это программа, направленная на предупреждение или преодоление болезни, возникшей вследствие реализации патогенной программы [14].

Здоровье – «устойчивый процесс полноценной самореализации, при котором все органы и системы организма работают достаточно исправно, а человек испытывает удовлетворение от своей жизни». При этом понятие «здорового образа жизни» не эквивалентно условному понятию «обычного»: достаточно указать на распространение среди здоровых школьников, студентов психоактивных веществ, что является прямым путем к болезни.

Товарная денатурация продукта – изменение исходных качеств продукта с целью увеличения его привлекательности для покупателя уже в качестве товара. Это продукты, производимые с добавками, которые сами по себе никакой потребительской ценности не имеют либо даже осложняют удовлетворение естественных потребностей. Например, различные добавки, улучшающие вкус, цвет, запах, но чреватые теми или иными метаболическими или регуляторными проблемами для организма человека.

Культура и «антикультура» [8, 11]. Культура – совокупный социальный опыт, передаваемый из поколения в поколение и обеспечивающий нормальную жизнедеятельность человека. Антикультура – опыт, противоречащий естественной природе человека, опыт, чреватый различными болезнетворными проблемами и болезнями. Современная массовая попкультура есть антикультура, она является порождением коммерческой цивилизации, базирующейся на культе потребления, индивидуализма, стимуляции чрезмерной конкурентной борьбы, товарной денатурации продуктов, формировании искусственных болезнетворных потребностей и, как следствие, мизантропии, психосоциальной депривации и аутодепривации. «Порнокультура» – одно из направлений антикультуры, чреватое разрушением эротической, то есть родовой, функции – функции продления рода.

Психосоциальная депривация и аутодепривация, возникающие по причине нарастания системного кризиса коммерческой цивилизации, приводят к запуску механизмов «антропoptоза» [8] – социально (культурально) и психологически обусловленных механизмов самоликвидации индивида. Причина «антропoptоза» – это неадекватное (агрессивное или противоречащее естественным потребностям) воздействие социальной среды, психологические факторы, препятствующие возможности биопсихосоциальной самореализации человека.

Потребительская деформация личности – вызывается тем, что формирование потребностей сильно зависит от воздействия социальной среды. Конкурируя друг с другом, производители товаров и услуг не только наделяют их новыми товарными свойствами, которые порой противоречат природным способностям человека, но и формируют соответствующий спрос. При этом потребление соответствующей продукции ведет к формированию целого ряда патологических феноменов и заболеваний, связанных с ними (наркологические заболевания, ожирение, невротические расстройства).

Потребностное состояние – «состояние психики и организма, определенное доминированием того или иного интрапсихического фактора. Неудовлетворение какой-либо потребности длительное время может привести к болезненной фиксации с различной степенью выраженности физиологической детерминации». Если рассматривать его с коммуникативной точки зрения, то оно обозначается термином «роль».

«Роль» – «образ и содержание психофизиологического состояния, в котором находится человек, общающийся с другим человеком» [16]. Для успеха лечебной коммуникации ее содержание должно соответствовать

состояниям партнеров; информация должна быть правильно адресована, а врач должен быть комплементарен пациенту, это придает убедительность передаваемой лечебной информации. Душевное состояние, особый облик врача и соответствующий антураж, обеспечивающие наибольшую эффективность лечебной коммуникации, называются «психотерапевтической ролью». Подробнее ознакомление с ролевой психотерапией возможно по книге «Основные психотерапевтические роли». [15]

Представление о биологически детерминированной структурно-дискретной организации психики и принцип целого [7]. Согласно этому принципу, строение нервной системы – субстрата психики – обусловлено, с одной стороны, биологическими факторами, например наследственностью, с другой – факторами, обеспечивающими влияние на них: питание, экология и т. д. Развитие и функционирование психики во многом определяется социальными факторами, главным из которых является культура (совокупный опыт, передаваемый из поколения в поколение). Под влиянием культуры формируется доминирующая, но структурно меньшая часть психики – сознание.

В каждый момент времени индивид находится в определенном психофизиологическом состоянии, переход из одного состояния в другое может осуществляться под воздействием как внутренних, так и внешних факторов, но осуществляется всегда дискретно.

Человек по своей природе существо биопсихосоциальное и духовное. Жизнь, противоречащая генетическому складу и не дающая возможности самореализации на направлениях наибольшей одаренности, чревата болезнью». Если психологическая и социальная среда, под влиянием которых происходит формирование человека, противоречат его биологическим задаткам, это чревато либо заболеванием, либо расстройством поведения и развития. Поскольку человек – существо «целеустремленное и целеподчиненное» по своей природе, поиск смысла жизни и своего места в ней является одной из облигатных потребностей индивида.

Аутентичность как основа здоровья. Несмотря на очевидное сходство, психофизиологические различия индивидов весьма велики, следовательно, не может быть одинаковых для всех рекомендаций по сохранению здоровья и лечению заболеваний. В основу универсальной системы здорового образа жизни может быть положен лишь принцип *аутентичности*, то есть принцип соответствия самому себе.

Среди заболеваний, в развитии которых существенна роль негативного опыта, детерминированного «антикультурой», группу наиболее акту-

альных составляют наркологические болезни. И это понятно: распространенные в современном социуме индивидуализм и потребительство уславливают допустимость использования с целью самоудовлетворения любых средств [2]. Так, в наркогенной субкультуре средством получения удовольствия и удовлетворенности является употребление психоактивных веществ. Наличие различных «наркогенных программ» выражает существование соответствующих блоков «антикультуры»: потребления спиртных напитков, потребления табака, потребления наркотических и других психоактивных веществ. Особенности конституции человека, его заинтересованность в определенных психологических и физиологических эффектах от конкретного психоактивного вещества, отсутствие возможности их достижения другим способом в сочетании с усвоенной патогенной программой, основанной на иррациональных когнициях, болезнетворных социальных стереотипах, приводит к образованию патогенного нозоспецифичного паттерна.

В этиологии психогений и заболеваний, во многом определяющихся «антикультурой», в частности, выделяются 5 уровней организации патогенных психологических паттернов (совокупности болезнетворных психологических факторов) [7]:

1-й – общий для всех психогений – например, усиление аутоагрессии в ответ на интенсификацию конкурентных отношений;

2-й – общий для той или иной категории расстройств – примером служит гедонистическая установка.

3-й – нозоспецифичные факторы – примером является традиция курения табака;

4-й – групповые факторы – семейный и национальный стиль питания, отдыха, употребление пива и т. п.;

5-й – индивидуальные факторы – зависят от оригинального сочетания факторов биологической и психологической организации индивида.

Таким образом, выявление паттернов патогенных программ, факторов, значимых в генезе расстройства, помогает в определении стратегии и тактики ведения больного, выборе психотерапевтических и психологических методик из имеющегося арсенала средств.

Для изучения обстоятельств индивидуального развития, особенностей отношений в родительской семье, роли ребенка в ней, психологических нозоспецифичных предрасположений указанных заболеваний можно использовать «Мотивационный анализ». Так как в их генезе, в том числе наркологических заболеваний, помимо биологических факторов, личност-

ной проблематики, важной причиной является патогенная «антикультура», первичная профилактика должна быть направлена на укрепление психологического иммунитета путем «рекультурации» [14] с использованием эффективных форм психологического воздействия и обучения. Полезная информация образует специальную культурно-психологическую технологию – «Учение». Изложение «Учения» осуществляется психотерапевтом или психологом из психотерапевтической роли [7]. Для первичной профилактики наркологических заболеваний среди учащихся сотрудниками медицинской ассоциации «ВИТА» в сотрудничестве с Федеральным научно-методическим центром по психотерапии и медицинской психологии Минздрава РФ были разработаны программы «Омега» и «Ювента» (патенты на изобретения РФ № 2252789, 2252790). Программа «Омега» ориентирована на студентов, а «Ювента» – на школьников 13–15 лет. Оба проекта на протяжении ряда лет реализуются в учебных заведениях Санкт-Петербурга силами психологов и волонтеров, близких по своему возрасту (20–30 лет) адресному контингенту.

Вторичная психопрофилактика, объединяющая мероприятия, направленные на профилактику неблагоприятной динамики имеющихся расстройств, уменьшение их проявлений, включает клинико-психологическую интервенцию, психологическую коррекцию и консультирование. Клинико-психологическая интервенция осуществляется с целью «создания условий для обретения нового эмоционального опыта, способствующего принятию себя и интеграции личности» [10]. Психологическая коррекция (коррекция мировоззрения и рационализация когний) и консультирование проводятся с целью оптимизации состояния и помощи в разрешении проблем психологического характера. Устранение интрапсихических и интерперсональных противоречий, реорганизация личности может быть достигнута при помощи психосинтеза, включающего различные методы современной психотерапии (аутотренинг, ролевой тренинг, «систему психофизиологического самосовершенствования в ключе аутентикации», «медитативно-ролевой массаж» и др.) [10].

Процесс аутентикации, то есть повышения степени аутентичности, предполагает следующие этапы:

1-й – общеоздоровительная коррекция образа жизни за счет осознанного отказа от опыта, детерминированного «антикультурой»;

2-й – приведение образа жизни в соответствие биотипу и стадии развития;

3-й – индивидуализация образа жизни – приведение его в соответствие своим неповторимым особенностям.

В случае заболеваний, при которых существенна роль негативного опыта, детерминированного «антикультурой», равно как и в случае, когда переход человека из болезнетворного психологического состояния в нормальное затруднен наличием патогенной программы, предполагается применение «аутогенного перепрограммирования». Эта недирективная технология позволяет человеку, опираясь на помощь психолога, произвольно заменить программу, то есть изменить содержание и порядок действий, определяющих дальнейший образ жизни. Следуя новой поведенческой программе, пациент может либо избавиться от имеющегося заболевания, либо улучшить свое состояние, снизить неблагоприятные социальные последствия, уменьшить число рецидивов – третичная профилактика.

Для более детального ознакомления с изложенным подходом рекомендуются следующие работы С.П. Семенова: «Свитчинг в наркологии», «Role switching (теория и практика подхода)», «Рекультурация», «Антропоз», «Мотивационный анализ», «Психологическая профилактика наркологических заболеваний», «Основные психотерапевтические роли».

Литература

1. *Бехтерева Н.П.* Некоторые вопросы физиологии и структурно-функциональных отношений глубоких структур мозга человека. Нейрофизиологические основы нормальных и патологических реакций мозга человека / Н.П. Бехтерева. – Л. : Наука, 1970. – 296 с.

2. *Карвасарский Б.Д.* Методические вопросы первичной психопрофилактики заболеваний наркологического профиля / Б.Д. Карвасарский, А.В. Квасников, С.П. Семенов // Профилактика и терапия употребления психоактивных веществ и нехимической зависимости у несовершеннолетних и молодежи : материалы городского семинара для организаторов и специалистов / под ред. Л.П. Богданова [и др.]. – СПб., 2008. – С. 63–65.

3. *Кулаков С.А.* Основы психосоматики / С.А. Кулаков. – СПб. : Речь, 2003. – 288 с.

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

5. Психотерапевтическая энциклопедия. – СПб. : [и др.], 1998. – 752 с. – (Мастера психологии).

6. Психологический словарь / под ред. В.П. Зинченко, Б.Г. Мещерякова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Педагогика-Пресс, 1997. – 440 с.

7. Семенов С.П. Антропоз : психотерапевтические аспекты психосоциальной депривации / С.П. Семенов, В.А. Касаткин // Вестн. психотерапии. – 2007. – № 21 (26). – С. 9–22.

8. Семенов С.П. Role Switching (теория и практика подхода) / С.П. Семенов. – СПб. : ТАТ, 2005. – 96 с.

9. Семенов С.П. Психологическая профилактика наркологических заболеваний // С.П. Семенов. – СПб. : ТАТ, 2009. – 280 с.

10. Семенов С.П. ГОР. Система психофизиологического самосовершенствования в ключе аутентикации / С.П. Семенов. – СПб. : ОАЗИС, 2002. – 416 с.

11. Семенов С.П. Аутентикация (система оздоровления) : метод. рекомендации. – СПб. : Фонд рус. искусства, 1997. – 25 с.

12. Семенов С.П. Мотивационный анализ. Психотерапевтическая версия. – СПб. : ОАЗИС, 2001. – 544 с.

13. Семенов С.П. Рекультурация (аутогенное перепрограммирование) / С.П. Семенов // Вестн. психотерапии. – 2010. – № 34 (39). – С. 25–29.

14. Семенов С.П. Выступления, посвященные акупунктурному программированию / С.П. Семенов. – СПб. : ОАЗИС, 2004. – 20 с.

15. Семенов С.П. Основные психотерапевтические роли / С.П. Семенов. – 2-е изд. – СПб. : ТАТ, 2004. – 112 с.

16. Свитчинг в наркологии / С.П. Семенов, К.Н. Кондратьев, В.А. Касаткин, В.А. Чернявский. – СПб. : ТАТ, 2008. – 244 с.

НАУКОВЕДЕНИЕ

УДК [615.851 : 159.962] (016)

В.И. Евдокимов

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ КНИГ ПО ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ, ОПУБЛИКОВАННЫХ НА РУССКОМ ЯЗЫКЕ В 2012 г.

Указатель представляет 292 научные, учебно-методические и научно-популярные книжные издания, опубликованные на русском языке в 2012 г. Библиографическая запись содержит также тираж книги, который позволит пользователю судить о ее распространенности, и международный номер книги (ISBN), который можно использовать при проведении электронного поиска.

1. *Авдеев Д.А.* 100 вопросов православному психотерапевту / Д.А. Авдеев. – [2-е изд., доп., перераб.]. – М. : СофтИздат, 2012. – 211 с. Тираж 8000 экз. ISBN 978-5-93876-111-7.

2. *Авдеев Д.А.* Очерки православной психотерапии : в помощь страждущей душе / Д.А. Авдеев. – [5-е изд., доп., перераб.]. – М. : СофтИздат, 2012. – 460 с. Тираж 8000 экз. ISBN 978-5-93876-114-8.

3. *Адаптация* и саморегуляция личности : материалы IV Междунар. науч.-практ. конференции, М., 4–5 окт. 2011 г. / [науч. ред. В.И. Казаренков]. – М. : Рос. ун-т дружбы народов, 2012. – [Ч. 1]. – 205 с. Тираж 100 экз. ISBN 978-5-209-04592-2.

4. *Азаров М.* Секреты профессии гипнотизера : [о жизни и судьбе гипнотизера мирового класса Геннадия Гончарова] / М. Азаров. – СПб. : Алетейя : Истор. кн, 2012. – 311 с. Тираж 1000 экз. ISBN 978-5-91419-529-5.

5. *Актуальность* инновационных направлений терапии искусствами : сб. статей Фестиваля терапевт. искусств «Арт-формат», 24–25 нояб. 2012 г., Уфа. – Уфа : Центр исцеляющего искусства и творчества, 2012. – 66 с. ISBN 978-5-9904199-1-9.

6. *Актуальные* проблемы психиатрии, наркологии, психотерапии, клинической психологии : сб. науч. ст. / [редкол.: В.М. Попков (отв. ред.) и др.] ; Саратов гос. мед. ун-т им. В.И. Разумовского. – Саратов, 2012. – Вып. 10. – 359 с. ISBN 978-5-7213-0470-5.

7. *Актуальные* проблемы психологии и медицины в условиях модернизации образования и здравоохранения : материалы междунар. науч. конф., Че-

боксары, 15–16 нояб. 2012. г. / [редкол.: Е.Л. Николаев (отв. ред.), А.В. Голенков, А.Н. Захарова] ; Чуваш. гос. ун-т им. И.Н. Ульянова, Чуваш. ассоц. психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов, Респ. психиатр. больница. – Чебоксары : Изд-во Чуваш. ун-та, 2012. – 215 с. ISBN 978-5-7677-1636-4.

8. **Актуальные** проблемы специальной педагогики и психологии : материалы Всерос. с междунар. участием науч.-практ. конф. молодых исслед., 22 мар. 2012, г. Челябинск / [ред.-сост.: Л.А. Дружинина, В.А. Бородина, А.А. Лысова] ; Челяб. гос. пед. ун-т. – Челябинск : Цицеро, 2012. – 247 с. Тираж 200 экз. ISBN 978-5-91283-228-4.

9. **Алдер Г.** НЛП: искусство получать то, что хочешь / Г. Алдер. – М. [и др.] : Питер, 2012. – 222 с. – (От внешнего к внутреннему) (Сам себе психолог) (Мировой bestseller). ISBN 978-5-388-00750-6.

10. **Александров А.А.** Аутотренинг : [аутогенная тренировка, медитация, релаксация, самогипноз] / А.А. Александров. – 2-е изд. – М. [и др.] : Питер, 2012. – 238 с. – (Практ. психология). ISBN 978-5-459-00364-2.

11. **Алексеев А.А.** Культурная психология : [с практ. занятиями, рекомендациями и правилами по созданию терапевт. текстов, отечественных программ и сказкотерапии] / А.А. Алексеев, В.Н. Чепков. – М. : Мэйле, 2012. – 118 с. ISBN 978-5-4278-0046-4.

12. **Алимова Ю.А.** Сказочные метафоры в работе детского психолога / Ю.А. Алимова. – СПб. : Речь : Сфера, 2012. – 175 с. ISBN 978-5-9268-1208-1.

13. **Андреас С.** 50 психологических приемов, которые обязан знать каждый психолог-практик : сердце разума : [пер. с англ.] / С. Андреас, К. Андреас. – СПб. : Прайм-Еврознак, 2012. – 351 с. – (Лучшие психотехнологии мира) (Проект Психология : лучшее). Тираж 1000 экз. ISBN 978-5-93878-495-6.

14. **Ардзинба В.А.** Мифы о женском счастье, или Как сказку сделать былью / В.А. Ардзинба. – СПб. : БХВ-Петербург, 2012. – 208 с. Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-9775-0872-8.

15. **Арт-терапия** : терапия творчеством. – М. : Формат-М, 2012. – 208 с. ISBN 978-5-903843-06-0.

16. **Ассоциация** профессиональных кинезиологов : сб. материалов Первой науч.-практ. Конф. Ассоциации профессиональных кинезиологов, 15 сент. 2012 г. / Ассоц. проф. кинезиологов. – М. : Экон-Информ, 2012. – 102 с. Тираж 250 экз. ISBN 978-5-9506-0937-4.

17. **Ашанина Е.Н.** Теория и практика коррекции дезадаптивных нервно-психических состояний с помощью аудиовизуального воздействия и биологически обратной связи : монография / Е.Н. Ашанина, Д.В. Кулаков ; С.-Петербург. ин-т психологии и соц. работы. – СПб. : Политехника-сервис, 2012. – 101 с. ISBN 978-5-905687-28-0.

18. **Бабаев Т.М.** Когнитивная психотерапия : учеб.-метод. комплекс / Т.М. Бабаев, Л.Н. Котов ; Рос. ун-т дружбы народов. – М. : Рос. ун-т дружбы народов, 2012. – 48 с. ISBN 978-5-209-04614-1.

19. **Бабин С.М.** Психотерапия психозов : практ. руководство / С.М. Бабин. – СПб. : СпецЛит, 2012. – 334 с. Тираж 1000 экз. ISBN 978-5-299-00480-9.

20. **Белякова Е.П.** Секретики : записки психотерапевта. Личностью не рождаются : за кулисами ... / Е.П. Белякова. – М. : АПАРТ, 2012. – 335, 79 с. Тираж 1000 экз. ISBN 978-5-86109-081-5.

21. **Блаво Р.** Диагноз: любовь : [реальный роман врача-психотерапевта о главной болезни человека] / Р. Блаво. – М. : Астрель, 2012. – 312 с. – (Приемный покой). Тираж 4000 экз. ISBN 978-5-271-44985-7 (Астрель).

22. **Блэр Ф.Р.** Мгновенный самогипноз : 35 установок, которые изменят вашу жизнь : [пер. с англ.] / Ф.Р. Блэр. – М. : Эксмо, 2012. – 253 с. – (NLP-мастер). Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-699-55973-2.

23. **Большая** книга счастья / Л. Везунова [и др.]. – СПб. : Речь, 2012. – [128] с. – (Сказки Эльфики). Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-9268-1115-2.

24. **Бонкало С.В.** Коррекция жизненной позиции делинквентных подростков в условиях специальных образовательных учреждений закрытого типа : [монография] / С.В. Бонкало, Т.И. Бонкало, И.В. Горохова ; Моск. гос. обл. соц.-гуманит. ин-т. – Коломна : МГОСГИ, 2012. – 193 с. ISBN 978-5-98492-150-3.

25. **Борисовский П.В.** ДАР. Довженко Александр Романович – отец современного метода «кодирования» от алкоголизма : новое об алкоголизме / П.В. Борисовский. – М., 2012. – 111 с. Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-9988-0083-2.

26. **Бриш К.Х.** Терапия нарушений привязанности : от теории к практике : [пер. с нем.] / К.Х. Бриш. – М. : Когито-Центр, 2012. – 319 с. – (Клинич. психология). Тираж 1500 экз. ISBN 978-5-89353-363-7.

27. **Будь стройной** всегда: практ. психотерапия на каждый день : [30 рецептов стройности / отв. ред. О. Шестова]. – М. : Эксмо, 2012. – 62 с. – (Медицина). Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-699-53494-4.

28. **Булатов Д.В.** Зона отчуждения как ключевое понятие теории внутриутробных отношений / Д.В. Булатов. – Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2012. – 112 с. ISBN 978-5-7996-0780-7.

29. **Бунарджиева С.** Трепетное исцеление словами : Трепетно лекуване с думи : [пер. с болгар.] / С. Бунарджиева. – М. : У Никитских ворот, 2012. – 160, 144 с. ISBN 978-5-91366-545-4.

30. **Бурбо Л.** Пять травм, которые мешают быть самим собой : предательство, отвергнутый, покинутый, униженный, несправедливость : [пер. с англ.] / Л. Бурбо. – М. : София, 2012. – 221 с. – (Слушай свое тело). Тираж 5000 экз. ISBN 978-5-399-00151-7.

31. **Бурлачук Л.Ф.** Психотерапия : [анализ и современная интерпретация различных направлений психотерапии, психотерапия как идеология совместного

переживания жизненного кризиса, механизмы и пространство психотерапии] / Л.Ф. Бурлачук, А.С. Кочарян, М.Е. Жидко ; под общ. науч. ред. Л.Ф. Бурлачука. – 3-е изд., доп. – СПб. [и др.] : Питер, 2012. – 488 с. – (Учеб. для вузов. Психол. модели). Тираж 1500 экз.

32. **Бурно М.Е.** Терапия творческим самовыражением : (отеч. клинич. психотерапевт. метод) : учеб.-практ. пособие по психотерапии и психол. консультированию / М.Е. Бурно ; Проф. психотерапевт. лига. – [4-е изд., испр. и доп.]. – М. : Акад. проект : Альма Матер, 2012. – 487 с. – (Психотерапевт. технологии). Тираж 1000 экз. ISBN 978-5-8291-1354-4.

33. **Вальдес Одриосола М.С.** Интуиция, творчество и арттерапия / М.С. Вальдес Одриосола. – М. : Ин-т общегуманит. исслед., 2012. – 94 с. ISBN 978-5-88230-297-8.

34. **Ваш волшебный** отдых : райские уголки мира для сказочного рилакса / [В. Надина]. – М. : Эксмо, 2012. – 63 с. – (Психотерапия на каждый день). Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-699-48732-5.

35. **Вербина Г.Г.** Основы психокоррекции : учеб. пособие / Г.Г. Вербина ; Чуваш. гос. ун-т им. И.Н. Ульянова. – Чебоксары : Изд-во Чуваш. ун-та, 2012. – 400 с. ISBN 978-5-7677-1738-5.

36. **Видякова З.В.** Наркомания: в поисках выхода из тупика : нравственное воспитание в системе реабилитации наркозависимой молодежи : учебное пособие : [для студентов пед. и психол. фак. вузов] / З.В. Видякова, И.П. Краснощеченко, Т.А. Афанасьева. – Калуга : Калуж. гос. ун-т, 2012. – 161 с. Тираж 300 экз. ISBN 978-5-88725-234-6.

37. **Виилма Л.** Главная книга о любви : [пер. с эстон.] / Л. Виилма. – М. : Астрель, 2012. – 414 с. Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-271-43466-2.

38. **Виилма Л.** Боль в твоём сердце : учеб. языка стресса : [пер. с эстон.] / Л. Виилма. – М. : Астрель : Полиграфиздат, 2012. – 350 с. Тираж 4000 экз. ISBN 978-5-271-40560-0 (Астрель).

39. **Виртц У.** Жажда смысла : человек в экстремальных ситуациях: пределы психотерапии : [пер. с нем.] / У. Виртц, Й. Цобели. – М. : Когито-Центр, 2012. – 324 с. – (Современная психотерапия). Тираж 1000 экз. ISBN 978-5-89353-371-2.

40. **Витале Дж.** Гипнотические рекламные тексты : как искушать и убеждать клиентов одними словами : [секреты написания убедительных рекламных объявлений, пресс-релизов, слоганов, деловых и личных писем] : [пер. с англ.] / Джо Витале. – М. : Эксмо : Альпина Бизнес Букс, 2012. – 271 с. Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-91657-9.

41. **Владиславова Н.** Базовые техники NLP и хорошо сформированный результат / Н. Владиславова. – М. : София, 2012. – 287 с. – (Рос. шк. нейролингвистич. программирования). Тираж 3500 экз. ISBN 978-5-399-00327-6.

42. **Владиславова Н.** Возрождающие техники NLP : 4 уровня сложности / Н. Владиславова ; Рос. шк. нейролингвистич. программирования. – М. : София, 2012. – 318 с. Тираж 3500 экз. ISBN 978-5-399-00332-0.

43. **Все тайны** подсознания и его возможности / [авт.-сост. Надеждина В.]. – Минск : Харвест, 2012. – 639 с. Тираж 3000 экз. ISBN 978-985-18-0821-8.

44. **Вульф М.В.** Опыт психоаналитического разбора случая психоневротического заболевания / М.В. Вульф. – Ижевск : Ergo, 2012. – 47 с. – (PsA consilium). ISBN 978-5-98904-141-1.

45. **Вялкова Г.Н.** Арт-терапия : теория и практика : монография / Г.Н. Вялкова, Т.В. Улитенко. – М. : Спутник+, 2012. – 115 с. Тираж 50 экз. ISBN 978-5-9973-1835-2.

46. **Гагин Т.В.** Пластилин мира, или Курс «НЛП-практик» как он есть / Т.В. Гагин. – [3-е изд.]. – М. : Психотерапия, 2012. – 269 с. – (NLP : нейролингвистич. программирование). Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-903182-90-9.

47. **Газарова Е.Э.** Философия душевного здоровья и психотерапия / Е.Э. Газарова. – М. : Орфография, 2012. – 111 с. Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-9903985-1-1.

48. **Гештальт-поход** в групповой терапии : учеб.-метод. материалы / [под ред. Н.Б. Долгополова, Е.С. Палачевой] ; Моск. ин-т гештальта и психодрамы. – М. : Восход-А, 2012. – Вып. 1. – 91 с. ISBN 978-5-93055-319-2.

49. **Гиллиген С.** Путешествие героя : путь открытия себя : [пер. с англ.] / С. Гиллиген, Р. Дилтс. – М. : Психотерапия, 2012. – 310 с. – (Золотой фонд психотерапии). Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-903182-92-3.

50. **Гиллиген С.** Наследие Милтона Эриксона / С. Гиллиген ; [пер. с англ. под общ. ред. Г. Бутенко]. – М. : Психотерапия, 2012. – 410 с. – (Б-ка гипноза проф. Гордеева). Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-903182-95-4.

51. **Голдтвейт Дж.** Очищение сердца : [искусство быть самим собой : пер. с англ.] / Дж. Голдтвейт. – 3-е изд. – М. : Амрита-Русь, 2012. – 206 с. ISBN 978-5-413-00973-4.

52. **Голос** разума / [учредитель и гл. ред. И.В. Жуков]. – Архангельск, 2012. – Вып. 1. – 12 с.

53. **Гончаров Г.А.** Гипноз и самогипноз : 100 секретов вашего успеха / Г.А. Гончаров. – 2-е изд. – Ростов н/Д : Феникс, 2012. – 254 с. – (Психол. практикум). Тираж 2500 экз. ISBN 978-5-222-19642-7.

54. **Гончарова О.Л.** Психология агрессивного поведения : программа занятий по коррекции агрессивного поведения : учеб.-метод. пособие / О.Л. Гончарова. – М., 2012. – 76 с. ISBN 978-5-905463-09-9.

55. **Гончарова О.Л.** Психология агрессивного поведения : программа занятий по коррекции агрессивного поведения : учеб.-метод. пособие : раб. тетрадь учащегося, студента, обучающегося / О.Л. Гончарова. – М., 2012. – 44 с. ISBN 978-5-905463-09-9.

56. **Гоулстон М.** Ментальные ловушки на работе : [пер. с англ.] / М. Гоулстон. – 2-е изд. – М. : Манн, Иванов и Фербер, 2012. – 241 с. Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-91657-322-0.

57. **Григорьев Н.Б.** Психологическое консультирование, психокоррекция и профилактика зависимости [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Н.Б. Григорьев ; С.-Пе-терб. гос. ин-т психологии и соц. работы. – Текст. (символ.) электрон. изд. (1,76 Мб). – СПб. : СПбГИПСР, 2012. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM) ISBN 978-5-98238-026-5.

58. **Гросс А.Ф.** Индивидуальные приемы и техники психологического консультирования [Электронный ресурс] / Гросс А.Ф. – Электрон. дан. – М. : Лаборатория книги, 2012. – 119 с. ISBN 978-5-504-01153-0.

59. **Данилин А.Г.** Вопросы психотерапевту : отвечает доктор Александр Данилин. – М. : Исолог, 2012. – 305 с. Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-905670-02-2.

60. **Дети** с признаками одаренности в специальном (коррекционном) образовании: особенности работы : учеб. пособие / [Г.В. Яковлева и др.] ; Челябинский ин-т переподготовки и повышения квалификации работников образования [и др.]. – Челябинск : Цицеро, 2012. – 195 с. Тираж 100 экз. ISBN 978-5-91283-234-5.

61. **Джерард Р.В.** Терапия образного кодирования : (кн. быстрых решений) : 50 медитаций для решения жизненных проблем : простая система, помогающая быстро решать повседневные проблемы : [пер. с англ.] / Р. Джерард, Ж. Роксандич. – М. : София ; Киев : София, 2012. – 159 с. Тираж 5000 экз. ISBN 978-5-399-00380-1.

62. **Дилео Д.** Детский рисунок : диагностика и интерпретация : [пер. с англ.] / Д. Дилео. – 4-е изд. – М. : Апрель Пресс : Психотерапия, 2012. – 252 с. – (Детская психология). Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-903182-96-1.

63. **Дилтс Р.** Фокусы языка : изменение убеждений с помощью НЛП : [пер. с англ.] / Р. Дилтс. – СПб. [и др.] : Питер, 2013 [т.е. 2012]. – 256 с. – (Сам себе психолог). Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-459-00922-4.

64. **Дрешер Ю.Н.** Библиотерапия : учеб.-метод. пособие / Ю.Н. Дрешер. – 2-е изд. – Казань : Медицина, 2012. – 50 с. Тираж 300 экз. ISBN 978-5-7645-0468-1.

65. **Дубровина О.В.** Психическая саморегуляция как средство гармонизации Я-концепции личности с виртуальной аддикцией : монография / О.В. Дубровина ; Ишим. гос. пед. ин-т им. П.П. Ершова. – Ишим : Изд-во ИГПИ, 2012. – 133 с. Тираж 50 экз.

66. **Духовно-нравственное** воспитание в современном образовательном пространстве : сб. материалов междунар. науч.-практ. конф., 23 дек. 2011 г., Стерлитамак / редкол.: (отв. ред.) Р.Р. Гильванов [и др.] ; Стерлитамак. гос. пед. акад. им. З. Бишевой. – Стерлитамак : СГПА им. З. Бишевой, 2012. – 207 с. Тираж 300 экз. ISBN 978-5-86111-416-5.

67. **Евдокимов В.И.** Психотерапия : информационный поиск и анализ отечественных изобретений (1994–2011 гг.) : справ.-библиогр. пособие / В.И. Евдокимов, Т.Г. Горячкина, Т.Н. Эриванцева ; Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова. – СПб. : Политехника-сервис, 2012. – 220 с. Тираж 100 экз. ISBN 978-5-905687-27-3.

68. **Ежегодник** по психотерапии и психоанализу : [сб. ст.] / отв. ред. К.В. Ягнюк. – М. : Когито-Центр, 2012. – 198 с. – (Б-ка Ин-та практ. психологии и психоанализа ; вып. 6). Тираж 300 экз. ISBN 978-5-89353-391-0.

69. **Екжанова Е.А.** Методика исследования готовности к школьному обучению и технология ее применения : [метод. пособие] / Е.А. Екжанова ; Центр психол.-пед. реабилитации и коррекции «Ясенево». – [5-е изд., перераб. и доп.]. – М. : Крылья, 2012 – 120 с. – (Коррекц. педагогика). ISBN 978-5-9243-0214-0.

70. **Екжанова Е.А.** Технологии успеха на старте школьного обучения : руководство для психологов / Е.А. Екжанова, О.А. Фроликова. – М. : Крылья, 2012. – 388 с. – (Коррекц. педагогика). Тираж 1000 экз.

71. **Живи сейчас** : притчи и медитации для релаксации и хорошего настроения / [гл. ред. М.В. Смирнова]. – СПб. : Вектор, 2012. – 127 с. ISBN 978-5-9684-1302-4.

72. **Жикаренцев В.В.** Путь к свободе : кармические причины возникновения проблем, или Как изменить свою жизнь / В.В. Жикаренцев. – М. [и др.] : АСТ [и др.], 2012. – 220 с. – (Обретение внутренней силы). Тираж 7000 экз. ISBN 978-5-17-055853-7 (АСТ); ISBN 978-59725-1330-7 (Астрель-СПб); ISBN 978-5-226-04932-3 (ВКТ).

73. **Жикаренцев В.В.** Путь к свободе : взгляд в Себя / В.В. Жикаренцев. – М. : АСТ ; СПб. : Астрель-СПб., [2012.]. – 285 с. – (Обретение внутренней силы). Тираж 4000 экз. ISBN 978-5-17-055851-3 (АСТ).

74. **Жикаренцев В.В.** Путь к свободе : добро и зло – игра в дуальность / В.В. Жи-каренцев. – М. : АСТ ; СПб. : Астрель-СПб, 2012. – 221 с. – (Обретение внутренней силы). Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-17-055852-0 (АСТ); 978-5-9725-1333-8 (Астрель-СПб).

75. **Жиляев А.Г.** Интенсивные методики оценки психологического состояния, выявления и коррекции психологической дезадаптации / А.Г. Жиляев, Т.И. Палачева ; Рос. гос. гуманит. ун-т, Ин-т психологии им. Л.С. Выготского. – М. ; Казань, 2012. – 93 с. Тираж 400 экз. ISBN 978-5-905372-13-1.

76. **Зарецкий А.В.** Гипноз : самоучитель : управляй собой и окружающими : DVD с актерским видеокурсом! / А.В. Зарецкий. – М. : Эксмо, 2012. – 224 с. – (Психология лжи). Тираж 3100 экз. ISBN 978-5-699-56957-1.

77. **Захарова Л.Н.** Основы психологического консультирования организаций : учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по направлениям «Менеджмент», «Управление персоналом» и специальности «Менеджмент организа-

ции» / Л.Н. Захарова. – М. : Логос, 2012. – 430 с. – (Нов. университетская б-ка). Тираж 1000 экз. ISBN 978-5-98704-584-8.

78. **Зеер Э.Ф.** Психологические основы профессионального консультирования : практикум : учеб. пособие для слушателей ин-та и фак. повышения квалификации, преподавателей, аспирантов и др. проф.-пед. работников / Э.Ф. Зеер, А.М. Павлова ; Рос. гос. проф.-пед. ун-т. – Екатеринбург : РГППУ, 2012. – 161 с. Тираж 100 экз.

79. **Зеленина Е.Л.** Школьная дезадаптация : причины, проблемы, индивидуальная коррекционно-развивающая работа с младшими школьниками : учеб. пособие / Е.Л. Зеленина ; Перм. гос. пед. ун-т. – Пермь : ПГПУ, 2012. – 133 с. Тираж 100 экз. ISBN 978-5-85218-556-3.

80. **Зинкевич-Евстигнеева Т.Д.** Лучше зажечь свечу, чем ругать темноту, или Как хорошему человеку не дать себя в обиду / Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева, Д. Фролов. – СПб. : Речь, 2012. – 189 с. Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-9268-0860-2.

81. **Зинкевич-Евстигнеева Т.Д.** Мало пользы от силы там, где нужна мудрость, или Как научиться в споре не терять истину / Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева, Д.Ф. Фролов. – СПб. : Речь, 2012. – 159 с. – (Ценность каждого дня). Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-9268-0858-9.

82. **Зинкевич-Евстигнеева Т.Д.** Мастер сказок : 50 сюжетов в помощь размышлениям о жизни, людях и себе : [для взрослых и детей старше семи лет] / Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева. – [2-е изд., испр. и доп.]. – СПб. : Речь, 2012. – 214 с. Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-9268-1280-7.

83. **Зинкевич-Евстигнеева Т.Д.** Мужские сказки тайный шифр : сокровищница подсказок для психолога и сказкотерапевта / Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева. – СПб. : Речь, 2012. – 332 с. Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-9268-0819-0.

84. **Зинкевич-Евстигнеева Т.Д.** Пробуждение женственности / Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева. – СПб. : Речь, 2012. – 175 с. Тираж 5000 экз. ISBN 978-5-9268-1303-3.

85. **Зинкевич-Евстигнеева Т.Д.** Тайны дороги процветания : настольная книга для тех, кто хочет иметь достаток и внутреннюю свободу / Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева. – СПб. : Речь, 2012. – 125 с. Тираж 4000 экз. ISBN 978-5-9268-1270-8.

86. **Зиннуров Ф.К.** Профилактика и коррекция девиантного поведения детей и подростков в новых социально-культурных условиях XXI века : монография / Ф.К. Зиннуров. – Казань : Центр инновац. технологий, 2012. – 403 с. Тираж 500 экз. ISBN 978-5-93962-539-5.

87. **Золотникова Г.П.** Семейная психотерапия: (принципы и методы психотерапии с семьями, имеющими детей с нарушениями психич. развития) : учеб.-метод. пособие / Г.П. Золотникова, Е.Н. Лысенко ; Брянск. гос. ун-т им. И.Г. Петровского. – Брянск : Десяточка, 2012. – 323 с. Тираж 500 экз. ISBN 978-5-91877-101-3.

88. **Иванова Е.Н.** Конфликтологическое консультирование : учеб. пособие / Е.Н. Иванова ; Новосиб. гос. техн. ун-т. – Новосибирск : Изд-во НГТУ, 2012. – 149 с. – (Конфликтологическое образование). Тираж 150 экз. ISBN 978-5-7782-2040-9.

89. **Идеи** Виктора Васильевича Лебединского в психологии аномального развития : [сб. науч. ст.] / науч. ред.: М.К. Бардышевская, Л.С. Печникова, А.Л. Рыжов. – М. : Акрополь, 2012. – 431 с. ISBN 978-5-98807-061-0.

90. **Инструкция** по выживанию в новом мире : почему взаимная ответственность спасет нас от глобального кризиса / [М. Лайтман, А. Козлов, А. Ульянов и др.]. – М. : Ин-т перспективных исслед., 2012. – 199 с. Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-91072-047-7.

91. **Ипатов А.В.** Личность аутодеструктивного подростка: исследование и коррекция / А.В. Ипатов ; С.-Петерб. психол. о-во. – СПб. : Аура, 2012. – 247 с. – (Программа психол. помощи). Тираж 1000 экз. ISBN 978-5-905283-25-3.

92. **Исаева В.С.** Как добиться своего с помощью НЛП : 49 простых правил / Е. Бергер (Исаева В.С.). – М. : Эксмо, 2012. – 124 с. (Психология. Все по полочкам). Тираж 4000 экз. ISBN 978-5-699-59955-4.

93. **Исмаилова И.С.** Психологические особенности развития связной речи у детей с комплексными нарушениями зрения и интеллекта : монография / И.С. Исмаилова ; Армавир. гос. пед. акад. – Армавир : АГПА, 2012. – 187 с. ISBN 978-5-89971-351-4.

94. **Казаков Ю.Н.** Акмеология безопасности стресса: практика акмео-коррекции и акмео-терапия : [монография] / Ю. Н. Казаков ; Российская акад. социальных наук. – М., 2012. – 191 с. Тираж 500 экз. ISBN 978-5-94845.

95. **Калинаукас И.Н.** Жизнь как пространство отношений : методика ДФС «Огненный цветок» / И.Н. Калинаукас. – СПб. : Афина, 2012. – 190 с. ISBN 978-5-91271-102-2.

96. **Калинаукас И.Н.** Путь в себя : игры обыденной жизни / И.Н. Калинаукас. – СПб. : Афина, 2012. – 350 с. (Возвращение силы). Тираж 1700 экз. ISBN 978-5-91271-097-1.

97. **Калмыкова Е.С.** Опыты исследования личной истории : науч.-психол. и клинич. подходы / Е.С. Калмыкова. – М. : Когито-Центр, 2012. – 191 с. – (Б-ка Ин-та практ. психологии и психоанализа ; вып. 4). ISBN 978-5-89353-360-6.

98. **Каматтари Д.** 10+1 методов расслабления : полное расслабление: 10+1 современных и адаптированных техник расслабления / Д. Каматтари, В. Баскаков. – М. : Ин-т общегуманит. исслед., 2012. – 153 с. Тираж 1000 экз. ISBN 978-5-88230-301-2.

99. **Кампенхаут Д.** Слезы предков : жертвы и преследователи в коллективной душе : [пер. с англ.] / Д. ван Кампенхаут. – М. : Ин-т консультирования и систем. решений, 2012. – 234 с. – (Систем. терапия и консультирование). ISBN 978-5-91160-049-5.

100. **Каннабих Ю.В.** История психиатрии : учеб.-практ. пособие по психотерапии и психол. консультированию / Ю.В. Каннабих ; Проф. психотерапевт. лига. – Екатеринбург : Деловая книга ; М. : Акад. проект, 2012. [т.е. 2011]. – 426 с. – (Единый гуманист. мир. Психотерап. технологии) (Технологии). Тираж 1000 экз. ISBN 978-5-8291-1343-8 (Акад. проект); ISBN 978-5-88687-212-5 (Деловая книга).

101. **Каструбин Э.М.** Высшая ступень аутогенной тренировки : психол. практикум / Э.М. Каструбин. – М. : Акад. управления, 2012. – 127 с. – (Б-ка эзотерической психологии). Тираж 500 экз.

102. **Каяшева О.И.** Библиотерапия и сказкотерапия в психологической практике / О.И. Каяшева. – Самара : Бахрах-М, 2012. – 285 с. – (Мастерская практик. психолога). Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-94648-101-4.

103. **Клиническая психология** : [учебник] : в 4 т. / под ред. А.Б. Холмогоровой ; Моск. гор. психол.-пед. ун-т. – М. 2012. – Т. 2 : Частная патопсихология / [А.Б. Холмогорова и др.]. – 430 с. Тираж 1000 экз. ISBN 978-5-7695-8115-1 (т. 2).

104. **Клиническая психология и психотерапия** / [У. Бауманн и др.] ; под ред. М. Перре, У. Бауманна ; пер. с нем. под ред. В.А. Абабкова. – 3-е изд. – СПб. [и др.] : Питер, 2012 [2011]. – 944 с. – (Мастера психологии). Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-459-00482-3.

105. **Клиническая психотерапия в наркологии** : (руководство для врачей-психо-терапевтов) / [Арсеньева В.В. и др.] ; под ред. Р.К. Назырова [и др.]. – СПб. : Изд-во НИПНИ, 2012. – 456 с. Тираж 1000 экз. ISBN 978-5-94651-062-2.

106. **Клинические лекции по Кляйн и Биону** : [пер. с англ.] / [Р. Андерсон и др.] ; под ред. Р. Андерсона. – М. : Когито-Центр, 2012 [т.е. 2011]. – 191 с. – (Б-ка психоанализа). Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-89353-342-2.

107. **Ковалев С.В.** НЛП эффективного руководства, или Как управлять кем угодно и где угодно / С.В. Ковалев. – 8-е изд., стер. – Ростов н/Д : Феникс, 2012 [т.е. 2011]. – 254 с. – (Империя успеха). Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-222-19159-0.

108. **Ковпак Д.В.** Страхи, тревоги, фобии... как от них избавиться? : практ. руководство психотерапевта : [+ техники релаксации на DVD] / Д.В. Ковпак. – СПб. : Наука и техника, 2012. – 285 с. + 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). Тираж 1500 экз. ISBN 978-5-94387-715-5.

109. **Козлов В.В.** Онтология шаманизма / В.В. Козлов, А.А. Карамышев. – М. : Ин-т консультирования и систем. решений, 2012. – 322 с. ISBN 978-5-91160-050-1.

110. **Колотилова И.В.** Зависимое поведение у подростков : диагностика, коррекция, профилактика : монография / И.В. Колотилова, Н.Ю. Федюшина. – М. : Изд-во Рос. гос. соц. ун-та, 2012. – 70 с. – (Студ. Соц. б-ка). ISBN 978-5-7139-1049-5.

111. **Кондратюк Н.С.** Психотерапевтическое высказывание : парадигмальные особенности / Кондратюк Н.С. ; Киев. нац. лингвистич. ун-т. – Киев : Суми : Вінніченко М.Д., 2012. – 178 с. ISBN 978-966-1569-19-4.

112. **Консультативная психология** [Электронный ресурс] : учеб. пособие для преподавателей и студентов по курсу / Сурьянинова Т.И. ; Курск. гос. мед. ун-т. – Текст. (символьное) электрон. изд. (7,1 Мб). – Курск : КГМУ, 2012. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

113. **Корниенко А.А.** Детская агрессия : простые способы коррекции нежелательного поведения ребенка / А.А. Корниенко. – Екатеринбург : Рама Паблишинг, 2012. – 199 с.– (Учеб. для родителей). Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-91743-026-3; ISBN 978-5-91743-019-5 (серия).

114. **Короленко Ц.П.** Аддиктология : настольная книга : учеб. пособие по психотерапии, психиатрии, наркологии, практ. и клинич. психологии, психол. консультированию, медиации / Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. ; под ред. В.В. Макарова. – М. : Общерос. проф. психотерапевт. лига : Ин-т консультирования и систем. решений, 2012. – 524 с. – (Вся психотерапия : практ. и консультативная психология). Тираж 1500 экз. ISBN 978-25-91160-052-5.

115. **Короленко Ц.П.** Интимность / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева ; Новосиб. гос. пед. ун-т, Новосиб. мед. ун-т. – Новосибирск : Изд-во НГПУ, 2012. – 212 с. Тираж 1000 экз. ISBN 978-5-85921-721-2.

116. **Короленко Ц.П.** Интимность : учеб.-практ. пособие по психотерапии и психол. консультированию / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева ; Проф. психотерапевт. лига. – М. : Гаудеамус : Акад. проект, 2012 [2011]. – 239 с. – (Единый гуманитар. мир. Психотерапевт. технологии) (Технологии). Тираж 1000 экз. ISBN 978-5-8291-1349-0 (Акад. проект); ISBN 978-5-98426-111-1 (Гаудеамус).

117. **Коротовских Т.В.** Основы формирования чувства собственного достоинства у старших дошкольников в самопроцессах : монография / Т.В. Коротовских; Шадрин. гос. пед. ин-т. – Шадринск : Шадрин. дом печати, 2012. – 233 с. Тираж 50 экз. ISBN 978-5-7142-1403-5.

118. **Коррекционно-развивающие** игры и упражнения в деятельности педагога-психолога (для первоклассников, испытывающих трудности в обучении) / Департамент образования г. Москвы [и др.]. – М. : Логомаг, 2012 – 38 с. ISBN 978-5-905025-15-0.

119. **Костромина С.Н.** Справочник школьного психолога : [о теориях психологии, обучения, воспитания; о развитии, нарушениях и патологиях, синдромах и симптомах; диагностике, коррекции и консультировании; как помочь школьникам и их родителям] / С.Н. Костромина. – М. : Астрель, 2012. – 512 с. – (Все, что нужно знать) (Полный энцикл. справ.). Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-271-44092-2.

120. **Курпатов А.В.** 27 верных способов получить то, что хочется / А.В. Курпатов. – 4-е изд. – М. : ОЛМА Медиа Групп, 2012. – 238 с. – (Бестселлер). Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-373-00330-8.

121. **Курпатов А.В.** Счастье вашего ребенка : первое руководство для родителей / А.В. Курпатов. – 2-е изд. – М. : ОЛМА Медиа Групп, 2012. – 283 с. – (Бестселлер). Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-373-01832-6.

122. **Курпатов А.В.** Счастлив по собственному желанию: 1-я половина пути / А.В. Курпатов. – 5-е изд. М. : ОЛМА Медиа групп, 2012. – 239 с. – (Бестселлер). Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-373-00335-3.

123. **Курпатов А.В.** Счастлив по собственному желанию : 2-я половина пути / А.В. Курпатов. – 5-е изд. – М. : ОЛМА Медиа групп, 2012. – 247 с. – (Бестселлер). ISBN 978-5-373-00334-6.

124. **Лабиринт** души: терапевтические сказки / под ред. О.В. Хухлаевой, О.Е. Хухлаева. – [8-е изд.]. – М. : Акад. проект, 2012. – 175 с. – (Технологии психологии) (Единый гуманист. мир. Психология). Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-8291-1379-7.

125. **Лайтман М.С.** Новая жизнь : как стать счастливым в глобальном мире / [М. Лайтман]. – М. : Ин-т перспективных исслед., 2012. – 3 27 с. – (Интегральное общество). Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-91072-051-4.

126. **Лайтман М.С.** Развитие человека от 0 до 20 : [беседы с Михаэлем Лайтманом / М. Лайтман, И. Якович, И. Винокур]. – М. : АRI : Ин-т перспективных исслед., 2012. – 439 с. – (Методика интегрального воспитания). Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-91072-042-2.

127. **Лайтман М.С.** Школа для взрослых. Взгляд из будущего : [беседы М. Лайтмана с А. Ульяновым]. – М. : Ин-т перспективных исслед., 2012. – 198 с. – (Методика интегрального воспитания). Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-91072-044-6.

128. **Лаукс Г.** Психиатрия и психотерапия : справочник : [пер. с нем.] / Г. Лаукс, Х.-Ю. Меллер в сотрудничестве с М. Фрик ; под общ. ред. П.И. Сидорова. – 3-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2012. – 510 с. – (Метогіх). Тираж 1000 экз. ISBN 978-5-98322-814-6.

129. **Лебедева Л.Д.** Энциклопедия признаков и интерпретаций в проективном рисовании и арт-терапии : [учеб. пособие] / Л.Д. Лебедева, Ю.В. Никонорова, Н.А. Тараканова. – 4-е изд., стер. – СПб. : Речь, 2013 [т.е. 2012] – 332 с. ISBN 9785-9268-1382-8.

130. **Леви В.Л.** Куда жить : человек в цепях свободы / В.Л. Леви. – М. : Кн. клуб 36.6, 2012. – 445 с. – (Конкретная психология). Тираж 4000 экз. ISBN 978-5-98697-260-2.

131. **Леви В.Л.** Лекарство от лени : [зачем нужна пустая голова, учение о нехотях, поймать тонус, психосопротивление, бедолаги и недотяги, детская лень] / В.Л. Леви. – М. : Кн. клуб 36.6, 2012. – 221 с. – (Ун-т уверенности : УниУвер). Тираж 5000 экз.

132. **Леви В.Л.** Нестандартный ребенок, или Как воспитывать родителей / В.Л. Леви. – М. : Кн. клуб 36.6, 2012. – 411 с. – (Конкретная психология). Тираж 5000 экз. ISBN 978-5-98697-255-8.

133. **Леви В.Л.** Приручение страха / В.Л. Леви. – М. : Кн. клуб 36.6, 2012. – 189 с. – (Ун-т уверенности : УниУвер). Тираж 5000 экз. ISBN 978-5-98697-265-7.

134. **Леви В.Л.** Ступени к себе : курс тонопластики / В.Л. Леви. – М. : Кн. клуб 36.6, 2012. – 223 с. – (Ун-т уверенности : УниУвер). Тираж 5000 экз. ISBN 978-5-98697-264-0.

135. **Ливингстон Г.** Слишком рано постарел, слишком поздно поумнел : тридцать важных истин : [пер. с англ.] / Г. Ливингстон. – М. [и др.] : Питер, 2012. – 191 с. Тираж 2500 экз. ISBN 978-5-459-01556-0.

136. **Литвак М.Е.** Командовать или подчиняться? : психология управления / М.Е. Литвак. – ...

... Изд. 23-е. – Ростов н/Д : Феникс, 2012. – 379 с. – (Психол. этюды). Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-222-18868-2.

... Изд. 24-е. – Ростов н/Д : Феникс, 2012. – 379 с. – (Психол. этюды). Тираж 5000 экз. ISBN 978-5-222-19412-6.

137. **Литвак М.Е.** Принцип сперматозоида : учеб. пособие / М.Е. Литвак. – Изд. 39-е. – Ростов н/Д : Феникс, 2012. – 501 с. (Психол. этюды). Тираж 5000 экз. ISBN 978-5-222-19408-9.

138. **Литвак М.Е.** Психологическое айкидо в деле : как общаться с пользой / М.Е. Литвак, Т.А. Солдатова. – ...

... Ростов н/Д : Феникс, 2012. – 377 с. – (Психол. практикум). Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-222-19180-4.

... 2-е изд. – Ростов н/Д : Феникс, 2012. – 377 с. – (Психологический практикум). Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-222-19682-3.

139. **Литвак М.Е.** Рекрутинг – это драйв! : практ. пособие по подбору персонала / М.Е. Литвак, В.В. Чердакова. – Ростов н/Д : Феникс, 2012. – 381 с. – (Психол. практикум). Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-222-19020-3.

140. **Литвак М.Е.** Секс в семье и на работе / М.Е. Литвак. – Ростов н/Д : Феникс, 2012. – 441 с. – (Психол. этюды). Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-222-19030-2.

141. **Литвак М.Е.** Бинтование душевных ран или психотерапия? / М.Е. Литвак, Е.В. Золотухина-Аболина, М.О. Мирович. –11-е изд. – Ростов н/Д : Феникс, 2012. [т.е. 2011]. – 311 с. – (Психол. этюды). Тираж 2500 экз. ISBN 978-5-222-19001-2.

142. **Литвак М.Е.** Если хочешь быть счастливым : учеб. пособие по психотерапии и психологии общения / М.Е. Литвак. – ...

... 27-е изд. – Ростов н/Д : Феникс, 2012. [т.е. 2011]. – 603 с. – (Психол. этюды). Тираж 5000 экз. ISBN 978-5-222-19012-8.

... 28-е изд. – Ростов н/Д : Феникс, 2013 [т.е. 2012]. – 603 с. – (Психол. практикум). Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-222-20123-7.

143. **Литвак М.Е.** Не нойте! : практикум по психол. айкидо / М.Е. Литвак. – ...
... 18-е изд. – Ростов н/Д : Феникс, 2012. – 442 с. – (Психол. этюды). Тираж 5000 экз. ISBN 978-5-222-19406-5.

... 19-е изд. – Ростов н/Д : Феникс, 2012. – 442 с. – (Психол. этюды). Тираж 5000 экз. ISBN 978-5-222-19407-2.

144. **Литвак М.Е.** Психологические гамбиты и комбинации : практикум по психол. айкидо / М.Е. Литвак. – 8-е изд. – Ростов н/Д : Феникс, 2012 [2011]. – 410 с. (Психол. этюды). Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-222-18869-9.

145. **Литвак М.Е.** Неврозы : клиника, профилактика и лечение / М.Е. Литвак. –3-е изд., доп. и перераб. – Ростов н/Д : Феникс, 2012. – 279 с. – (Психол. этюды). Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-222-19283-2.

146. **Литвак М.Е.** Как узнать и изменить свою судьбу : способности, темперамент, характер / М.Е. Литвак. –23-е изд. – Ростов н/Д : Феникс, 2012. – 493 с. – (Психол. практикум). Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-222-19029-6.

147. **Литвак М.Е.** Похождения трусливой львицы, или Искусство жить, которому можно научиться / М.Е. Литвак, Г.Черная. – М. : Астрель – 2012. – 445 с. Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-271-26647-8 (Астрель).

148. **Литвак М.Е.** Психологический вампиризм : учеб. пособие по конфликтологии / М.Е. Литвак. –28-е изд. – Ростов н/Д : Феникс, 2012. – 411 с. – (Психол. практикум). Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-222-19028-9.

149. **Лоуэн А.** Секс, любовь и сердце : [пер. с англ.] / А. Лоуэн. – М. : Ин-т общегуманит. исслед., 2012. – 252 с. – (Телесно-ориентированная психотерапия). Тираж 1000 экз. ISBN 978-5-88230-279-4.

150. **Лоуэн А.** Биоэнергетический анализ : теория и практика : [пер. с англ.] / А. Лоуэн. – М. : Ин-т общегуманит. исслед., 2012. – 413 с. – (Телесно-ориентированная терапия). Тираж 1000 экз. ISBN 978-5-88230-231-2.

151. **Лоуэн А.** Психология тела = Spirituality of the body : биоэнергетич. анализ тела : [пер. с англ.] / А. Лоуэн. – М. : Ин-т общегуманит. исслед., 2012. – 237 с. – (Телесно-ориентированная терапия). Тираж 1000 экз. ISBN 978-5-88230-143-8.

152. **Лоуэн А.** Предательство тела : [пер. с англ.] / А. Лоуэн. – М. : Ин-т общегуманит. исслед., 2012. – 237 с. – (Телесно-ориентированная терапия). Тираж 1000 экз. ISBN 978-5-88230-230-5.

153. **Людевиг К.** Введение в теоретические основы системной терапии : [пер. с нем.] / К. Людевиг. – М. : Ин-т консультирования и систем. решений, 2012. – 180 с. Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-91160-046-4.

154. **Ляшенко В.В.** Особенности проведения арт-терапевтических занятий с использованием круговых изображений в открытой группе : метод. пособие / В.В. Ляшенко ; Деп. семейной и молодеж. политики г. Москвы, Центр психол.-

пед. помощи молодежи «Юнивита». – М. : Генезис, 2012. – 68 с. Тираж 200 экз. ISBN 978-5-98563-288-0.

155. **Майсак Н.В.** Превенция деформаций, деструкций и девиаций специалистов социномических профессий : метод. рекомендации / Майсак Н.В. ; Астрахан. ин-т повышения квалификации и переподгот. – Астрахань : АИПКП, 2012. – 24 с. ISBN 978-5-8087-0316-2.

156. **Макаров В.В.** Экспедиция души : психотерапия, духовность : (путевые заметки экспедиций в Индию) : учеб.-практ. пособие по психотерапии и психол. консультированию / В.В. Макаров, Г.А. Макарова ; Проф. психотерапевт. лига. – М. : Гаудеамус : Акад. проект, 2012. – 314 с. – (Психотерапевт. технологии). Тираж 1000 экз. ISBN 978-5-8291-1351-8; ISBN 978-5-98426-112-8.

157. **Макарова Е.Г.** Движение образует форму / Е.Г. Макарова. – М. : Самокат, 2012. – 283 с. – (Самокат для родителей). Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-91759-109-4.

158. **Макарова И.Ю.** Трансгенерационный подход в анализе семьи и родительства : проблемы теории и практика консультирования / И.Ю. Макарова. – Смоленск : Принт-Экспресс, 2012. – 157 с. ISBN 978-5-91812-050-7.

159. **Манухина Н.М.** Снайперское консультирование : основы метода / Н.М. Манухина. – М. : Класс, 2012. – 185 с. – (Краткая терапия, коучинг, консультирование). Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-86375-180-1.

160. **Машталь О.Ю.** Лучшие методики развития способностей у детей 4–6 лет : 300 заданий и упражнений на CD / О.Ю. Машталь. – СПб. : Наука и техника, 2012. – 318 с. – (Мир психологии и психотерапии). Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-94387-707-0.

161. **Медведева И.Я.** Бомбы в сахарной глазури : технологии обмана : [лукавые подмены, цивилизованное растление, иностр. яз. как психол. оружие, технология производства наркоманов, как человека превращают в товар, ювенальная диктатура] / И.Я. Медведева, Т. Шишова. – Рязань : Зерна, 2012. – 256 с. – (Книга для молодежи, родителей и педагогов). Тираж 17 000 экз. ISBN 978-5-903138-88-3.

162. **Мельченко Н.И.** Введение в профессию «Медицинский психолог» : учеб.-метод. пособие для преподавателей и студентов факультета мед. психологии / Мельченко Н.И., Чернышова Л.А. ; Самар. гос. мед. ун-т. – Самара : Ас Гард, 2012. – 169 с. Тираж 100 экз. ISBN 978-5-4259-0158-3.

163. **Меновщиков В.Ю.** Введение в психологическое консультирование / В.Ю. Меновщиков. – М. : Смысл, 2012. – 111 с. – (Теория и практика психол. помощи). Тираж 500 экз. ISBN 978-5-89357-316-9.

164. **Мерзлякова Е.Л.** Антилох : не дайте себя провести / Е.Л. Мерзлякова. – СПб. : БХВ-Петербург, 2012 [т.е. 2011]. – 350 с. Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-9775-0767-7.

165. **Методы** арт-терапевтической помощи детям и подросткам : отеч. и зарубеж. опыт / [Копытин А.И. и др.] ; под ред. А.И. Копытина. – М. : Когито-Центр, 2012 [г.е. 2011]. – 284 с. Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-89353-354-5.

166. **Методы** социальной психологии в психологическом консультировании : учеб.-метод. пособие для студентов, обучающихся по программе магистратуры по направлению подготовки 030300 «Психология» / [Э.Л. Боднар и др.] ; под общ. ред. Н.С. Минаевой ; Урал. федер. ун-т им. Б.Н. Ельцина, Ин-т соц. и полит. наук. – Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2012. – 126 с. Тираж 200 экз. ISBN 978-5-7996-0697-8.

167. **Михайлова Е.Л.** Книга о вкусном и здоровом выступлении : авторские рецепты от бизнес-тренера / Е.Л. Михайлова. – М. : Класс, 2012. – 221 с. – (Б-ка психологии и психотерапии). Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-86375-177-1..

168. **Молль А.** Гипнотизм : теор. основы и практ. применение : в общедоступном изложении / А. Молль ; пер. нем. изд. и предисл. Д.Г. Фридберга. – 2-е изд., [репр.]. – М. : URSS : Либроком, 2012. – X, 345 с. – (Из наследия мировой психологии). ISBN 978-5-397-03089-2.

169. **Моросанова В.И.** Психология саморегуляции : [учеб. пособие] / В.И. Моросанова ; Моск. гор. психол.-пед. ун-т, Психол. ин-т Рос. акад. образования. – М. ; СПб. : Нестор-История, 2012. – 277 с. Тираж 500 экз. ISBN 978-5-905986-94-9.

170. **Мосина Е.С.** Почему облака превращаются в тучи? : сказкотерапия для детей и родителей / Е.С. Мосина. – М. : Генезис, 2012. – 158 с. – (Сказкотерапия: теория и практика / Сообщество сказкотерапевтов). Тираж 1000 экз. ISBN 978-5-98563-264-4.

171. **Москаленко В.Д.** Когда любви слишком много : профилактика любовной зависимости / В.Д. Москаленко. – 4-е изд. – М. : Психотерапия, 2012. – 221 с. – (Семейная психология). Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-903182-93-0.

172. **Музыкапсихотерапия** тревожных невротических расстройств в реабилитации онкологических больных : учеб.-метод. рекомендации для врачей / [В.Ю. Куй-Беда и др.] ; Самар. гос. мед. ун-т, Самар. обл. клинич. онкологич. диспансер. – Самара : Офорт, 2012. – 36 с. ISBN 978-5-473-00786-2.

173. **Мухамеджанов И.Р.** Мужчина – женщина : книга-тренинг / И.Р. Мухамеджанов. – М. : Планета, 2012. – 87 с. ISBN 978-5-91658-407-3.

174. **Мэй Р.** Искусство психологического консультирования = The art of counselling : как давать и обретать душевное здоровье : [пер. с англ.] / Р. Мэй. – Изд. 2-е, испр. – М. : Ин-т общегуманит. исслед., 2012. – 220 с. – (Современная психология: теория и практика). Тираж 500 экз. ISBN 978-5-88230-225-1.

175. **Мэй Р.Р.** Человек в поисках себя : [пер. с англ.] / Р.Р. Мэй. – М. : Ин-т общегуманит. исслед., 2012. – 223 с. – (Современная психология: теория и практика). Тираж 500 экз. ISBN 978-5-88230-280-0.

176. **Мюррей М.** Метод Мюррей : междунар. признанный метод становления здоровой уравновешенной личности : обретение целостности в результате преодоления последствий психол. травм, насилия, пренебрежения и зависимости : [пер. с англ.] / М. Мюррей. – М. : Междунар. центр метода Мюррей ; СПб. : Шандал, 2012. – 410 с. Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-9903895-1-9 (МЦММ).

177. **Нейропсихология** в диагностике, коррекции, консультировании и профилактике нарушений здоровья человека : материалы Всерос. науч.-практ. конф. (Барнаул, 18–20 апр. 2011 г.) / [редкол.: Л.Д. Демина, Д.В. Труевцев] ; Алтайский гос. ун-т [и др.]. – Барнаул : Изд-во АГУ, 2012 – 145 с. Тираж 100 экз. ISBN 978-5-7904-1215-8.

178. **Нормативно-правовое** регулирование деятельности специального (коррекционного) образования и психолого-медико-педагогического сопровождения обучающихся с ограниченными возможностями здоровья : (из опыта работы Департамента образования Администрации г. Ноябрьска) / [авт.-сост.]: Т.Е. Бурьгина, Н.А. Туктарева ; Департамент образования Администрации г. Ноябрьска. – СПб. : Лема, 2012. – 173 с. ISBN 978-5-98709-517-1.

179. **Обучение**, воспитание и психолого-педагогическое сопровождение детей с особыми образовательными потребностями : [сб. ст. / сост.: Л.Г. Астахова] ; Калуж. гос. ин-т модернизации образования. – Калуга : КГИМО, 2012. – 111 с. ISBN 978-5-905374-20-3.

180. **Овчарова Е.В.** Индивидуальное психологическое консультирование: теория и практика : учеб.-метод. пособие / Е.В. Овчарова ; Волж. гуманит. ин-т (фил.) Волгогр. гос. ун-т. – Волгоград : Волгогр. науч. изд-во, 2012. – 95 с. Тираж 100 экз. ISBN 978-5-906081-05-6.

181. **Оклендер В.** Скрытые сокровища : путеводитель по внутреннему миру ребенка : [пер. с англ.] / В. Оклендер. – М. : Когито-Центр, 2012. – 269 с. – (Совр. психотерапия). Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-89353-359-0.

182. **Ольховская И.А.** Пробуждение жизни : книга о том, как избавиться от одиночества, исцелиться от душевной боли, выйти из духовного сна, обрести смысл и радость жизни / И.А. Ольховская. – Белгород : Константа, 2012. – 181 с. – (Жизнь в отражении). ISBN 978-5-9786-0201-2.

183. **Основы** психологического консультирования [Электронный ресурс] : учеб.-метод. пособие для студентов и преподавателей по дисциплине / Т.И. Сурьянинова; Курск. гос. мед. ун-т. – Текст. (символьное) электрон. изд. (136 Мб). – Курск : КГМУ, 2012. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

184. **Павлов И.С.** Психотерапия в практике : технология психотерапевтического процесса : учеб.-практ. пособие по психотерапии и психол. консультированию / И.С. Павлов ; Проф. психотерапевт. лига. – М. : Культура : Акад. проект, 2012. – 511 с. – (Единый гуманит. мир. Психотерапевт. технологии) (Технологии). Тираж 1000 экз. ISBN 978-5-8291-1381-0 (Акад. проект); ISBN 978-5-902767-63-3 (Культура).

185. **Палмер М.** Вам нужна эта книга, чтобы получать то, чего вы хотите : [пер. с англ.] / М. Палмер, С. Солдер. – М. : Эксмо, 2012. – 301 с. – (Смени подход). Тираж 7000 экз. ISBN 978-5-699-51158-7.

186. **Парфенов Ю.А.** Коррекция расстройств функционального состояния у врачей-специалистов / Ю.А. Парфенов, К.И. Володина ; С.-Петерб. гос. ин-т психологии и соц. работы. – СПб. : Элмор : Техномедиа, 2012. – 137 с. ISBN 5-7399-0183-9.

187. **Парфенов Ю.А.** Расстройства функционального состояния у врачей-специалистов молодого, среднего и пожилого возраста с симптоматикой профессионального выгорания / Ю.А. Парфенов, К.И. Володина ; С.-Петерб. гос. ин-т психологии и соц. работы. – СПб. : Элмор : Техномедиа, 2012. – 177 с. Тираж 500 экз. ISBN 5-7399-0182-0.

188. **Пахль-Эберхарт Б.** Четыре минус три : [как после немыслимого горя научиться улыбаться : пер. с нем.] / Б. Пахль-Эберхарт. – М. : Эксмо, 2012. – 365 с. Тираж 4000 экз. ISBN 978-5-699-52596-6.

189. **Пережогин Л.О.** Введение в клиническую психотерапию : учеб. программа / Пережогин Л.О. ; Центр исслед. проб. воспитания, формирования здорового образа жизни, профилактики наркомании, соц.-пед. поддержки детей и молодежи. – М. : ЦПВиСППДМ, 2012. – 29 с. ISBN 978-5-86002-151-8.

190. **Петровская В.Г.** Основы семейного консультирования : учеб. пособие : спец. 031000 «Педагогика и психология» (050706 по ОКСО) / В.Г. Петровская; Куйбышев. фил. Новосиб. гос. пед. ун-та. – Куйбышев, 2012. – 174 с. Тираж 100 экз. ISBN 978-5-903978-17-5.

191. **Погодин И.А.** Диалоговая гештальт-терапия : психотерапия переживанием / И.А. Погодин. – Ростов н/Д : Феникс, 2012. – 381 с. – (Психол. практикум). Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-222-18997-9.

192. **Подростки** хотят перемен : [беседы с Михаэлем Лайтманом / М. Лайтман, И. Якович А. Ульянов, И. Винокур]. – М. : АРИ : Ин-т перспективных исслед., 2012. – 319 с. – (Методика интегрального воспитания). Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-91072-043-9.

193. **Покрасс М.Л.** Терапия поведением / М.Л. Покрасс. – Самара : Бахрах-М, 2012. – 463 с. – (Мастерская практ. психолога и психотерапевта). Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-94648-100-7.

194. **Потапов О.В.** Клинико-антропологическая модель в клинической психологии и психотерапии : [монография] / О.В. Потапов ; Владивост. гос. мед. ун-т. – Владивосток : Медицина ДВ, 2012. – 214 с. – (Клинич. психология) (Науч. лит. ВГМУ). ISBN 978-5-98301-045-1.

195. **Проблема** понимания и диалога в контексте гуманитарного знания : сб. науч. ст. по материалам Всерос. науч.-практ. конф. [22–23 нояб. 2011 г.] / под ред. Е.Н. Ткач ; Дальневост. гос. гуманитар. ун-т. – Хабаровск : Изд-во ДГГУ, 2012. – 281 с. ISBN 978-5-87155-371-8.

196. **Прорыв!** 11 лучших тренингов по личностному росту / А. Парабеллум [и др.]. – СПб. [и др.] : Питер, 2012. – 350 с. Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-459-00985-9.

197. **Профессиональная** позиция психолога-консультанта в мультикультурной среде : VII науч.-практ. конф. студентов, молодых специалистов и преподавателей, 21–22 апр. 2012. г. / Ин-т практ. психологии и психоанализа. – М. : Ваш полиграфич. партнер, 2012. – 82 с. Тираж 180 экз.

198. **Психологическая** диагностика и консультирование лиц с суицидальными тенденциями : метод. рекомендации / сост.: Е.В. Калинина [и др.] ; Ин-т усоверш. врачей Чуваш. Респ. – Чебоксары : Ин-т усоверш. врачей, 2012. – 52 с. Тираж 200 экз.

199. **Психологическая** диагностика и коррекция в работе детского практического психолога : [учеб. пособие] / С.А. Котова [и др.] ; Рос. акад. нар. хоз-ва и гос. службы при Президенте РФ, Сев.-Зап. ин-т упр. – СПб., 2012. – 131 с. ISBN 5-7399-0195-2.

200. **Психологическая** и педагогическая коррекция заикания : монография / Р.И. Лалаева [и др.] ; Ленингр. гос. ун-т им. А.С. Пушкина. – СПб. : ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2012. – 163 с. ISBN 978-5-8290-1169-7.

201. **Психологическая** коррекция / [Идрисова Н.Б. и др.] ; под общ. ред. Шойгу Ю.С. ; Центр экстрен. психол. помощи МЧС России. – М. : Объед. ред. МЧС России, 2012. – 256 с. – (Настольная кн. психолога МЧС России). ISBN 978-5-9903082-9-9.

202. **Психологическая** профилактика влияния тюремной субкультуры на сотрудников : метод. рекомендации / [И.Т. Ковалева и др.] ; Федеральная служба исполнения наказаний, Акад. права и упр. – Рязань : Акад. ФСИН России, 2012. – 45 с. ISBN 978-5-7743-0500-1.

203. **Психологическое** обеспечение предотвращения актов незаконного вмешательства в деятельность гражданской авиации : учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по спец. «Безопасность жизнедеятельности», «Правоохранительная деятельность», по науч. спец. 19.00.05 «Социальная психология» / [Ю.М. Волынский-Басманов и др.] ; под ред. Ю.М. Волынского-Басманова, И.И. Аминова. – М. : Юнити Дана : Закон и право, 2012. – 199 с. ISBN 978-5-238-02159-1.

204. **Психотерапия** : учеб. для студентов мед. вузов [и врачей общ. практики] : теория и практика / [Абабков В.А., Исурина Г.Л., Казаковцев Б.А. и др.] ; под ред. Б.Д. Карвасарского. – 4-е изд. – СПб. [и др.] : Питер, 2012. – 672 с. – (Учеб. для вузов). Тираж 1500 экз. ISBN 978-5-459-01164-7.

205. **Психотерапия** : учеб. пособие : для слушателей фак. послевуз. и доп. образования / [Архангельский А.Е. и др.] ; под ред. В.К. Шамрея, В.И. Курпатов. – СПб. : СпецЛит, 2012. – 494 с. Тираж 1000 экз. ISBN 978-5-299-00472-4.

206. *Психотерапия*, практическая и консультативная психология – сплетенье судеб : [сб. ст.] : материалы междунар. конгр., 4–7 окт. 2012 г., г. Киев. – М. : Гениус Медиа, 2012. – Ч. 1. – 98 с. – (Психотерапия : ежемес. науч.-практ. журн. ; 2012. № 10); Ч. 2 – 100 с. – (Психотерапия : ежемес. науч.-практ. журн. ; 2012. № 11).

207. *Ранняя* диагностика и профилактика суицидального поведения в системе первичной медико-санитарной помощи взрослому населению : метод. рекомендации / [сост.: Е.Л. Николаев и др.] ; Респ. психиатр. больница, Чуваш. ассоц. психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов, Чувашский гос. ун-т им. И.Н. Ульянова. – Чебоксары : Ин-т усоверш. врачей, 2012. – 27 с. Тираж 200 экз.

208. *Рогов Е.И.* Настольная книга практического психолога : [практическое пособие : для психологов, социальных педагогов, психиатров : в 2 ч.] / Е.И. Рогов. – 4-е изд., перераб. и доп. – М. : Юрайт, 2012. – Ч. 1: Система работы психолога с детьми разного возраста. – 412 с. ; Ч. 2: Работа психолога со взрослыми. Коррекционные приемы и упражнения. – 507 с. – (Настольная книга специалиста). Тираж 1500 экз. ISBN 978-5-9916-1901-1 (ч. 1); ISBN 978-5-9916-1932-5 (ч. 2).

209. *Ромм В.В.* Введение в танцевально-музыкальную терапию : [монография] / В.В. Ромм. – Новосибирск, 2012. – 273 с. ISBN 978-5-7241-0120-3.

210. *Сакович Н.А.* В поисках силы : настольный сказконавигатор для работы с подростками / Н.А. Сакович. – СПб. : Речь, 2012. – 254 с. ISBN 978-5-9268-1234-0.

211. *Сакович Н.А.* Диалоги на Аидовом пороге : сказкотерапия в профилактике и коррекции суицидального поведения подростков / Н.А. Сакович. – М. : Генезис, 2012. – 286 с. – (Сказкотерапия: теория и практика / Сообщество сказкотерапевтов). Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-98563-266-8.

212. *Самыгин С.И.* Психотерапия детей и подростков / С.И. Самыгин, Г.И. Ко-лесникова. – Ростов н/Д : Феникс, 2012. – 284 с. – (Психол. практикум). Тираж 2500 экз. ISBN 978-5-222-19253-5.

213. *Сарабьян Э.* Научитесь говорить так, чтобы вас услышали : 245 простых упражнений по системе Станиславского : [как сделать голос гипнотическим? Как развить память, чтобы говорить без запинки? Как убеждать и держать паузу? Как избавиться от недостатков своей речи?] / Э. Сарабьян. – М. : Астрель, 2012. – 255 с. – (Школа успеха) (Тренинг по системе Станиславского). Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-271-43684-0.

214. *Свияш А.Г.* Секс как радостная психотерапия для очень занятых дядь и тетей / А.Г. Свияш, И.Б. Незовибацько. – М. : Астрель, 2012. – 347 с. Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-271-24537-4.

215. **Семина И.К.** В ожидании любви : сказки Эльфики / И.К. Семина. – СПб. : Речь, 2012. [т.е. 2011]. – 197 с. – (Сказки Эльфики). Тираж 4000 экз. ISBN 978-5-9268-1063-6.

216. **Семина И.К.** Большая книга счастья / И.К. Семина. – СПб. : Речь, 2012. – [128] с. – (Сказки Эльфики). Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-9268-1115-2.

217. **Семина И.К.** В поисках потерянного рая. – СПб. : Речь, 2012. – 186 с. – (Сказки Эльфики). Тираж 4000 экз. ISBN 978-5-9268-1034-6.

218. **Семина И.К.** Как мамочка за чудом ходила : сказки Эльфики / И.К. Семина. – СПб. : Речь, 2012. – 234 с. – (Сказки Эльфики). Тираж 5000 экз. ISBN 978-5-9268-1279-1.

219. **Семина И.К.** Линия жизни / [И.К. Семина]. – СПб. : Речь, 2012. – 156 с. – (Сказки Эльфики). Тираж 4000 экз. ISBN 978-5-9268-1191-6.

220. **Семина И.К.** Подарок судьбы / [И.С. Семина]. – СПб. : Речь, 2012. – 235 с. – (Сказки Эльфики). Тираж 4000 экз. ISBN 978-5-9268-1265-4.

221. **Серван-Шрейбер Д.** Антистресс : как победить стресс, тревогу и депрессию без лекарств и психоанализа : [комплексный подход к управлению эмоциями : пер. с англ.] / Д. Серван-Шрейбер. – М. : Рипол классик, 2012. – 350 с. (Новый образ жизни) (Психология Psychologies). ISBN 978-5-386-05096-2.

222. **Сигел С.** Осознанное влечение : почему нас тянет к людям определенного типа и другие секреты нашей сексуальности : [пер. с англ.] / С. Сигел. – М. : Эксмо, 2012. – 318 с. – (Практ. психотерапия). Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-699-56663-1.

223. **Симановский А.Э.** Информационное обеспечение программы дистанционного курса «Психологическая коррекция детей с умственной отсталостью» : учебное пособие : [для студентов 2, 3, 4 курсов, обучающихся по профилям «Олигофренопедагогика», «Специальная психология», «Дошкольная дефектология»] / А.Э. Симановский ; Ярослав. гос. пед. ун-т им. К.Д. Ушинского. – Ярославль : Изд-во ЯГПУ, 2012. – 102 с. Тираж 100 экз. ISBN 978-5-87555-833-7.

224. **Синельников В.В.** Путь к богатству : как стать и богатым, и счастливым / В.В. Синельников. – М. : Центрполиграф, 2012. – 220 с. – (Тайны подсознания). Тираж 10 000 экз. ISBN 978-5-227-03396-3.

225. **Синельников В.В.** Возлюби болезнь свою : как стать здоровым, познав радость жизни / В.А. Синельников. – 14-е изд., дораб. и доп. – М. : Центрполиграф, 2012. – 415 с. Тираж 5000 экз. ISBN 978-5-227-03541-7.

226. **Синельников В.В.** Рецепты судьбы : учебник хозяина жизни-2 / В.В. Синельников. – М. : Центрполиграф, 2012. – 254 с. Тираж 30 000 экз. ISBN 978-5-227-03669-8.

227. **Синельников В.В.** Учебник Хозяина жизни : 160 уроков / В.В. Синельников. – М. : Центрполиграф, 2012. – 222 с. Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-227-03369-7.

228. **Синельников В.В.** Великая сила жизни. Тайны подсознания-2 / В.В. Синельников. – М. : Центрполиграф, 2012. – 559 с. + 1 CD-ROM. Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-227-03304-8.

229. **Синельников В.В.** Практический курс доктора Синельникова : как научиться любить себя / В.В. Синельников, С. Слободчиков. – М. : Центрполиграф, 2012. – 237 с. – (Тайны подсознания). ISBN 978-5-227-03301-7 (ТП).

230. **Синельников В.В.** Прививка от стресса : как стать хозяином своей жизни / В.В. Синельников. – М. : Центрполиграф, 2012. – 219 с. – (Тайны подсознания). Тираж 10 000 экз. ISBN 978-5-227-03265-2.

231. **Синельников В.В.** Сила намерения : как реализовать свои мечты и желания / В.В. Синельников. – М. : Центрполиграф, [2012.] – 156 с. ISBN 978-5-227-03686-5.

232. **Синельников В.В.** Таинственная сила слова. Формула любви : как слова воздействуют на нашу жизнь / В.В. Синельников. – М. : Центрполиграф, 2012. – 247 с. – (Тайны подсознания). Тираж 12 000 экз. ISBN 978-5-227-03384-0.

233. **Синельников В.В.** Тайны подсознания / В.В. Синельников. – М. : Центрполиграф, 2012. – 526 с. + 1 CD-ROM. Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-227-03326-0.

234. **Системная** психотерапия супружеских пар / науч. ред. и сост. А.Я. Варга. – М. : Когито-Центр, 2012. – 340 с. – (Б-ка Ин-та практ. психологии и психоанализа ; вып. 5). Тираж 1500 экз. ISBN 978-5-89353-370-5.

235. **Смит С.** Как развить способность гипнотизировать и убеждать кого угодно : [маленькая книга сильнейших приемов : 70 сильнейших практик] / С. Смит. – М. : АСТ, 2012. – 254 с. – (Школа успеха). ISBN 978-5-17-077044-1.

236. **Смолярчук И.В.** Психологическое консультирование детей и родителей : учеб. пособие для студентов, обучающихся по спец. 030301.65 и направлению подготовки 030300 – Психология / И.В. Смолярчук ; Тамбов. гос. ун-т им. Г.Р. Державина. – Тамбов : Изд-во ТГУ, 2012. – 173 с. Тираж 50 экз.

237. **Солнцева Е.** Сверхъестественные возможности человека, каких открыть и развить в себе : [экстрасенсорика, целительство, гипноз, ясновидение, интуиция, подсознание] / Е. Солнцева. – Белгород ; Харьков : Клуб семейного досуга, 2012. – 381 с. Тираж 10 000 экз. ISBN 978-5-9910-1781-7.

238. **Соловьев В.Р.** Манипуляции. Атакуй и защищайся / В.Р. Соловьев. – М. : Эксмо, 2012. – 348 с. ISBN 978-5-699-58160-3.

239. **Специальная педагогика и специальная психология: современные проблемы теории, истории, методологии : материалы четвертого междунар. теоретико-методол. семинара, 4 апр. 2012. г. : в 2 т. / [редкол.: Н.М. Назарова и др.].** – М. : Логомаг, 2012. – Т. 1 : Специальная педагогика и специальная психология: современные проблемы теории, истории, методологии. – 240 с. ; Т. 2 : Специальная педагогика и специальная психология: современные научные исследования. – 272 с. Тираж по 110 экз. ISBN 978-5-905025-10-5.

240. *Справочник* лечебных, научных и образовательных учреждений в сфере охраны психического здоровья Российской Федерации / [Р.К. Назыров и др.] ; Рос. о-во психиатров, Рос. психотерапевт. ассоц., С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В. М. Бехтерева. – СПб., 2012. – 206 с. ISBN 978-5-94651-061-5.

241. *Старшенбаум Г.В.* Психосоматика и психотерапия: исцеление души и тела / Г.В. Старшенбаум. – 2-е изд., перераб. и доп. – Ростов н/Д : Феникс, 2012. – 350 с. Тираж 2500 экз. ISBN 978-5-222-19230-6.

242. *Стерн Д.Н.* Момент настоящего в психотерапии и повседневной жизни : [пер. с англ.] / Д.Н. Стерн. – М., 2012. – 263 с. ISBN 978-5-9902948-2-0.

243. *Стишенков И.В.* Из гусеницы в бабочку : психол. сказки, притчи, метафоры в индивидуальной и групповой работе / И.В. Стишенков ; [Сообщество сказкотерапевтов]. – М. : Генезис, 2012. – 359 с. – (Сказкотерапия: теория и практика). Тираж 1000 экз. ISBN 978-5-98563-248-4.

244. *Стоун Р.* Жизнь без ограничений : 10 простых шагов к успеху и счастью [пер. с англ.] / Р. Стоун. – М. : София, 2012. – 221 с. Тираж 4000 экз. ISBN 978-5-399-00410-5.

245. *Стоун Р.* Небесная 911 : как обращаться за помощью к правому полушарию мозга : [пер. с англ.] / Р. Стоун. – М. : София, 2012. – 219 с. ISBN 978-5-91250-749-6.

246. *Сыропятов О.Г.* Психотерапия : теория и практика : учеб.-практ. пособие : [для специалистов] / О.Г. Сыропятов, Н.А. Дзеружинская ; под общ. ред. А.О. Бухановского. – Ростов н/Д : Феникс, 2012. – 445 с. – (Медицина). Тираж 2500 экз. ISBN 978-5-222-19433-1.

247. *Сытин Г.Н.* Я живу в полном духовном комфорте : исцеляющая медицина / Г.Н. Сытин. – СПб. : Весь, 2012. – 248 с. – (Создание вечной молодости) (Изд. группа «Весь» – добрые вести). Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-9573-2520-8.

248. *Сытин Г.Н.* Исцеляющие мысли от всех болезней, старости и смерти : молодая жизнь в течение всего данного мирового цикла в полном духовном комфорте, в полном здоровье, в полном благополучии / Г.Н. Сытин. – СПб. : Весь, 2012. – 173 с. – (Создание вечной молодости). Тираж 5000 экз. ISBN 978-5-9573-2522-2.

249. *Сытин Г.Н.* Исцеляющие сеансы, проведенные академиком Г.Н. Сытиным / Г.Н. Сытин. – СПб. : Весь, 2012. – Кн. 1. – 255 с.; Кн. 2. – 254 с. – (Создание вечной молодости). Тираж по 3000 экз. ISBN 978-5-9573-2492-8 (Кн. 1); ISBN 978-5-9573-2493-5 (Кн. 2).

250. *Сытин Г.Н.* Мысли, создающие жизнь без старения : исцеляющая медицина / Г.Н. Сытин. – СПб. : Весь, 2012. – 467 с. – (Создание вечной молодости). Тираж 2500 экз. ISBN 978-5-9573-2409-6.

251. **Сытин Г.Н.** Счастье полного здоровья / Г.Н. Сытин. – СПб. : Весь, 2012. – 303 с. – (Создание вечной молодости). Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-9573-2521-5.

252. **Сэдэжвик Д.** Раненый целитель: [контрперенос в практике юнгианского анализа] / Д. Сэдэжвик. – М. : Добросвет : Изд-во КДУ, 2012. – 231 с. ISBN 978-5-98227-803-6.

253. **Тарасов Е.А.** Как повысить самооценку и достичь успеха : 25 тестов и правил / Е.А. Тарасов. – М. : Эксмо, 2012. – 125 с. – (Психология. Все по полочкам). Тираж 5000 экз. ISBN 978-5-699-59012-4.

254. **Тарханов И.Р.** Внушение, гипнотизм и чтение мыслей / И.Р. Тарханов. – Изд. 2-е, [репр.]. – М. : URSS : Либроком, 2012. – 132 с. – (Из наследия мировой психологии). ISBN 978-5-397-02988-9.

255. **Таунсенд Д.** Как победить Карабаса и не стать марионеткой в чужих руках : [пер. с англ.] / Д. Таунсенд. – М. : Триада, 2012. – 202 с. Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-86181-509-3.

256. **Теория** и практика психологического консультирования в сексологии : избр. лекции к курсу «Психологическое консультирование в сексологии» : сб. : к 5-летию образования Рос. науч. сексол. о-ва / под ред. Кащенко Е.А. ; Рос. науч. сексол. о-во [и др.]. – Воронеж : Науч. кн., 2012. – 303 с. Тираж 200 экз. ISBN 978-5-905654-74-9.

257. **Теория** и практика психологической и педагогической поддержки личности на разных этапах жизненного пути : материалы междунар. науч.-практ. конф. / [редкол.: Л.А. Пергаменщик и др.] ; Псков. гос. ун-т, Белорус. гос. пед. ун-т им. М. Танка, Псков. регион. отд-ние Рос. психол. о-ва. – Псков : Изд-во ПсковГУ ; Минск, 2012. – 190 с. ISBN 978-5-91116-152-1.

258. **Терешин К.Я.** Психосоматические расстройства и их реабилитация у больных хроническими дерматозами / К.Я. Терешин, С.Ф. Воропаев ; Дальневост. гос. мед. ун-т. – Хабаровск : Изд-во ДВГМУ, 2012. – 115 с. Тираж 300 экз. ISBN 978-5-85797-268-7.

259. **Трошина С.М.** Психологические зарисовки / С.М. Трошина. – Екатеринбург : Изд-во УМЦ-УПИ, 2012. – 47 с. ISBN 978-5-8295-0174-7.

260. **Хабалев В.Д.** История следственного гипноза / В.Д. Хабалев ; Моск. гос. юрид. акад. им. О.Е. Кутафина. – Вологда : Филиал МГЮА им. О.Е. Кутафина в г. Вологде, 2012. – 48 с. ISBN 978-5-9631-0181-0.

261. **Хайман М.** Мозг. Обратная связь : как наше тело и среда влияют на работу мозга : [пер. с англ.] / М. Хайман. – М. : Эксмо, 2012. – 587 с. – (Мозговой штурм). Тираж 3100 экз. ISBN 978-5-699-44331-4.

262. **Халкола У.** Спектрокарты = Spectrokortit : крат. метод. руководство по применению в психотерапии и психол. консультировании / У. Халкола, А.И. Копыгин. – СПб. : Речь, 2012. – 78 с. ISBN 978-5-9268-1284-5.

263. **Хеллинггер Б.** Любовь духа : что к ней приводит и как она удаётся : [пер. с нем.] / Б. Хеллинггер. – М. : Ин-т консультирования и систем. решений, 2012. – 342 с. – (Систем. терапия и консультирование). Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-91160-023-5.

264. **Хикс Э.** Медитации в вихре Вселенной : достижение благополучия в делах, здоровье и отношениях : [пер. с англ.] / Эстер и Джерри Хикс. – М. : Эксмо, 2012. – 269 с. – (Медитации). Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-699-56324-1.

265. **Хикс Э.** Мечты сбываются. Закон притяжения в действии : [пер. с англ.] / Э. Хикс. – М. : Эксмо, 2012. – 399 с. – (Пробуждение сознания). Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-9573-2436-2.

266. **Хикс Э.** Энергия желания, меняющая мир. Закон притяжения : [пер. с англ.] / Эстер и Джерри Хикс. – СПб. : Весь, 2012. – 383 с. – (Пробуждение сознания). Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-9573-2435-5.

267. **Хильденбранд Б.** Введение в работу с генограммой : [пер. с нем.] / Б. Хильденбранд. – М. : Ин-т консультирования и систем. решений, 2012. – 159 с. ISBN 978-5-91160-047-1.

268. **Холл Л.М.** Полный курс НЛП : [повышение возможностей вашей психики. Избавление от страхов, психол. травм. Гипнотизировать, убеждать, решать конфликты. Вызывать нужное состояние у себя и других] : [пер. с англ.] / Л.М. Холл, Б. Боденхамер. – СПб. : Прайм-Еврознак, 2012. – 635 с. – (Психология. Высший курс) (NLP). Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-17-077349-7.

269. **Холлис Д.** Обретение смысла во второй половине жизни : как наконец стать по-настоящему взрослым : [пер. с англ.] / Д. Холлис. – М. : Когито-Центр, 2012. – 330 с. – (Юнгианская психология). ISBN 978-5-89353-358-3.

270. **Хохлов С.И.** Психология семейного счастья, или Как сохранить и укрепить любовь семейных партнеров : [для студентов (бакалавров и магистров) вузов, изучающих курсы «Психология семьи», «Психология семьи и семейное консультирование»] / С.И. Хохлов ; Моск. гос. гуманит. ун-т им. М.А. Шолохова. – М. : РИЦМГГУ, 2012. – 202 с. Тираж 500 экз. ISBN 978-5-8288-1380-3.

271. **Хухлаева О.В.** Терапевтические сказки в коррекционной работе с детьми / О.В. Хухлаева, О.Е. Хухлаев. – М. : Форум, 2012. – 151 с. Тираж 1000 экз. ISBN 978-5-91134-607-2.

272. **Цветков А.В.** Гиперактивный ребенок: развиваем саморегуляцию: [учеб.-метод. пособие] / А.В. Цветков. – М. : Спорт и культура-2000, 2012. – 103 с. Тираж 1000 экз. ISBN 978-5-91775-085-9.

273. **Цветкова Л.С.** Нейропсихологическое консультирование в практике психолога образования : [пособие] / Л.С. Цветкова, А.В. Цветков. – М. : Спорт и культура-2000, 2012. – 117 с. Тираж 1000 экз. ISBN 978-5-91775-087-3.

274. **Цветкова Н.В.** Основы психотерапии : учеб. пособие для психол. фак. специальности 050716.65 «Специальная психология» и направления подготовки 050700.62 «Специальное (дефектологическое) образование» / Н.В. Цвет-

кова ; Вяткинский гос. гуманитар. ун-т. – Киров : Изд-во ВГГУ, 2012. – 168 с. Тираж 100 экз. ISBN 978-5-456-00129-0.

275. **Цыгуля Н.П.** Оккупациональная терапия в социальной работе / Н.П. Цыгуля, И.Н. Сязина, Б.А. Маршинин ; Рос. гос. соц. ун-т. – М. : Academia : АПК и ППРО, 2012. – 55 с. Тираж 500 экз. ISBN 978-5-8429-1013-7.

276. **Чайванов Д.Б.** Перспективы развития физических методов психокоррекции / Д.Б. Чайванов. – М. : Курчатова ин-т, 2012. – 22 с. – (Нац. исслед. центр «Курчатовский институт» ИАЭ-6703/16). Тираж 95 экз. ISBN 978-5-904437-33-6.

277. **Человек** в сложной жизненной ситуации : клинико-психологические аспекты : материалы междунар. науч.-практ. конф. / [под общ. ред. Т.Д. Василенко] ; Курск. гос. мед. ун-т, Междунар. о-во логотерапии и экзистенц. анализа, Ин-т экзистенц.-аналитич. психологии и психотерапии. – Курск : КГМУ ; Вена, 2012. – 243 с. Тираж 100 экз. ISBN 978-5-7487-1572-0.

278. **Черникова Н.В.** Психология и психотерапия химической и эмоциональной зависимости : учеб. пособие / Н.В. Черникова ; Моск. гуманитар. ин-т им. Е.Р. Дашковой. – М. : МГИ им. Е.Р. Дашковой, 2012. – 129 с. ISBN 978-5-89903-157-1.

279. **Чиа М.** Эмоциональное здоровье : трансформация отрицательных эмоций в жизненную силу : руководство на каждый день : [пер. с англ.] / М. Чиа, Д. Саксер. – М. : София, 2012. – 221 с. Тираж 5000 экз. ISBN 978-5-399-00391-7.

280. **Чобану И.К.** Основы психотерапевтической кинезиологии : руководство / И.К. Чобану. – ...

... М. : Литтерра, 2012 [2011]. – 180 с. Тираж 500 экз. ISBN 978-5-4235-0055-9.

... 2-е изд, испр. и доп. – М., 2012. – 180 с. Тираж 1000 экз. ISBN 978-5-8493-0221-8.

281. **Шабышева Ю.Е.** Психологические средства коррекции дезадаптивного поведения подростков : монография / Ю.Е. Шабышева ; Омский гос. пед. ун-т. – Омск : Изд-во ОмГПУ, 2012. – 294 с. ISBN 978-5-8268-1647-9.

282. **Шавердян Г.М.** Подступы к психотехнике свободы / Г.М. Шавердян ; Моск. гос. акад. делового администрирования [и др.]. – М. : Изд-во МГАДА, 2012. – 410 с. Тираж 500 экз. ISBN 978-5-94102-075-1.

283. **Шам А.Н.** Гипноз : подсознательное моделирование успеха / А.Н. Шам. – М. : Читай! ; Рид групп, 2012. – 108 с. – (Эксклюзив. тренинг для избранных) (Код успеха). Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-4252-0321-2.

284. **Шарипов А.Р.** Генетика судьбы : основы трансгенерационной психологии / А.Р. Шарипов, А. Шмергельский. – Уфа : Ак Идель Пресс, 2012. – 798 с. ISBN 978-5-91912-005-6.

285. **Широкова Г.А.** Практикум для детского психолога : [коррекц. игры, детская конфликтология, развивающие занятия] / Г.А. Широкова, Е.Г. Жадько. –

9-е изд. – Ростов н/Д : Феникс, 2012. – 314 с. – (Психол. практикум). Тираж 2500 экз. ISBN 978-5-222-19878-0.

286. **Шнейдер Л.Б.** Практикум по психологии семьи и семейному консультированию : учеб. пособие / Л.Б. Шнейдер, Е.М. Соломатина ; Моск. психол.-соц. ун-т.– М. : Изд-во Моск. психол.-соц. ун-та, 2012. – 495 с. Тираж 3000 экз. ISBN 978-5-9770-0435-0.

287. **Шпаргалка** по коррекционной психологии. – М. : Окей-книга, 2012. – 32 с. – (Скорая помощь студенту). ISBN 978-5-409-00248-0.

288. **Щербатых Ю.В.** Психология стресса и методы коррекции : [учеб. пособие по направлению подготовки 030300 «Психология» для квалификаций «бакалавр» и «специалист»] / Ю.В. Щербатых. – 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. [и др.] : Питер, 2012. – 256 с. – (Учеб. пособие) (Теория и практика). Тираж 2000 экз. ISBN 978-5-469-01160-9.

289. **Эксакусто Т.В.** Тренинг позитивного мышления : коррекция счастья и благополучия / Т.В. Эксакусто. – Ростов н/Д : Феникс, 2012. – 427 с. – (Психол. практикум). Тираж 2500 экз. ISBN 978-5-222-19325-9.

290. **Эриксон М.** Необыкновенная терапия Милтона Эриксона : [перевод] / М. Эриксон, Д. Хейли. – М. : Ин-т общегуманит. исслед., 2012. – 366 с. Тираж 500 экз. ISBN 978-5-88230-288-6.

291. **Яго В.** Брейнбилдинг : организуй свой мозг с помощью НЛП : [пер. с англ.] / В. Яго. – М. : Эксмо, 2012. – 315 с. – (NLP-мастер). Тираж 4000 экз. ISBN 978-5-699-53241-4.

292. **Ялом И.Д.** Шопенгауэр как лекарство : психотерапевт. истории : [пер. с англ.] / И.Д. Ялом. – М. : Эксмо, 2012. – 542 с. – (Выбор редакции). Тираж 5000 экз. ISBN 978-5-699-56868-0.

РЕФЕРАТЫ

Некрасова Н.Н. Применение психотерапии при тревожно-депрессивных расстройствах и ятрогенных реакциях у амбулаторных пациентов соматического профиля // Вестник психотерапии. – 2013. – № 48 (53). – С. 9–15.

Представлены результаты лечения тревожно-депрессивных синдромов и психогенных (ятрогенных) расстройств у 94 соматических больных и сравнительный анализ эффективности комбинированной терапии (психофармакотерапия и мультимодальная психотерапия) по сравнению с психофармакотерапией. Применение психотерапии на протяжении всего курса психофармакотерапии позволяет добиться не только полной редукции тревожно-депрессивно-ипохондрической симптоматики, но и снизить риск развития и проявления ятрогенных реакций, повысить комплаенс пациента.

Ключевые слова: клиническая психология, психодиагностика, психосоматические расстройства, тревожно-депрессивные расстройства, ятрогенные реакции, психофармакотерапия, комбинированная терапия, мультимодальная психотерапия, комплаенс.

Алёхин А.Н., Трифонова Е.А., Чернорай А.В. Динамика психической адаптации к заболеванию пациентов с ишемической болезнью сердца, перенесших жизнеопасные состояния // Вестник психотерапии. – 2013. – № 48 (53). – С. 16–27.

Представлен анализ динамики и прогноза психической адаптации к заболеванию пациентов с ишемической болезнью сердца. В три этапа (на начальном этапе госпитализации, перед выпиской, в отдаленном катамнезе, через 1 год) были обследованы 36 мужчин с ишемической болезнью сердца, перенесших неотложные состояния и хирургическое лечение. Использовались методы и психодиагностические методики для оценки эмоционального состояния, отношения к болезни, стратегий совладания со стрессом. Установлено возрастание оптимистичности и одновременно раздражительной слабости в процессе госпитализации. Выявлено, что динамика тревоги у пациентов зависит от личностных и социальных факторов. Также установлено, что в процессе реабилитации повышается приверженность пациентов медицинским рекомендациям. Показано, что предикторами анозогнозии в катамнезе являются низкая приверженность медицин-

ским рекомендациям в догоспитальный период, нарастание раздражительной слабости к концу госпитализации и слабая выраженность тревоги в связи с болезнью в период госпитализации.

Ключевые слова: психическая адаптация, стресс, отношение к болезни, личность, ишемическая болезнь сердца.

Андреева Г.О., Емельянов А.Ю., Евдокимов В.И. Динамика психофизиологических показателей в зависимости от стадии хронического болевого синдрома. Алгоритм лечения // Вестник психотерапии. – 2013. – № 48 (53). – С. 28–34.

Оценена выраженность болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ) у 446 больных с заболеваниями периферической нервной системы. Хронический болевой синдром сопровождался астеническими расстройствами у 79,5 % пациентов, тревожными нарушениями – у 74,2 %, депрессивными расстройствами – у 31,4 %. Комплексное лечение, включающее на самых ранних этапах рациональную психотерапию, медикаментозные и немедикаментозные средства воздействия на центральную нервную систему, позволяло добиться купирования или уменьшения болевого синдрома, психологической и социальной адаптации пациентов.

Ключевые слова: заболевания периферической нервной системы, хронический болевой синдром, астения, тревога, депрессия, лечение.

Караваева Т.А., Колотильщикова Е.А., Лим А.В., Лысенко И.С. Психосемантическое исследование мотивационно-потребностной сферы у больных с разными типами невротических расстройств // Вестник психотерапии. – 2013. – № 48 (53). – С. 35–51.

Представлены результаты экспериментального психосемантического исследования мотивации у 80 больных с неврастеническим, истерическим и обсессивно-фобическим типами невротических расстройств на базе отделения неврозов и психотерапии Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, что помогло получить дополнительные данные относительно содержания внутриличностных конфликтов в исследованных группах. Больным были предложены 23 ситуации (вечером после работы, среди друзей, в споре и др.), ими оценивались 26 состояний по частоте возникновения (чувствую себя бодрым и полным сил, хочется вкусно поесть, рад общению и др.). По результатам анализировались интенсивность и устойчивость потребностей, эмоциогенность ситуаций, выявлялись факторы

распределения ситуаций в психосемантическом пространстве и их соотношение.

Ключевые слова: клиническая психология, неврозы, истерия, неврастения, обсессивно-фобический синдром, психосемантическая методика, мотивационная сфера.

Пронина Г.А., Пятибрат Е.Д., Бацков С.С., Гордиенко А.В. Оценка изменений личностных характеристик и качества жизни, ассоциированных с метаболическим синдромом, у спасателей МЧС России // Вестник психотерапии. – 2013. – № 48 (53). – С. 52–56.

Обследовали 135 пациентов мужчин в возрасте ($41,2 \pm 3,5$) лет, из них спасателей МЧС России было 65, гражданских лиц – 70. Все спасатели МЧС России, которые приняли участие в исследовании, перенесли психическую травму, связанную с угрозой жизни. Метаболический синдром (МС) диагностирован у 49,2 % спасателей МЧС России и у 51,4 % гражданских лиц. Личностными характеристиками спасателей с МС являются низкий уровень эмоциональной устойчивости и высокий уровень тревоги. Психическое состояние спасателей МЧС России, страдающих МС, характеризуется также аффективной лабильностью, астеническими и депрессивными проявлениями, аффективной напряженностью, соматовегетативными расстройствами, инсомнией и пониженной удовлетворенностью качеством жизни, связанного со здоровьем.

Ключевые слова: спасатели, метаболический синдром, психогенно обусловленные расстройства, витальная угроза, психодиагностика.

Алехин А.Н., Литвиненко О.А. Психологические аспекты клинического патоморфоза психотических переживаний // Вестник психотерапии. – 2013. – № 48 (53). – С. 57–68.

Представлены результаты исследования содержания психотических переживаний в дебюте шизофрении в разных возрастных категориях больных и с ведущими галлюцинаторно-параноидным, галлюцинаторно-бредовым, параноидным синдромами. Выделены психологические аспекты содержания клинического патоморфоза психотических переживаний. Показана связь между содержанием психотических переживаний и эпохальными изменениями социокультурной ситуации в различные периоды Новейшей истории России: период относительной социокультурной и экономической стабильности; период социокультурной и экономической дестабилизации и период тотальной неопределенности в условиях нарождаю-

щейся идеологии потребления. Показано, что в содержании психотических проявлений у больных шизофренией в своеобразной форме отражены условия их психического развития в первые 7–8 лет жизни. Выделены основные признаки проявлений социокультурного влияния, выражающиеся в связности или раздробленности, содержания элементов апперцепции и бредовых фабул больных.

Ключевые слова: клинический патоморфоз шизофрении, восприятие, апперцепция, бредовая фабула, психопатологические переживания, социо-культурная среда, галлюцинаторно-параноидный синдром, галлюцинаторно-бредовый синдром, параноидный синдром, связность элементов психотических переживаний, раздробленность элементов психотических переживаний.

Шульц Е.В., Вахренева О.А., Караваева Т.А., Чехлатый Е.И. Дифференциальная диагностика клинко-электроэнцефалографическим методом неврастения и церебральных резидуально-органических расстройств с неврозоподобными проявлениями // Вестник психотерапии. – 2013. – № 48 (53). – С. 68–79.

Представлены результаты изучения биоэлектрической активности головного мозга с помощью визуального и спектрального анализа ЭЭГ у 79 больных с неврастением и неврозоподобными расстройствами в возрасте от 18 до 69 лет. В ходе сравнительного анализа было установлено, что, несмотря на схожесть клинических проявлений, у больных обеих групп определяются отличительные особенности изменений визуальных и спектральных показателей, что обусловлено различной заинтересованностью структур мозга, оказывающих влияние на организацию корковой электрической активности. Полученные данные могут быть использованы для разработки дополнительных дифференциально-диагностических критериев установления правильного диагноза и подбора адекватного лечения с обоснованным соотношением психотерапии и фармакотерапии.

Ключевые слова: неврастения, резидуально-органическое неврозоподобное расстройство, электроэнцефалография.

Грановская Р.М., Шингаев С.М. Изучение профессионального здоровья руководителей // Вестник психотерапии. – 2013. – № 48 (53). – С. 80–90.

Представлены результаты оценки психологических факторов профессионального здоровья у руководителей. Сравниваются когнитивные,

поведенческие и эмоциональные компоненты: проявления поведения типа А, используемые копинг-стратегии, уровень профессионального выгорания, способы снятия стресса. Анализируются взаимосвязи личностных потенциалов руководителя и особенностей их профессионального здоровья. С помощью регрессионного анализа разработаны психодиагностические алгоритмы прогнозирования возникновения поведения типа А на основе показателей личностных потенциалов руководителей.

Ключевые слова: психологические факторы, профессиональное здоровье, копинг-стратегии, личностные потенциалы, руководители, профессиональное выгорание, поведение типа А.

Кобзов В.А., Слюсарев А.С. Организация психопрофилактического мониторинга молодого пополнения сухопутных войск России // Вестник психотерапии. – 2013. – № 48 (53). – С. 90–97.

Представлены особенности традиционных психопрофилактических мероприятий среди молодого пополнения Сухопутных войск Вооруженных сил России, раскрываются преимущества психопрофилактического мониторинга, сочетающего мероприятия экспресс-диагностики с использованием многоосевых подходов оценки психического состояния и медико-психологической коррекции, составляющие в совокупности психопрофилактический цикл. Указывается на необходимость регулярного повторения психопрофилактических циклов с дифференцированной экспресс-оценкой психического состояния, включающей сопоставление субъективной психологической и экспертной военно-профессиональной оценок адаптации военнослужащих на начальном этапе военной службы. Показано, что применение метода психической саморегуляции является эффективным инструментом коррекции психического состояния.

Ключевые слова: военнослужащие по призыву, адаптация, психопрофилактический мониторинг, экспресс-оценка, психическое здоровье, многоосевой подход.

Шипачев Р.Ю. К вопросу о гигиене, профилактике и лечении заболеваний, при которых существенное значение приобретает негативный опыт, детерминированный «антикультурой» // Вестник психотерапии. – 2013. – № 48 (53). – С. 98–107.

Рассматривается разработанный С.П. Семеновым оригинальный интегративный патогенетический медико-психологический подход к профилактике и лечению психогенных, возникающих под влиянием негативного

опыта, детерминированного, в частности, «антикультурой», – «Ролевое переключение» или «Role switching». Подход включает в себя ряд психотерапевтических, психологических и культурно-психологических методик.

Ключевые слова: психопрофилактика, заболевания, вызванные нарушением отношений человека со средой, ролевое переключение, психотерапевтическая роль, мотивационный анализ, программа, контрпрограмма, патогенный психологический паттерн.

Nekrasova N.N. Using psychotherapy for anxiety-depressive disorders and iatrogenic effects in somatic out-patients // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2013. – No 48 (53). – P. 9–15.

The results of treatment of anxiety-depressive syndromes and iatrogenic disorders in 94 somatic patients are provided, along with comparative analysis of effectiveness of combination therapy (psycho-pharmacotherapy and multimodal psychotherapy) compared to psycho-pharmacotherapy. Using of psychotherapy throughout psycho-pharmacotherapy course not only helped to fully resolve anxiety-depression-hypochondria symptoms, but also to decrease the risk of iatrogenic effects, thus increasing patient compliance.

Keywords: clinical psychology, psychodiagnosis, psychosomatic disorders, anxiety-depressive disorders, iatrogenic effects, psycho-pharmacotherapy, combination therapy, multimodal psychotherapy, compliance.

Alekhin A.N., Trifonova E.A., Chernorai A.V. Dynamics of mental adaptation to the disease in patients with coronary artery disease who survived life-threatening conditions // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2013. – No 48 (53). – P. 16–27.

An analysis of the dynamics and prognosis of mental adaptation to the disease in patients with coronary artery disease is provided. Thirty six patients with coronary artery disease who survived emergency conditions and surgical treatment were examined in three phases (initial hospitalization, prior to discharge, in a remote catamnesis, in 1 year). Psychodiagnostic methods and techniques were used for assessing emotional state, disease attitudes, coping strategies. Increase in both optimism and irritable weakness was established during hospitalization. The dynamics of anxiety in patients was shown to depend on personality and social factors. In the process of rehabilitation, patients' adherence to medical recommendations increased. Predictors of anosognosia in catamnesis were shown to be as follows: low adherence to medical recommen-

dations in prehospital period, increased irritable weakness by the end of hospitalization and weak disease-related anxiety during hospitalization.

Keywords: mental adaptation, stress, disease attitude, personality, coronary artery disease.

Andreeva G.O., Emelyanov A.Yu., Evdokimov V.I. Dynamics of psychophysiological indicators depending on the stage of chronic pain syndrome. Treatment Algorithm // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2013. – No 48 (53). – P. 28–34.

Severity of pain was assessed using a visual analog scale (VAS) of pain in 446 patients with diseases of the peripheral nervous system. Chronic pain syndrome is accompanied by asthenia in 79.5 % of patients, anxiety in 74.2 % of patients, depressive disorders in 31.4 % of patients. Comprehensive treatment, including rational psychotherapy, drug and non-drug effects on the central nervous system at the earliest stages made it possible to achieve relief or reduction of pain, psychological and social adaptation of patients.

Keywords: diseases of the peripheral nervous system, chronic pain syndrome, asthenia, anxiety, depression, treatment.

Karavaeva T.A., Kolotilshikova E.A., Lim A.V., Lysenko I.S. Psychosemantic research of motivation and needs in patients with different types of neurotic disorders // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2013. – No 48 (53). – P. 35–51.

The paper presents the results of experimental psychosemantic study of motivation in 80 patients with neurasthenic, hysterical and obsessive-phobic types of neurotic disorders that was conducted on the basis of VM Bekhterev Psychoneurological Research Institute's department of neuroses and psychotherapy. The research helped to obtain information on the content of interpersonal conflicts in the studied groups. Patients were offered 23 different situations (evening after work, among friends, a quarrel etc.). They were to evaluate 26 emotional states (feeling refreshed and full of energy, wanting to eat, glad to contact etc.) according to the frequency of their appearance. Intensity and stability of needs, situation emotional content were analyzed; situation distribution factors in psychosemantic space and their ratio were identified.

Keywords: clinical psychology, neurotic disorders, hysterical type, neurasthenic type, obsessive-phobic type, psychosemantic technique, motivation.

Pronina G.A., Pyatibrat E.D., Batckov S.S., Gordienko A.V. Evaluation of changes in personality characteristics and life quality related to metabolic syndrome in rescue workers of Russia Emercom // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2013. – No 48 (53). – P. 52–56.

One hundred thirty five male patients aged (41.2 ± 3.5) years were examined, with 65 rescue workers of Russia Emercom and 70 civilians among them. All rescue workers of Russia Emercom who participated in the study suffered the psychic trauma associated with life threatening. Metabolic syndrome (MS) was diagnosed in 49.2 % of Russian rescue workers and 51.4 % of civilians. Personality characteristics of rescuers with MS are low level of emotional stability and a high level of anxiety. Mental state of the rescue workers of Russia Emercom suffering from MS is also characterized by affective lability, asthenic and depressive symptoms, affective tension, somatovegetative disorders, insomnia and decreased satisfaction with health-related quality of life.

Keywords: rescue workers, metabolic syndrome, psychogenic disorders, vital threat, psychodiagnosis.

Alekhin A.N., Litvinenko O.A. Psychological aspects of clinical pathomorphism of psychotic experience // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2013. – No 48 (53). – P. 57–68.

Psychotic experiences in the debut of schizophrenia are described in patients of different age groups with different leading syndromes (hallucinatory – paranoid, hallucinatory – delusional, paranoid). Psychological aspects of clinical pathomorphism of psychotic experience are identified. The connection is shown between psychotic experience content and epochal changes in the sociocultural situation during different periods of Contemporary History of Russia, such as the period of relative sociocultural and economic stability, the period of sociocultural and economic instability and the period of total uncertainty in terms of the emerging ideology of consumption. Conditions of patients' mental development within initial 7–8 years of life are shown to be uniquely reflected in psychotic symptoms of schizophrenia. Basic signs of sociocultural influence are classified as expressed in cohesion or fragmentation of elements in apperceptions and delusions of patients.

Keywords: clinical pathomorphism of schizophrenia, perception, apperception, delusional plot, psychotic experiences, sociocultural environment, hallucinatory-paranoid syndrome, hallucinatory-delusional syndrome, paranoid syndrome, cohesion of psychotic experience elements, fragmented elements of psychotic experiences.

Shults E.V., Vakhreneva O.A., Karavaeva T.A., Chekhlaty E.I. Differential diagnosis of neurasthenia and cerebral residual organic disorders with neurosis-like presentations by method of clinical electroencephalography // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2013. – No 48 (53). – P. 68–79.

The results of study of brain electrobiological activity by use of EEG visual and spectral analysis in 79 patients with neurasthenia and neurosis-like disorders aged from 18 to 69 years are presented. The results of comparative analysis show that despite similarity in clinical presentations in patients of both groups, specific changes in visual and spectral parameters are defined. They are conditioned by different levels of brain structures involvement in cortical electrical activity organization. The data obtained could be used for differential diagnosis additional criteria developing and appropriate treatment choice with reasonable ratio of psychotherapy and pharmacotherapy.

Keywords : neurasthenia, residual organic neurosis-like disorder, electroencephalography.

Granovskaya R.M., Shingaev S.M. The study of vocational health in managers // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2013. – No 48 (53). – P. 80–90.

The results of assessment of psychological factors of vocational health in managers are provided. Cognitive, behavioral and emotional components are compared: type A behavior manifestations, coping strategies used, the level of professional burn-out, stress relief methods. Relationship between personality potential and characteristics of vocational health is analyzed in managers. Using regression analysis, psychodiagnosis algorithms are developed to predict type A behavior on the basis of indicators of personality potential in managers.

Keywords: psychological factors, vocational health, coping strategies, personality potential, managers, professional burn-out, type A behavior.

Kobzov V.A., Slyusarev A.S. Organization of psychoprophylactic monitoring of young recruits in Russian land troops // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2013. – No 48 (53). – P. 90–97.

The features of traditional psychoprevention activities among young recruits of Land Armed Forces of Russia are described. The benefits of psychoprophylactic monitoring combining rapid diagnosis with the use of multi-axis approaches to assessment of mental state and medical psychological adjustment are revealed; in total, they comprise a psychoprevention cycle. The need for

regular repetition of psychoprevention cycles with differentiated rapid assessment of mental status is indicated, including a comparison of subjective psychological and expert professional military adaptation assessments in servicemen at the initial stage of military service. It is shown that the mental self-regulation is an effective tool for correcting mental state.

Keywords: conscripts, adaptation, psychoprophylactic monitoring, rapid diagnosis, mental health, multi-axis approach.

Shipachev R.Yu. On the issue of hygiene, prophylaxis, and treatment of disorders in which "anticulture"-determined negative experience plays a substantial role // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2013. – No 48 (53). – P. 98–107.

"Role Switching", a S.P. Semyonov's original comprehensive pathogenetic medico-psychological approach to prophylaxis and treatment of psychogenic disorders caused by the negative experience determined substantially by "anticulture", is discussed. The approach embraces a number of psychotherapeutic, psychological, and cultural psychology methods.

Keywords: psychoprophylaxis, disorders caused by disturbed personality-environment relationships, role switching, psychotherapeutic role, motivational analysis, program, counter program, pathogenic psychological pattern.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Алёхин Анатолий Николаевич – Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, заведующий кафедрой клинической психологии; доктор медицинских наук профессор; 191186, г. Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, д. 48, корп. 11, р.т. (812) 312-07-22, e-mail: termez59@mail.ru.

Андреева Галина Олеговна – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, ассистент кафедры нервных болезней; кандидат медицинских наук; 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, р.т. (812) 292-32-72, e-mail: galinandreev@yandex.ru.

Бацков Сергей Сергеевич – Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, заведующий клиническим отделением гастроэнтерологии и гепатологии; главный гастроэнтеролог МЧС России; заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук профессор; 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 4/2, e-mail: medicine@arterm.spb.ru.

Вахренева Олеся Александровна – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, аспирант отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии; 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, корп. 2, р.т. (812) 412-90-52, e-mail: olesia_vahreneva@mail.ru.

Гордиенко Александр Волеславович – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, заведующий кафедрой госпитальной терапии; доктор медицинских наук профессор; 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, e-mail: gord503@mail.ru.

Грановская Рада Михайловна – Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, профессор научно отдела; доктор психологических наук профессор; 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 4/2, e-mail: rada-gran@yandex.ru.

Евдокимов Владимир Иванович – Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, профессор кафедры подготовки научных кадров и клинических специалистов института ДПО «Экстремальная медицина»; доктор медицинских наук профессор; 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 4/2, e-mail: evdok@omnisp.ru.

Емельянов Александр Юрьевич – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, профессор кафедры нервных болезней; доктор медицин-

ских наук профессор; 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, р.т. (812) 292-34-27.

Караваева Татьяна Артуровна – Санкт-Петербургский научно-иследо-вательский психоневрологический институт им В.М. Бехтерева, заведующая отделением пограничных психических расстройств и психотерапии, ведущий научный сотрудник; доктор медицинских наук профессор; 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, корп. 2, р.т. (812) 412-90-52, e-mail: tania-kar@mail.ru.

Кобзов Василий Анатольевич – Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко, старший ординатор психиатрического отделения; 105229, г. Москва, Госпитальная пл., д. 3, р.т. (499) 263-53-15, e-mail: kbvz@mail.ru.

Колотильщикова Екатерина Андреевна – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им В.М. Бехтерева, старший научный сотрудник отделения пограничных психических расстройств и психотерапии; доктор психологических наук, 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, корп. 2, р.т. (812) 412-90-52, e-mail: kea63@ Rambler.ru.

Лим Анна Валентиновна – Санкт-Петербургский государственный университет, старший лаборант кафедры медицинской психологии и психофизиологии; 199034, г. Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6, e-mail: piterlimanna@gmail.com.

Литвиненко Ольга Андреевна – Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена, аспирант 4 курса кафедры клинической психологии и психологической помощи; старший лаборант научно-клинического и образовательного центра «Психотерапия и клиническая психология» Института высоких медицинских технологий СПбГУ; 191186, г. Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, д. 48, корп. 11, e-mail: olitvinenko@mail.ru.

Лысенко Ирина Сергеевна – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, клинический психолог, 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, корп. 2, р.т. (812) 412-90-52, e-mail: neoLira@yandex.ru.

Некрасова Надежда Николаевна – Котласская центральная городская больница, врач психотерапевт высшей категории, врач психиатр; Архангельская обл., г. Котлас, пр. Мира, д. 36, e-mail: nekrasova3004@yandex.ru.

Пронина Галина Александровна – Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, заведующая отделом диетологии клинического отделения гастроэнтерологии и

гепатологии; 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 4/2, e-mail: galapro@mail.ru.

Пятибрат Елена Дмитриевна – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, ассистент кафедры госпитальной терапии; доктор медицинских наук; 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, e-mail: 5brat@bk.ru.

Слюсарев Артём Сергеевич – Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко, начальник психиатрического отделения; кандидат медицинских наук; 105229, г. Москва, Госпитальная пл., д. 3.

Трифоновна Елена Александровна – Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, доцент кафедры клинической психологии, научный сотрудник Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева; кандидат психологических наук доцент; 191186, г. Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, д. 48, корп. 11, р.т. (812) 312-07-22, e-mail: trifonovahelen@yandex.ru.

Чернорай Анна Владимировна – Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, аспирант, заведующий лабораторией кафедры клинической психологии; 191186, г. Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, д. 48, корп. 11, р.т. (812) 312-07-22, e-mail: annache07@mail.ru.

Чехлатый Евгений Иванович – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, ведущий научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии; доктор медицинских наук профессор; 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, кор. 2, р.т. (812) 412-33-04, e-mail: chekhlaty@mail.ru.

Шингаев Сергей Михайлович – Санкт-Петербургская академия постдипломного педагогического образования, заведующий кафедрой психологии; кандидат психологических наук доцент; 191002, г. Санкт-Петербург, ул. Ломоносова, д.11-13, р.т. (812) 712-52-39, e-mail: sshingaev@mail.ru.

Шипачёв Ромэн Юрьевич – Институт психической культуры, ведущий сотрудник; кандидат медицинских наук; 192102, г. Санкт-Петербург, ул. Андреевская, д. 11, комн. 11.

Шульц Елизавета Владимировна – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, врач функциональной диагностики кабинета функциональной диагностики, 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, корп. 2, р.т. (812) 670-02-30, e-mail: elshulc@yandex.ru.

Научно-практическая конференция
**«РОССИЙСКИЕ ТРАДИЦИИ
В СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХИАТРИИ»,**
посвященная памяти **Б.Д. Карвасарского**
(31 января – 1 февраля 2014 года, Санкт-Петербург)

Уважаемые коллеги!

31 января – 1 февраля 2014 г. в Санкт-Петербурге состоится научно-практическая конференция с международным участием «Российские традиции в современной психотерапии и психиатрии».

Место проведения конференции:

● 31 января 2014 г. – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, конференц-зал).

Начало в 10 часов.

● 1 февраля 2014 г. – Восточно-Европейский институт психоанализа (Санкт-Петербург, Большой проспект П.С., д. 18, конференц-зал).

Начало в 10 часов.

Организаторы:

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева Министерства здравоохранения Российской Федерации;

Российская медицинская академия последипломного образования Министерства здравоохранения Российской Федерации;

Восточно-Европейский институт психоанализа;

Российское общество психиатров;

Российская психотерапевтическая ассоциация;

Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига;

Европейская конфедерация психоаналитической психотерапии.

Для участия в конференции необходимо заполнить заявку-договор и направить ее официальному сервис-агенту Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева – компании «Альта Астра». В эту же компанию следует обращаться по всем вопросам, связанным с участием, публикацией тезисов докладов, оплатой регистрационных взносов и размещением в гостиницах.

Контактные данные ООО «Альта Астра»:

www.altaastra.com,

тел./факс: 8-(812)-710-7510, 8-(812)-710-2970, 8-(812)-710-3402;

e-mail: info@altaastra.com.



ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ»
Редакционная коллегия

194352 Россия, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11,
Тел/факс (812) 592-35-79, 513-67-97
e-mail: vestnik-pst@yandex.ru

Уважаемые коллеги!

ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС России и Международный институт резервных возможностей человека (МИРВЧ, Санкт-Петербург) издает журнал «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. С 2003 г. по 2006 г. журнал «Вестник психотерапии» также входил в данный Перечень научных журналов и изданий. (Бюллетень ВАК Минобрнауки №2 от 10.01.2003).

Желающие опубликовать свои научные материалы (статьи, обзоры, краткие информационные сообщения) должны представить их в редакцию журнала в 2-х экземплярах в печатанном виде с приложением диска в текстовом редакторе WORD (не старше 2003 г.), 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). 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.

Телефон/факс (812) 513-67-97; 592-35-79 – заместитель главного редактора журнала – кандидат психологических наук доцент Мильчакова Валентина Александровна (e-mail: vestnik-pst@yandex.ru); сайт ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России: www.arcerm.spb.ru; сайт МИРВЧ: www.mirvch.com

Главный редактор журнала – доктор медицинских наук, доктор психологических наук профессор Рыбников Виктор Юрьевич (e-mail: rvikirina@rambler.ru)

Научный редактор журнала – доктор медицинских наук профессор Евдокимов Владимир Иванович (e-mail: 9334616@mail.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 бюджетное учреждение «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (ФГБУ «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».

190005, г. Санкт-Петербург, Измайловский пр., д. 18-д.

тираж 1000 экз.

цена – свободная

Отпечатано в типографии «Политехника-сервис»
с оригинала-макета заказчика.
190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 18-д.
Подписано в печать 27.12.2013. Печать – ризография.
Бумага офсетная. Формат 60/84¹/₁₆. Тираж 1000 экз.
Объем 9,38 п. л. Заказ 5921.