

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

**Международный институт резервных возможностей человека**

**ВЕСТНИК  
ПСИХОТЕРАПИИ**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

*Главный редактор В.Ю. Рыбников*

**№ 21(26)**

Санкт-Петербург  
2007

## **Редакционная коллегия**

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

## **Редакционный совет**

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

Адрес редакции:

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

**ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ**

*Научно-практический журнал*

© Международный институт резервных  
возможностей человека, 2007

© Всероссийский центр экстренной и радиационной  
медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, 2007

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

**International institute of human potential abilities**

**BULLETIN OF  
PSYCHOTHERAPY**

**RESEARCH & CLINICAL PRACTICE JOURNAL**

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

**N 21 (26)**

St. Petersburg  
2007

## **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); V.A. ANANJEV; A.A. BAZHIN (St. Petersburg); G.I. GRIGORJEV (St. Petersburg); O.F. ERY SHEV (St. Petersburg); B.D. KARVASARSKY (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

**BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY**

Research & clinical practice journal

(International Institute of Human Potential Abilities), 2007  
(A.M. Nikiforova All-Russian Centre of Emergency  
and Radiation Medicine of the EMERCOM of Russia), 2007

# СОДЕРЖАНИЕ

## ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ

<i>С.П. Семёнов, В.А. Касаткин</i> Антропоз: психотерапевтические аспекты психосоциальной депривации .....	9
<i>Е.В. Жулина, И.В. Голубева</i> Теоретико-прикладные основы исследования и коррекции психического развития детей при экспрессивной задержке речи .....	22
<i>Г.И. Григорьев, Р. Мизерене, Т.Н. Цветкова</i> Психологическое консультирование при лечении алкогольной зависимости методом духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зорка .....	33

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

<i>Е.А. Никитин, С.М. Шкленник, В.С. Цой, Ю.А. Парфенов</i> Эмоциональное истощение как проявление дезадаптации у медицинских работников .....	39
<i>Н.В. Стряпина</i> Личностные особенности курсантов и слушателей образовательных учреждений МВД России, склонных к девиантному поведению, и возможности их профилактики и коррекции .....	49
<i>Г.А. Ткаченко, И.М. Шестопалова</i> Особенности личности больных раком молочной железы в отдаленном периоде .....	66
<i>Н.В. Советная, О.С. Карева, С. Мизерас, Е.А. Мильчакова</i> Типы акцентуаций личности у больных игровой зависимостью .....	79

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

<i>С.С. Алексанин</i> Результаты оценки состояния здоровья спасателей МЧС России ...	83
<i>В.Г. Толстов</i> Психическое здоровье детского населения республики Коми .....	90
<i>М.А. Болотова, В.В. Купин, М.В. Петрова</i> Оценка состояния профессионального здоровья авиадиспетчеров ..	101

## ПСИХОАНАЛИЗ

<i>М.Г. Зорин</i> Историко-культурологический экскурс в диагностику заболеваний с помощью сновидений: психоаналитическая теория и представления древних Греков .....	ПО
---	----

## **РЕЦЕНЗИИ**

*В.Ф. Зверев*

Рецензия на учебное пособие Г.И. Григорьева «Становление и организация духовно ориентированной психотерапии» (выпуск 1) ..... 116

## **НЕКРОЛОГ**

Памяти Виктора Алексеевича Ананьева ..... 129

Рефераты ..... 131

Информация о журнале ..... 139

# CONTENTS

## PSYCHOTHERAPY & PSYCHOCORRECTION

<i>S.P. Semenov, V.A. Kasatkin</i> Anthopoptosis: psychotherapy aspects of psychosocial deprivation .....	9
<i>E.V. Zhulina, I.V. Golubeva</i> Theoretical and applied basis for study and correction of children mental development in expressive speech delay .....	22
<i>G.I. Grigoriev, R. Mizerene, T.N. Tsvetkova</i> Psychological counseling in the treatment of alcohol dependency with spirit-oriented psychotherapy of healing vow .....	33

## PSYCHOLOGICAL STUDIES

<i>E.A. Nikitin, S.M. Shklennik, V.S. Tsoi, Yu.A. Parfenov</i> Affective exhaustion as manifestation of disadaptation in health professionals .....	39
<i>N.V. Stryapnina</i> Personality features of the students of the educational institutions of the Russian Ministry of Internal Affairs with deviant behavior propensity, and resources for prevention and correction .....	49
<i>G.A. Tkachenko, I.M. Shestopalova</i> Personality characteristics of the patients with breast cancer in the long-term period .....	66
<i>N.V. Sovetnaya, O.S. Kareva, C. Mizeras, E.A. Milchakova</i> Personality accentuation types in the patients with gambling addiction ..	79

## MEDICAL SOCIAL STUDIES

<i>S.S. Aleksanin</i> The results of health assessment in rescue workers of EMERCOM of Russia .....	83
<i>V.G. Tolstov</i> Mental health of the pediatric population of the Komi Republic .....	90
<i>M.A. Bolotova, V.V. Kupin, M.V. Petrova</i> Assessment of air traffic controllers' occupational health .....	101

## PSYCHOANALYSIS

<i>M.G. Zorin</i> Historical-cultural excursion to diseases diagnostics via dreams: psychoanalysis and ancient Greek views .....	110
---	-----

## REVIEWS

*V.F. Zverev*

Review of a Tutorial G.I. Grigoriev "Formation and Organization of Spirit-Oriented Psychotherapy" .....	116
---	-----

## OBITUARY

In the memory of Victor Alexeevich Ananjev .....	129
--	-----

Abstracts	131
-----------	-----

Information about the Journal	139
-------------------------------	-----

# ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ

*С.П. Семёнов, В.А. Касаткин*

## АНТРОПОПТОЗ: ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ДЕПРИВАЦИИ

Кафедра психотерапии Санкт-Петербургской государственной  
медицинской академии им. И.И. Мечникова

### *Введение*

Инфаркт миокарда, инсульт, неоплазмы, алкоголизм, наркомания, иммунодепрессия и вызванная этим повышенная заболеваемость, самоубийства, травматизм, что общего у этих, казалось бы, столь разных патологических проблем? Согласно пониманию, положенному в основу нашего подхода, все они зачастую выражают одно и то же – антропоптоз – запрограммированную гибель человека. Одним из основных факторов, запускающих механизм такой гибели, является психосоциальная депривация – состояние, при котором человек психологически лишён обязательной связи с социумом и не может осуществлять своё естественное предназначение. В большинстве случаев природа этого состояния является социогенной. Поскольку эти вопросы выходят за рамки психотерапевтического поля, в данной статье необходимые социологические представления изложены лишь тезисно. Что касается антропоптоза и психосоциальной депривации, то содержание этих терминов, ключевых и для психодиагностики и для осуществления адекватной психотерапевтической интервенции, раскрыто достаточно подробно.

### *Краткий экскурс в историю темы*

Антропоптоз (греч. ἄνθρωπος - человек и πτωσις - падение, гибель, умирание) - неологизм, использованный нами для обозначения явления аналогичного апоптозу (греч. ἄλο - в сложных словах означает окончание действия и πτωσις - падение, гибель, умирание) - одному из наиболее изученных видов запрограммированной гибели клеток. Термин апоптоз получил своё нынешнее значение после статьи J.F.R. Kerr, A.H. Wyllie, A.R. Currie [ 15 ], опубликованной в британском журнале «Cancer». В 1997 г. В.П. Скулачёв [ 10 ] предложил для обозначения такой же генетически запрограммированной смерти многоклеточных организмов использовать термин феноптоз. Так что формально антропоптоз можно было бы рассматривать как частный случай феноптоза - феноптоз человека. Однако с позиции эволюционной теории, являющейся основой современной биологии и медицины, сама гипотеза феноптоза представляется весьма сомни-

тельной, ибо программа самоликвидации многоклеточного организма могла закрепиться в геноме лишь при уникальном стечении филогенетических обстоятельств. Применительно к виду *Homo sapiens* она вообще ошибочна: в отличие от других живых существ человек потенциально — долгожитель [ 8 ]. В связи с данным обстоятельством далее термин феноптоз не используется. Принятая нами точка зрения на особенности генетической программы человека изложена далее достаточно подробно. Гибель людей, аналогичная апоптозу клеток, несомненно, существует, но программа такой самоликвидации детерминирована не генетически, а психосоциально. Чтобы аналогия между антропоптозом и апоптозом была достаточно понятной, вначале необходимо хотя бы кратко представить эту форму клеточного самоубийства.

В случае апоптоза речь идёт именно о самоликвидации клетки, а не о гибели вследствие действия тех или иных вредностей, которую именуют некрозом. Апоптоз — это генетически контролируемый процесс, который могут запускать различные внешние и внутренние факторы. Его осуществление связано с активацией особых (киллерных) генов, ответственных за синтез веществ, вызывающих разрушение клетки [ 12 ].

Факторы, запускающие генетическую программу самоликвидации, для клеток различных тканей различны. Но в плане психофизиологической аналогии интерес представляют лишь наиболее общие механизмы, вызывающие апоптоз вне зависимости от тканевой принадлежности клетки. Одним из таких наиболее общих механизмов является нарушение регуляторных воздействий со стороны организма, благодаря которым клетка имеет нормальное строение и нормально функционирует. Подобным образом дело обстоит, например, при недостатке в ткани тех или иных гормонов, факторов роста, или иных клеточных стимуляторов. К развитию апоптоза может вести и простая потеря клеткой контакта с другими клетками или элементами межклеточного вещества [ 11 ].

Другой общий механизм включения программы самоликвидации сводится к воздействию физиологических индукторов [ 1 ] — специальных веществ, которые организм производит с целью активации киллерных генов, то есть именно для того, чтобы принудить клетку к самоубийству.

Оба представленных механизма имеют полные аналоги в картине антропоптоза. Целесообразно рассмотреть несколько биологических процессов, в осуществлении которых роль апоптоза особенно значима. К таким процессам относятся: эмбриональное развитие, ликвидация стареющих клеток, инволюция зрелых тканей, развитие ряда дегенеративных и инфекционных заболеваний, опухолевый рост.

*Роль апоптоза в эмбриональном развитии.* Формирование организма в ходе эмбрионального развития связано с производством и гибелью огромного количества различных клеток. Так, например, появляются и полностью исчезают провизорные органы, а сложение постоянных орга-

нов предполагает сначала производство избыточной клеточной массы, а после – избавление от всего лишнего. При этом уничтожение клеток, сделавших своё дело, осуществляется в основном путём апоптоза. Он охватывает клетки в четко определенных участках формирующихся зачатков и органов на конкретных этапах их развития. Если по какой-либо причине ткани или органы, подлежащие уничтожению, остаются, имеет место уродство. Поэтому можно сказать так: апоптоз – обязательный процесс нормального развития организма.

*Ликвидация стареющих клеток.* Хотя средняя продолжительность жизни клеток в различных тканях варьирует от нескольких часов (для белых кровяных телец) до многих лет (для клеток сердца и нейронов), их старение в норме завершается всегда апоптозом. Есть основания считать, что включение киллерных генов происходит вследствие снижения чувствительности состарившейся клетки к стимулирующим сигналам со стороны её соседей и организма в целом. Своевременное обновление клеточного состава – залог долголетия организма, и нормальное осуществление апоптоза – обязательное условие этого.

*Инволюция.* Обратное развитие (инволюция) особенно ярко выражено в тканях, строение и активность которых сильно зависят от гормонов. Так, например, после прекращения лактации быстро уменьшается клеточная масса молочных желёз; у женщин в пожилом возрасте уменьшается матка, а у мужчин – предстательная железа. Во всех этих и многих других случаях клетки, переставшие быть нужными организму, прекращают своё существование путём апоптоза.

Апоптоз в ходе эмбрионального развития, апоптоз стареющих клеток, апоптоз при инволюции зрелых тканей – всё это примеры физиологической гибели клеток. Однако с апоптозом может быть связан и целый ряд болезненных процессов [ 6 ]: одни из них выражают неуместную активацию программы самоуничтожения клеток, другие – угнетение этого важного механизма тканевого гомеостаза.

Что касается *патологической активации апоптоза*, то есть основания предполагать, что она может лежать в основе таких тяжёлых болезней, как паркинсонизм, болезнь Альцгеймера, болезнь Гентингтона, боковой амиотрофический склероз и целого ряда других дегенеративных заболеваний, которые характеризуются резким уменьшением количества основных функциональных клеток. Установлено так же, что апоптоз может запускаться при инфицировании клеток. Так, например, клиническая картина СПИДа во многом определена апоптозом клеток иммунной и нервной систем.

*Угнетение апоптоза* как явление, не менее болезнетворное, чем его неуместная активация. Например, сохранение в организме эмбриональных клеток чревато не только различными уродствами, но и некоторыми видами опухолей. В опухолевых клетках зачастую инактивированы гены,

запускающие апоптоз. Только клетки, сумевшие выйти из-под внутритканевого и межтканевого гомеостатического контроля, могут стать потенциально опухолевыми и дать начало бесконечно пролиферирующей автономной клеточной популяции – злокачественному росту [ 16 ].

Завершая краткое введение в проблему программированной клеточной гибели, уместно ещё раз обратить внимание на то, что апоптоз – явление физиологическое, нормальное. Как только клетка перестаёт соответствовать своему функциональному предназначению в организме, она, получив от него соответствующий сигнал, осуществляет самоубийство. Таким образом, обеспечивается обновление клеточного состава, необходимое для сохранения здоровья и долголетия организма. Чтобы было понятно, почему антропоптоз – явление реальное, но его нельзя рассматривать в качестве прямого аналога апоптоза, необходимо остановиться на ключевом представлении о том, что организм – система целеустремлённая.

### ***Организм – целеустремлённая система***

Со времён С. Bernard (1878) и W.V. Cannon (1929) организм представляется физиологам, главным образом, как система способная поддерживать постоянство своего состава и строения. И, действительно, сформулированное W. В. Cannon понятие о гомеостазе [ 13 ] – одно из основных для современной физиологии. Однако не менее важно, что организм на протяжении всего своего существования является целеустремлённой системой; иными словами – имеет определённое предназначение [ 9 ]. Это достаточно очевидно с позиции эволюционной теории, согласно которой организм любого живого существа – исторический плод «естественного отбора». Последний сводится к тому, что в условиях постоянной борьбы за существование доживают до возраста половой зрелости и передают свои признаки потомству лишь особи, достаточно приспособленные к среде обитания.

Используя концепцию «естественного отбора» в качестве объяснительного принципа совершенства живых существ и особенностей их строения, механизм отбора работает в отношении любых полезных свойств и признаков лишь при условии, что особь способна произвести потомков. Поэтому фактически базисной системообразующей функцией является репродуктивная. Жизнь – бытие целеустремлённое и целеподчинённое, при этом естественно-биологическая цель заключается в продлении рода; родовая функция цементирует весь организм; соответствие ей – залог нормального течения жизни и достижимого долголетия.

В своё время S. Freud предложил для обозначения совокупности соответствующих влечений термин Эрос (греч. Ερος – любовь)<sup>1</sup>. Используя его, той же формуле можно придать следующий вид: организмы живых существ скрепляет их эротическое начало. Ясным свидетельством её справедливости служит тот факт, что у большинства видов живых существ продолжительность жизни лишь незначительно превышает репродуктивный возраст. Как только особь утрачивает способность к продолжению рода, её общая жизнеспособность резко падает. Это особенно очевидно на примере тихоокеанского лосося и других рыб, у которых нерест происходит раз в жизни: вскоре после него производители гибнут [ 3 ].

У высших животных и у человека дело обстоит иначе. Однако в отличие от лосося воспроизводство человека отнюдь не завершается деторождением, ведь человек – существо не только биологическое, но культурное и социальное. Вне человеческой культуры, вне человеческого общества (иными словами – как животное) человек мало жизнеспособен. Так, что продление рода (реализация эротической функции) для человека предполагает ещё, во-первых, воспитание до такого возраста, когда потомок сможет существовать самостоятельно; во-вторых, передачу ему культуры, то есть информации, без которой наш вид не жизнеспособен; в-третьих, поддержание и развитие общественного строения. Отсюда явствует, что потенциально человек – долгожитель, ибо его организм эволюционно рассчитан на решение всех этих задач. А они простираются далеко за пределы детородного возраста. И существует достаточно свидетельств, что для человека, занятого решением этих задач, естественная смерть вообще не является жёстко запрограммированным событием, и наступает лишь в результате накопления организмом «неисправимых поломок».

Ситуация, аналогичная той, которая на клеточном уровне запускает апоптоз, на человеческом уровне складывается лишь тогда, когда человек перестаёт соответствовать своему предназначению вообще, то есть утрачивает и детородную, и культурную, и социальную функции. К сожалению, нынешнее общественное устройство ставит в подобное положение очень многих. Сейчас психосоциальная депривация распространяется уже не на отдельных граждан, но и на целые социальные слои и потому может быть одной из основных причин преждевременной гибели значительной части населения. Дело может обстоять именно так, если существуют механизмы самоликвидации человека аналогичные апоптозу. Есть основания утверждать, что они существуют, по своей природе являясь психофизиологическими.

<sup>1</sup> В своей последней теории влечений S. Freud свёл все основные влечения к двум категориям: влечения к жизни (Эрос) и влечения к смерти. При этом основное содержание первой категории в значительной мере соответствует представленному нами пониманию родовой функции (прим. автора).

### ***Психофизиологические механизмы антропоптоза***

*Нервная регуляция.* Возможные трудности в постижении психофизиологических механизмов антропоптоза, как, впрочем, и многих психосоматических расстройств, связаны с укоренившимся в неврологии представлением о разделении нервной системы на два отдела, один из которых заведует внешними функциями организма, а другой его внутренними процессами. Это представление впервые было сформулировано известным французским анатомом, физиологом и врачом М.Ф.Х. Вичат, жившим ещё в конце XVIII в. Именно Биша предложил рассматривать нервную систему как состоящую из двух разделов – из анимальной и вегетативной систем. Под анимальной нервной системой он понимал те разделы нервной системы, которые устанавливают определенные взаимоотношения между организмом и окружающей его средой; а под вегетативной нервной системой – разделы, управляющие внутренними процессами организма.

Следующий этап в развитии этого разделительного представления связан с именем одного из крупнейших английских нейрофизиологов J. Landley, который предложил термины «автономная нервная система» и «соматическая нервная система». Сейчас термин «автономная нервная система» принят в Международной анатомической номенклатуре, как единственно верный для обозначения соответствующих анатомических образований. Таким образом, представление о разделении нервной системы на две подсистемы закреплено в научном сознании. При этом характер взаимоотношений между этими системами остаётся во многом неясным.

Дополнительные сложности в понимании их взаимоотношений возникли в период распространения в нашей стране учения И.П. Павлова. Его идея о доминирующем значении коры головного мозга для осуществления всех функций центральной нервной системы оказалась естественным образом на переднем плане, так как она согласовывалась с общественным сознанием того времени. На протяжении довольно долгого времени считалось, что именно кора головного мозга является высшей интегративной инстанцией не только соматической нервной системы, но и вегетативной нервной системы.

Однако те же социально-политические обстоятельства, которые привели к упрочению учения И.П. Павлова, способствовали и развитию целостного подхода к изучению нервной системы. Одним из направлений такого подхода можно считать теорию Л.А. Орбели об адапционно-трофической функции симпатической нервной системы. Согласно этой теории симпатическая нервная система осуществляет регуляцию обменных и физико-химических процессов во всех тканях и органах в соответствии с потребностями целостного организма. Такое регуляторное влияние распространяется и на все этажи центральной нервной системы,

включая кору больших полушарий головного мозга<sup>2</sup>. При этом фактически в качестве инструмента, осуществляющего высшую интеграцию организма, выступает уже не соматическая нервная система, и не кора головного мозга, а вегетативная нервная система<sup>3</sup>. В дальнейшем исследование центральных механизмов вегетативной регуляции показало, что важнейшие нейрональные структуры, ответственные за это, расположены в стволе головного мозга и в гипоталамусе. Вот перечень лишь некоторых регуляторных функций этого мозга: обеспечение гомеостаза; аккомодация сердечно-сосудистой и дыхательной систем к различным психо-эмоциональным состояниям; терморегуляция; регуляция моторной и секреторной активности желудочно-кишечного тракта; регуляция кроветворения и иммунитета; регуляция деятельности эндокринных желёз; регуляция белкового, углеводного и жирового обмена; регуляция ритма сна-бодрствования; регуляция всех репродуктивных функций (менструального цикла, сперматогенеза, половой активности, сохранения беременности, родов, лактации).

Сейчас появляется всё больше свидетельств в пользу представления, согласно которому и кору головного мозга и другие высшие отделы соматической нервной системы следует рассматривать как частные объекты вегетативной регуляции. При этом связанные с их деятельностью поведенческие акты, равно как и высшие психические функции, видятся естественным образом встроенными в организм, зависимыми от него и оказывающими на него встречное влияние. Эти данные подводят нас к пониманию возможности антропоптоза. Поскольку организм — это не гомеостат (термин предложен в 1948 г. W. Ashbee), а целеустремлённая система, его вегетативная регуляция осуществляется сообразно предназначению, и при утрате цели неизбежно расстраивается — вне зависимости от причины, приведшей к депривации. Такое расстройство способно вызвать не только разнообразные дисфункции отдельных органов и систем, но и патологическую активацию апоптоза и его блокаду, и многие другие потенциально губительные процессы, и самоубийственное поведение<sup>4</sup>.

<sup>2</sup> «Мы получили богатейший фактический материал, который позволил нам утверждать, что роль симпатической нервной системы оказывается совершенно одинаковой как в отношении различных мышечных тканей (сердечной, гладкой и скелетной мускулатуры), так и в отношении органов чувств, нервов центростремительных и центробежных, спинного мозга, продолговатого мозга, среднего мозга, промежуточного мозга (т. е. того отдела, который дает начало всей симпатической системе), а также коры головного мозга» [5].

<sup>3</sup> «... не только спинной мозг, но и головной мозг, и мозжечок, и решительно все отделы центральной нервной системы стоят под контролем вегетативной нервной системы» [6].

<sup>4</sup> В теории и практике психотерапии значение цели для нормальной жизнедеятельности человека наиболее глубоко осмыслено основателем логотерапии и «экзистенциального анализа» V. Frankl. Однако надо иметь в виду, что главным понятием его концепции является не «цель», а «смысл» и объектом исследования является не организм, а душевно-духовная организация человека. Что касается акцента на потребности в смысле, то, возможно, он обусловлен, с одной стороны, известной полемикой V. Frankl с S. Freud, из-за которой он ушёл от категории «влечение»; с другой — его личным жизненным опытом: в 1942–1945 гг. V. Frankl находился в нацистских концлагерях (прим. автора).

### ***Основные направления антропоптоза***

Антропоптоз, как самоуничтожение человеческого организма, предполагает два возможных пути: самоубийственное (аутодеструктивное) поведение и аутонекроз (греч. *Αυτος* – сам; *νέκρωσις* – умерщвление). Термин аутонекроз является вполне подходящим для обозначения смертоносных процессов внутреннего разрушения, которые выражают расстройство вегетативной регуляции, а запускаются психологическими факторами. Различие между двумя этими путями очевидно: при аутодеструктивном поведении человек выступает в роли/качестве умерщвляющего себя, тогда как при аутонекрозе – в роли/качестве умирающего.

*Самоубийственное поведение.* Человек в отличие от животных способен к истинному самоубийству, то есть действиям, направленным на лишение себя жизни. Эта способность выражает две фундаментальные особенности человеческой природы. Первая из них заключается в относительной слабости инстинктов, так что и инстинкт самосохранения не является главным фактором из числа, определяющих поведение человека. Вторая особенность заключается в том, что человек – существо в высшей мере социальное. Она делает каждого из нас зависимыми от окружающих людей и от общества. Как показывает практика гипноза, степень этой зависимости чрезвычайно велика. Осуществляя гипнотическое воздействие, один человек может не только внушить другому те или иные действия, но, даже, изменить у него течение физиологических процессов. Приняв в расчёт, что образ другого – это всего лишь субъективная реальность, легко понять, сколь он значим – сколь велика сила человеческого самовнушения. И, если по каким-либо причинам этот *alter ego* становится врагом, от которого исходит приказ «умри!», человек либо кончает жизнь самоубийством, либо умирает от одного из развивающихся тут же смертельных недугов. По-видимому, в большинстве случаев именно подобный «приказ», отданный себе в той или иной форме или полученный в завуалированном виде со стороны социума, и является психологической причиной антропоптоза. Что касается самоубийственного поведения, то, как и поведение вообще, оно может быть и сознательным и бессознательным. Рассмотрим сначала сознательные акты самоубийств.

*Суицид.* Сознательное (преднамеренное) самоубийство, суицид (лат. *sui* – себя; *caedere* – убивать). Суицид может запускаться разными внешними и внутренними факторами, однако фактически самó такое убийство во всех случаях осуществляется, безусловно, сознательно [ 14 ]. И причастно к этому не просто сознание, а сознание, расстроенное вследствие утраты человеком цели своего дальнейшего существования. Речь, разумеется, не идёт о том, что всякое умышленное лишение себя жизни свидетельствует о наличии какого-то психического заболевания, но расстройство сознания, выражающееся в утрате им адаптивной функции, конечно, имеет место. Приняв во внимание особенности основных психологических

механизмов, все суицидальные акты можно, с известной долей условности, представить в виде двух групп.

Первая из них включает в себя все те случаи, когда самоубийство совершается ради некой надындивидуальной цели. Примерами такого рода могут служить потрясающие факты самосожжения русских раскольников, французских катаров, гибель секты «Народный храм» в Гайане, японские камикадзе, арабские террористы, обрушившие на Нью-Йорк самолёты, герои военных эпопей. Совершенно очевидно, что суициды такого рода никакого отношения к антропоптозу не имеют, ибо они просто обнаруживают способность человека к жертвенному поведению.

Вторую группу образуют суицидальные акты, выражающие именно антропоптоз. В неё входят, с одной стороны, разные формы аутоагрессии, когда самоубийство вызвано агрессивным (лат. *aggressio* – нападение) отношением к самому себе, к собственной жизни; с другой – суицидальные акты, связанные с депрессией или иным страданием, когда самоликвидация является способом избавления от него. Ярким примером простой аутоагрессии может служить харакири. Вспарывая себе живот, японский самурай реализует программу самоликвидации, выражающую для него недопустимость дальнейшей жизни, если она перестала соответствовать предназначению, строго определенному самурайским кодексом чести, который содержит предписание на сей счёт.

Психологически суицид выглядит существенно иначе, если субъект решается убить себя вследствие угроз, жестокого обращения или систематического унижения его достоинства (ст. 110 УК РФ. Доведение до самоубийства.). Здесь самоликвидация выражает состояние, когда борьба за жизнь, предполагая дальнейшее страдание, представляется человеку уже нецелесообразной, бессмысленной и инстинкт самосохранения оказывается слабее сознательно принятого решения. Примерно так же картина выглядит и в том случае, если до самоубийства доводят не действия каких-то конкретных людей, а состояние общества.

О том, каково оно в нынешней России, можно судить по данным статистики. Согласно общепринятым критериям уровень самоубийств в стране расценивается как высокий, если количество завершённых суицидов превышает 20 на 100 тыс. населения. Для нашей страны этот показатель за период с 1985 г. возрос в несколько раз и сейчас в целом по России составляет более 40, а в некоторых регионах более 150 на 100 тыс. [ 7 ]. Выйдя на пятое место в качестве причин смерти граждан РФ, суициды стали подлинной проблемой, ибо есть все основания считать, что главным фактором, запускающим этот вариант антропоптоза, является прогрессирующий разрыв связей с социальной средой. Значительно усугубляет проблему всё большее размывание массовой культурой представления о границе жизни и смерти, что особенно сказывается на подростках. А

культ жестокости и насилия, насаждаемый СМИ, фактически извращает защитно-оборонительный инстинкт.

Наблюдается и явный рост числа самоубийства под давлением тех или иных очевидных внешних обстоятельств, однако, ещё чаще суициды совершаются в состоянии депрессии. Если депрессия является симптомом эндогенного процесса, самоубийство вследствие неё едва ли стоит относить к категории антропоптоза. Если же депрессия возникла по психологически понятным причинам, и дело закончилось суицидом – это антропоптоз. Наиболее часто к развитию таких депрессий у взрослых людей приводят следующие обстоятельства: гибель близких (особенно, единственного ребёнка); разрыв с возлюбленными; утрата смысла и цели существования в связи с наступившим одиночеством; положение изгоя, чужака; положение человека, который оказался никому не нужным; утрата дома, изгнание с Родины. Большая часть этих обстоятельств может быть отнесена к категории психосоциальной депривации, представление о которой изложено далее.

По данным ВОЗ, депрессиями на земном шаре заболевают ежегодно 2 млн человек. При этом депрессиями различной степени тяжести страдают как минимум 2 % детей до 18 лет и около 5 % подростков. Согласно прогнозам к 2020 г. по распространённости депрессия станет «болезнью номер один», обогнав инфекционные, сердечно-сосудистые и онкологические недуги [ 2 ]. Оценивая вклад различных депрессий в общую величину суицидов, необходимо брать в расчет, что распространённость депрессивных состояний куда шире, чем это отражено в статистике диагностированных форм.

Во-первых, депрессии зачастую скрыты с помощью тех или иных психотропных средств (лекарства, алкоголь, наркотики). Они всё шире входят в повседневную жизнь и уже сейчас являются практически обязательными атрибутами современного образа жизни. Во-вторых, и это заслуживает особого внимания, депрессии во многих случаях оказываются соматизированными, когда человек предъявляет жалобы в основном со стороны мышц, суставов, тех или иных внутренних органов, а реальных признаков какого-либо соматического заболевания нет. При этом собственно эмоциональные нарушения могут быть выявлены только путём специального целенаправленного исследования. Понятно, что попытка самоубийства на фоне такой депрессии выглядит мало мотивированной.

### ***Бессознательное стремление к смерти***

Помимо истинного самоубийства, то есть осознаваемого, преднамеренного лишения себя жизни, повседневная медико-психологическая практика свидетельствует о том, что поведение человека в значительной мере направляется факторами, которые он может вовсе не осознавать. Это относится к различным видам деятельности и действий, включая действия

гибельные. Приказ, полученный от гипнотизёра, человек выполняет, не сознавая, что выполняет чей-то приказ. Ему кажется, что он действует совершенно произвольно. При этом в большинстве случаев действие совершается машинально, то есть без осознания его назначения и целесообразности. Бессознательное стремление лишить себя жизни реализуется вполне аналогично. Можно привести множество различных примеров безотчётного (непреднамеренного) самоубийственного поведения [4], достаточно упомянуть два: наркоманию и так называемый «автоцид».

*Наркомания.* Что бы ни говорили наркологи и психологи, занимающиеся этой проблемой, факт заключается в том, что наркомания — вид губительного поведения, при котором человек действует достаточно сознательно и упрямо отказывается от помощи. Да, наркомания это, безусловно, особая форма психического расстройства, и как таковая она, подобно депрессии, требует эффективного медицинского вмешательства. Но здесь речь не о лечении, а о том, почему оно малоэффективно. Дело в том, что наркомания — плод мощного социального внушения, своеобразной губительной программы, которая посредством всех каналов информации внедряется в психику людей. Противиться её реализации кому-то из них оказывается не по силам.

Фактически наркогенное влияние социальной среды на человека аналогично воздействию на клетку таких небольших доз вредных для неё факторов, которые сами по себе привести к её гибели (к некрозу) не могут, но могут запустить апоптоз, то есть генетически детерминированную программу самоуничтожения. При наркомании мы наблюдаем нечто очень похожее. Информацию, формирующую соблазн принять наркотик, человек получает с детства наряду с информацией о губительности наркомании. Однако по достижении возраста эмансипации от родителей одна часть молодых людей удерживается от соблазна, тогда как другая начинает пользоваться ядом и закономерно гибнет.

Если с наркоманией дело обстоит именно так, то есть гибель от неё — вид антропоптоза, картина представляется весьма пессимистичной. Этот недуг уже сейчас имеет вид пандемии, и по причинам, связанным с системным кризисом нашей цивилизации, распространяется всё шире. Можно, конечно, полагать, что гибель человеческих особей, неспособных выжить в среде, насыщенной наркотиками — явление в своём роде физиологическое: останутся лишь те, кто способен игнорировать наркотический соблазн. Однако нравственное чувство восстаёт против этого, а оно — не последний аргумент в поисках истины. Наркомания, как антропоптоз, — аналог патологической активации апоптоза, то есть ведёт не к совершенствованию социального организма, а к углублению его и без того болезненного состояния. Преодоление наркомании как массового явления предполагает перестройку самого общества.

В связи с обсуждением наркомании целесообразно упомянуть и о других токсикоманиях: алкоголизм, табакокурение, гашишизм – всё это формы поведения, чреватые ущербом для здоровья и долголетия, но в отличие от наркомании в них трудно усмотреть собственно антропоптоз. Исключение составляет лишь алкоголизм, имеющий злокачественное течение. Такое течение мы наблюдаем, когда эта болезнь начинается в очень молодом возрасте и ещё тогда, когда алкоголик в силу своего пагубного пристрастия к спиртному утрачивает нормальные социальные связи. Последний вариант развития событий нередко заканчивается суицидом.

«Автоцид» – обычно этот немедицинский термин используется для обозначения смерти водителя автомобиля в результате ДТП (дорожно-транспортных происшествий), при котором есть основания сомневаться в случайности его действий. Понятно, что автоцид – категория сборная, так как в неё попадают случаи с разной степенью выраженности аутодеструктивных тенденций. Поскольку дорожно-транспортный фактор является постоянным для большинства людей, можно предполагать, что при наличии указанных тенденций, вероятность погибнуть в результате ДТП существенно выше, чем иным путём. Это один из путей непреднамеренного самоубийства не только водителей транспортных средств, но и пешеходов.

Риск погибнуть в ДТП весьма велик, когда человек как бы случайно оказывается регулярно пострадавшим в результате подобного рода происшествий. Понимание того, что дело может заключаться не просто в невезении, а в особенностях душевного склада самого страдальца, пришло к нам из психоанализа. Сейчас уже хорошо известно, что человек может по разным причинам бессознательно стремиться причинить себе тот или иной ущерб. Поэтому высокий травматизм в крайнем проявлении, то есть завершающийся гибелью, – это, безусловно, вид антропоптоза.

Приведём в качестве примера случай 56-летней женщины, которая за три года стала участницей двух ДТП. Шесть лет назад умер её муж, который за четверть века их совместной жизни не раз предостерегал её, чтобы она была более внимательной при переходе дороги. К счастью, за все эти годы никаких происшествий не было. Через 9 мес после смерти мужа в автодорожной катастрофе погиб её единственный сын и вся его семья (жена, дети). Развившаяся депрессия пошла на убыль лишь через один год. Но тут сама она попала под машину, переходя улицу вне зоны пешеходного перехода. Получила перелом ноги и сильные ушибы. Через следующий год – новое ДТП. На этот раз она оказалась сбитой автомобилем, когда вышла из трамвая. В результате – ещё полгода лечения. За психотерапевтической помощью обратилась в связи с плохим общим самочувствием в отсутствие реальных физических заболеваний, которые могли бы объяснить такое самочувствие. При целенаправленной беседе выявлена скрытая депрессия. После смерти мужа, гибели сына и внуков и выхода на пенсию оборвались практически все значимые социальные связи.

Жизнь потеряла смысл. Рассказывая о последнем ДТП, пациентка вполне здраво оценивает собственную роль: «Я даже и не смотрела на дорогу ... Так, что сама виновата ...». Причина высокого травматизма заключалась не в настоятельных предостережениях мужа, как оно могло бы показаться, а в депрессии, в потере смысла и цели дальнейшего существования. Слова же мужа и характер гибели сына с его семьёй всего лишь указали возможное направление антропоптоза. Подобных историй немало, хотя, разумеется, обычно они не столь очевидны.

Из всего изложенного по поводу аутодеструктивного поведения должно быть ясно, что оно может осуществляться самыми разными способами, а его реальной причиной часто является психосоциальная депривация.

(Продолжение следует)

### *Литература*

1. *Быков В.Л.* Цитология и общая гистология (функциональная морфология клеток и тканей человека) / В.Л. Быков. — СПб.: СОТИС, 2002. — 97 с.
2. *Ерышев О.Ф.* Депрессии: проявления, лечение, профилактика / О.Ф. Ерышев, А.М. Спринц. — СПб.: Нева, 2005. — 96 с.
3. *Лососёвые* // Биологический энциклопедический словарь / гл. ред. М.С. Гиляров. — 2-е изд. — М.: Сов. энцикл., 1989. — С. 330.
4. *Меннингер К.* Война с самим собой / К. Меннингер. — М.: ЭКС-МО-Пресс, 2000. — 480 с.
5. *Орбели Л.А.* Избранные труды : в 5 т. / Л.А. Орбели. — М.; Л.: Изд-во АН СССР, 1962. — Т. 2. — 564; Т. 3. — 495 с.
6. *Программированная* клеточная гибель / под ред. В.С. Новикова. — СПб.: Наука, 1996. — 121 с.
7. *Психология и психотерапия в России — 2000* : справ. изд. — СПб., 2000. — 251 с.
8. *Семёнов С.П.* Профилактика старения / С.П. Семенов. — СПб.: ИСТОК, 1993. — 141 с.
9. *Семёнов С.П.* Профилактика старения / С.П. Семенов. — 2-е изд. — СПб.: ОАЗИС, 2002. — 176 с.
10. *Скулачев В.П.* Старение организма — особая биологическая функция, а не результат поломки сложной живой системы: биохимическое обоснование гипотезы Вейсмана (обзор) // Биохимия. — 1997. — Т. 62, вып. 11. — С. 1394–1399.
11. *Швембергер И.Н.* Апоптоз: роль в нормальном онтогенезе и патологии / И.Н. Швембергер, Л.Б. Гинкул // *Вопр. онкологии.* — 2002. — Т. 48, № 2. — С. 155.
12. *Apoptosis: the Molecular Basis of Cell Death* / eds. L.D. Tamei, F.O. Cope. — Cold Spring Harbor Lab. Press, 1991. — 321 с.

13. *Cannon W.B.* Organization for physiological homeostasis / W.B. Cannon // *Physiol. Rev.* – 1929. – Vol. 9. – P. 399.

14. *Farber M.L.* Theory of Suicide / M.L. Farber. – N.Y., 1968. – 115 с.

15. Kerr J.F.R. Apoptosis: a basic biological phenomenon with wide-ranging implication in tissue kinetics / J.F.R. Kerr, A.H. Wyllie, A.R. Currie // *Brit. J. Cancer.* – 1972. – Vol. 26, N 4. – P. 239–257.

16. *Rinkenberger J.L.* Errors of homeostasis and deregulated apoptosis / J.L. Rinkenberger, S.J. Korsmeyer // *Curr. Opin. Genetics & Development.* – 1997. – Vol. 7. – P. 569–596.

*Е.В. Жулина, И.В. Голубева*

## **ТЕОРЕТИКО-ПРИКЛАДНЫЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И КОРРЕКЦИИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПРИ ЭКСПРЕССИВНОЙ ЗАДЕРЖКЕ РЕЧИ**

Нижегородский государственный педагогический университет  
Муниципальное управление культуры «Центр культуры и искусства», Городец

Проблема изучения психического развития при экспрессивной задержке речи (ЭЗР) является крайне важной и актуальной. Эти исследования ограничены, а между тем коррекция указанных нарушений в единстве раннего и дошкольного возраста может дать наибольший психологический эффект.

Многочисленные наблюдения исследователей разных психологических направлений убедительно доказали, что речевые нарушения отражаются на динамике развития психической деятельности ребенка. Отклонения в развитии у ребенка без оказания ему помощи становятся более выраженными, затрагивают все сферы психического развития и препятствуют его социальной адаптации.

При изучении ЭЗР у детей основной акцент делается на то, как речевые недостатки или отсутствие речи влияют на психическое развитие в целом. Многочисленные исследования были направлены на языковое сознание, вербально-логическое мышление, словесную память, то есть на изучение состояния высших психических функций, непосредственно связанных с речью [ 1, 8 ]. Значительно меньше представлено данных о том, как влияют отклонения в речевом развитии на неречевые компоненты психического развития. К сожалению, существующие исследования по этому вопросу немногочисленны.

На современном этапе в области коррекционной психологии фактически отсутствует подход к комплексному изучению и коррекции отклоняющегося психологического развития как интегративного психического образования. Обусловлено это, на наш взгляд, двумя обстоятельствами:

- во-первых, интересы ученых в большей мере центрированы на узком, конкретном аспекте этой проблемы, предусматривающем выяснение действенности конкретных методов и средств;

- во-вторых, в большинстве работ экспериментального плана преследуются узкие, конкретные цели, предполагающие выяснение вектора влияния апробируемых психологических средств воздействия без учета психологической структуры отклоняющегося развития как сложного психического образования.

Комплексное исследование познавательной (лингво-когнитивного компонента) сферы одновременно с коммуникативными проблемами и развитием эмоционально-волевой сферы представляется наиболее перспективным, так как оно выявляет путь перехода от коррекции отдельных недостатков (например речевой сферы) к компенсации отклоняющегося развития ребенка на глубинных уровнях психики.

Е.М. Мастюкова (1992) отмечает, что исследования роли эмоциональной сферы в психическом развитии ребенка немногочисленны и имеют обобщенный характер без учета специфики психического развития дошкольников с нарушениями речи [ 9 ].

О.В. Украинец (2003) указывает, что эмоциональная система старших дошкольников с нарушениями речевого развития характеризуется высокой личностной, но низкой ситуативной тревожностью [ 14 ].

Эмоционально-личностная сфера характеризует недостаточную сформированность дифференциации эмоциональных состояний и саморегуляции: небольшой объем мимических (выразительных движений мышц лица) и пантомимических средств (выразительных движений всего тела), слабость артикуляционной и тонкой моторики, что снижает коммуникативные возможности детей. Дети осознают свой дефект, в результате чего у них возникают негативное отношение к речевому общению, невозможность высказать своё пожелание, повышенная ранимость и обидчивость.

И.С. Кон (1978) подчеркивает, что с раннего возраста развиваются и формируются коммуникативные качества человека: потребность в общении, активность, возможности установления межличностных отношений. В коррекционной психологии встречаются единичные исследования коммуникативного развития при ЭЗР [ 7 ].

ЭЗР снижает уровень общения, способствует возникновению замкнутости, робости, нерешительности, стеснительности; порождает специфические особенности речевого поведения (ограниченную контактность, замедленную включаемость в ситуацию общения, неумение поддержи-

вать беседу, вслушиваться в звучащую речь, невнимательность к речи собеседника), приводит к снижению коммуникативной активности [ 3 ].

Изучением коммуникативной сферы у детей с недоразвитием речи старшего дошкольного возраста в процессе игровой деятельности занималась Л.Г. Соловьева, под руководством Г.В. Чиркиной. Проведенные исследования позволили выявить взаимообусловленность речевого и коммуникативного развития, несформированность лингвистических средств (бедный словарный запас, аграмматизмы, своеобразие связного высказывания), что препятствует осуществлению полноценного общения, формированию диалогической и монологической коммуникации поведения (незаинтересованность в контакте, неумение ориентироваться в ситуации общения, негативизм) [ 13 ].

О.Е. Грибовой (1985) установлено, что у детей начальной школы с недоразвитием речи определяется смещение целей коммуникации, что приводит к игнорированию собеседника, к желанию не рассказать, а высказаться. Автор исследования предположила, что в психологической коррекции на этапе раннего и дошкольного возраста следует уделять внимание развитию коммуникативных умений: обращаться с просьбами, задавать вопросы, учить детей воспринимать общие инструкции, без указания адресата высказывания, что будет способствовать формированию коммуникативной компетентности [ 4 ].

А.А. Павлова (1990) также исследовала особенности коммуникации у старших дошкольников с нормальным развитием речи и ее недоразвитием. Выявлены общие закономерности: предпочитаемые дети хорошо владеют лингвистическими и коммуникативными средствами. Среди «непринятых» оказываются дети с выраженной степенью речевого недоразвития, плохо владеющие коммуникативными средствами, что в свою очередь отражается на ведущей деятельности: игровые умения развиты слабо, попытки общения не приводят к успеху и часто вызывают вспышки агрессивности [ 11 ].

Г.Л. Розенгарт-Пупко (1963) обращает внимание на то, что задержка в развитии речи ограничивает возможности ребенка общаться с окружающими лицами, тем самым отрицательно сказывается на всем психическом развитии ребенка [ 12 ]. Решающее значение коммуникативной деятельности или общения для психического развития человека признается всеми. Тем не менее представления о сущности трудностей, практических методах и приемах работы по преодолению недостатков коммуникативного развития детей с ЭЗР до сих пор остаются весьма размытыми, нечеткими, неконкретными.

Создание системы ранней психологической помощи для детей с ЭЗР является чрезвычайно важным направлением логопсихологии. Данный вид отклоняющегося развития относится к расстройствам психического (психического) развития, к специфическим расстройствам разви-

тия речи. Расстройство экспрессивной речи (таксон F 80.1 МКБ-10) – специфическое нарушение развития, при котором способность ребенка использовать выразительную разговорную речь заметно ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту, хотя понимание речи находится в пределах нормы. При этом могут быть или не быть расстройством артикуляции.

При ЭЗР отмечаются следующие закономерности развития речи:

1) отсутствие отдельных слов или близких к ним речевых образований к двум годам или простых выражений или фраз из двух слов к трем годам;

Данное положение следует пояснить, первое слово появляется около года (во всем мире), и если в два года это не произошло, то следует говорить об ЭЗР. В три года речь детей достаточно развита, они легко могут объяснить свои желания, мысли вербально, но если в три года он пользуется отдельными (общими) словами, а не фразами – это ЭЗР. Следует сразу отметить редкие случаи, когда после длительного молчания ребенка появляется фразовая речь. Система ранней психологической помощи ребенку позволит избежать появления эмоциональных и коммуникативных проблем.

Вторичные психологические отклонения при задержке речи, возникают тогда, когда сам ребенок понимает, что не может объяснить свои желания и состояния. В данном исследовании выявлены различные варианты возможного развития, которые будут раскрыты далее;

2) ограниченное словарное развитие, чрезмерное использование небольшого набора общих слов;

3) трудности в подборе подходящих слов и слов заменителей;

4) сокращенное произношение;

5) незрелая структура предложений;

6) синтаксические ошибки: пропуски словесных окончаний или приставок, неправильное использование или отсутствие грамматических признаков (предлогов, местоимений, спряжений или склонений глаголов, и имен существительных);

7) обобщенное употребление правил;

8) отсутствие плавности предложений и трудности в установлении последовательности при пересказе событий прошлого;

9) недостаточность разговорной речи, которая сопровождается задержкой или нарушением словесно-звукового произношения;

10) навыки рецептивной речи в нормальных пределах для умственного возраста ребенка (хотя часто она может быть немного ниже среднего уровня).

К специфическим психологическим закономерностям развития детей с ЭЗР относятся:

1) частое использование невербальных реплик (таких как улыбки и жесты) и «внутренней» речи, отраженной в воображении или ролевой игре (компенсаторные механизмы ЭЗР);

2) трудности социального общения;

3) нарушения во взаимоотношениях со взрослыми и сверстниками;

4) эмоциональные нарушения;

5) поведенческие расстройства;

6) повышенная или пониженная активность;

7) невнимательность.

ЭЗР в период раннего детства характеризуется несформированностью лексики или отсутствием начального детского лексикона, в дошкольном возрасте – несформированностью связного высказывания, то есть всех или отдельных компонентов (фонетики, лексики, грамматики). Мы предполагаем, что в основе становления экспрессивной речи лежит сложная система речевой саморегуляции, основное содержание которой заключается в системной организации следующих уровней развития:

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

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

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

- *речевого контроля* характеризуется тем, что ребенок – старший дошкольник неосознанно регулирует речевую деятельность (ориентируется в речевой ситуации, планирует связное высказывание, реализует и контролирует правильность речи).

Экспрессивная речь является частью уникальной, целостной, индивидуальной психики и во многом определяет успешный жизненный путь (регуляция жизнедеятельности). Поэтому коррекционная психология должна уделить особое внимание становлению речевой регуляции при ЭЗР.

### ***Структура отклоняющегося психического развития***

Структура отклоняющегося психического развития, в силу сложности своей сущности, в научной литературе рассматривается с выделением первичных – биологически обусловленных детерминантов и вторичных – социально обусловленных. Например, Л.С. Выготский ввел понятие «структура дефекта» – первичная ЭЗР, которая в сложной структуре нарушений у ребенка составляет «ядро», его возникновение биологически обусловлено. Вторичные проявления нарушений у детей определяют социально-психологические детерминанты, обусловленные первичными нарушениями, которые находятся в причинно-следственных отношениях из-за системной организации психики, в результате чего эти дети не достигают возрастных (нормативных) уровней психического развития, свойственных для раннего и дошкольного возраста [ 1, с. 36 ].

В.А. Калягин и Т.С. Овчинникова (2005) психологическую структуру речевого дефекта трактуют как устойчивую совокупность речевых и неречевых симптомов, характерных для конкретного нарушения речи [ 5 ].

В нашем же исследовании детей с ЭЗР раннего и дошкольного возраста это положение уточняется. В составе структуры отклоняющегося развития выделены следующие компоненты:

- лингво-когнитивный (лингвистический) – ЭЗР;
- паралингвистический – используется небольшой объем мимических средств гипомимия (пониженное выражение мимики), и пантомимических средств (выразительных движений всего тела), большое количество жестов;
- коммуникативный – отмечаются нарушения отношений со сверстниками, ограниченная контактность, замедленная включаемость в ситуацию общения, неумение поддерживать беседу, вслушиваться в звучащую речь, невнимательность к речи собеседника, это обуславливает снижение коммуникативной активности, реакции протеста, негативизм. Смещение целей коммуникации, приводит к игнорированию собеседника, к желанию не рассказать, а высказаться, что приводит к несформированности форм (диалогической и монологической) коммуникации;
- эмоциональный (аффективный) – выражены эмоциональные нарушения, (негативизм, агрессивность, тревожность, лабильность, обидчивость) недостаточная дифференциация эмоциональных состояний, несформированность эмоциональной саморегуляции.

Тем не менее, комплексный подход к рассмотрению указанной структуры психики как интегративного психического образования не является пока общепризнанным. Соответственно, важнейшим аспектом данного исследования является теоретическое осмысление влияния ЭЗР на аффективно-коммуникативную составляющую психического развития ребенка.

Коррекция указанных изменений должна проводиться как можно раньше. Упущенное время потребует от психолога более сложных специальных усилий по преодолению нарушений. Если в раннем возрасте основным препятствием является – первичное отклонение, но в конце раннего возраста на первый план выходят вторично возникшие нарушения психического развития, нарушающие процесс социально-психологической адаптации.

### ***Вариативность структуры отклоняющегося поведения при ЭЗР***

Изучение вторичных психологических особенностей у детей раннего и дошкольного возраста с ЭЗР позволило выявить общую структуру и возможные варианты психологического развития. По мнению В.И. Лубовского, закономерности развития аномального ребенка «... имеют разную меру общности. Одни характерны для всех форм аномального развития, другие объединяют лишь некоторые, третьи свойственны одному конкретному дефекту» [ 8, с 3–5 ]. На основе анализа эмпирических данных, раскрывающих актуальное развитие детей с ЭЗР были выделены три основных варианта.

*Первый вариант* характеризовался отсутствием речи или выраженным недоразвитием экспрессивной речи (лингво-когнитивного компонента), при относительной сохранности эмоционального и коммуникативного компонента, то есть эти дети легко вступали в контакт с психологом, пытались взаимодействовать доступными им средствами (мимикой, жестами, телодвижениями), характеризовались положительным эмоциональным отношением, активностью, но не заинтересованностью. Это спокойные и уравновешенные дети, редко конфликтующие со сверстниками.

*Во втором варианте* преобладал эмоциональный (аффективный) компонент. У детей отмечались эмоциональные нарушения (негативизм, агрессивность, тревожность, лабильность, обидчивость), недостаточная дифференциация эмоциональных состояний, отсутствие эмоциональной саморегуляции. Диалогическая форма речи не сформирована: дети задают вопросы, но ответ на них не слушают, их высказывания мало информативны.

Нарушения эмоционально-волевой сферы затрудняют процесс обучения дошкольников с ЭЗР и обуславливают «несформированность эмоционально-волевой составляющей школьной готовности» [ 9, с. 46 ].

Эмоционально-личностная сфера характеризуется недостаточным формированием дифференцированности эмоциональных состояний и саморегуляции, небольшим объемом мимических средств (выразительных движений мышц лица) и пантомимических средств (выразительных движений всего тела), слабостью артикуляционной и тонкой моторики, что снижает коммуникативные возможности детей. Эти дети осознают свой дефект, поэтому у них появляется негативное отношение к речевому об-

щению и невозможность высказать своё пожелание, повышенная ранимость и обидчивость.

*В третьем варианте* преобладали коммуникативные проблемы — дети были скованы, напряжены, ситуация взаимодействия вызывала у них тревогу и страх. Отмечена пассивность, безинициативность. Эти дети говорили тихим голосом (шепотом), не смотрели в сторону собеседника, не задавали вопросы, не обращались с просьбами.

В коррекционной психологии встречаются единичные исследования коммуникативного развития при ЭЗР, которая снижает уровень общения, способствует возникновению замкнутости, робости, нерешительности, стеснительности; порождает специфические особенности речевого поведения (ограниченную контактность, замедленную включаемость в ситуацию общения, неумение поддерживать беседу, вслушиваться в звучащую речь, невнимательность к речи собеседника), приводит к снижению коммуникативной активности

Следует предположить, что в психологической коррекции на этапе раннего и дошкольного возраста следует уделять внимание развитию коммуникативных умений (обращаться с просьбами, задавать вопросы, воспринимать общие инструкции, без указания адресата высказывания), что будет способствовать формированию коммуникативной компетентности.

Анализ коррекционных техник оказывает, что на современном этапе коррекционной психологии фактически отсутствует подход к комплексной коррекции отклоняющегося психологического развития как интегративного психического образования, иначе говоря, подход, учитывающий все или основные составляющие структуры ЭЗР ребенка.

### ***Коммуникативно-деятельностный подход в коррекции детей с ЭЗР***

Коммуникативно-деятельностный подход строится на органическом соединении сознательных и подсознательных компонентов структуры коррекционно-развивающего обучения. Это проявляется в одновременном овладении знаниями и автоматизмами.

Особое внимание обращается на практическую направленность психологической коррекции. Для ее осуществления ставится цель: приблизить уровень психологического развития на ранних этапах развития ребенка к нормативным показателям, предупредить возникновение вторичных психологических отклонений и полноценно интегрировать ребенка в социум.

Данный подход предусматривает осуществление работы при развитии умений в соответствующих видах деятельности. Он обеспечивает правильный выбор приемов и форм работы. Коммуникативный подход делает обучение не только успешным, но и более эмоционально-окрашенным. В основе процесса коррекции лежит модель реального общения: владение системой языка (лексикой, грамматикой) является не-

достаточным для эффективного применения в целях коммуникации. Коммуникативный подход предполагает овладение различными речевыми функциями, то есть умениями выразить коммуникативную интенцию.

Характерными чертами коммуникативного подхода являются:

- 1) речевая направленность процесса обучения;
- 2) ориентация не только на содержание, но и форму высказывания;
- 3) использование лично-ориентированного подхода;
- 4) создание речепорождающих коммуникативных ситуаций.

Коммуникативно-деятельностный подход предусматривает осуществление дифференцированной работы при развитии умений в соответствующих видах речевой деятельности. Он обеспечивает выбор эффективных форм работы, которые включаются в коррекционно-развивающий процесс, базирующийся на ведущем виде деятельности ребенка с ЭЗР.

Коммуникативный подход стоит на базе психолингвистических исследований Н.И. Жинкина, А.А. Леонтьева, И.А. Зимней, учитывает психологические закономерности происхождения, структуры и функционирования речевой деятельности. Речевые возможности при ЭЗР не реализуются в полной мере в предметной и игровой деятельности, поэтому речевые навыки не формируются.

У детей с ЭЗР речевые средства замещаются ребенком на жесты, мимику, отдельные звуки, телодвижения, речевая мотивация ребенка не формируется, но развивается желание коммуникативного взаимодействия в игровой и предметной деятельности, поэтому коммуникативный подход позволяет опереться на сохраненные составляющие психики. Зона ближайшего развития в усвоении языковых структур зависит от потребности «оречевления содержания» ребенком в ситуациях значимой для него деятельности.

Коммуникативный подход требует создание (речепорождающих) ситуаций для использования устной (экспрессивной) речи для выполнения практической деятельности.

Учитывая психологические закономерности развития детей раннего и дошкольного возраста, мы предполагаем, что применение фольклора как основного средства коррекции, усиливает коммуникативную направленность речепорождения и будет способствовать коррекции не единичных недостатков, а компенсации отклоняющегося развития на глубинном уровне.

Сравнительные исследования нормы и патологии речевого развития показали, что большинство феноменов, которые расцениваются как симптомы речевых нарушений на раннем этапе онтогенеза встречаются и у здоровых детей. Данные изучения «специфического нарушения языкового развития» свидетельствуют, что эти дети по многим параметрам языкового развития похожи на здоровых детей, имеющих такой же уровень речевого развития по возрасту.

Противоположное мнение принадлежит В.А. Ковшикову (2006), который полагал, что при ЭЗР (моторной алалии) имеет место патологическое развитие речи [ 6 ]. До настоящего времени этот вопрос остается открытым и требует дальнейшего изучения с привлечением психологического коммуникативно-деятельностного подхода.

### ***Заключение***

Практическая коррекционная работа с детьми с ЭЗР нередко складывается стихийно и основывается большей степени на психологической интуиции, нежели на глубоком знании психологических особенностей развития, коммуникативной деятельности. Часто задачи коммуникативного развития подменяются задачами обогащения речи языковыми средствами, что достаточно слабо влияет на процесс развития коммуникативной функции речи и её содержательной стороны. Поэтому к школьному возрасту у детей с ЭЗР нарушается структура учебной деятельности, отмечаются мотивационно-регуляторные расстройства: недостаточная психическая активность, быстрая утомляемость, истощаемость, расторможенность. Эти дети отличаются малой коммуникативной активностью, слабостью побуждений, заторможенностью, склонностью к негативизму. Они отказываются от выполнения заданий, требующих от них интеллектуального напряжения.

Одной из причин подобного явления, на наш взгляд, является недостаточная теоретическая и экспериментальная разработанность проблемы комплексного изучения структуры отклоняющегося развития у детей раннего и дошкольного возраста при ЭЗР, вследствие чего организация коррекционной психологической помощи в образовательных учреждениях не отвечает потребностям специального образования.

На современном этапе в области коррекционной психологии фактически отсутствует подход к комплексной коррекции отклоняющегося психологического развития как интегративного психического явления. Совершенно очевидно, что интегративный коммуникативно-деятельностный подход позволит перейти от коррекции отдельных недостатков к компенсации нарушений на глубинных уровнях психики, что, в свою очередь, обеспечит успешную интеграцию в социум на ранних ступенях развития.

### ***Литература***

1. *Выготский Л.С.* Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства / Л.С. Выготский // Хрестоматия по патопсихологии. – М., 1981. – С. 34–37.
2. *Выготский Л.С.* Вопросы детской психологии. / Л.С. Выготский. – М. : Мысль, 1997. – 247 с.
3. *Гаркуша Ю.Ф.* Особенности общения детей дошкольного возраста с недоразвитием речи / Ю.Ф. Гаркуша, В.В. Коржевина // Ребенок.

Раннее выявление отклонений в развитии речи и их преодоление. – М. : Изд-во Мос. псих.-соц. ин-та, 2003. – С. 95–112.

4. *Грибова О.Е.* К проблеме анализа коммуникации детей с речевой патологией / О.Е. Грибова // Дефектология. – 1985. – № 6. – С. 7–16.

5. *Калягин В.С.* Психолого-педагогическая диагностика детей и подростков с речевыми нарушениями : учеб. пособие / В.С. Калягин, Т.С. Овчинникова. – СПб. : КАРО, 2005. – 288 с.

6. *Ковшиков В.А.* Экспрессивная алалия и методы ее преодоления / В.А. Ковшиков. – СПб. : КАОЛ, 2006. – 304 с.

7. *Кон И.С.* Открытие «Я» / И.С. Кон. – М. : Тривола, 1995. – 231 с.

8. *Лубовский В.И.* Основные проблемы ранней диагностики и ранней коррекции нарушений развития / В.И. Лубовский // Дефектология. – 1994. – № 1. – С. 3–5.

9. *Мастюкова Е.М.* Ребенок с отклонениями в развитии / Е.М. Мастюкова. – М. : Просвещение, 1992. – 95 с.

10. *Обухова Л.Ф.* Детская (возрастная) психология : учебник / Л.Ф. Обухова. – М. : Рос. пед. аг-во, 1996. – 374 с.

11. *Павлова А.А.* Диагностика и коррекция речевого развития детей / А.А. Павлова. – М., 1990. – 210 с.

12. *Розенгард-Пупко Г.Л.* Формирование речи у детей раннего возраста / Г.Л. Розенгард-Пупко. – М. : Просвещение, 1963. – 210 с.

13. *Соловьева Л.Г.* Особенности коммуникативной деятельности детей с общим недоразвитием речи / Л.Г. Соловьева // Дефектология. – 1996. – № 1. – С. 62–66.

14. *Украинец О.В.* Особенности эмоциональной категоризации хроматических и геометрических признаков у детей с нарушениями речевого развития / О.В. Украинец // Рос. биомедицинский журн. (Medline.ru). – 2003. – Т. IV (СТ128). – С. 441–450.

15. *Филичева Т.Б.* Подготовка к школе детей с ОНР в условиях специальных детских садов / Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина. – М. : АЛЬФА, 1993. – 103 с.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ  
АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ МЕТОДОМ ДУХОВНО  
ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ  
В ФОРМЕ ЦЕЛЕБНОГО ЗАРОКА**

Международный институт резервных возможностей человека, Санкт-Петербург  
Психотерапевтический кабинет, Паланга Литва

***Введение***

Злоупотребление алкоголем, перерастая в синдром алкогольной зависимости (алкоголизм), приобрело на сегодняшний день чрезвычайную распространенность, представляя социальную и медицинскую опасность [ 1 ].

Одним из направлений решения проблемы алкогольной зависимости является кризисно-реабилитационная помощь (КРП) больным алкоголизмом на основе медико-психологической реабилитации. Медико-психологическая реабилитация – единый непрерывный процесс, включающий в себя два этапа воздействия: психотерапевтическое лечение с использованием различных психотерапевтических методик и психотерапевтическое сопровождение в ремиссии с использованием методов психологического консультирования или психокоррекции [ 2, 3, 8 ].

Несмотря на то что в большинстве стран профессии психотерапевта и психолога существуют как самостоятельные, из-за трудности разделения этих двух областей некоторые практики используют понятия «психологическое консультирование» и «психотерапия» как синонимы, аргументируя свою точку зрения схожестью деятельности психотерапевта и консультанта-психолога [ 4 ].

Д.Н. Blocher (1966), С.Л. Gelso и В.С. Fretz (1992) выделили специфические черты психологического консультирования, отличающие его от психотерапии [ 6, 9, 11 ]:

- консультирование ориентировано на клинически здоровую личность, которая ставит перед собой цель дальнейшего развития;
- консультирование чаще ориентируется на настоящее, чем на будущее клиентов;
- консультирование обычно предполагает краткосрочную помощь (до 15 встреч);
- консультирование ориентируется на проблемы, возникающие во взаимодействии личности и среды;
- в консультировании акцентируется ценностное участие консультанта, хотя отклоняется навязывание ценностей клиентам;
- консультирование направлено на изменение поведения и развитие личности клиента.

L.M. Bramer и E.L. Shostrom (1982), говоря о соотношении консультирования и психотерапии, прибегают к представлению о двух полюсах континуума [ 10 ]. На одном полюсе работа профессионала затрагивает в основном ситуационные проблемы, решаемые на уровне сознания и возникающие у клинически здоровых индивидов. Здесь расположена область консультирования. На другом полюсе – большее стремление к глубокому анализу проблем с ориентацией на бессознательные процессы, структурную перестройку личности. Здесь расположена область психотерапии. Область между полюсами принадлежит деятельности, которую можно называть как консультированием, так и психотерапией.

В кризисно-реабилитационной помощи больным алкоголизмом особое место занимает психотерапевтический метод духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока (ДОП ЦЗ), предполагающий комплексное воздействие на психику больного алкоголизмом, направленное на формирование устойчивых паттернов социально-позитивного образа жизни через активизацию нравственных и духовных компонентов психики [ 5, 7 ]. Он органично объединяет психотерапевтическое воздействие в виде психотерапевтического сеанса с последующим лечебным и церковным зарокотом и дальнейшее психотерапевтическое реабилитационное сопровождение пациента в ремиссии. Психотерапевтическое реабилитационное сопровождение включает не только закрепление и продление зарока, но и психологическое консультирование или психокоррекцию пациента, способствующее изменению его поведения в ремиссии, развивающее навыки преодоления трудностей и эмоциональных стрессов при столкновении с новыми жизненными и семейными обстоятельствами и обеспечивающее эффективное принятие жизненно важных решений.

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

Целью работы явилось выяснение роли психологического консультирования и закрепления лечебного зарока в сохранении ремиссии больными алкоголизмом при лечении методом ДОП ЦЗ.

Для ответа на поставленный вопрос проведено катamnестическое исследование. Из общего массива базы данных Международного института резервных возможностей человека о больных патологическими зависимостями создана исследовательская выборка, в которую вошли больные алкоголизмом (11 021 чел.), пролеченные методом духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока и определившие для себя срок зарока в пять и более лет. Срок их наблюдения составил более пяти лет.

Объективности и глубокому анализу способствовало разделение исследовательской выборки больных на три группы. В первую группу вошли пациенты, с которыми проведен сеанс психотерапии по поводу алкоголизма и которые в дальнейшем ни разу не обратились за психологиче-

ской помощью к специалистам института (5354 чел.). Их срок ремиссии рассчитывался от даты сеанса до первого употребления алкоголя, с которого возобновилась симптоматика клиники алкоголизма.

Вторую группу составили больные (1155 чел.), у которых в периоде ремиссии был эпизодический прием алкоголя, но они не вошли в запой, у них не возобновилась клиника алкоголизма, то есть они не нарушили ремиссию. 10 % из них обратились к дежурному психологу института на следующий день после нарушения зорока, 25 % – в течение 3 дней, а половина – в течение 8 дней. Им проводилось закрепление зорока и психологическое консультирование.

Третья группа состояла из 4512 человек, которые после сеанса, в течение всего срока ремиссии не нарушали зорок, но обращались в институт за психологической помощью по поводу семейных проблем, неприятностей на работе, бессонницы, плохого настроения, различных стрессовых ситуаций и др.

Установленным сроком срыва считались:

- дата нарушения зорока с восстановлением клиники алкоголизма;
- даты самостоятельного снятия зорока без его нарушения;
- дата нарушения зорока с последующим его снятием.

Для расчета функции сохранения ремиссии с помощью математико-статистического метода «анализ времени жизни» во всех группах наблюдения использовалась методика определения цензурированных случаев, то есть случаев ухода из-под наблюдения. Группу цензурированных (с неизвестным исходом) составили больные, обратившиеся к психологу института для закрепления или продления зорока или консультации по различным поводам, но дальнейшая связь с ними прервалась. Дата этого их обращения стала датой для расчета длительности ремиссии.

Результаты пятилетнего наблюдения, приведенные на рис. 1, показывают, что из числа больных первой группы в течение первого года после сеанса психотерапии в ремиссии осталось 42,3 %, через три года – 15,3 %, а через пять лет только 5,4 %. Из числа пациентов второй группы годовую ремиссию сохранили 86,8 %, три года – 60,0 %, пять лет – 42,3 %.

Наиболее устойчивыми оказались пациенты третьей группы, систематически обращавшиеся за медицинским консультированием. Из их числа 84,2 % сохранили состояние ремиссии в течение одного года, 64,4 % – в течение трех лет и 54,9 % – в течение пяти и более лет.

Особый интерес представляет объем психологической помощи в период ремиссии. Для решения этой задачи вторая и третья группа пациентов разделены на четыре подгруппы каждая: 1) пациенты, обратившиеся за психологической помощью один раз; 2) обратившиеся – 2 раза; 3) обратившиеся – 3 раза; 4) обращавшиеся к психологу 4 и более раз. Функции сохранения состояния ремиссии больными по каждой группе представлены на рис. 2 и 3.

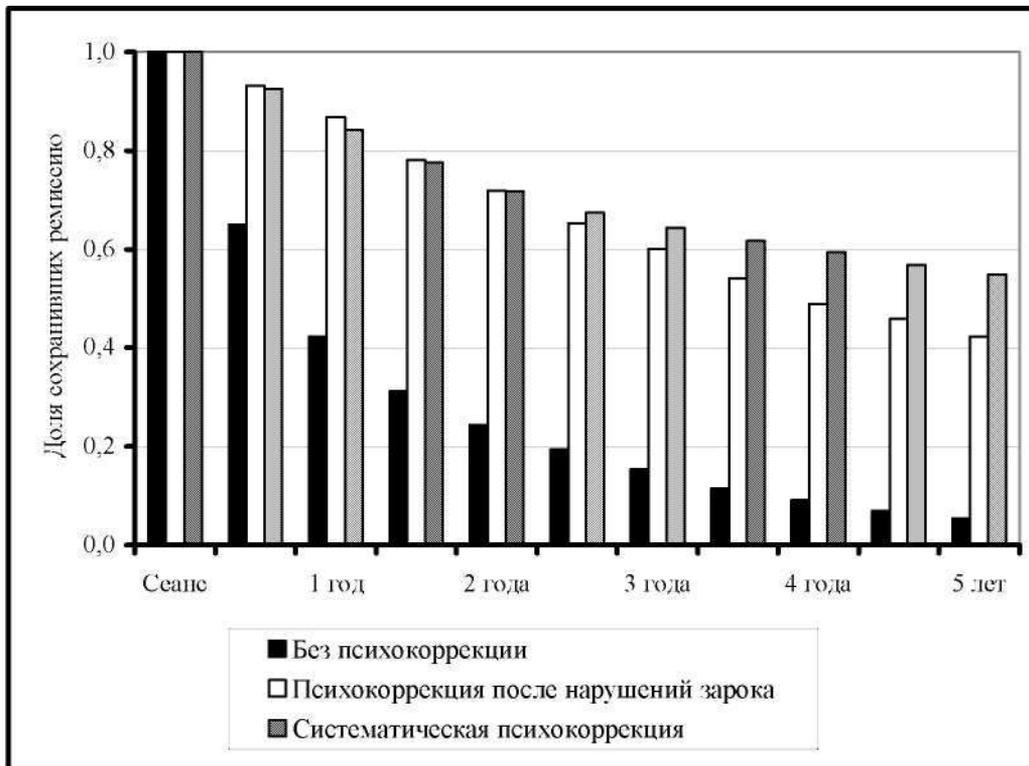


Рис. 1. Эффективность духовно ориентированной психотерапии при различной степени участия пациентов в лечебном процессе.

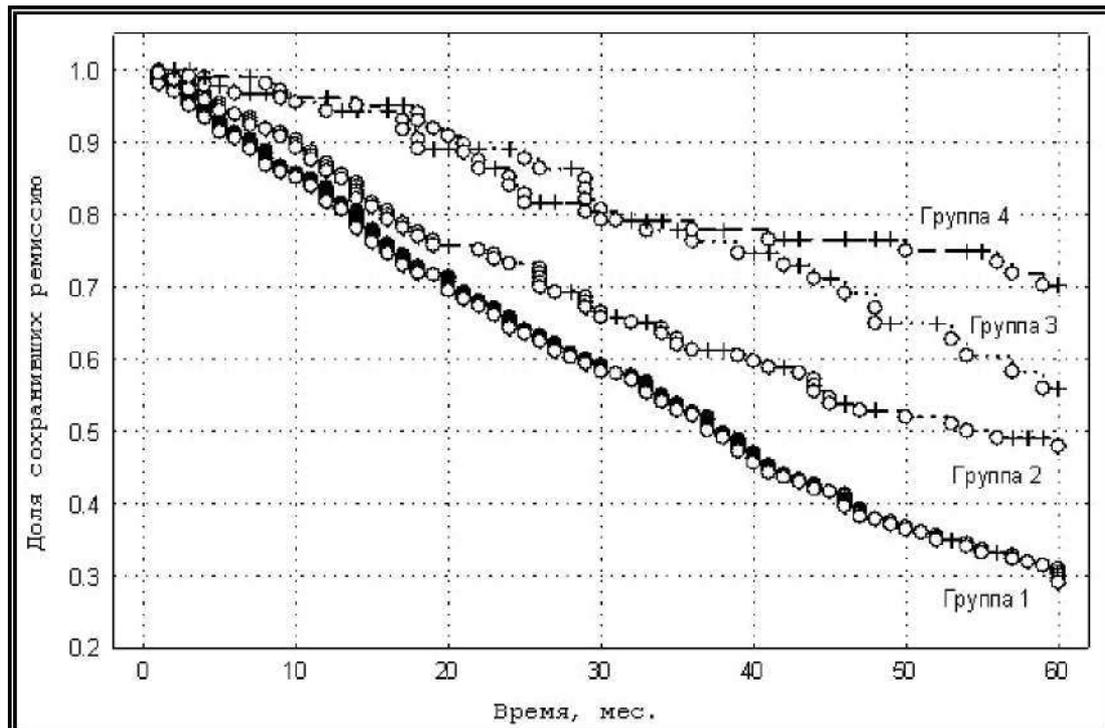
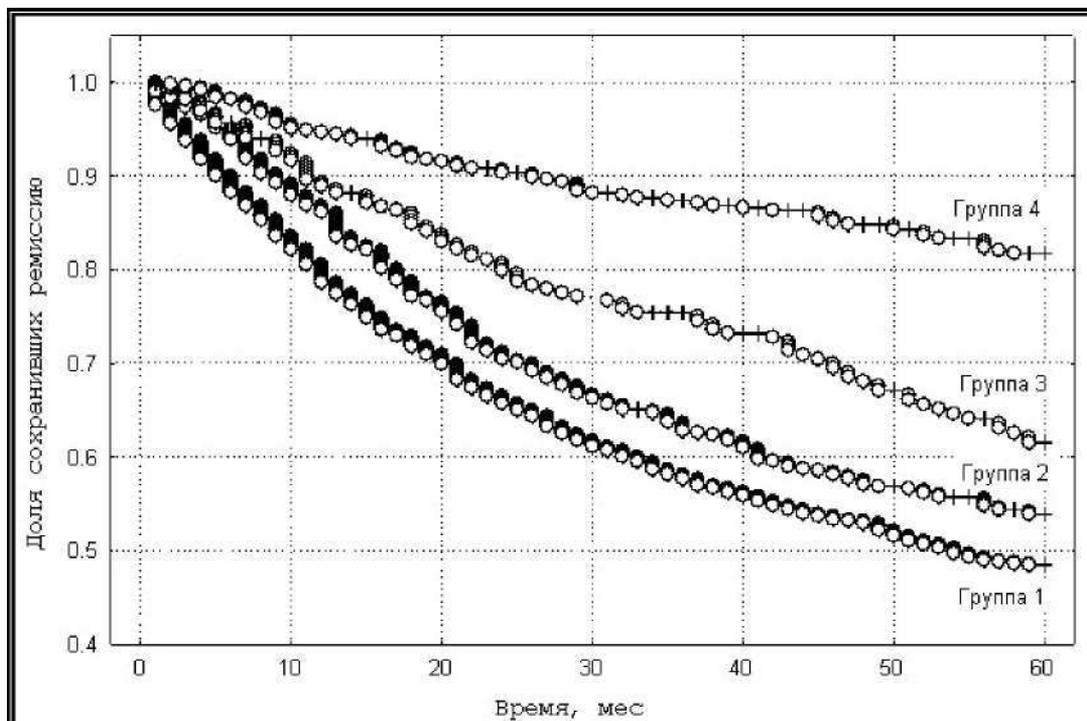


Рис. 2. Функции сохранения ремиссии больными, обратившимися различное число раз за психологической помощью после нарушения зорка.



*Рис. 3. Функции сохранения ремиссии больными, обратившимися различное число раз за психологической помощью без нарушения зарока.*

Из числа больных, обратившихся за психологической помощью после нарушения зарока только один раз (735 чел.), годовую ремиссию сохранили 80,2 %, трехлетнюю — 50 %, пятилетнюю — только 25 % пациентов. Достоверно чаще сохраняли трехлетнюю и пятилетнюю ремиссию пациенты, обратившиеся за психологической помощью 2 раза (218 человек). Из их числа трехлетнюю ремиссию сохранили 60 %, а пятилетнюю 49 % пациентов (см. рис. 2).

Существенно повышали шанс сохранить ремиссию пациенты, обратившиеся за психологической помощью 3 раза (97 чел.) и 4 и более раз (105 чел.). Они практически с одинаковой частотой сохраняли ремиссию в течение первых трех лет (около 78 %). Однако к пятилетнему сроку достоверно чаще сохраняли ремиссию пациенты, обратившиеся не менее 4 раз — 70 %, по сравнению с пациентами, обратившимися трижды — 55 %.

Совершенно другую картину представляют функции сохранения ремиссии в подгруппах с различным числом обращений из числа пациентов, обратившихся на консультацию к психологу без нарушения зарока (см. рис. 3). Различия в частоте сохранения ремиссии обозначились уже к одному году после сеанса психотерапии. Однажды обратившиеся пациенты (2859 чел.) сохраняли годовую ремиссию с частотой 80 %, дважды обратившиеся (796 чел.) — 87 %, трижды обратившиеся (344 чел.) — 92 %, а четыре и более раз (513 чел.) — 95 %. К трехлетнему периоду этот разрыв увеличился и составил 57, 63, 75 и 88 % соответственно. Пятилетний рубеж ремиссии преодолели 48 % пациентов, которые обращались за пси-

хологическим консультированием один раз, 52 % – обратившихся два раза, 62 % – обратившихся три раза и 82 % – обратившихся четыре и более раз.

### *Заключение*

Таким образом, психологическая помощь, в том числе закрепление зарока, существенно влияют на эффективность лечения больных алкоголизма методом ДОП ЦЗ. Частота пятилетней ремиссии у пациентов, нарушивших зарок и обратившихся за психологической помощью не менее 4 раз, достигает 70 %, а у пациентов, обращавшихся за психотерапевтической помощью не менее 4 раз без нарушения зарока – 82 %. Из числа пациентов, не обращавшихся за психологической помощью после сеанса вовсе, пятилетнюю ремиссию сохранили только 5,4 %.

### *Литература*

1. *Григорьев Г.И.* Кризисно-реабилитационная помощь при наркоманиях на основе стрессовой психотерапии : дис. ... д-ра мед. наук / Г.И. Григорьев. – СПб., 2004. – 463 с.
2. *Григорьев Г.И.* Духовно ориентированная психотерапия патологических зависимостей : учеб. пособие / Г.И. Григорьев. – СПб. : МИРВЧ-СПБМАПО, 2006. – 141 с.
3. *Колесникова Г.И.* Психологические виды помощи. Психопрофилактика, психокоррекция, консультирование / Г.И. Колесникова. – СПб. : Феникс, 2006. – 352 с.
4. *Кочюнас Р.* Основы психологического консультирования / Р. Кочюнас. – М. : Академический проект, 1999.
5. *Организация и содержание духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей : учеб. пособие / под ред. Г.И. Григорьева.* – СПб. : ВМедА, 2007 – 280 с.
6. *Осипова А.А.* Общая психокоррекция : учеб. пособие / А.А. Осипова. – СПб. : Сфера, 2007. – 512 с.
7. *Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского.* – 3-е изд., перераб. и доп. – СПб. : Питер, 2006. – 944 с.
8. *Сельченко К.В.* Методы эффективной психокоррекции / К.В. Сельченко. – СПб. : Харвест, 2003. – 812 с.
9. *Blocher D.H.* Developmental Counseling / D.H. Blocher. – N.Y. : Ronald Press, 1966.
10. *Bramer L.M.* Therapeutic Psychology: Fundamentals of Counseling and Psychotherapy / L.M. Bramer, E.L. Shostrom ; 4 th Ed. Englewood Cliffs. – N.Y. : Prentice-Hall, 1982.
11. *Gelso C.J., Fretz B.C.* Counseling Psychology / C.J. Gelso, B.C. Fretz. – N.Y. : Holt : Rinehart and Winston, 1992.

# ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

*Е.А. Никитин, С.М. Шкленник, В.С. Цой, Ю.А. Парфенов*

## ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ИСТОЩЕНИЕ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ДЕЗАДАПТАЦИИ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

1-й Военно-морской клинический госпиталь, Санкт-Петербург  
Клинический госпиталь Тихоокеанского флота, Владивосток  
Медицинский центр «ЦТВМ-АМРИТА», Санкт-Петербург  
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

### *Введение*

Синдром выгорания (burnout) довольно широко известен и исследуется в зарубежной литературе медико-психологического профиля, однако нельзя сказать, что он уже достаточно хорошо изучен. В отечественной науке этот феномен личностной деформации начал изучаться как самостоятельный лишь с конца 1990-х годов, а до этого он либо только обозначался, либо рассматривался в контексте более широкой проблематики [ 1, 3, 9, 10 ].

На сегодняшний день «профессиональное выгорание» в наиболее общем виде рассматривается как долговременная стрессовая ситуация, возникающая вследствие продолжительных профессиональных стрессов средней интенсивности. Поэтому синдром «психического выгорания» обозначается рядом авторов понятием «профессиональное выгорание», что позволяет рассматривать это явление в аспекте личной деформации профессионала под влиянием длительного профессионального стажа [ 2, 5, 8 ].

Ведущую роль в синдроме «выгорания» играют эмоционально затруднённые или напряжённые отношения в системе «человек – человек», к которым относятся, например, отношения между лечащим врачом и трудными больными, отношения между руководителем и подчиненными в конфликтах и так прочее.

Наиболее ярко синдром «выгорания» проявляется в тех случаях, когда коммуникации отягощены эмоциональной насыщенностью или когнитивной сложностью. Вероятность появления проблемы «выгорания» увеличивается по мере возрастания частоты и продолжительности контактов разрушительной или раздражительной природы.

На сегодняшний день в литературе, посвященной синдрому выгорания, указывается на значительное расширение сфер деятельности, подверженных такой опасности. К ним относятся: учителя, психологи, педагоги, воспитатели детских домов, социальные работники, полицейские и др. Проведенные в различных странах исследования показывают,

что особой «группой риска» являются медицинские работники [ 4, 7, 8 ]. Однако, несмотря на публикации, посвященные проблематике профессионального выгорания различных групп работников, до сих пор остается малоосвещенной тематика профессионального выгорания такого специфического контингента, как медицинские работники.

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

Исходя из актуальности данной тематики, целью нашего исследования явился критический анализ литературных данных по уточнению соотношения симптомов и синдромов профессионального выгорания и специфики деятельности медицинских работников, способствующих его возникновению. Объект исследования составили 100 медицинских работников (врачей и фельдшеров) в возрасте от 25 до 50 лет (средний возраст обследуемых – 35 лет, средняя продолжительность профессиональной деятельности – 13 лет).

Обследование медицинских работников проводилось по следующим методикам:

1) сбор анамнеза, анкетирование и наблюдение для уточнения некоторых характеристик (пол, возраст, стаж профессиональной деятельности, отношение к работе, удовлетворенность работой и др.);

2) опросник для оценки профессионального выгорания (ПВ) Н.Е. Водопьяновой и К.Е. Старченковой, разработанный на основе модели К. Маслач и С. Джексона [ 4 ]. Интерпретация результатов производилась на основании сравнения полученных оценок по каждой из субшкал со средними значениями в исследуемой группе. При этом оценки по субшкалам интерпретируются следующим образом: а) эмоциональное истощение: низкий уровень (до 16 баллов), средний уровень (17–26 баллов), высокий уровень – (27 и более баллов); б) деперсонализация: низкий уровень (до 6 баллов), средний уровень (7–12 баллов), высокий уровень (13 и более баллов); в) редукция личных достижений: низкий уровень – (39 и более баллов), средний уровень (32–38 баллов), высокий уровень (0–31 баллов);

3) методика для оценки экстраверсии (интроверсии) и нейротизма (Г. Айзенка) [ 5 ] предназначена для оценки факторов экстра-интроверсии и нейротизма, разработана Г. Айзенком (1960) и адаптирована в Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева. Показатель «Интроверсия – экстраверсия» характеризует индивидуально-психологическую ориентацию человека либо (преимущественно) на мир внешних объектов (экстраверсия), либо на внутренний субъективный мир (интроверсия).

Принято считать, что экстравертам свойственны общительность, импульсивность, гибкость поведения, большая инициативность (но малая настойчивость) и высокая социальная адаптированность. Экстраверты обычно обладают внешним обаянием, прямолинейны в суждениях, как

правило, ориентируются на внешнюю оценку, хорошо справляются с работой, требующей быстрого принятия решений.

Интровертам присущи необщительность, замкнутость, социальная пассивность (при достаточно большой настойчивости), склонность к самоанализу и затруднения к социальной адаптации. Интроверты лучше справляются с монотонной работой, они более осторожны, аккуратны и педантичны.

Амбивертам присущи черты экстра- и интроверсии. Иногда лицам, для уточнения этого показателя рекомендуется дополнительное обследование с использованием других тестов.

Показатель нейротизма характеризует человека со стороны его эмоциональной устойчивости (стабильности). Показатель этот также биполярен и образует шкалу, на одном полюсе которой находятся люди, характеризующиеся эмоциональной устойчивостью, прекрасной адаптированностью (показатель 0–11 баллов), а на другом – чрезвычайно нервный, неустойчивый и плохо адаптированный тип (показатель 14–24 баллов по шкале «нейротизм»),

Эмоционально устойчивые (стабильные) – люди, не склонные к беспокойству, устойчивые по отношению к внешним воздействиям, вызывают доверие, склонны к лидерству. Эмоционально нестабильные (нейротичные) – чувствительны, эмоциональны, тревожны, склонны болезненно переживать неудачи и расстраиваться по мелочам;

4) методика «Удовлетворенность трудом» разработана В.А. Розановой и предназначена для изучения удовлетворенности работника микроклиматическими условиями труда, содержанием деятельности, взаимоотношениями с руководителями и коллегами, возможностью профессионального роста и другими факторами [ 6 ]. Анкета содержит 14 утверждений и 5 вариантов ответа со шкалой оценок от 1 до 5 баллов: 1 балл – «вполне удовлетворен»; 2 – «удовлетворен»; 3 – «не вполне удовлетворен»; 4 – «не удовлетворен»; 5 баллов – «крайне не удовлетворен».

Баллы, отмеченные на бланке анкеты, суммируются. Оценка результатов обследования производится по следующей шкале: 15–20 баллов – «вполне удовлетворены работой»; 21–32 балла – «удовлетворены», 33–44 балла – «не вполне удовлетворены»; 45–60 баллов – «не удовлетворены»; свыше 60 баллов – «крайне не удовлетворены работой»;

5) методика В.Э. Мильмана [ 6 ]. Предназначена для оценки некоторых устойчивых тенденций личности: общей и творческой активности, стремления к общению, обеспечению комфорта, социального статуса и др. На основе этих показателей определяется рабочая (деловая) и общежитейская направленность личности.

Согласно данным В.Э. Мильмана, в структуре личности работника имеются два вида мотивации: производительная и потребительная. Производительная мотивация (ценности) детерминирует творческое развитие

личности и способствует включению человека в социум. Этот вид ценностей ориентирует человека на будущее, в них предпосылки предметного, содержательного развития, как отдельного индивидуума, так и общества в целом. Производительная мотивация, исходя из её сути, является созидательной, так как способствует порождению общественно значимых материальных и духовных ценностей. Потребительная мотивация направлена на поддержание жизнедеятельности субъекта и обусловлена его натуральными потребностями.

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

Результаты нашего исследования позволили выявить следующую картину. Оказалось, что от общего числа обследуемых медицинских работников эмоциональное истощение отмечалось у 60 работников (60 %), деперсонализация – у 67 работников (67 %), редукция личных достижений – у 54 работников (54 %).

Полученные данные со всей очевидностью свидетельствуют о том, что сложность работы медицинских работников, необходимость общаться с трудными пациентами, принимать ответственные решения, связанные с вверенной тебе жизнью, вызывают у большинства обследуемых проявление профессионального выгорания по всем шкалам опросника Н.Е. Водопьяновой и К.Е. Старченковой.

Для оценки влияния удовлетворенности работой (неудовлетворен, удовлетворен) и уровня нейротизма (низкий, высокий, средний) на эмоциональное истощение нами использовался дисперсионный анализ – статистическая процедура, позволяющая оценить весовой вклад каждого фактора, оцениваемого качественно, по номинальной шкале, на исследуемый параметр.

При исследовании влияния удовлетворенности работой и уровня нейротизма у медицинских работников на их эмоциональное выгорание мы использовали двухфакторный дисперсионный анализ для проведения полнофакторного эксперимента. При этом контролируемые факторами являлись следующие: фактор А – удовлетворенность работой на двух уровнях (1 – неудовлетворен, 2 – удовлетворен) и фактор В – уровень нейротизма на трех уровнях (1 – низкий, 2 – средний и 3 – высокий). Моделируемым параметром (Х) являлось эмоциональное истощение (по методике «Профессиональное выгорание» [ 4 ]), выражаемое в баллах. Результаты дисперсионного анализа параметра Х в полном факторном эксперименте на всех сочетаниях уровней факторов А и В приведены в табл. 1.

Из табл. 1 следует, что контролируемые факторы А – удовлетворенность работой и В – уровень нейротизма и их взаимодействие объясняют дисперсию параметра Х – эмоциональное истощение на 89,4 %. Степень их влияния значима ( $p < 0,01$ ). Из контролируемых факторов наибольшее влияние оказывает фактор В – уровень нейротизма и в меньшем масштабе – фак-

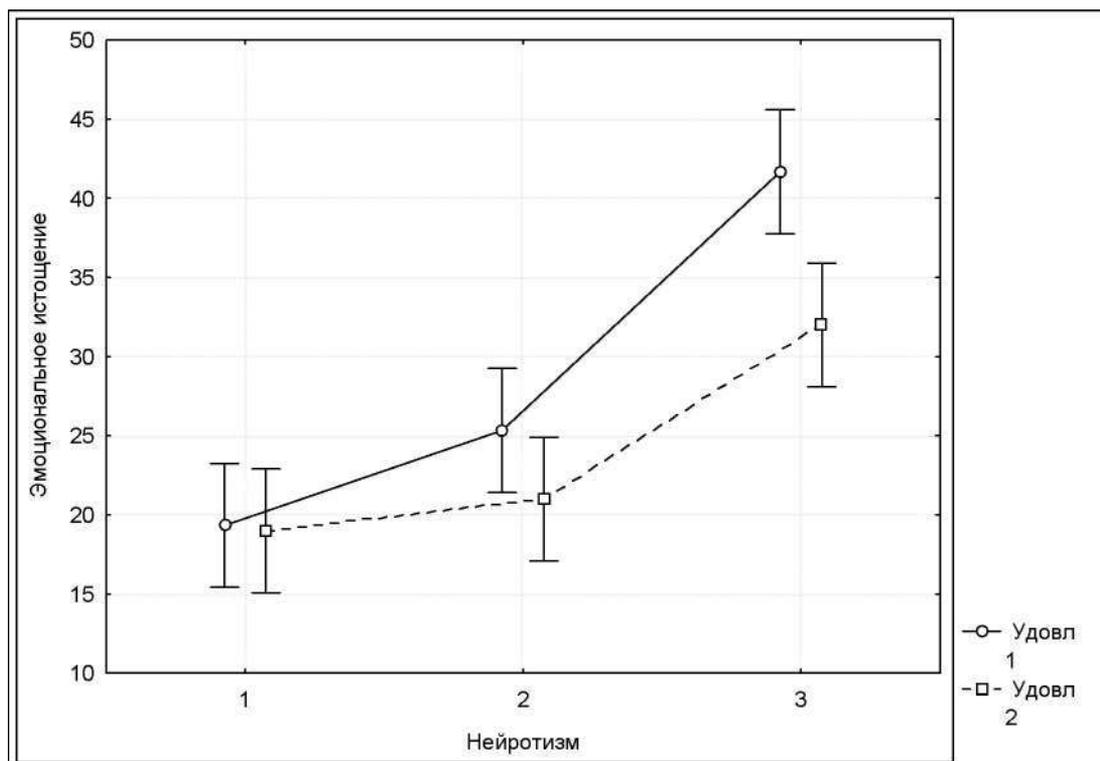
тор А – удовлетворенность работой и взаимодействие факторов А и В. Доля ошибок в дисперсии параметра Х (эмоциональное истощение) составляет 10,6 %.

*Таблица 1*

*Оценка степени влияния удовлетворенности работой (фактор А) и уровня нейротизма (фактор В) на эмоциональное истощение*

Факторы	SS (сумма квадратов)	Kj, %	p
А (удовлетворенность работой)	102,7	7,6	P > 0,01
В (уровень нейротизма)	1029,8	76,8	P < 0,01
А*В	65,78	5,0	P > 0,01
Контролируемые факторы	1198,2	89,4	P < 0,01
Неконтролируемые факторы и ошибки	181,8	10,6	
Все факторы	1340,0	100,0	

График средних значений параметра Х (эмоциональное истощение) и 95 %-х доверительных интервалов на различных уровнях факторов и при их сочетаниях даны на рис. 1.



*Рис. 1. Средние значения эмоционального истощения на различных сочетаниях уровней факторов А (удовлетворенность работой) и В (уровень нейротизма).*

Оценка значимости различий средних значений параметра X (эмоционального истощения) на различных уровнях факторов (удовлетворенность работой – А и уровень нейротизма – В) представлены в табл. 2.

Таблица 2

*Основные эффекты взаимодействия факторов А (удовлетворенность работой) и В (уровня нейротизма)*

A	B	{1} 19,3	{2} 25,3	{3} 41,7	{4} 19,0	{5} 21,0	{6} 32,0
1	1{1}				0,9	0,52	
1	2{2}					0,11	
1	3{3}						
2	1{4}	0,90				0,44	
2	2{5}	0,52	0,11		0,45		
2	3{6}						

По данным табл. 1, 2 и рис. 1 видно, что достоверное влияние ( $p < 0,01$ ) на эмоциональное истощение имеют: удовлетворенность работой (фактор А на первом уровне – неудовлетворенность работой), уровень нейротизма (фактор В – на третьем уровне – высокий уровень нейротизма). Совместное действие факторов А и В оказывало также существенное влияние на возникновение эмоционального истощения, повышая данный показатель с 19,3 до 41,7 балла.

Таким образом, на эмоциональное истощение у медицинских работников существенное влияние оказывают неудовлетворенность работой, высокий уровень нейротизма, а также сочетание неудовлетворенности работой с высоким уровнем нейротизма.

Для выявления рабочей (деловой) и общежитейской направленности личности в группах медицинских работников с различным уровнем эмоционального истощения, как одним из показателей профессионального выгорания, нами использовался опросник В.Э. Мильмана. Полученные данные сведены в табл. 3.

Оказалось, что медицинский персонал с относительно низким уровнем эмоционального истощения имеет достоверно более высокие показатели по шкалам «комфорта», «социального статуса», «общения» и «общежитейской направленности», а также достоверно более низкие показатели по шкалам «творческая активность» и «рабочая направленность».

Следовательно, по мере нарастания тенденций к большей адаптации в общежитейском направлении, проявляющейся в поиске больших личных выгод, меньшей отдаче и вовлеченности в рабочий процесс, сбережения своего ресурса и реализации себя в других направлениях (семья, хобби и т. п.), повышении социального статуса, общительности, снижении творческой активности, требующей больших затрат энергии, снижается уровень эмоционального истощения у медицинских работников.

Таблица 3

*Мотивационная структура личности медицинских работников с различным уровнем эмоционального истощения (балл,  $M \pm m$ )*

Показатель			Значимость различий, p
Жизнеобеспечение	13,1 ± 0,8	11,8 ± 0,8	> 0,05
Комфорт	12,7 ± 0,9	11,3 ± 0,4	< 0,05
Социальный статус	11,1 ± 1,5	9,0 ± 0,5	< 0,05
Общение	16,7 ± 1,0	13,9 ± 0,7	< 0,05
Общая активность	11,6 ± 0,7	12,2 ± 0,6	> 0,05
Творческая активность	14,0 ± 0,7	15,5 ± 0,8	< 0,05
Социальная полезность	13,1 ± 1,0	14,3 ± 0,7	> 0,05
Общежитейская направленность	53,5 ± 2,8	45,7 ± 11	< 0,05
Рабочая направленность	38,7 ± 1,6	41,8 ± 1,6	< 0,05

Для уточнения значимости различий уровня нейротизма и экстраверсии (интроверсии) в группах медработников с различным эмоциональным истощением нами использовалась методика Айзенка (табл. 4). Выяснилось, что уровни экстраверсии и интроверсии в обеих группах не имеют достоверных различий ( $p > 0,05$ ). В то же время медицинские работники с высоким уровнем эмоционального истощения имеют достоверно более высокие показатели уровня нейротизма по сравнению с медработниками с низким уровнем эмоционального истощения (см. табл. 4).

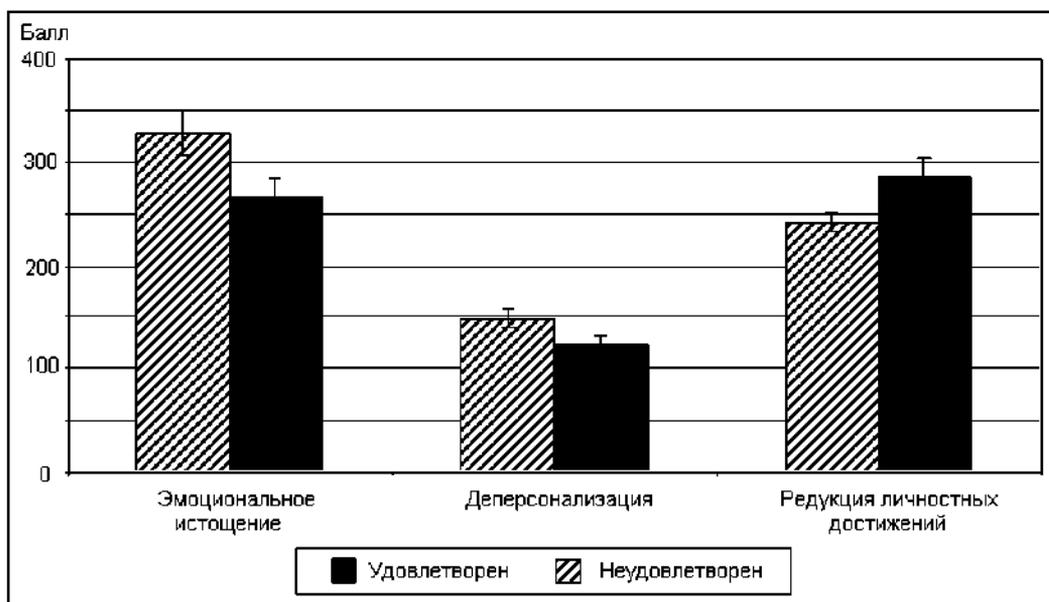
Таблица 4

*Показатели экстравертированности и нейротизма в группах медицинских работников с различным уровнем эмоционального истощения (балл,  $M \pm m$ )*

Показатель	Эмоциональное истощение		Значимость различий, p
	низкое (n = 15)	высокое (n = 20)	
Экстравертированность - интравертированность	17,8 ± 0,9	17,2 ± 0,9	> 0,05
Нейротизм	11,7 ± 0,6	14,0 ± 1,3	< 0,05

Медицинские работники с относительно высоким показателем эмоционального истощения больше относятся к категории эмоционально нестабильных (нейротичных) лиц, они чувствительны, эмоциональны, тревожны, склонны болезненно переживать неудачи и расстраиваться по мелочам.

В то же время в группе медработников, не удовлетворенных работой, по сравнению с теми, кто удовлетворен ею, отмечаются достоверно более высокие показатели эмоционального истощения ( $p < 0,05$ ), деперсонализации ( $p < 0,05$ ), а также достоверно более низкие показатели редукции личных достижений ( $p < 0,05$ ) (по методике для оценки профессионального выгорания (ПВ) (рис. 2).



*Рис. 2. Профиль шкал профессионального выгорания у медицинских работников с различной удовлетворенностью работой.*

То есть удовлетворенность работой оказывает определенное влияние на быстроту формирования эмоционального истощения. При этом для лиц, не удовлетворенных работой, характерны более выраженные: эмоциональное истощение, проявляющееся в сниженном эмоциональном фоне, равнодушии или перенасыщении; деперсонализация, проявляющаяся в деформации отношений с другими людьми (от зависимости, до негативизма и циничности); редукции личных достижений, проявляющейся в негативном оценивании себя, своих профессиональных достижений и успехов, ограничении своих возможностей, обязанностей по отношению к другим.

Учитывая, что чем больше человек работает и чем более старшим он становится (в силу нарастания консерватизма и снижения пластичности психики), тем больше должен он быть подвержен профессиональному

выгоранию, мы анализировали влияние указанных факторов на эмоциональное истощение у медицинских работников (табл. 5). Выяснилось, что на эмоциональное истощение оказывает достоверное влияние лишь стаж профессиональной деятельности, который оказался достоверно более высоким в группе медработников с более высоким показателем эмоционального истощения; возрастной же состав в обеих анализируемых группах не имел достоверных различий.

*Таблица 5*

*Возраст и стаж профессиональной деятельности у медицинских работников с различным уровнем эмоционального истощения (лет,  $M \pm m$ )*

Показатель	Эмоциональное истощение		Значимость различий, p
	низкое (n = 15)	высокое (n = 20)	
Возраст	34,6 ± 1,6	34,9 ± 2,0	> 0,05
Стаж	10,7 ± 1,3	14,0 ± 1,8	< 0,05

То есть на подверженность эмоциональному истощению (и, соответственно, профессиональному выгоранию) у медицинских работников существенное влияние оказывает стаж их профессиональной деятельности, что важно учитывать при организации и проведении профилактических и коррекционных мероприятий с данной категорией лиц.

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

То есть по мере нарастания общей и творческой активности на рабочем месте, повышении социальной отдачи, снижении удовлетворенности работой (так как шкала ее имеет обратную направленность – по мере увеличения баллов уменьшается удовлетворенность работой), увеличении эмоциональной нестабильности, склонности к нервным срывам в экстремальных ситуациях, импульсивности, а также снижению общительности, редукции личных достижений, проявляющейся в негативной оценке себя и своих профессиональных достижений, уменьшении прагматической направленности увеличивается эмоциональное истощение и профессиональное выгорание у медицинских работников.

Полученные данные важно учитывать при организации и проведении коррекционно-профилактических и реабилитационных мероприятий с медицинскими работниками с целью сохранения их здоровья и продления профессионального долголетия.

### *Литература*

1. *Бойко В.В.* Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении / В.В. Бойко. – СПб., 1999. – 256 с.
2. *Орел В.Е.* Исследование феномена психического выгорания в отечественной и зарубежной психологии / В.Е. Орел – Ярославль, 1999. – 129 с.
3. *Орел В.Е.* Феномен выгорания в зарубежной психологии: эмпирическое исследования и перспективы / В.Е. Орел // Психол. журн. – 2001. – Т. 22, № 1. – С. 28–36.
4. *Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности* / под ред. Г.С. Никифорова, М.А. Дмитриевой, В.М. Снеткова. – СПб., 2001. – 448 с.
5. *Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учеб. пособие* / ред.-сост. Д.Я. Райгородский. – Самара, 1998. – 672 с.
6. *Розанова В.А.* Психология управления / В.А. Розанова. – М., 2002. – 252 с.
7. *Старченкова Е.С.* Психологические факторы профессионального «выгорания» (на примере деятельности торгового агента) : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Старченкова Е.С. – СПб., 2002. – 20 с.
8. *Труд и здоровье* медицинских работников / под редакцией В.К. Овчарова – М., 1985. – 213 с.
9. *Barth A.R.* Burnout bei Lehrern / A.R. Barth. – Gottingen : Hogrefe, 1992. – 243 с.
10. *Lazarus R.S.* Transactional theory and research on emotions and coping / R.S. Lazarus, S. Folkman // European Journal of Personality. – 1987. – Vol. 1. – P. 141–169.

**ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КУРСАНТОВ  
И СЛУШАТЕЛЕЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ  
МВД РОССИИ, СКЛОННЫХ К ДЕВИАНТНОМУ ПОВЕДЕНИЮ,  
И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ**

Уссурийский филиал Дальневосточного юридического института МВД России

***Введение***

В настоящее время в силу ряда объективных изменений, происходящих в нашей стране, среди которых можно отметить ухудшение материального благосостояния населения, безработицу, повышенную активность криминальных структур, острые социальные катаклизмы и демографические проблемы, возникает тенденция к снижению значимости духовных ценностей и нравственности, что приводит к увеличению распространения девиантных форм поведения в подростковой и молодежной среде.

Данные обстоятельства сказываются на ухудшении качества комплектования органов внутренних дел (ОВД) кадрами, несмотря на повышающиеся требования к профессиональному психологическому отбору. На службу, а также на учебу в образовательные учреждения МВД России, всё чаще приходят молодые люди, уже имеющие негативные привычки, асоциальные взгляды и склонности [ 6, 10 ]. Это требует применения в отношении них дополнительных правовых, кадровых, организационных и психологических мер профилактики. В данной статье рассматривается только психологический аспект профилактики девиантного поведения курсантов и слушателей, так как имеющиеся на данный момент разработки по его организации весьма фрагментарны.

При существующем в настоящее время разнообразии публикаций по проблемам профилактики девиантного поведения можно констатировать, что изучение личностных особенностей субъектов, склонных к девиантному поведению, рассматривалось исследователями преимущественно на специфических выборках (школьники подросткового и юношеского возраста, студенты и др.), а исследования на курсантах и слушателях образовательных учреждений МВД не проводились.

Отсутствие комплексных научных разработок по изучению детерминант, предопределяющих девиантное поведение, и программ по предупреждению девиантного поведения курсантов и слушателей обуславливает актуальность обращения к теме.

Целью настоящего исследования явилось изучение личностных особенностей курсантов и слушателей образовательных учреждений МВД

России, склонных к девиантному поведению, и определение возможности его профилактики и коррекции.

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

С 2002 по 2006 г. обследовано 733 сотрудника образовательных учреждений МВД России, из них курсантов и слушателей – 600 человек. Определены формы и причины девиантного поведения обучающихся, а также личностные особенности, их обуславливающие, для реализации с учётом полученных данных профилактических и коррекционных мероприятий.

Для определения наиболее типичных для курсантов форм девиантного поведения и представлений о причинах девиаций в курсантской среде использованы: «Опросник распространённости в курсантской среде девиантных форм поведения», анкета «В чём причина?», направленная на выяснение: приписывают ли курсанты ответственность за совершённые девиантные поступки себе, объясняя их своим поведением, способностями, чертами личности или склонны приписывать ответственность за подобные поступки внешним факторам (случаю, судьбе или другим людям) и «Анкета для сотрудников образовательных учреждений МВД России», предназначенная для изучения организации профилактики девиантного поведения курсантов и слушателей.

Изучение личностных особенностей курсантов с высоким и низким риском совершения девиантных поступков, проводилось при помощи опросника акцентуаций характера Смишека, методики «Стратегии преодоления стрессовых ситуаций» (SACS), разработанной С. Хобфоллом, методики исследования агрессии А. Баса – А. Дарки, теста «Портретных выборов» Л. Сонди (адаптированный вариант Л.Н. Собчик), проективных методик «Дом. Дерево. Человек» (ДДЧ) и «Несуществующее животное», теста С. Розенцвейга, методики «Самооценка личности».

Данные методики применялись к двум группам курсантов: с низкими и высокими показателями девиантности. Основанием для деления на группы, с использованием интерквантильного анализа, стали объективные показатели дисциплинарных и асоциальных поступков, полученные в результате анализа «личных дел» курсантов и учебных журналов. Затем выявлялась достоверность различий в личностных качествах между курсантами этих групп с использованием таких методов математической статистики как среднее арифметическое, среднее квадратичное отклонение, t-критерий Стьюдента.

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

Опрос сотрудников образовательных учреждений МВД России (руководителей строевых подразделений, преподавателей, а также психологов) выявил (в порядке уменьшения значимости) наиболее распростра-

нённые формы девиантного поведения у курсантов и слушателей: грубость, сквернословие (4,40 балла); нарушение порядка несения службы (4,21); отрицательное отношение к учебе (4,18 балла). Курсанты к наиболее часто встречающимся формам девиантного поведения (в порядке уменьшения распространённости) относят: употребление ненормативной лексики (8,89 балла); склонность к нарушениям внутреннего распорядка (7,34); склонность к обману (6,71); склонность к употреблению алкоголя (6,62); склонность к нарушению порядка несения службы (6,11); склонность к самовольным отлучкам (5,95); неуважение к младшим командирам (5,79 балла).

Исследование причин девиантного поведения в курсантской среде показало, что к внутренним причинам опрошенные сотрудники относят (в порядке уменьшения значимости): неадекватную самооценку (4,20 балла); несформированность у курсантов положительных ценностей (3,89); высокую агрессивность, неумение контролировать себя (2,99); неспособность курсантов сопротивляться вредным влияниям (2,83); низкий уровень эмоционально-волевого контроля (2,69 балла).

В качестве наиболее распространенных внешних причин психологи, командиры и преподаватели называют: наличие образцов насилия и жестокости, получаемые через средства массовой информации (3,75 балла); конфликты со сверстниками (3,53); отвержение со стороны других курсантов (2,35); одиночество, непонимание другими (2,23); плохую материальную обеспеченность курсанта (1,98 балла).

Таким образом, самой распространённой формой девиантного поведения в курсантской среде является, по мнению опрошенных лиц, «грубость, сквернословие, употребление ненормативной лексики». Среди внутренних причин, детерминирующих девиантное поведение, чаще всего называются особенности эмоционально-волевой и мотивационно-потребностной сфер; среди внешних – влияние средств массовой информации и сокурсников.

По тесту Л. Сонди курсанты, склонные к девиантному поведению, делают большее количество положительных выборов среди портретов серии «h» (комформность), чем курсанты, не склонные к девиантному поведению ( $p = 0,01$ ), что говорит о большей выраженности у них таких качеств, как сенситивность, мнительность, податливость в характере, стремление избежать неуспеха, а также о напряжённости аффилятивной потребности, реализуемой через привязанность к конкретным людям, через поиск удачи в личной жизни.

Выявлены достоверные различия по фактору «hu» (истеричность) ( $p = 0,01$ ). Большее количество положительных выборов портретов этой серии курсантами, склонными к девиантному поведению, по сравнению с курсантами, не склонными к девиантному поведению, указывает на то, что у них более выражены эмотивность, честолюбие, высокая эмоцио-

нальная вовлечённость, поиск одобрения, стремления выставлять себя напоказ, неустойчивость и изменчивость настроения, снижение самоконтроля, противоречивость установок (быть причастным интересам группы и, одновременно, отстаивать свои эгоцентрические интересы, декларировать альтруизм и реализовывать эгоистические потребности), склонность к авантюризму (как вариант отклоняющегося поведения).

Также курсанты, склонные к девиантному поведению, делают большее количество отрицательных выборов среди портретов серии «р» (целеустремленность, стеничность, настойчивость) (различия достоверны на уровне тенденции,  $p = 0,05$ ), что указывает на недисциплинированность, ригидность, педантичность, избирательность в контактах, скрытность, недоверие к окружающим, скептическую оценку чужого мнения, настороженность, недооценку себя, ранимость в отношении критики, повышенную конфликтность, внешнеобвиняющий тип реагирования, стремление приписывать окружающим свою враждебность, щепетильность, стремление к правдоискательству. Мотивация избегания неуспеха у них так же высока, как и мотивация достижения, что создаёт внутреннюю напряжённость [ 11 ].

Можно предположить, что наличие повышенной ранимости и чувствительности в сочетании с ригидностью, у курсантов, склонных к девиантным поступкам, компенсируется излишней конфликтностью и агрессивностью.

Исследование курсантов методикой Смишека выявило значимые различия по шкалам педантичности, тревожности и неустойчивости. Наиболее контрастные различия наблюдаются по шкале тревожности. Различия в средних значениях у курсантов, склонных и не склонных к совершению девиантных поступков, статистически значимы ( $p = 0,001$ ). У курсантов, склонных к девиантным поступкам, отмечается низкий уровень тревожности, что указывает на отсутствие покорности, настойчивость в споре, самоуверенность и дерзкое, агрессивное поведение. Данные результаты объясняются тем, что для нормальной жизнедеятельности человека необходим определенный уровень тревожности, так как «с возникновением тревоги происходит усиление поведенческой активности» [ 1 ], включаются дополнительные механизмы адаптации к изменившимся условиям. Полученные нами показатели очень низкой тревоги указывают на обратные процессы, предположительно ведущие курсантов, склонных к совершению девиантных поступков, к дезадаптации.

Кроме того у курсантов, склонных к девиантному поведению, также выявлены более высокие показатели по шкале педантичности ( $p = 0,05$ ). То есть, по сравнению с курсантами, не склонными к совершению девиантных поступков, им свойственны большая неуверенность в собственных силах, постоянный контроль и перепроверка, они часто тянут с принятием решений и соответственно не доводят начатое дело до конца.

По результатам методики Смишека также выявляются значимые различия у курсантов исследуемых групп по шкале «неустойчивая акцентуация» ( $p = 0,05$ ). В частности, у курсантов, склонных к девиантному поведению, показатели по данной шкале выше. К. Леонгард [ 3 ] называет эту акцентуацию застревающей и характеризует людей, у которых она проявляется, как честолюбивых, злопамятных, повышено чувствительных к обидам, мнительных, заносчивых, несговорчивых, подозрительных, склонных приписывать собственную враждебность окружающим, некритично относящимся к своим поступкам.

Исследование личностных особенностей курсантов методикой А. Басса – А. Дарки позволило выявить ещё одну черту, на которую указывают практически все исследователи девиантного поведения – агрессивность. У курсантов, склонных к совершению девиантных поступков, наблюдаются более высокие показатели практически по всем шкалам методики, по сравнению с курсантами, не склонными к совершению девиантных поступков ( $p = 0,001$ ), в частности, по параметрам физическая, вербальная, косвенная агрессия, раздражительность, негативизм, подозрительность, а также в целом по индексам агрессивных реакций и враждебности. Отсутствие достоверно значимых различий наблюдается только по шкале «обида».

Следовательно, курсанты, склонные к совершению девиантных поступков, причиняют нравственную боль или физические повреждения другим людям, часто выражают своё недовольство в виде брани, оскорбления, угрозы, упрёков, обидных шуток, клеветы, то есть проявляют как агрессивность, так и враждебность. По шкале «чувство вины» между курсантами сравниваемых групп также наблюдаются значимые отличия. Показатели чувства вины у курсантов, склонных к девиантным поступкам, значительно ниже, чем у курсантов, не склонных к ним ( $p = 0,001$ ).

Наличие более выраженных агрессивных тенденций у курсантов, склонных к совершению девиантных поступков, по сравнению с курсантами, не склонными к девиантным поступкам, подтверждаются результатами проективных методик (ДДЧ, «Несуществующее животное»).

Так, курсанты, склонные к девиантным поступкам, значимо чаще используют в рисунках агрессивные элементы. Различия наблюдаются как по всем агрессивным элементам в целом ( $p = 0,001$ ), так и по отдельным параметрам: вербальная агрессия, другие виды агрессии ( $p = 0,001$ ), наличие кулаков ( $p = 0,01$ ).

По данным методики С. Розенцвейга [ 14 ] курсанты, склонные к совершению девиантных поступков, демонстрируют значительно большее количество экстрапунитивных, то есть внешне-обвинительных ( E ) реакций ( $p = 0,01$ ). Иначе говоря, для курсантов этой группы в большей степени характерно открытое выражение агрессии, направленное на социальное окружение, предметы или безличные обстоятельства. Кроме того,

при столкновении с препятствием, курсанты, склонные к совершению девиантных поступков, активно отрицают свою вину за совершенный поступок, стараясь приписать вину за происходящее окружающим; проявляют враждебность, угрозу и другие открытые проявления агрессии, направленные против других лиц или предметов в окружении (высокие показатели по шкале E).

Курсанты, не склонные к совершению девиантных поступков, наоборот чаще используют импунитивные реакции (M), лишённые какой-либо агрессии или обвинения, а также признают фрустрирующую ситуацию как малозначашую или подчеркивают отсутствие чьей-либо вины ( $p < 0,001$ ). Данное поведение указывает на хорошие адаптационные возможности курсантов данной группы, на разнообразие поведенческих реакций. Об этом же свидетельствуют показатели по шкале «NP» – реакции с фиксацией на удовлетворении потребностей ( $p < 0,01$ ). Более высокие результаты по шкале NP говорят о склонности курсантов этой группы сосредотачиваться на разрешении фрустрирующей ситуации тем или иным способом. Это может принимать различные формы: требование помощи от других, самостоятельное решение ситуации или же выражение надежды на то, что время или ход событий сами собой приведут к ее исправлению. Главное, что такое поведение приводит к высокой стрессоустойчивости, как способности противостоять стрессорным факторам.

Таким образом, данные, полученные по методике С. Розенцвейга, позволяют выделить психологические особенности, по которым курсанты, склонные к совершению девиантных поступков, отличаются от курсантов, не склонных к совершению девиантных поступков. В первую очередь, это наличие агрессивности как личностной характеристики, приводящей к дезадаптивному поведению и конфликтам с окружающими. Во-вторых, ограниченный поведенческий репертуар и отсутствие эффективных навыков преодоления фрустрирующих ситуаций.

Данные по методике С. Розенцвейга коррелируют с результатами, полученными по методике SACS [ 9 ], с помощью которой были изучены поведенческие стратегии испытуемых.

Так, курсанты, не склонные к девиантному поведению, отдают предпочтение активным, просоциальным и непрямым стратегиям преодоления. Они значительно чаще используют ассертивные ( $p < 0,001$ ), социально-контактные ( $p < 0,001$ ), социально-поддерживающие ( $p < 0,001$ ) и манипулятивные модели ( $p < 0,05$ ).

Курсанты, склонные к совершению девиантных поступков, чаще выбирают пассивные, прямые, асоциальные стратегии, то есть преимущественно дезадаптивные типы копинг-поведения. Среди моделей поведения преобладают стратегии избегания, агрессивные и асоциальные действия, а также импульсивные стратегии ( $p < 0,001$ ).

Кроме того, курсанты исследуемых групп, отличаются по количеству используемых стратегий. Так, курсанты, не склонные к девиантному поведению, используют не менее 4–5 моделей копинг-поведения, в то время как курсанты, склонные к совершению девиантных поступков, используют всего 1–2 модели преодолевающего поведения, причем это деструктивные модели (избегание, агрессия, асоциальность).

Следовательно, поведенческие стратегии и модели поведения достоверно различаются у курсантов, склонных к совершению девиантных поступков, и курсантов, которые не совершают девиантных поступков. Это позволяет сделать вывод о слабо развитых психологических ресурсах совладания со стрессом у курсантов, склонных к девиантным поступкам, что подтверждается раннее проведенными исследованиями [ 2, 4, 13, 15 ].

Интересные данные получены при изучении самооценки курсантов методикой «Самооценка личности» [ 12 ], включающей в себя список личностных черт (10 характеристик), составленный по типу полярной шкалы. Курсантам предлагалось оценить степень выраженности 10 личностных качеств у себя и у всех остальных членов группы. В результате опроса испытуемых по данной методике была получена краткая, выраженная в числовых величинах (и потому сравнимая с другими) информация о самооценке и групповой оценки личности (ГОЛ) [ 5 ]. Кроме того, данная процедура позволила определить степень расхождения самооценки и групповой оценки личности.

Было выявлено наличие значимых различий при оценке себя курсантами, склонными и не склонными к совершению девиантных поступков. В частности, курсанты, склонные к совершению девиантных поступков, оценили себя значительно выше по шкалам «приятная внешность» ( $p = 0,001$ ), «уверенность в себе» и «сдержанность» ( $p = 0,05$ ), в то время, как курсанты, не склонные к совершению девиантных поступков, оценили себя значительно выше по качеству «самокритичность» ( $p = 0,001$ ). По остальным качествам значимых различий в самооценке курсантов не наблюдается.

Данные по средним значениям групповой оценки личности курсантов, склонных и не склонных к девиантному поведению, указывают на то, что по всем оцениваемым качествам группа значительно выше оценила курсантов, не склонных к совершению девиантных поступков. Причем данные различия достоверно значимы практически по всем представленным качествам личности, кроме общительности и уверенности в себе. В целом учебные группы оценивают своих сокурсников, не склонных к совершению девиантных поступков, как более умных, авторитетных, вежливых, самокритичных, с более сформированным характером, умелыми руками, с приятной внешностью ( $p = 0,001$ ) и сдержанных ( $p = 0,05$ ), чем курсантов, склонных к совершению девиантных поступков.

Сравнение показателей самооценки и групповой оценки личности, которые выступают как объективные показатели развития личностных черт, проводимое с целью выявления адекватности самооценки в каждой из изучаемых групп показало, что наблюдаются значимые расхождения между самооценкой и групповой оценкой личности курсантов, склонных к совершению девиантных поступков. Данные расхождения прослеживаются по всем десяти качествам. Причем по всем этим качествам курсанты, склонные к совершению девиантных поступков, оценивают себя выше, чем их оценивает группа.

Анализ самооценки и групповой оценки личности в группе курсантов, не склонных к совершению девиантных поступков, по таким качествам личности как ум, характер, авторитет и внешность значимых различий не выявил. Значимые расхождения наблюдаются по качествам вежливость, общительность, умелость рук, уверенность в себе, самокритичность ( $p = 0,001$ ) и сдержанность ( $p = 0,05$ ). Причем, если по качествам вежливость, общительность, умелость рук, самокритичность и уверенность в себе курсанты этой группы завышают свои оценки по сравнению с оценками группы, то по качеству сдержанность — занижают.

Таким образом, курсанты, склонные к совершению девиантных поступков, отличаются от курсантов, не склонных к девиантным поступкам, таким показателем как адекватность самооценки. У курсантов, не склонных к совершению девиантных поступков, более адекватная, достаточно высокая самооценка, а у курсантов, склонных к совершению девиантных поступков, менее адекватная, более завышенная самооценка.

Сравнение самооценки и групповой оценки личности у исследуемых групп по качествам самокритичность и сдержанность указывают на значимость этих параметров для определения склонности к совершению девиантных поступков у курсантов.

Более высокие показатели по «самокритичности» в группе курсантов, не склонных к совершению девиантных поступков, наблюдаются как по данным самооценки, так и по результатам групповой оценки личности. Именно высоко развитая самокритичность у курсантов этой группы приводит к занижению оценки себя по ряду личностных качеств (в частности, по качеству сдержанность).

По качеству «сдержанность» курсанты, не склонные к девиантным поступкам, при самооценке занижают этот показатель, а курсанты, склонные к совершению девиантных поступков, завышают его ( $p = 0,05$ ). Однако результаты групповой оценки личности носят противоположный характер: группа оценивает курсантов, не склонных к совершению девиантных поступков, как более сдержанных, а курсантов, склонных к совершению девиантных поступков, как менее сдержанных ( $p = 0,05$ ). Здесь также уместно привести данные по шкале агрессивности (методика ДДЧ, А. Басса — А. Дарки, SACS), где курсанты, склонные к совершению девиант-

ных поступков, получили более высокие баллы по сравнению с курсантами, не склонными к совершению девиантных поступков. Различия между группами по этой шкале значимы при  $p = 0,001$  и позволяют нам предположить наличие общей тенденции повышения эмоциональной несдержанности с увеличением у курсантов и слушателей склонности к девиантному поведению.

Приведённые данные позволяют сделать вывод о неадекватно завышенном представлении о себе курсантов, склонных к совершению девиантных поступков, являющимся, на наш взгляд, следствием несформированности образа-Я – настоящего (реального), некоторой его идеализации, что и проявляется в завышенной оценке личностных качеств по шкалам самооценочной методики (по сравнению с групповой оценкой личности).

Учитывая вышеизложенное, курсанты, склонные к девиантному поведению, отличаются от курсантов, не склонных к девиантному поведению, большей агрессивностью, в том числе склонностью к проявлению физической и косвенной, вербальной агрессии; низкой стрессоустойчивостью и выбором непродуктивных способов совладания со стрессом, прежде всего таких как импульсивность, избегание, асоциальное поведение, агрессивные действия; высокой импульсивностью, склонностью на уровне поведения к быстрым, необдуманным, неконтролируемым реакциям; выраженной враждебностью, злопамятностью, подозрительностью, недоверием; эмоциональной лабильностью; низкой тревожностью, вплоть до ее отсутствия; дефицитом целеполагания; сенситивностью, в том числе повышенной чувствительностью к любым внешним воздействиям; ригидностью, в том числе склонностью к застреванию на какой-либо активности (мыслях, чувствах, действиях); завышенной самооценкой и стремлением выставлять себя на показ.

Курсанты, не склонные к девиантному поведению, характеризуются: высокой стрессоустойчивостью; выбором продуктивных способов совладания со стрессом (ассертивность, социальный контакт, социальная поддержка, манипуляция); низкой агрессивностью; хорошими адаптационными возможностями, что проявляется в разнообразии поведенческих реакций, умении разрешать фрустрирующие ситуации различными способами; более развитой самокритичностью; высоким самоконтролем; развитым чувством вины; адекватной самооценкой.

Полученные результаты были использованы при разработке профилактико-коррекционной программы. Данная программа направлена на подготовку специалистов с положительной направленностью, устойчивых к негативным воздействиям и состоит из: мероприятий по профессионально-психологическому отбору; мероприятий, направленных на повышение адаптации к образовательному учреждению; психологического консультирования; просветительской работы; тренингов, направленных

на снижение действия факторов, детерминирующих девиантное поведение учащихся, а также комплекса рекомендаций по организации психологического обеспечения профилактики девиантного поведения для руководителей образовательных учреждений, психологов, профессорско-преподавательского состава, командиров строевых подразделений, учебного отдела.

Особую роль в реализации профилактико-коррекционной программы играют тренинги, включающие «Постдиагностический тренинг-коррекцию форм отклоняющегося поведения», «Тренинг по повышению психологической компетентности командиров строевых подразделений», «Тренинг по совершенствованию воспитательного влияния профессорско-преподавательского состава». Специфика тренингов заключается в том, что в них интегрировано используется комплекс дискуссионных, игровых, релаксационных, арттерапевтических, а также повышающих социальную перцепцию методов.

*«Постдиагностический тренинг-коррекция форм отклоняющегося поведения»* состоит из пятнадцати занятий и направлен на обучение социально-приемлемым способам удовлетворения потребностей и взаимодействия с окружающими, развитие и модификацию стратегий поведения курсантов, способствующих совладанию с требованиями социальной среды. Важной целью является также развитие ресурсов личности и социальной среды, с помощью которых можно делать эффективный, здоровый и осмысленный поведенческий выбор.

Каждое тренинговое занятие данного направления состоит из нескольких этапов:

- вводная часть — мобилизует курсантов к предстоящей работе, задаёт программу подсознанию участников тренинга. В данной части использовались притчи, метафоры и сказки, которые являются эффективными техниками для активизации мотивации [7, 8];

- разминка — помогает включить группу в работу, снять напряжение, усталость;

- основная (рабочая) часть — включает в себя задания на развитие эмоционально-волевой сферы, позитивной мотивации, адекватной самооценки, уверенности в себе, а также задания на овладение эффективными поведенческими стратегиями. При этом упражнения пассивного характера перемежаются с подвижными играми, психогимнастическими упражнениями, направленными на активизацию группы, снижение усталости, повышение настроения и приобретение опыта в области выработки общих решений, и дискуссиями;

- шеринг (обсуждение) — позволяет членам группы сконцентрироваться на том, что они почувствовали, узнали, какой опыт приобрели;

- подведение итогов занятия.

*«Тренинг по повышению психологической компетентности командиров строевых подразделений»* направлен на преодоление стереотипов поведения и приобретение строевыми командирами нового опыта взаимодействия с курсантами и слушателями.

В процессе работы по этому направлению решались задачи, направленные на переосмысление роли и позиции командира строевого подразделения образовательного учреждения МВД России, развитие взаимопонимания и взаимоуважения прав и потребностей друг друга, повышение уверенности в себе, формирование готовности обсуждать с курсантами и слушателями все спорные и конфликтные ситуации в коллективе. Рассматривались вопросы выбора стиля эффективного взаимодействия с подчинёнными и использования наиболее эффективной стратегии формирования дисциплинированности подчинённых.

Работа с командирами строевых подразделений начиналась с выработки единых правил и требований, предъявляемых к курсантам, поскольку именно в образовательном учреждении происходит ознакомление молодых сотрудников с нормами и правилами, существующими в правоохранительной деятельности. Для формирования достаточной четкости и согласованности позиций в отношении правил и требований использовался принцип четырех цветовых зон, описанный Ю.Б. Гиппенрейтер (1998).

*«Тренинг по совершенствованию воспитательного влияния профессорско-преподавательского состава»* направлен на информирование профессорско-преподавательского состава об индивидуально-психологических особенностях курсантов, склонных к совершению девиантных поступков, а также на обучение эффективным способам взаимодействия с курсантами и слушателями. В ходе тренинга решались задачи обучения профессорско-преподавательского состава распознаванию и идентификации собственных негативных эмоциональных состояний, возникающих при общении с курсантами и слушателями, склонными к совершению девиантных поступков, отрабатывались «целенаправленные» способы реагирования отрицательных эмоций и приемы регуляции психического равновесия. Выработывался эффективный стиль взаимодействия с курсантами, склонными к совершению девиантных поступков, отрабатывалась модель адаптации к коллективу образовательного учреждения МВД России.

Данным тренингом переключалось внимание преподавателей с фиксации на негативном поведении курсанта на собственные эмоциональные состояния, так как умение преподавателя владеть собой является лучшим гарантом адекватного поведения курсантов. Обучение преподавателей приемам конструктивного, позитивного общения будет исключать ответную агрессию со стороны курсантов.

Программа была проведена на курсантах и сотрудниках Уссурийского филиала Дальневосточного юридического института МВД России в 2005–2006 гг. В экспериментальную группу вошли 60 курсантов, в кон-

трольную группу – 48 курсантов. Эффективность проведённой комплексной программы профилактики прослеживалась по результатам опроса участников эксперимента (субъективные показатели); сравнения личностных особенностей по результатам тестирования до и после проведения эксперимента, сравнения количества дисциплинарных проступков в контрольной и экспериментальной группах до и после воздействия, экспертной оценки (объективные показатели). Статистическая обработка данных включала подсчет среднего арифметического (М), Т-критерия Вилкоксона и t-критерия Стьюдента.

После применения комплексной программы профилактики девиантного поведения курсантов и слушателей образовательных учреждений МВД России в экспериментальной группе снизились показатели общей агрессивности и враждебности по методике А. Баса – А. Дарки (табл. 1).

*Таблица 1*

*Выраженность агрессивного поведения курсантов экспериментальной и контрольной групп до и после проведения воздействия (по данным опросника А. Баса – А. Дарки, балл)*

Шкала опросника	Контрольная группа			Экспериментальная группа		
	М <sub>к</sub> , «на входе»	М <sub>к</sub> , «на выходе»	Т	М <sub>э</sub> , «на входе»	М <sub>э</sub> , «на выходе»	Т
Ф А	6,651	6,542	1,133	6,519	6,232	2,400*
К А	4,351	4,233	1,733	4,423	4,101	2,872**
Р	6,290	6,023	1,502	6,523	5,974	3,411***
В А	6,632	6,791	-0,975	7,134	7,203	-0,375
Н	4,903	4,814	1,156	4,900	4,432	3,872***
П	5,956	5,939	-0,178	6,121	5,932	2,301*
Ч В	1,334	1,400	-0,651	1,232	1,521	-2,914**
О	3,812	3,485	1,121	3,832	3,454	1,645
Инд. ВРЖ	9,767	9,422	1,165	9,955	9,378	2,243*
Инд. АГР	19,562	19,351	0,867	20,170	19,400	2,752**

Условные обозначения:

ФА – физическая агрессия; КА – косвенная агрессия; Р – раздражительность; ВА – вербальная агрессия; Н – негативизм; П – подозрительность; ЧВ – чувство вины; О – обида; Инд. ВРЖ – индекс враждебности; Инд. АГР – индекс агрессивности. М<sub>к</sub> – средние значения по контрольной группе; М<sub>э</sub> – средние значения по экспериментальной группе; Т – значения Т-критерия Вилкоксона; \* – значения достоверны при  $p < 0,05$ ; \*\* – значения достоверны при  $p < 0,01$ ; \*\*\* – значения достоверны при  $p < 0,001$ .

При этом значимые изменения в сторону снижения показателей произошли по шкалам – «раздражительность», «негативизм», «косвенная

агрессия», «физическая агрессия» и «подозрительность». Показатели по шкале «чувство вины» повысились. По шкалам «вербальная агрессия» и «обида» значимых изменений не произошло.

Сравнение средних значений показателей агрессивности до и после эксперимента в контрольной группе показывают, что значимых изменений по шкалам методики Баса–Дарки у курсантов данной группы не произошло, то есть можно сделать вывод, что уровень агрессивности и враждебности в контрольной группе остался на прежнем уровне.

После проведения эксперимента у курсантов, подвергавшихся профилактическому воздействию, наблюдается достоверное увеличение показателей по методике SACS (степень выраженности использования различных форм копинг-поведения) по шкалам социальной поддержки, асертивности и социального контроля (табл. 2).

Таблица 2

*Выраженность копинг-поведения курсантов экспериментальной и контрольной групп до и после проведения воздействия (по результатам опросника SACS, балл)*

Шкала опросника SACS	Контрольная группа			Экспериментальная группа		
	М <sub>к</sub> , «на входе»	М <sub>к</sub> , «на выходе»	T	М <sub>э</sub> , «на входе»	М <sub>э</sub> , «на выходе»	T
АСС	14,000	14,082	-0,682	13,422	13,782	-2,390*
СК	17,963	18,484	-1,800	17,527	18,152	-2,361*
СП	18,289	18,422	-1,211	18,431	18,830	-3,031**
ОСТ	18,831	18,961	-1,300	18,974	19,121	-1,040
ИМП	19,463	19,267	1,413	19,681	19,233	3,332***
ИЗБ	23,525	23,312	2,000	23,951	23,726	2,122*
МАН	15,521	15,600	-0,643	14,754	14,771	-0,141
АСОЦ	18,773	18,424	2,213	17,932	17,500	3,400***
АГРЕС	20,922	20,811	0,842	20,900	20,555	2,756**

Условные обозначения:

АСС – асертивность; СК – социальный контроль; СП – социальная поддержка; ОСТ – осторожность; ИМП – импульсивность; ИЗБ – избегание; МАН – манипуляция; АСОЦ – асоциальность; АГРЕС – агрессивность. Значимость различий см. табл. 1.

Значимо снизились показатели по импульсивности, асоциальности, агрессивности и избеганию. Достоверных сдвигов по шкалам манипулятивности и осторожности не произошло. Причем курсанты стали чаще использовать активные, просоциальные стратегии преодоления (способствующие адаптации) и реже – пассивные, асоциальные стратегии (препятствующие адаптации). В контрольной группе изменения не обнаружены.

Сравнение результатов исследования самооценки курсантов до и после участия в эксперименте представлено в табл. 3. Анализ результатов показал, что произошло значимое снижение самооценки по качествам вежливость, самокритичность, уверенность в себе и сдержанность. Если вспомнить, что по всем качествам курсанты данной группы завышали свои оценки по сравнению с групповыми, то можно сделать вывод, что, снизившись, их самооценка по перечисленным качествам приблизилась к объективной оценке, то есть стала более адекватной.

Таблица 3

*Самооценка курсантов экспериментальной и контрольной групп до и после проведения воздействия (по результатам методики «Самооценка личности», балл)*

Шкала методики «Самооценка»	Контрольная группа			Экспериментальная группа		
	М <sub>к</sub> , «на входе»	М <sub>к</sub> , «на выходе»	T	М <sub>э</sub> , «на входе»	М <sub>э</sub> , «на выходе»	T
Ум	7,311	7,270	0,054	7,503	7,351	0,870
Характер	7,672	7,771	-1,411	7,704	7,652	1,340
Авторитет	6,481	6,653	-1,824	6,652	6,733	-0,980
Вежливость	8,234	7,904	2,350*	8,371	7,354	4,425***
Общительность	8,334	8,213	1,030	8,202	8,281	-0,470
Уверенность	8,273	8,083	1,790	8,130	7,904	2,520**
Приятная внешность	8,380	8,100	1,190	8,231	8,152	0,810
Умелость рук	7,561	7,673	-1,411	7,680	7,623	0,260
Самокритичность	6,811	6,672	1,074	6,752	5,900	4,280***
Сдержанность	6,791	6,754	0,454	6,883	6,452	2,830**

В контрольной группе уменьшились показатели самооценки по вежливости, что, возможно, обусловлено педагогическими воздействиями со стороны строевых командиров и профессорско-преподавательского состава. Таким образом, после эксперимента наблюдаются изменения в самооценке как курсантов контрольной, так и курсантов экспериментальной групп. Однако у курсантов экспериментальной группы эти изменения более выражены.

Выяснение характера изменения самооценки после проведения эксперимента наиболее показательно в отношении расхождений между самооценкой и групповой оценкой личности, которые определялись путем вычисления t-критерия Стьюдента (табл. 4).

Так, до эксперимента обнаруживались значимые расхождения по всем 10 изученным качествам ( $p < 0,001$ ). После проведения эксперимента

обнаруживается исчезновение значимых различий по качеству сдержанности. Это говорит о том, что курсанты стали оценивать у себя данное качество более адекватно, в соответствии с показателями групповой оценки личности, которые можно считать в данном случае как объективные.

Следовательно, в экспериментальной группе курсантов, склонных к девиантному поведению, наблюдаются, хотя и незначительные, изменения в сторону более адекватного видения себя. В контрольной группе изменений не произошло. Курсанты этой группы как до, так и после эксперимента завышают свою самооценку по всем десяти качествам.

*Таблица 4*

*Самооценка и групповые оценки личности курсантов экспериментальной группы до и после проведения воздействия (по результатам методики «Самооценка личности», балл)*

Шкала методики	М <sub>Эгр</sub>	М <sub>э</sub> , «на входе»	М <sub>э</sub> , «на выходе»	t <sub>1</sub>	t <sub>2</sub>
Ум	6,200	7,500	7,352	-5,293***	-5,143***
Характер	6,542	7,700	7,652	-4,867***	-4,656***
Авторитет	5,453	6,654	6,734	-4,194***	-4,542***
Вежливость	6,022	8,367	7,352	-7,523***	-5,178***
Общительность	6,644	8,200	8,281	-5,682***	-6,432***
Уверенность в себе	6,727	8,131	7,900	-5,742***	-4,990***
Приятная внешность	6,051	8,228	8,151	-8,223***	-8,332***
Умелость рук	5,821	7,678	7,621	-7,684***	-7,700***
Самокритичность	5,484	6,754	5,900	-5,342***	-2,081*
Сдержанность	6,273	6,881	6,454	-2,034*	-0,671

Условные обозначения:

М<sub>Эгр</sub> – средние значения по групповой оценке личности курсантов экспериментальной группы; М<sub>э</sub> «на входе» – средние значения по самооценки курсантов экспериментальной группы до проведения комплексного воздействия; М<sub>э</sub> «на выходе» – средние значения по самооценки курсантов экспериментальной группы после проведения комплексного воздействия;

t<sub>1</sub> – показатели критерия Стьюдента (сравнение самооценки с групповой оценкой личности до воздействия); t<sub>2</sub> – показатели критерия Стьюдента (сравнение самооценки с групповой оценкой личности после воздействия); \* – p 0,05; \*\* – p 0,01; \*\*\* – p 0,001.

Еще одним показателем эффективности процесса профилактики девиантного поведения стали объективные данные об изменении количества девиантных поступков в экспериментальной и контрольной группах (по результатам анализа личных дел курсантов).

Сравнение количества дисциплинарных проступков до и после формирующего эксперимента показало, что в контрольной группе значи-

мых сдвигов не произошло. В экспериментальной группе произошел достоверно значимый сдвиг в сторону уменьшения количества дисциплинарных поступков (табл. 5).

Данные о влиянии эксперимента на снижение девиантных проявлений подтверждаются результатами опроса экспертов, в качестве которых выступили не участвующие в эксперименте командиры строевых подразделений и преподаватели. Экспертами, опрошенными через полгода после окончания тренинга, отмечено, что у курсантов экспериментальной группы наряду со снижением девиантных форм поведения стали проявляться такие качества как требовательность не только к себе, но и к сокурсникам, улучшились показатели по успеваемости, появилось стремление к более качественному выполнению служебных обязанностей. Среди курсантов контрольной группы подобных изменений экспертами не отмечено.

*Таблица 5*

*Количество дисциплинарных проступков до и после комплексного воздействия в контрольной и экспериментальной группах*

Группа	Показатели «на входе»		Показатели «на выходе»		Т
	$M_1$	$\sigma_1$	$M_2$	$\sigma_2$	
Контрольная	10,100	0,972	10,020	0,933	-1,633
Экспериментальная	10,231	1,111	8,971	1,462	-5,471***

Условные обозначения:

$M_1$  – средние значения количества дисциплинарных проступков до проведения эксперимента («на входе»);  $M_2$  – средние значения количества дисциплинарных проступков после проведения эксперимента («на выходе»);  $\sigma_1$  – стандартное отклонение до проведения эксперимента («на входе»);  $\sigma_2$  – стандартное отклонение после проведения эксперимента («на входе»); Т – значения Т-критерия Вилкоксона; \*\*\* –  $p < 0,001$ .

### ***Заключение***

Таким образом, после проведения профилактико-коррекционной программы повысилась психологическая грамотность участников образовательного процесса (командиров строевых подразделений и преподавателей) по вопросам девиантного поведения и его профилактики у курсантов и слушателей образовательных учреждений МВД России, снизилось количество совершаемых дисциплинарных проступков в группе курсантов, склонных к девиантному поведению, наметилась положительная тенденция в личностных проявлениях, являющихся предпосылками девиантного поведения курсантов и слушателей в экспериментальной группе. Данная тенденция конкретно проявилась в снижении агрессивности и враждебности; повышении степени выраженности успешных и снижении неуспешных стратегий совладающего поведения (копинг-поведения), изменении самооценки в сторону ее адекватности.

На основе приведённых данных можно судить об эффективности тренинговых воздействий в системе общих мероприятий, направленных на профилактику девиантных проявлений у курсантов и слушателей, и рекомендовать проведение разработанной программы в образовательных учреждениях МВД России.

### *Литература*

1. *Клейберг Ю.А.* Психология девиантного поведения : учеб. пособие для вузов / Ю.А. Клейберг. — М. : Твор. центр Сфера, 2001. — 159 с.
2. *Лебедев И.Б.* Психологические механизмы, стратегии и ресурсы стресс преодолеляющего поведения (копинг-поведения) специалистов экстремального профиля (на примере сотрудников МВД России) : дис. ... д-ра психол. наук / Лебедев И.Б. — М., 2002. — 432 с.
3. *Леонгард К.* Акцентуированные личности / К. Леонгард. — Киев : Вища школа, 1998. — 390с.
4. *Мальцева Т.В.* Психологическое консультирование курсантов и слушателей высших образовательных учреждений МВД России в ситуациях внутриличностных конфликтов профессионального становления / Т.В. Мальцева. — М. : Мос. ун-т МВД России, Изд-во УРАО, 2005. — 142 с.
5. *Методы социальной психологии* / под ред. Е.С. Кузьмина, В.Е. Семенова. — Л. : ЛГУ, 1977. — 175 с.
6. *Об организации психологического обеспечения учебно-воспитательного процесса и служебной деятельности в образовательных учреждениях МВД России в 2005 году* : аналит. обзор от 28.03.2006 г. — М. : ДКО МВД России, 2006. — 24 с.
7. *Павлова М.А.* Интенсивный курс повышения грамотности с помощью НЛП : учеб. пособие / М.А. Павлова. — М. : Изд-во Ин-та Психотерапии, 2000. — 233 с.
8. *Пезешкян Н.* Торговец и попугай. Восточные истории и психотерапия : пер. с нем. / Н. Пезешкян; общ. ред. А.В. Брушлинского и А.З. Шапиро. — М. : Прогресс. Культура, 1992. — 237 с.
9. *Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности* / под ред. Г.С. Никифорова, М.А. Дмитриевой, В.М. Снеткова. — СПб. : Речь, 2001. — 444 с.
10. *Прошин А.А.* О ходе выполнения решения коллегии МВД России «О состоянии работы с кадрами и кадровой политике в системе МВД России», роль и значение психологической службы в её реализации / А.А. Прошин // Психологическое обеспечение профессиональной деятельности сотрудников ОВД : сб. тез. выступ. участников регион. семинаров практ. психологов. — М., 2000. — 163 с.
11. *Собчик Л.Н.* Метод портретных выборов — адаптированный тест Сонди : практ. рук. / Л.Н. Собчик. — СПб. : Речь, 2002. — 118 с.

12. *Сосновский Б.А.* Лабораторный практикум по общей психологии : учеб-метод. пособие для студ.-заочников пед. ин-тов / Б.А. Сосновский ; под ред. В.М. Гамезо. – М. : Просвещение, 1979. – 155 с.

13. *Цветков В.Л.* Психология деятельности сотрудников ОВД по профилактике и преодолению асоциального поведения малолетних : дис. ... д-ра психол. наук / Цветков В.Л. – М., 2005. – 220 с.

14. *Экспериментально-психологическая методика изучения фрустрационных реакций* : метод. рек. / сост. Н.В. Тарабрина ; Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. – Л., 1984. – 23 с.

15. *Ялтонский В.М.* Профилактика зависимости от наркотиков и других психоактивных веществ в образовательных учреждениях МВД России : метод. пособие / В.М. Ялтонский, Н.А. Сирота – М. : ИМЦ ГУК МВД России, 2003. – 96 с.

*Г.А. Ткаченко, И.М. Шестопалова*

## **ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ**

Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

### ***Введение***

Проблема выживания, преодоления или совладания с тяжелыми обстоятельствами и сохранение при этом основных жизненных ценностей стала одной из центральных в психологии личности [2, 6, 7, 9, 10, 13]. В условиях тяжелого соматического заболевания, к которым бесспорно относится онкологическое заболевание, возникает новая жизненная ситуация, разрушающая создавшуюся до болезни структуру личности, обособляет личность, приводит к аутизму, отчуждению [ 5 ].

Постановка диагноза — тяжелейший стресс для женщины любого возраста. Особенно, если это рак молочной железы (РМЖ), являющийся наиболее часто встречающимся онкологическим заболеванием у женщин в России [ 3 ]. Указанное заболевание выступает для психической деятельности в двух аспектах. С одной стороны, диагноз, традиционно причисляемый к группе неизлечимых и, как следствие, повышено значимых, превращает один лишь факт заболеваемости в серьезную психическую травму. С другой стороны, необходимость подвергнуться калечащей операции, утрата женственности, красоты, способствующие изменению отношений с людьми, вызывает тяжелейший стресс у женщины любого возраста.

Изменение обстановки, связанной с лечением, приводит к беспокойству, тревоге, неуверенности, депрессии, и обуславливает истощение нервной и иммунной системы, снижение адаптивных возможностей, что, в конечном итоге, отражается на эффективности лечения и качестве жизни пациентов.

Недооценка важности внутреннего мира самой больной, ее личностных особенностей, отношения к заболеванию и лечению, к будущему не позволяет использовать психологические ресурсы личности для приспособления к болезни и преодоления ее последствий [ 11 ].

Многие авторы отмечают выраженную социальную дезадаптацию больных после оперативного лечения рака молочной железы [ 1, 4, 8 ], однако, затрудняются объяснить ее причины [ 12 ]. Вопросы, связанные с изменением личности, ценностно-потребностной и эмоциональной сфер больных РМЖ в отдаленном периоде еще недостаточно изучены.

Исходя из вышесказанного, становится очевидным, что при увеличивающейся продолжительности жизни больных РМЖ, недостаточное изучение психологических нарушений, возникающих в ходе лечения, и отсутствие психологической помощи приводит к глубокой деформации личности в отдаленном периоде, что снижает качество жизни, препятствует достижению более полного эффекта лечения.

В связи с изложенным целью исследования явилось изучение особенностей личности больных раком молочной железы в отдаленном периоде (через 12–15 мес после завершения лечения).

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

Проведено обследование 150 женщин в возрасте от 21 до 85 лет с верифицированным диагнозом РМЖ, которые проходили лечение и наблюдались после завершения лечения в РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН с 2003 по 2006 г. Образование больных было не ниже среднего, что свидетельствует об адекватном восприятии больными материалов тестов.

В контрольную группу вошли 50 женщин, не имеющие в анамнезе онкологических и психиатрических заболеваний, а также не предъявляющие жалобы на состояние здоровья на момент обследования.

Оценка структур личности больных РМЖ, включая психологические особенности, осуществлялась с помощью методики ММРІ. Изучение специфики ценностно-потребностной сферы больных РМЖ проводилась с помощью методики М. Рокича.

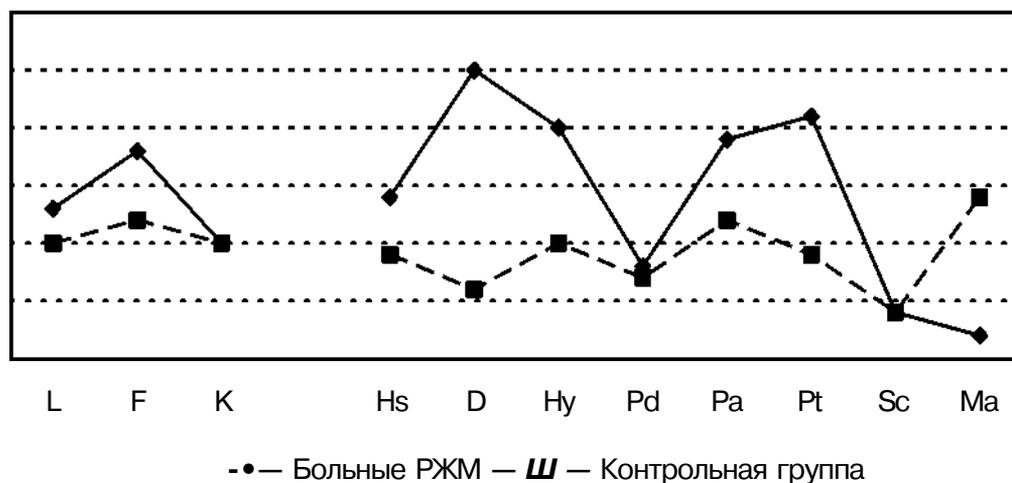
### ***Результаты исследования***

На рис. 1 представлен профиль личности больных, полученный с помощью ММРІ. Незначительное повышение шкалы L у больных РМЖ свидетельствует о тенденции испытуемых представить себя в более выгодном свете. Умеренное повышение шкалы F характеризует внутреннюю

напряженность, плохо организованную активность. Среднее значение индекса F-K, важного для достоверности полученного результата, в пределах нормы, что доказывает достоверность данных, полученных в ходе исследования. По сравнению с группой здоровых женщин, у больных РМЖ отмечаются статистически достоверные повышения значений по шкалам: Д (депрессия), Ну (эмоциональная лабильность), Ра (паранойяльность), Рт (психастения), и снижение по шкале Ма (гипомания) ( $p < 0,05$ ) (см. рис. 1).

У большинства пациенток преобладает депрессивная реакция на стресс, связанный с постановкой онкологического диагноза. Депрессивная реакция усугубляется чувством тревоги, постоянными сомнениями, неуверенностью, беспокойством, ожиданием опасности, связанной с операцией, о чем свидетельствует соотношение шкал Д (депрессия), Ма (гипомания) и Рт (психастения). Подъем по шкале Ну (эмоциональная лабильность) свидетельствует об эмоциональной неустойчивости, лабильности. Повышение шкалы Ра (паранойяльность) указывает на выраженность таких черт, как повышенная эмоциональная ригидность (тенденция к длительному переживанию), настороженность, повышенная возбудимость, агрессивные тенденции.

Т-балл



*Рис. 1. Усредненные профили личности больных РМЖ на этапе поступления и контрольной группы.*

Таким образом, даже простое перечисление шкал с повышенными и пониженными по сравнению с контрольной группой оценками создает психологический портрет больной РМЖ, который совпадает с исследованиями других авторов [ 1, 4, 11, 12 ].

Одновременное максимальное повышение по шкалам Д (депрессия) и Рт (психастения) делает возможным объединить практически всех больных на этапе поступления в группу тревожно-депрессивного типа, что да-

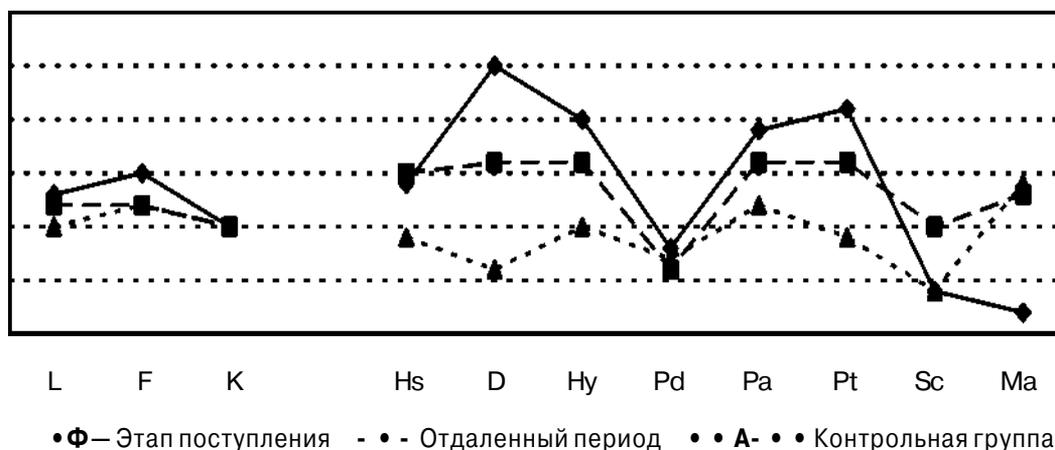
ет представление об индивидуальных особенностях личности, о характере реакций в кризисной ситуации, о компенсаторных возможностях.

Таким образом, описывая личностные особенности больных РМЖ при поступлении, можно отметить такие черты, как депрессивность, тревожность, чрезмерная чувствительность к обидам, эмоциональная лабильность, напряженность, раздражительность, неуверенность, подавленность.

В отдаленном периоде по сравнению с этапом поступления у больных РМЖ отмечаются статистически достоверные повышения значений по шкалам: Ма (гипомания) и Sc (шизоидность) и снижение по шкалам: Д (депрессия), Ну (эмоциональная лабильность), Pt (психастения) ( $p < 0,05$ ) (см. рис. 2).

На рис.2 представлен профиль личности больных в отдаленном периоде. Анализируя полученные результаты, видно, что личностный профиль больных РМЖ на этапе поступления более приподнят, чем профиль больных в отдаленном периоде, то есть в отдаленном периоде средние показатели личностных особенностей больных РМЖ снижаются, хотя по сравнению с контрольной группой приподняты почти по всем шкалам.

Т-балл



*Рис. 2. Усредненные профили личности больных РМЖ на этапе поступления и в отдаленном периоде и контрольной группы.*

Если на этапе поступления наиболее выраженный подъем отмечается по шкале Д (депрессия), то в отдаленном периоде одинаково повышены шкалы Д (депрессия), Ну (эмоциональная лабильность), Ра (паранойальность) и Pt (психастения). Поэтому, изучая более подробно усредненный профиль больных РМЖ в отдаленном периоде, несмотря на разнообразие личностных особенностей, удалось выделить три типа личности, которые наиболее часто встречаются в наших наблюдениях:

- 1-я группа — тревожно-депрессивный тип личности (ТД). Усредненный профиль этой группы имеет выраженный подъем по шкале Д (де-

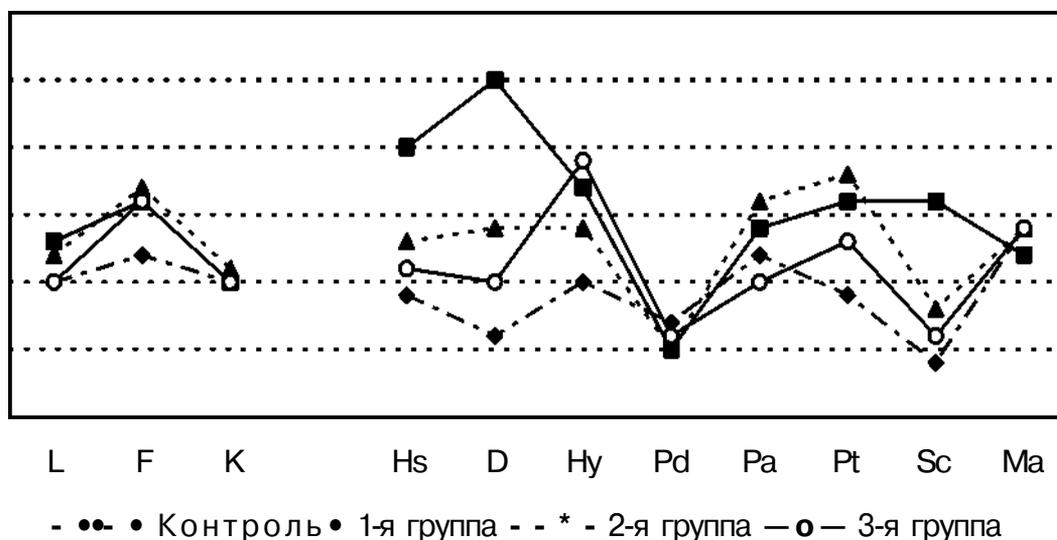
прессия), а также высокий уровень по шкалам: Hs (ипохондрия), Ну (эмоциональная лабильность) и Pt (психастения). Тревожно-депрессивный тип наблюдался у 40,7 % больных;

- 2-я группа – тревожно-ригидный тип (ТР) личности характеризуется подъемом по шкалам Pa (паранойяльность), Pt (психастения). Тревожно-ригидный тип личности встречался у 25,3 % больных;

- 3-я группа – характеризуется наряду с высокими показателями шкал Hs (ипохондрия) и D (депрессия), максимальным подъемом по шкале Ну (эмоциональная лабильность), что дает основание для выделения истерического типа личности (И). Данный тип отмечался в 9,3 % наблюдений.

Через 12–15 мес после завершения лечения усредненный профиль личности больных РМЖ с разными типами личности существенно отличается друг от друга и от профиля контрольной группы. Усредненные профили личности в отдаленном периоде представлены на рис. 3.

Т-балл



*Рис. 3. Личностные профили больных РМЖ в отдаленном периоде (обозначение групп см. в тексте).*

В отдаленном периоде у больных с тревожно-депрессивным типом личности по сравнению с контрольной группой, достоверно повышены показатели шкал невротической триады: Hs, D, Ну, а также отмечается повышение на шкале Sc (шизоидность).

Можно полагать, для больных с тревожно-депрессивным типом личности в отдаленном периоде характерно невротическое состояние, которое проявляется в виде нарушения сна, беспокойства, эмоциональной лабильности, быстрой истощаемости, что находило отражение в реальной жизнедеятельности. Например, 62,1 % женщин отказывались от профессиональной деятельности, предпочитая оставаться дома.

Степень выраженности невротических черт колебалась в широком диапазоне. Сопоставление шкал этого типа личности с анамнестическими и клиническими данными позволило установить различия в поведенческих реакциях больных.

При акцентах на шкале Нs (ипохондрия) у больных отмечаются повышенное внимание к факту заболевания, настойчивые требования повторных обследований. «Уход в болезнь» часто ведет к осложнению взаимоотношений в семье и конфликтам. При высоких показателях шкалы Sc (шизоидность) здоровые, с медицинской точки зрения, женщины внешне подавлены, тревожны, обидчивы, сосредоточены на своих переживаниях, у них отмечаются трудности в контактах с другими лицами, они замыкаются в себе.

В зависимости от уровня шкалы Ну (эмоциональная лабильность) у больных в различной степени проявляются истероидные черты. У женщин с истерическим типом личности отмечается эмоциональная лабильность: периоды депрессии сменяются вспышками раздражительности, они часто предъявляют жалобы на повышенную утомляемость, отмечают сексуальную неудовлетворенность.

У больных с тревожно-ригидным типом личности в отдаленном периоде достоверно снижается шкала Д (депрессия) и отмечается увеличение шкалы Ма (гипомания) по сравнению с этапом поступления, но по сравнению с контрольной группой отмечается наиболее выраженный подъем шкал Ра (паранойяльность) и Рт (психастения).

У этих женщин обращает на себя внимание такие личностные особенности, как повышенная чувствительность к несправедливости, длительность переживаний конфликтов, периодические вспышки агрессивности. Они часто мнительны, раздражительны. Среди женщин этой группы только 39 % получили статус инвалидов и не вернулись к обычным условиям жизни, что на треть меньше, чем в группе женщин с тревожно-депрессивным типом личности.

При ретроспективном анализе незначительные изменения показателей практически всех шкал ММРІ в отдаленном периоде у этого типа личности по сравнению с этапом поступления, свидетельствуют, об относительной устойчивости этого типа личности к стрессовым ситуациям. Таким образом, в отдаленном периоде наиболее часто встречаются три типа личности больных РМЖ: тревожно-депрессивный, тревожно-ригидный и истерический.

Особенности ценностно-потребностной сферы больных РМЖ оценивались с помощью методики изучения ценностных ориентаций М. Рокича. Если личностные особенности человека отвечают за стилевые характеристики его поведения и позволяют ответить на вопрос «Как?», то информация о ценностях человека дает возможность определить причины той или иной активности человека и сформулировать ответ на вопрос

«Почему?», поэтому важнейшим предметом изучения изменения личности является ценностно-потребностная сфера женщин больных РМЖ.

На основе полученных данных можно отчетливо описать специфику ценностно-потребностной сферы женщин, больных РМЖ и контрольной группы здоровых женщин.

При поступлении и в контрольной группе и в группе больных женщин ведущими ценностями являются общечеловеческие ценности личного счастья: здоровье, любовь, счастливая семейная жизнь.

Высший уровень иерархии занимает ценность «здоровье» в обеих группах. Значимых различий в частоте выбора данной ценности между основной и контрольной группами нет. Вероятно, эта ценность значима для всех женщин независимо от состояния здоровья и является устойчивой характеристикой ценностно-потребностной сферы личности.

Наряду со здоровьем высоким статусом во всех группах обладает ценность «счастливая семейная жизнь». При этом по t-критерию Стьюдента выявлены значимые различия по степени важности данной ценности между группами ( $p < 0,05$ ). Более значимой она является для женщин, страдающих РМЖ, что, по всей видимости, связано со страхом калечащей операции, потерей женственности и привлекательности, и, как следствие, ухудшением семейных отношений. Высокий уровень ценности «любовь» в группе больных женщин по сравнению с контрольной группой тому подтверждение.

Интересным является тот факт, что женщинами всех групп придается невысокое значение ценностям индивидуальной самореализации: свобода, творчество, развитие, познание. С нашей точки зрения, это связано с особенностью роли женщины в обществе, ее видением смысла жизни не в самосовершенствовании, карьерном росте, а в реализации своей главной миссии – материнства, хранительницы домашнего очага. Сочетание лидирующей позиции «счастливая семейная жизнь» и низкой оценкой значимости выше указанных ценностей соответствует традиционной модели женского поведения. Невысокий уровень ценности «общественное признание» – ценности социальной успешности также тому подтверждение.

Ценность «уверенность в себе» располагается в первой трети иерархической лестницы обеих групп и не обнаруживает достоверных различий между обозначенными категориями опрошенных.

Одной из наиболее отличительной особенностей ценностно-потребностной сферы больных женщин является высокая значимость ценностей социального взаимодействия: наличие хороших и верных друзей. Это может быть связано с потребностью больного человека в поддержке со стороны близких людей.

Подводя итог по первой части теста М. Рокича, в целом, можно сказать, что, несмотря на различия в абсолютных значениях показателей некоторых ценностей, по большей части терминальных ценностей значимых

различий между здоровыми женщинами и теми, кому только что был установлен диагноз РМЖ, не наблюдается.

Анализ результатов второй части теста, демонстрирующих иерархию инструментальных ценностей показал, что на первом месте у всех женщин занимает «ответственность», причем она достоверно более значима для больных РМЖ ( $p < 0,05$ ). На втором месте в обеих группах находится ценность «образованность», что несколько противоречит терминальным ценностям, где ценности индивидуальной самореализации имели низкие показатели. Скорее всего, это связано с тем, что около 70 % пациенток имеют высшее образование.

Вполне закономерный результат был получен относительно ценностей «воспитанность», «чуткость», которые как более значимые указываются женщинами, страдающими РМЖ, что достоверно отличает их от здоровых женщин ( $p < 0,001$ ).

Здоровые женщины ставят «аккуратность» на третье место, а больные женщины на четвертое, достоверных отличий не получено. Это свидетельствует о присущих большинству женщин таких черт характера, как чистоплотность, дисциплинированность, аккуратность.

Анализ ценности «терпимость» обнаружил различия между группами: для здоровых женщин характерен более высокий статус данной ценности, чем для больных женщин. Соответствующие результаты были получены по личностным опросникам, в частности по ММРІ, где среди больных РМЖ часто встречается тревожно-ригидный тип личности, для которых характерны агрессивные тенденции, эмоциональная ригидность. Достоверные отличия между здоровыми и больными женщинами получены по ценности «самоконтроль» ( $p < 0,05$ ). Более высокий статус данной ценности характерен для здоровых женщин. Можно предположить, что это также связано с личностными особенностями больных РМЖ.

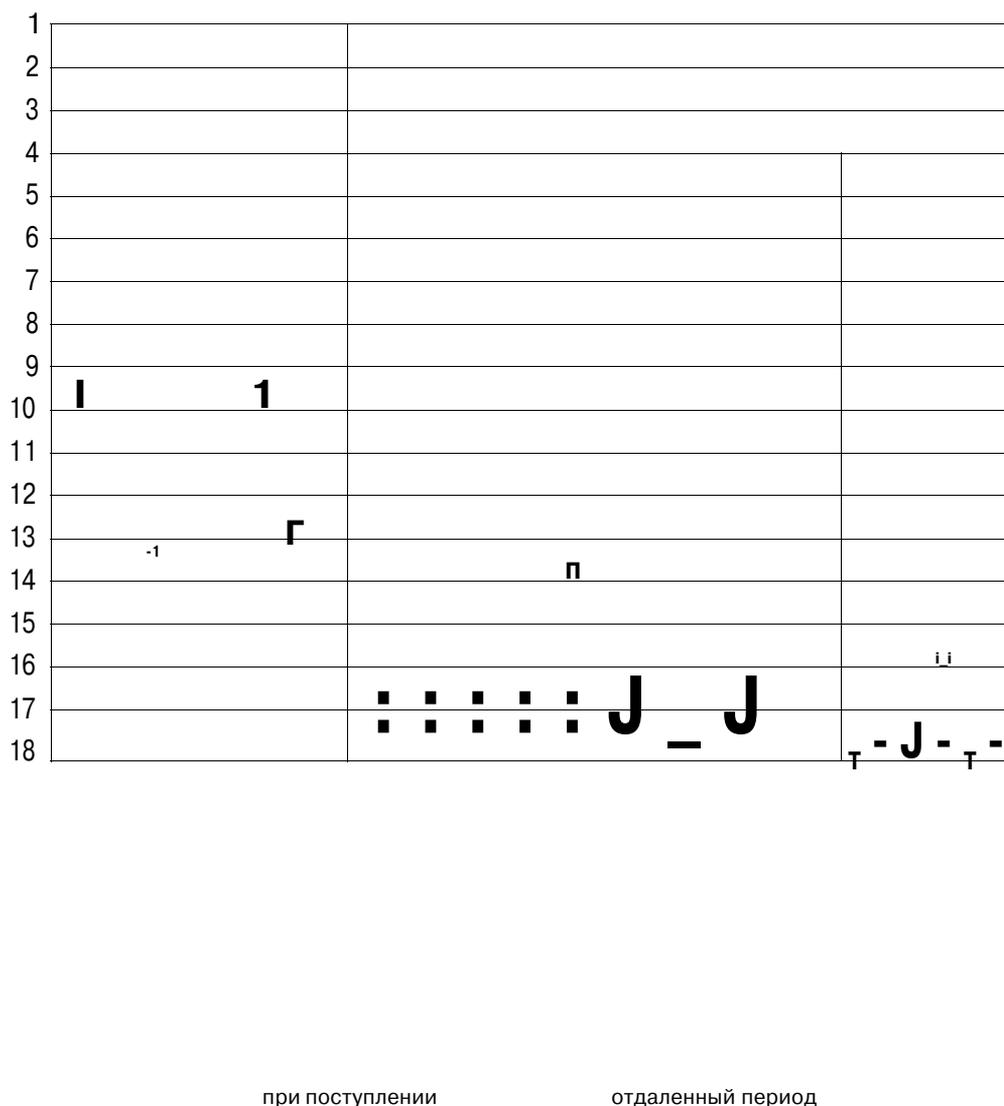
Различия обнаружены и по ценности «жизнерадостность». Для больных РМЖ характерен более низкий уровень данной ценности. Здоровые женщины достоверно выше определяют ценность «исполнительность», нежели больные женщины. По всей видимости, это обусловлено актуальным состоянием женщин: на основании результатов ММРІ у большинства больных отмечается высокий уровень тревоги, депрессивное состояние, подавленность.

Достоверные различия между группами отсутствуют по ценностям «рационализм», «независимость», «твердая воля», «непримиримость к недостаткам в себе и других», «высокие запросы», «смелость», «эффективность в делах». Это позволяет предположить, что данные ценности менее свойственны как здоровым, так и больным женщинам.

Обобщая результаты второй части теста можно отметить, что в целом, инструментальные ценности согласуются со свойственной женщинам модели поведения. При этом инструментальные ценности в боль-

шей степени, чем терминальные, зависят от личностных особенностей женщины.

В отдаленном периоде ценностно-потребностная сфера женщин, перенесших РМЖ, существенно меняется по сравнению с этапом начала заболевания (рис. 4).



*Рис. 4. Терминальные ценности женщин с РМЖ при поступлении и в отдаленном периоде (\* – достоверные отличия при  $p < 0,05$ ).*

Высоким статусом у женщин, перенесших онкологическое заболевание, обладают духовные ценности: «продуктивная жизнь», «активная деятельная жизнь», «развитие», «уверенность в себе», «любовь», «наличие верных друзей», что достоверно отличает их как от этапа поступления (см. рис. 4), так и от здоровых женщин ( $p < 0,05$ ). Интересен факт, что ценность «счастливая семейная жизнь», которая занимает второй уровень

иерархии ценностей и у здоровых женщин, и у женщин, в момент заболевания, опускается на шестую позицию у женщин, перенесших РМЖ, хотя достоверных различий в оценке этой ценности не получено. С нашей точки зрения, это связано с благоприятной атмосферой в семье, что согласуется с результатами анкетирования. Эмоциональные отношения с членами семьи, их поддержка являются важнейшим фактором выздоровления. Страх разрыва семейных отношений, испытываемый на этапе поступления, в отдаленном периоде сменяется уверенностью в любимых людях.

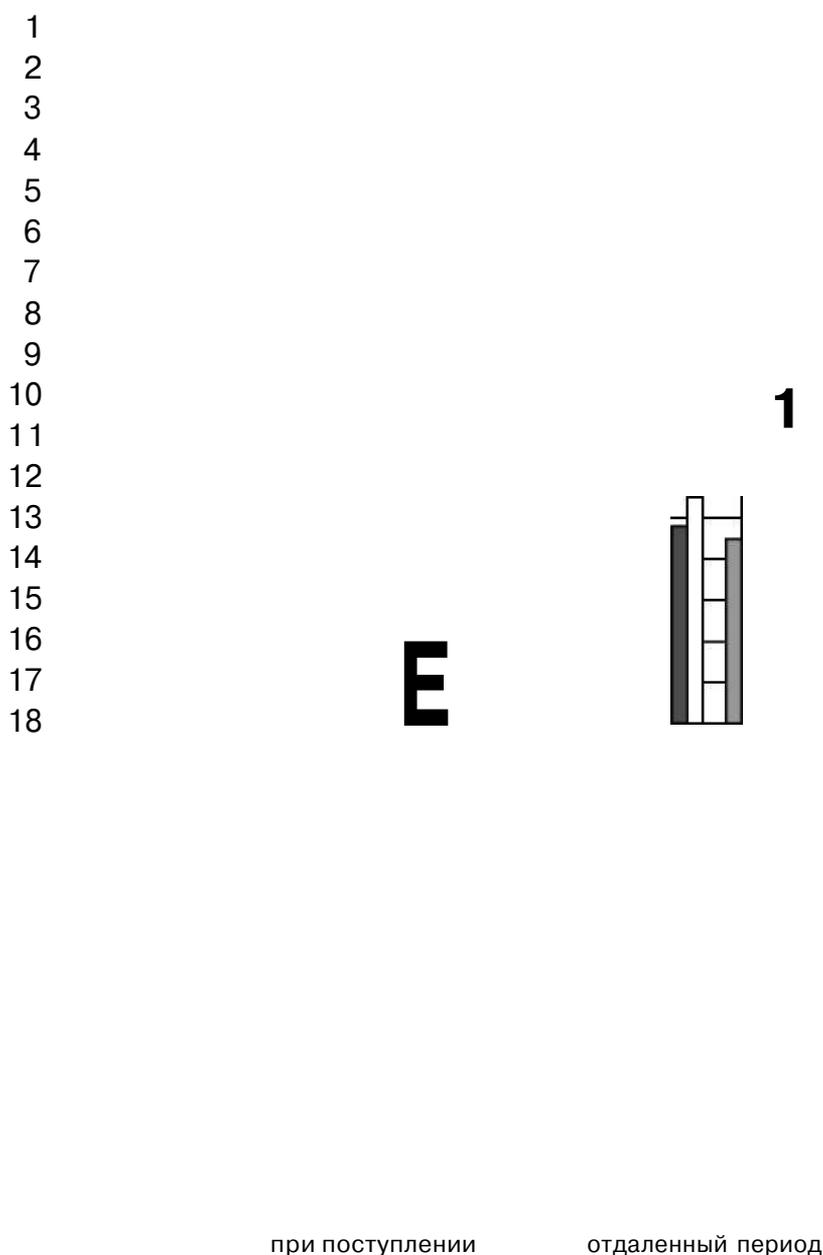
Ценность «любовь» становится более значимой: при сравнении группы больных на момент поступления и в отдаленном периоде по *t*-критерию Стьюдента показало, что существуют различия в абсолютных значениях показателей этой ценности ( $p < 0,05$ ). Женщины, перенесшие РМЖ, оценивают «любовь» гораздо выше, чем женщины, которым только что установили диагноз заболевания (см. рис. 4).

В группе здоровых женщин в большей степени выражена тенденция ориентации на материальные ценности, что подтверждается более высокой оценкой по сравнению с больными женщинами таких жизненных ценностей как «материально обеспеченная жизнь», «развлечения» и меньшей значимостью альтруистической ценности «счастье других», чем они достоверно отличаются друг от друга.

По-прежнему все женщины придают невысокое значение ценностям индивидуальной самореализации: «свобода», «творчество», «познание», ставя их на последнее место в иерархии ценностей. Но отмечаются достоверные различия по важности этих ценностей между этапом поступления и отдаленным периодом (см. рис. 4).

Полученные данные дают основание считать что, онкологическое заболевание приводит к переоценке жизненных ценностей, изменению мироощущения и духовному росту личности.

Изучая инструментальные ценности в отдаленном периоде у женщин после лечения рака молочной железы, обнаруживается еще большая ориентация на ценности социального взаимодействия: «терпимость», «чуткость», «честность», «ответственность», «твердая воля» (рис. 5). При этом теряется актуальность таких качеств как: «аккуратность», «образованность», «эффективность в делах», «исполнительность», которые были достоверно выше в иерархии ценностей на этапе начала лечения. Практически не меняются средние показатели рангов ценностей: «независимость», «непримиримость к недостаткам в себе и других», «высокие запросы», оставаясь на последних позициях общей иерархии ценностей всех женщин (см. рис. 5).



*Рис. 5. Инструментальные ценности женщин с РМЖ при поступлении и в отдаленном периоде (\* – достоверные отличия при  $p < 0,05$ ).*

На основании этого можно отметить, что в отдаленном периоде в большей степени происходят изменения тех ценностей, которые в предболезненный период были весьма значимыми, и в меньшей степени происходят изменения тех ценностей, которые и до болезни являлись менее значимыми.

Изучение системы ценностей личности больных РМЖ, показало их значительную перестройку в отдаленном периоде и выявило специфические закономерности изменений ценностных ориентаций личности в

кризисной ситуации – ситуации онкологического заболевания. В большей степени подвержены изменению терминальные ценности, чем инструментальные. Существенно перестраивается и высший уровень иерархии ценностей – жизненные цели личности. При этом ценности, которые отмечались больными как менее значимые («независимость», «непримиримость к недостаткам в себе и других», «высокие запросы») практически не изменяются.

### ***Выводы***

В отдаленном периоде у женщин с РМЖ наиболее часто встречаются три типа личности: тревожно-депрессивный, тревожно-ригидный и истерический.

Изучение системы ценностей личности больных РМЖ, показало их значительную перестройку в отдаленном периоде и выявило специфические закономерности изменений ценностных ориентаций. В большей степени подвержены изменению терминальные ценности, чем инструментальные. Существенно перестраивается высший уровень иерархии ценностей – жизненные цели личности. При этом ценности, которые отмечались больными как менее значимые («независимость», «непримиримость к недостаткам в себе и других», «высокие запросы») практически не изменяются.

Полученные данные могут быть использованы психологами для разработки индивидуальной программы оказания психологической помощи этой категории больных.

### ***Литература***

1. *Асеев А.В.* Психологические изменения у женщин, больных раком молочной железы / А.В. Асеев, В.Я. Васютков, Э.М. Мурашева // Маммология. – 1994. – № 3. – С. 14–16.
2. *Асмолов А.Г.* Психология личности / А.Г. Асмолов. – М. : Мос. ун-та, 1990. – 416 с.
3. *Давыдов М.И.* Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель. – М. : Медицина, 2005. – 268 с.
4. *Демин Е.В.* «Путь к выздоровлению» – международная программа улучшения качества жизни больных раком молочной железы и опыт ее применения в России / Е.В. Демин, В.А. Чулкова // Маммология. – 1995. – № 2. – С. 4–12.
5. *Зейгарник Б.В.* Патопсихологический метод в изучении личности / Б.В. Зейгарник // Психол. журн. – 1982. – № 1. – С. 43–51.
6. *Лурия Р.А.* Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания / Р.А. Лурия. – М. : Медицина, 1977. – 112 с.

7. *Маслоу А.Г.* Мотивация и личность / А.Г. Маслоу. – СПб. : Евразия, 1999. – 478 с.

8. *Никитина Е.В.* Комплекс реабилитационных мероприятий у женщин, инвалидизированных в результате радикального лечения рака молочной железы : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Никитина Е.В. – М., 1999. – 23 с.

9. *Роджерс К.Р.* Клиентоцентрированная терапия / К.Р. Роджерс. – М. : Рефлбук ; Киев : Ваклер, 1997. – 318 с.

10. *Франкл В.* Человек в поисках смысла / В. Франкл. – М. : Прогресс, 1990. – 368 с.

11. *Чулкова В.А.* Психологические исследования личностных реакций на болезнь при раке молочной железы : дис. ... канд. психол. наук / Чулкова В.А. – СПб., 1999. – 190 с.

12. *Шарова О.Н.* Особенности психических расстройств у женщин после радикального лечения рака молочной железы и формирование при них механизмов психологической защиты : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Шарова О.Н. – Челябинск, 2000. – 23 с.

13. *Эриксон Э.* Идентичность: юность и кризис / Э. Эриксон. – М. : Прогресс, 1996. – 344 с.

*Н.В. Советная, О.С. Карева, С. Мизерас, Е.А. Мильчакова*

## **ТИПЫ АКЦЕНТУАЦИИ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

Международный институт резервных возможностей человека,  
Санкт-Петербург

Особенности акцентуаций личности больных игроманов изучались с помощью методики Леонгарда-Смишека. Методика разработана Х. Смишеком в 1970 г. на основе концепции К. Леонгарда о типах акцентуированных личностей [ 2, 7 ]. В связи с этим зачастую она называется тестом Леонгарда-Смишека. Методика представляет собой опросник, состоящий из 88 вопросов и предполагающий два варианта ответов: «да» и «нет» Тестирование может проводиться индивидуально и в групповом варианте.

После тестирования регистрационный бланк обрабатывается с помощью ключа. В результате получают показатели по каждому из типов акцентуаций (сырые баллы). Затем полученные показатели преобразуются с помощью соответствующих коэффициентов по формуле:

Сырые баллы × коэф. = итоговый показатель,

где: коэф. – коэффициенты для каждого типа акцентуаций: гипертимный – 3; неуравновешенный – 2; педантичный – 2; эмотивный – 3; тревожный – 3; циклотимический – 3; возбудимый – 2; дистимический – 3; демонстративный – 2; аффективно-экзальтированный – 6.

Понятие «акцентуация» впервые ввел немецкий психиатр и психолог, профессор неврологии клиники Берлинского университета К. Леонгард (1981). Он же разработал и описал классификацию акцентуаций личности. В нашей стране получила распространение другая классификация акцентуаций, предложенная профессором А.Е. Личко [ 3–6 ], который полагал, что правильнее говорить об акцентуациях характера. Однако в обоих подходах сохраняется общее понимание смысла акцентуации.

Акцентуацию определяют как дисгармоничность развития характера, гипертрофированную выраженность отдельных его черт, обуславливающих повышенную уязвимость личности в отношении отдельного рода воздействий и затрудняющих ее адаптацию в некоторых ситуациях [ 2, 5 ]. Избирательная уязвимость в отношении определенных воздействий может сочетаться с хорошей или повышенной устойчивостью к другим воздействиям, также как затруднения с адаптацией в некоторых ситуациях (сопряженных с акцентуацией), могут сочетаться с хорошими или повышенными способностями к социальной адаптации в других ситуациях [ 1 ].

Акцентуация является не патологией, а крайним вариантом нормы [ 2 ]. Акцентуированным личностям присуща готовность как к социально

положительному, так и социально отрицательному развитию. По данным К. Леонгарда доля акцентуированных личностей во взрослом населении составляет примерно 50 %. Феномен заострения черт характера в подростковом возрасте в дальнейшем сглаживается или компенсируется, а также переходит в скрытую акцентуацию [ 1, 7 ].

Возможность многофакторной оценки характерологических особенностей личности человека с помощью этого теста и определила наш выбор в его пользу с целью изучения психологических особенностей игроков.

По методике Леонгарда-Смишека обследовано 28 пациентов со стадией игровой зависимости от года до трех лет в возрасте до 30 лет. Результаты обследования пациентов с игровой зависимостью сравнивались с аналогичными данными, характеризующими здоровых лиц аналогичного возраста, полученными из литературных источников [ 1, 5 ]. Сводные данные представлены в табл.

*Таблица*

*Выраженность личностной акцентуации у лиц с игровой зависимостью и нормативной группы*

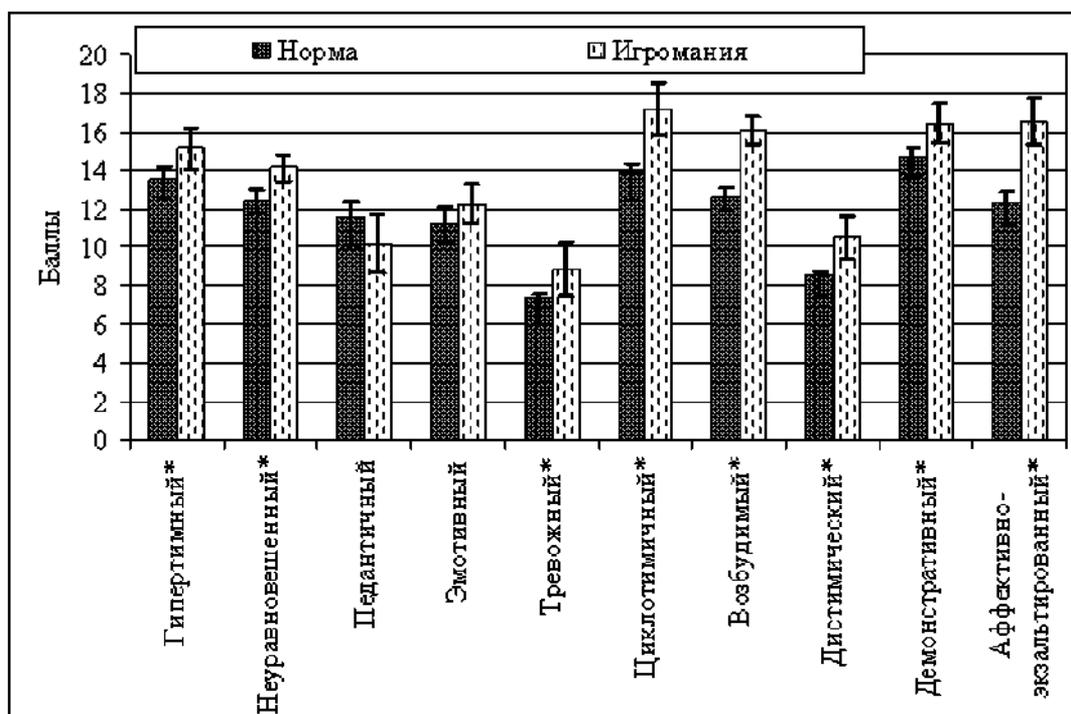
Тип акцентуации	Средний уровень акцентуации (балл, М ± m)		
	Нормативная группа	Лица с игровой зависимостью	Уровень значимости, p
Гипертимный	13,51 ± 0,34	15,12 ± 0,51	< 0,05
Неуравновешенный	12,46 ± 0,24	14,13 ± 0,35	< 0,01
Педантичный	11,63 ± 0,33	10,15 ± 0,75	—
Эмотивный	11,26 ± 0,39	12,25 ± 0,50	—
Тревожный	7,37 ± 0,12	8,85 ± 0,69	< 0,05
Циклотимичный	13,84 ± 0,25	17,16 ± 0,70	< 0,001
Возбудимый	12,62 ± 0,23	16,04 ± 0,36	< 0,001
Дистимический	8,55 ± 0,13	10,50 ± 0,55	< 0,01
Демонстративный	14,57 ± 0,28	16,42 ± 0,50	< 0,01
Аффективно-экзальтированный	12,3 ± 0,31	16,50 ± 0,60	< 0,001

Если итоговый показатель превосходит 12–15 баллов (максимальное значение — 24), то это можно считать признаком акцентуации по данному типу. Т.И. Дьяконова (2000) на основании данных собственных исследований считает, что значение баллов от 15 до 19 говорит лишь о тенденции к тому или иному типу акцентуации и лишь в случае превышения уровня 19 баллов черта характера может считаться акцентуированной.

Если руководствоваться «жестким» критерием (более 19 баллов), то на основе средних значений шкал теста в группах пациентов с игровой за-

висимостью и пациентов нормативной группы практически не выявляются акцентуации характера. Используя же «мягкий» критерий (13 и более баллов), было обнаружено, что в обеих сравниваемых группах отмечаются акцентуированные черты характера (3 в нормативной группе и 6 в группе лиц с игровой зависимостью).

Очевидно, целесообразно воспользоваться компромиссным уровнем 15 баллов, приняв его за критерий наличия акцентуации. В таком случае среди лиц нормативной группы по средним данным уровни акцентуации по отдельным чертам характера не достигли критических значений (более 15 баллов), и, следовательно, в целом в этой группе акцентуированные черты личности не определялись. В то же время в группе пациентов с игровой зависимостью выявлено пять типов акцентуации: гипертимный (15,12 балла), циклотимический (17,16 балла), аффективно-экзальтированный (16,50 балла), возбудимый (16,04 балла), демонстративный (16,42 балла). При сравнении средних значений акцентуаций по отдельным шкалам выявлены статистически значимые различия в группе лиц с игровой зависимостью в сравнении с нормативной по 8 из 10 акцентуациям личности. Наглядно эти данные представлены на рис.



*Рис. Профиль личностных акцентуаций у больных игровой зависимостью в сравнении с нормативной группой (\* –  $p < 0,05$ ).*

Следовательно, у пациентов с игровой зависимостью выражен гипертимно-циклотимический возбудимый аффективно-экзальтированный паттерн реагирования. Для этой группы характерен циклотимический тип акцентуации, проявляющийся в частой смене гипертимических и дистимиче-

ских фаз, перепадами и неустойчивостью настроения, с преобладанием повышенного фона в настроении в сочетании с жадной деятельностью, высокой активностью, предприимчивостью. Для них характерны выраженная общительность, повышенная словоохотливость, эйфорический взгляд на жизнь, который не теряется даже при возникновении трудностей.

Высокие значения в группе пациентов с игровой зависимостью по шкалам «возбудимость», «демонстративность» и «экзальтированность» позволяют охарактеризовать их как импульсивных, с ослабленным контролем над влечениями и побуждениями, демонстративных, высокомерных и манерных в поведении, имеющих широкий диапазон эмоциональных состояний (они легко приходят в восторг от радостных событий и в полное отчаяние от печальных), то есть эмоционально нестабильных и неуравновешенных.

Следовательно, результаты психологического обследования по тесту Леонгарда-Смишека позволили выявить не только ведущие типы акцентуаций личности пациентов с игровой зависимостью, но и определить комплекс информативных шкал этого теста, которые могут использоваться для дифференциации проблемных подростков от нормативных.

### *Литература*

1. Дьяконова Т.И. Особенности характера и познавательных способностей подростков – воспитанников детских домов : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Дьяконова Т.И. – СПб., 2000. – 22 с.

2. Леонгард К. Акцентуированные личности / К. Леонгард. – Киев, 1981. – 390 с.

3. Личко А.Е. Акцентуации характера у подростков как причина школьной дезадаптации / А. Е. Личко, М. Я. Иванов // Актуальные вопросы неврологии и психиатрии детского возраста. – Ташкент, 1984. – С. 182–183.

4. Личко А.Е. Подростковая наркомания / А.Е. Личко, В.С. Битенский. – М. : Медицина, 1991. – 302 с.

5. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характеров у подростков наркомания / А.Е. Личко. – 2-е изд., доп. и перераб. – М. : Медицина, 1983. – 255 с.

6. Личко А.Е. Саморазрушающее поведение подростков / А.Е. Личко, Ю.В. Попов ; Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В. М. Бехтерева. – Л., 1991. – 140 с.

7. Лучшие психологические тесты для профотбора и профориентации. – Петрозаводск : Петроком, 1992. – 318 с.

# МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

*С.С. Алексанин*

## РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СПАСАТЕЛЕЙ МЧС РОССИИ

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины  
им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург

Экстремальный характер профессиональной деятельности спасателей МЧС России, значительные нервно-психические и физические нагрузки, стрессы обуславливают актуальность и практическую необходимость комплексной оценки их состояния здоровья, важным элементом которой является анализ здоровья спасателей МЧС России. В связи с этим сотрудниками Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова (ВЦЭРМ) МЧС России постоянно и планомерно проводится эпидемиологическое изучение профессионального здоровья спасателей по данным их заболеваемости и клинико-физиологической оценке функционального состояния.

Изучение основано на данных: ежегодных статистических отчетов поисково-спасательных служб различных регионов; медицинской документации (амбулаторных карт и карт стационарного больного) спасателей Северо-Западного регионального поисково-спасательного отряда, Центрального аэромобильного отряда, региональной службы спасения, прошедших углубленное медицинское обследование или лечившихся в условиях клиники № 1 ВЦЭРМа МЧС России, а также на показателях медицинской статистической отчетности Государственной противопожарной службы (ГПС) МЧС России по Санкт-Петербургу и Ленинградской обл. и результатах клинико-физиологической оценки функционального состояния.

По результатам углубленного медицинского обследования спасателей выявлено, что 60,8 % из них имеют те или иные хронические заболевания. Треть спасателей (29,2 %) имеют одно хроническое заболевание, 17 % – два, 8,5 % – три хронических заболевания. Доля лиц, имеющих четыре диагноза и более, не превышала 4 %. В среднем на весь массив обследованных в пересчете на одного человека приходится 1,37 заболеваний, или 2,26 заболеваний на одного человека среди лиц, имеющих хроническую патологию.

По уровню распространенности заболеваний у спасателей ведущее место занимают болезни органов пищеварения (40 %), а у каждого пятого выявлены заболевания опорно-двигательного аппарата. Из другой патоло-

гии следует отметить высокую распространенность среди них болезней органов дыхания и эндокринной системы (рис. 1).

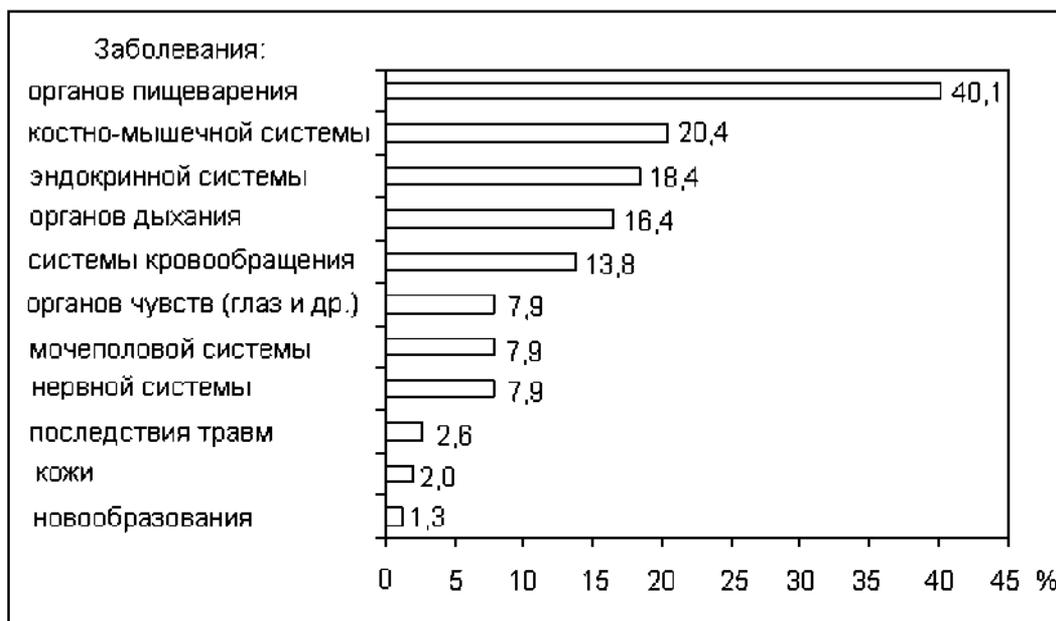


Рис. 1. Распространенность среди спасателей болезней различных классов.

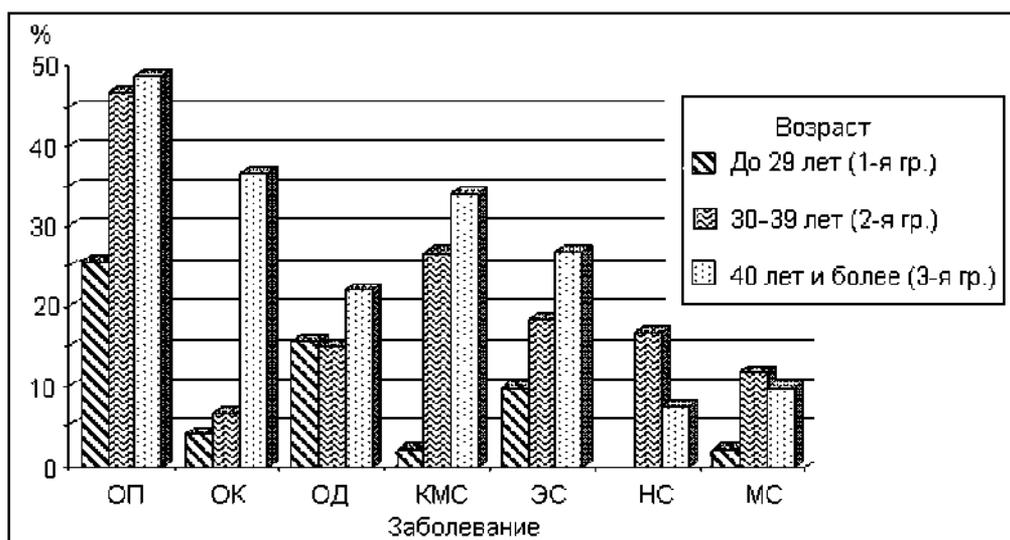
В структуре распространенности болезней среди спасателей преобладают болезни органов пищеварения – 28,9 %, доля болезней костно-мышечной системы составила 14,7 %, болезней эндокринной системы – 13,3 %, органов дыхания – 11,8 %, болезней системы кровообращения – 10,0 %. Удельный вес заболеваний по остальным классам болезней заметно уступает перечисленным и составляет от 0,9 до 5,7 %.

Анализ структуры выявленной патологии в ведущих классах заболеваний показал, что среди болезней системы кровообращения наиболее часто встречаются состояния, характеризующиеся подъемом артериального давления (нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу – 42 %, и гипертоническая болезнь – 43 %). Основная нозология в структуре болезней органов пищеварения – хронический гастрит (58 %), болезней костно-мышечной системы – остеохондроз различных отделов позвоночника (85 %), среди болезней органов дыхания – хронический бронхит (42 %). Среди болезней эндокринной системы наиболее часто встречаются диффузный нетоксический зоб (ДУНЗ) – 32% и нарушение толерантности к глюкозе – 39 %.

По распространенности заболеваний среди спасателей разных возрастных групп наиболее существенные отличия установлены для болезней органов пищеварения, системы кровообращения, болезней костно-мышечной и эндокринной систем (рис. 2).

Почти в два раза с возрастом увеличивается распространенность болезней органов пищеварения ( $p < 0,05$  при сравнении групп 1-й/2-й,

1-й/3-й). В 9 раз в старшей возрастной группе увеличивается число лиц, страдающих заболеваниями системы кровообращения ( $p < 0,05$  при сравнении групп 1-й/3-й и 2-й/3-й), в 17 раз увеличивается распространенность болезней костно-мышечной системы. Распространенность хронической патологии остальных классов болезней не зависела от возраста спасателя.

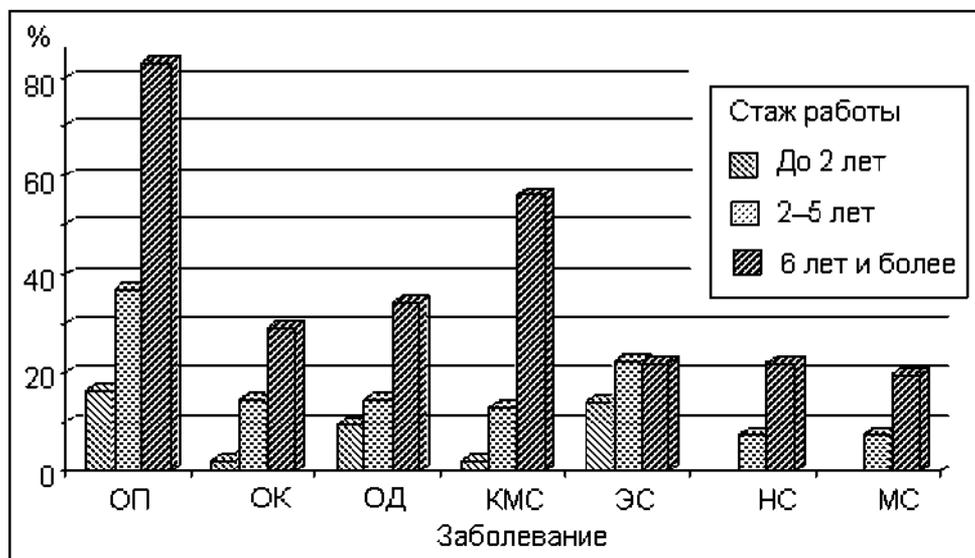


*Рис. 2. Возрастная распространенность хронической патологии у спасателей.*

Условные обозначения заболеваний: ОП - органов пищеварения; ОК - органов кровообращения; ОД - органов дыхания; КМС - костно-мышечной системы; ЭС - эндокринной системы; НС - нервной системы; МС - мочеполовой системы.

Для установления возможных причинно-следственных зависимостей между состоянием здоровья лиц и характером их профессиональной деятельности, проанализирована заболеваемость спасателей, сгруппированных в зависимости от стажа работы по специальности. С этой целью все спасатели были распределены на три стажевые группы: до 2 лет профессиональной работы (I группа – 57 чел., средний стаж работы – 0,55 года, средний возраст – 29,1 года), 2–5 лет (II группа – 54 чел., средний стаж работы – 3,0 года, средний возраст – 33,9 года), 6 лет и более (III группа – 41 чел., средний стаж работы – 8,8 года, средний возраст – 41,4 года). Отличия по среднему стажу и среднему возрасту в этих группах на уровне  $p < 0,01$ .

Выявлено уменьшение числа здоровых и практически здоровых спасателей с увеличением стажа работы. Так, в I группе спасателей их доля составила 75,4 %, во второй – 27,7 %, а при стаже работы спасателем более 6 лет – только 4,9 %, то есть разница между I и III стажевыми группами составляет 15 раз ( $p < 0,05$  при сравнении стажевых групп I/II, II/III, I/III). Значительно меняется распространенность хронической патологии у спасателей в зависимости от профессионального стажа (рис. 3).



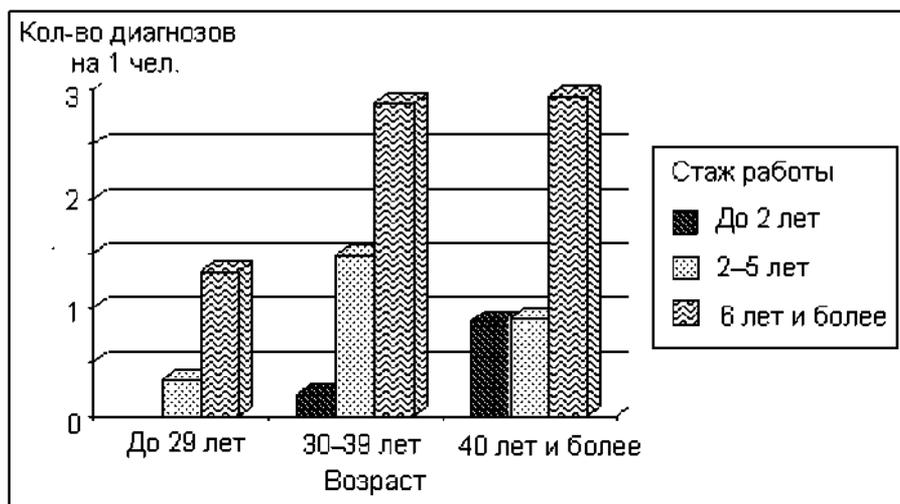
*Рис. 3. Стажевая распространенность хронической патологии у спасателей (обозначения см. рис. 2).*

Эти данные свидетельствуют о том, что не только возраст, но и другие причины, в том числе стаж работы по специальности, оказывают влияние на увеличение распространенности хронической патологии среди спасателей.

Для исключения влияния одновременно со стажем возрастных различий на показатели здоровья проанализированы группы, в которых отличия по возрасту отсутствуют, но имеется разный стаж работы по специальности. Установлено, что в младшей возрастной группе (рис. 4) отличия в стажевых группах были в 4 раза, в возрастной группе 30–39 лет – в 7,4–14,0 раз, в старшей возрастной группе – в 3,2 раза.

Дисперсионный анализ, проведенный с целью выявления вклада влияния профессионального стажа и возраста на распространенность хронической патологии, показал, что влияние стажа было в 2,5 раза сильнее, чем влияние возраста ( $D = 29,7$  и  $12,1$ ;  $p < 0,05$ ). Следовательно, в причинах распространенности хронической патологии среди спасателей стаж работы по специальности играет значительную роль, его влияние больше, чем влияние возраста.

Сравнение в стандартизованных по возрасту группах по трем ведущим для специалистов ГПС Санкт-Петербурга классам болезней показало, что общее число случаев трудопотерь у пожарных было в 2,6 раза больше, чем у мужчин города (649,6 ‰ против 249,12 ‰). Аналогичная картина наблюдалась и по основным классам заболеваний: так, болезнями органов дыхания пожарные болели в 2,7 раза чаще, болезнями костно-мышечной системы – в 3,1 раз, получали травмы в 2,6 раза чаще. Выраженные отличия наблюдались также по отдельным нозологическим формам и внутри наиболее часто встречающегося у пожарных класса заболеваний – болезней органов дыхания.



*Рис. 4. Распространенность хронической патологии у спасателей в зависимости от профессионального стажа и возраста.*

По уровню заболеваемости выделяется персонал спецчасти. По классу травм этот показатель в спецчасти составляет 114,5 ‰, что в 3,9 раза больше, чем в территориальных пожарных частях и в 1,4 раза больше, чем в объектовых частях. Кроме того, в спецчасти число дней трудопотерь вследствие травм (2206,1 ‰) составляет 48,9 % всех трудопотерь, в других подразделениях этот показатель колеблется от 6 до 21 %. Столь выраженные различия в первую очередь обусловлены особенностями труда специалистов этих подразделений ГПС.

Практически по всем классам болезней заболеваемость пожарных в Санкт-Петербурге значительно выше сотрудников ГПС других регионов. Так, заболеваемость по классу болезней системы кровообращения у сотрудников ГПС Санкт-Петербурга в 3,3 раза превышала таковую у сотрудников ГПС Уфы (по гипертонической болезни – в 3,9 раза, по ишемической болезни сердца – в 6,4 раза, все отличия на уровне  $p < 0,05$ ), по классу болезней костно-мышечной системы – в 2,5 раза ( $p < 0,05$ ), болезням кожи – в 2,9 раза, травмам – в 1,6 раза ( $p < 0,05$ ). Такие выраженные различия в уровнях заболеваемости между сотрудниками ГПС разных регионов, кроме местных климатических и географических факторов, возможно, обусловлены и более высокой профессиональной нагрузкой, которую испытывают пожарные Санкт-Петербурга.

Выявленная более высокая заболеваемость у спасателей и пожарных, проходящих изначально при приеме на работу строгий медицинский отбор, многократное возрастание хронической патологии при увеличении профессионального стажа по сравнению с трудоспособным населением ставит проблему охраны здоровья лиц данных профессий в разряд приоритетных задач.

Изучение функционального состояния организма спасателей и специалистов ГПС на основе исследования variability сердечного ритма (ВСР) показало, что 24,8 % лиц имели оптимальный уровень адаптации с высокими или достаточными функциональными резервами, у 22,6 % выявлен удовлетворительный уровень адаптации, у 30,5 % наблюдалось напряжение механизмов адаптации, а 17 % лиц имели неудовлетворительную адаптацию с явлениями перенапряжения адаптационных механизмов. Срыв механизмов адаптации отмечен у 4,3 % обследованных лиц. Все выше перечисленные группы имели статистически значимые отличия по отдельным показателям variability сердечного ритма.

Функциональное состояние спасателей и пожарных в разных возрастных группах свидетельствует, что в младшей возрастной группе почти 60 % лиц имели оптимальный или удовлетворительный уровень адаптации и лишь 11 % неудовлетворительную адаптацию или срыв механизмов адаптации. Во 2-й возрастной группе эта цифра незначительно увеличилась и составила 18,5 %. В старшей возрастной группе почти в 8 раз по сравнению с 1-й группой и в 3 раза по сравнению со 2-й группой увеличивается число лиц, имеющих срыв адаптации, а лица, у которых отмечен неудовлетворительный уровень адаптации, составляют 29,6 %, что в 3 раза больше, чем в 1-й возрастной группе и в 2 раза больше, чем во 2-й группе. Заметно снижается в 3-й группе доля лиц, имеющих оптимальный или удовлетворительный уровень адаптации, до 23,6 % против 60,3 % в младшей возрастной группе.

Зависимость функционального состояния от стажа работы по специальности представлена на рис. 5.

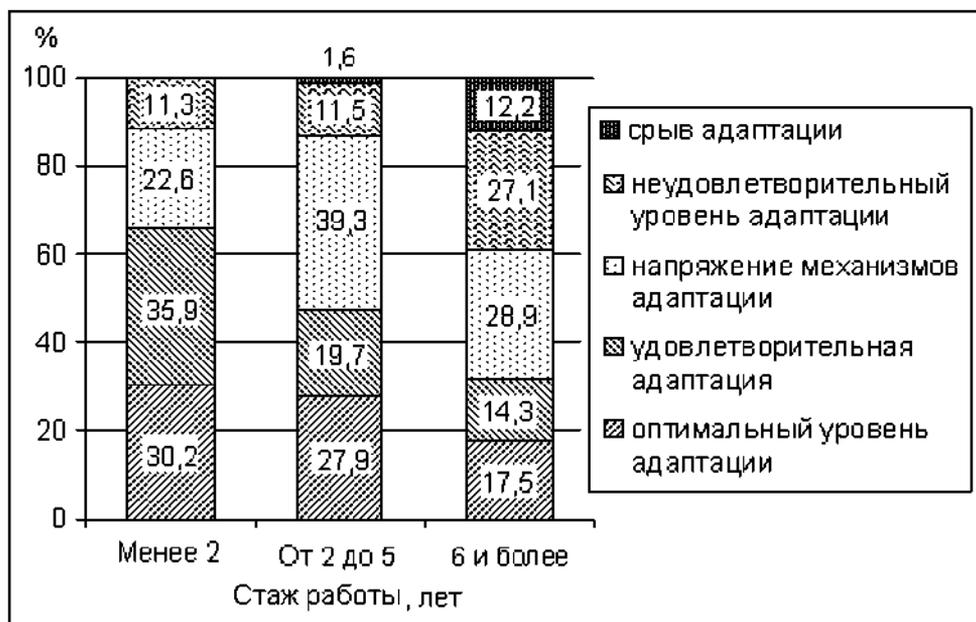


Рис. 5. Распределение спасателей по уровню функционального состояния в зависимости от стажа работы по специальности.

В I стажевой группе (стаж до 2-х лет) 66,1 % лиц имели оптимальный или удовлетворительный уровень адаптации, лица с неудовлетворительной адаптацией составили лишь 11 % при отсутствии случаев срыва адаптации. Другая картина наблюдается в III стажевой группе (стаж 6 и более лет), в которой более чем в 2 раза уменьшилось число лиц с оптимальным и удовлетворительным уровнем адаптации (31,8 %), одновременно с этим доля лиц с неудовлетворительной адаптацией составила 27,1 %, что в 2,3 раза больше, чем в I и II стажевых группах, а доля лиц со срывом адаптации оказалась более 12 %.

Установлены выраженные различия функциональных состояний спасателей и пожарных в зависимости от уровня подразделения. Среди пожарных сравнивались значения в зависимости от категории подразделения: территориальная пожарная часть и специализированная часть ГПС. В территориальной пожарной части практически в 2 раза было снижено число лиц с оптимальной и удовлетворительной адаптацией, в 2 раза увеличено число лиц с напряжением механизмов адаптации и в 1,5 раза больше лиц с неудовлетворительной адаптацией ( $p < 0,01$ ).

Исследованные показатели психофизиологических реакций подтвердили напряжение адаптационных механизмов как у спасателей, так и у пожарных в первые 1–2 года и после 7 лет работы. При увеличении стажа работы, а также при наличии дополнительной нагрузки у пожарных намечается тенденция к появлению дезадаптивных нарушений, преимущественно в виде астенических реакций (высокий уровень тревожности, расстройство сна, пониженное настроение, низкая толерантность к неблагоприятным факторам трудовой деятельности, отсутствие мотивации и др.). Соответственно такие лица нуждаются в медико-психологической коррекции.

### ***Заключение***

Таким образом, экстремальные условия профессиональной деятельности спасателей МЧС России оказывают неблагоприятное воздействие на их состояние здоровья, что проявляется повышенной заболеваемостью органов пищеварения, дыхания, костно-мышечной и сердечно-сосудистой систем, частота возникновения которых у спасателей достоверно выше, чем у мужского населения соответствующего возраста, и связана со стажем работы по специальности и интенсивностью профессиональной нагрузки. По распространенности хронической патологии у спасателей МЧС России ведущими являются болезни органов пищеварения, костно-мышечной, эндокринной, дыхательной систем и системы кровообращения. У 52 % спасателей МЧС России установлено существенное перенапряжение регуляторных систем и снижение адаптивных возможностей организма.

## **ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КОМИ**

Сыктывкарский государственный университет

### ***Введение***

Здоровье служит наиболее ярким показателем условий и образа жизни населения. В структуре психической патологии детского населения Северного региона все большее место занимают различные формы поведенческих нарушений, включающие противоправные и аутоагрессивные клиничко-социальные девиации и психопатологические расстройства (различные формы интеллектуальной недостаточности, детско-подростковая наркомания, токсикомания, делинквентность и социальная стратификация). Определяет их негативная социально-экономическая динамика общества, ведущая к негативным социально-популяционным последствиям [ 1 ]. Сюда примыкают медико-гигиенические проблемы общего неблагополучия окружающей среды, что ведет к накоплению неблагоприятных средовых факторов, влияющих на растущий организм и формирующуюся психику ребенка [ 2 ].

В настоящее время имеется настоятельная потребность медико-социального и психологического осмысления необходимости охраны психического здоровья детского населения, организации медицинской помощи с целью выработки дополнительных социально-психологических мер по профилактике и укреплению ментального здоровья детского населения Европейского Севера России.

Изложенное обуславливает актуальность медико-социальной оценки состояния психического здоровья детского населения, которая должна основываться на рассмотрении различных аспектов – статистических данных, характеризующих заболеваемость и деятельность психиатрических служб, созависимости данной патологии от биологических и социально-психологических, этнических проблем.

Цель исследования: изучение общей и первичной заболеваемости психическими расстройствами детского населения Республики Коми (РК). В ходе исследования были использованы данные официальной статистики медико-статистического центра Коми республиканской психиатрической больницы за 1989–2005 гг. Сравнение количественных данных разных групп проводилось по t-критерию Стьюдента при уровне значимости  $p < 0,05$ .

*Работа выполнена в рамках проекта № 07- 06-18001е при финансовой поддержке РГНФ.*

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

По данным Госкомстата на протяжении последнего десятилетнего периода медико-демографическая ситуация в РК не имеет положительной динамики. За 2006 г. население республики сократилось на 10,4 тыс. человек и составило по оценке на 1 января 2007 г. 974,6 тыс. человек. Более высокими темпами убывало сельское население из-за повышенного уровня смертности. Это при том, что уровень рождаемости в сельской местности выше, а интенсивность миграционного оттока ниже, чем в городских поселениях республики.

Три четверти общих потерь населения обусловлены миграционным оттоком за пределы республики и одна четверть – естественной убылью. В целом по республике снижение смертности в 2006 г. по сравнению с 2005 г. привело к снижению естественной убыли в полтора раза. В сельских поселениях республики сокращение естественной убыли (в 1,6 раза) было обусловлено как ростом рождаемости, так и сокращением смертности. Превышение уровня смертности над уровнем рождаемости, сохранение отрицательного прироста, продолжающийся процесс старения населения позволяют оценивать медико-демографическую ситуацию в республике как крайне напряженную. При этом наиболее быстрыми темпами уменьшается число детей. По сравнению с 2000 г. численность населения РК сократилась на 5,8 %, а численность тех, кому не исполнилось 18 лет – на 18,6 %. В 2000 г. к детскому контингенту относился каждый четвертый житель республики, в 2005 г. – каждый пятый.

Численность населения с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума, в процентах от общей численности населения региона, в 1993 г. составляла 19,2 %. В первом квартале 2007 г. среднедушевой денежный доход ниже величины прожиточного минимума имели 178,6 тыс. жителей республики, что составляет 17,9 % от общей численности населения региона. Среднемесячный доход бедных был 2350 руб. В условиях крайней бедности (вдвое ниже прожиточного минимума) в первом квартале 2007 г. оказалось почти 38 тыс. человек, или около 4 % всего населения. За чертой бедности проживало 22,2 % населения.

В 2007 г. средняя начисленная заработная плата на одного работника в организациях республики, за исключением индивидуального предпринимательства, равнялась 15,6 тыс. руб. Самый высокий размер оплаты труда, превышающий среднереспубликанский в 2,2–3,6 раза, сложился в финансовой деятельности (33,8 тыс. руб.), в организациях, добывающих сырую нефть и природный газ (34,8 тыс. руб.) и в трубопроводном транспорте (56,9 тыс. руб.). Здесь работало соответственно 1,5 %, 4,5 % и 1,5 % от среднесписочной численности занятых в организациях. В то же время 13 % работающих, включая занятых в производстве одежды, в сельском и лесном хозяйстве, розничной торговле, в организациях культуры получали в 2,0–2,8 раза меньше, чем в среднем по республике. Среди городов и рай-

онов республики наиболее высокий уровень оплаты труда сложился в Вуктыле (29,6 тыс. руб.), самый низкий – в Сысольском и Усть-Куломском районах (7,7 и 7,8 тыс. руб. соответственно).

В начале 2007 г. в организациях всех форм собственности (без индивидуального предпринимательства) работали 396,4 тыс. человек, или 83 % от занятых в экономике. Всего в республике зарегистрировано 13,9 тыс. безработных (на 12 % меньше, чем годом ранее). Наибольший уровень безработицы был отмечен в Троицко-Печорском районе (7,6 %), среди городов – в Воркуте (3,5 %). По сравнению с предыдущим годом наблюдалось снижение уровня безработицы во всех городах и районах, кроме городов Сыктывкар, Печора и Койгородского района, где он остался неизменным. В сельских районах предложение излишней рабочей силы в 4–31 раз превышало спрос (наибольшее – в Прилузском районе). Среди городов наиболее острая нехватка рабочих мест была в Воркуте (5 человек на одно место). В городах Сыктывкар, Ухта и Усинск спрос соответствовал предложению.

Исследование показало статистически значимую тенденцию зависимости смертности и безработицы взрослого населения в регионе, тесную связь между среднемесячной оплатой труда и миграционной убылью населения, числом зарегистрированных безработных и инвалидностью среди детского населения. Заболеваемость взрослого населения имела тесную связь с величиной среднемесячной начисленной заработной платы, так как неудовлетворение базовых биологических потребностей личности ведет к росту соматической и психосоматической патологии в популяции. Основными причинами смерти взрослого населения были сердечно-сосудистая патология, несчастные случаи, отравления, травмы и новообразования. Среди умерших 58 % – мужчины, 42 % – женщины. От несчастных случаев, отравлений и травм мужчин погибло в 3,7 раза больше, чем женщин.

Выявлена статистически значимая тенденция между показателями разводов родителей в регионе и среднемесячной начисленной заработной платой, то есть низкая оплата труда, в ряде случаев, являлась фактором распада семьи. На этом фоне отмечался рост внебрачной рождаемости (в 2002 г. родилось 4203, а 2005 г. – 6644 ребенка вне брака). Около четверти сегодняшних молодых людей уже на стадии формирования моделей демографического поведения предпочитают варианты незарегистрированных форм семьи. Почти треть (32,9 %) первых внебрачных рождений совершалась в возрасте до 19 лет. Наибольшее число юных матерей до 16 лет приходилось на 90-е годы XX века с постепенным снижением рождаемости у несовершеннолетних к 2004 г. [3].

Уровень детской соматической заболеваемости в регионе во все годы превышал таковой по России, однако с 1996 г. отмечалось увеличение этого различия. Если по сравнению с 2002 г. показатели заболеваемости среди детского населения незначительно снизились (–0,2 %), а заболеваемость

среди подростков продолжала расти (+3,7 %), то по средним показателям за период 1991–2005 гг. подростковая заболеваемость выросла в 1,9 раза, детская – в 1,5 раза. Структура заболеваемости в течение последних десяти лет практически не менялась, приоритетными оставались болезни органов дыхания у детей и подростков, травмы и отравления в группе подростков, инфекционные и паразитарные болезни у детей (табл. 1).

*Таблица 1*

*Показатели структуры основных соматических заболеваний детского населения республики Коми в 1996–2005 гг. (на 1000 детей соответствующего возраста)*

Нозологическая форма	Дети		Подростки	
	%	Ранг	%	Ранг
Инфекционные и паразитарные болезни	6,2	2	4,5	6
Болезни нервной системы	1,9	10	2,4	10
Болезни глаза	4,3	5	3,6	7
Болезни уха	3,6	8	2,5	9
Болезни системы кровообращения	0,3	11	0,8	11
Болезни органов дыхания	63,4	1	52,2	1
Болезни органов пищеварения	4,0	6	2,7	8
Болезни мочеполовой системы	2,4	9	6,7	4
Болезни кожи и подкожной клетчатки	5,5	3	9,7	3
Болезни костно-мышечной системы	3,7	7	4,6	5
Травмы и отравления	4,7	4	10,3	2

Оценивая общий уровень соматической заболеваемости детей по обращаемости в разных административных территориях региона, можно отметить, что ежегодная заболеваемость городского детского населения превышала аналогичные показатели среди жителей села.

В РК сохраняется неблагоприятный фон социально-психологических факторов, определяющих формирование психического здоровья детского населения, что способствовало тенденции к росту общей заболеваемости психическими расстройствами.

В общей заболеваемости детей психическими расстройствами (здесь и далее на 1000 чел. соответствующего возраста) умственная отсталость составляла 11,96 ‰, непсихотические психические расстройства - 12,64 ‰, психозы - 0,4 ‰. В структуре заболеваемости они составили соответственно 49,7; 48,8 и 1,5 %.

Средний показатель общей заболеваемости детей в ‰ – сельских жителей, превышавший среднереспубликанский (25,0), отмечался в районах компактного проживания коми этноса: Сысольском – 64,8, Печорском – 44,7, Прилузском – 31,9, Усть-Куломском – 30,8, Корткеросском – 28,9, Сыктывдинском – 27,4 –, в городах Сыктывкар – 28,7 и Воркута – 26,9.

Показатели по заболеваемости детей психозами в ‰ за анализируемый период превышали среднереспубликанский в следующих районах: Сысольском – 3,59, Сосногорском – 1,5, Усть-Вымском – 0,94, Усть-Куломском – 0,84, Удорском – 0,78, Корткеросском – 0,71, Прилузском – 0,69, Вуктыльском – 0,63, Ижемском – 0,36, Усинском – 0,35, в г. Ухта – 3,24 и в г. Сыктывкар – 0,95.

Уровень непсихотических нарушений в ‰ выше среднереспубликанского отмечался в районах: Печорском – 33,4, Сысольском – 31,3, Прилузском – 26,2, Усть-Вымском – 18,2, Вуктыльском – 15,0, Усинском – 14,5, Корткеросском – 13,5, в г. Сыктывкар – 17,8.

Наибольшие показатели умственной неполноценности, превышающие среднереспубликанский, отмечались среди детей в Сысольском, Усть-Куломском, Ижемском, Корткеросском, Сыктывдинском, Печорском районах РК, в городах Сыктывкар и Воркута.

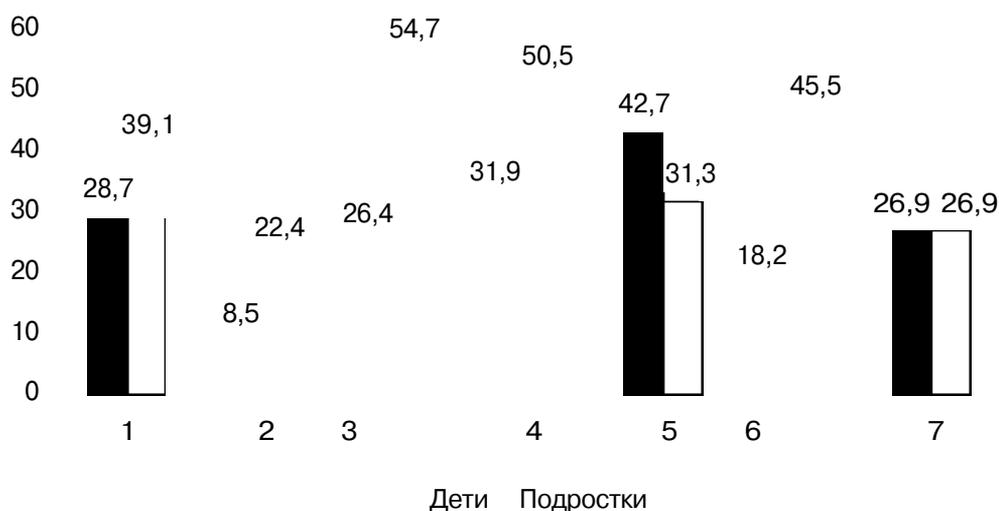
Общая заболеваемость психическими расстройствами подростков 15–17 лет включительно (здесь и далее на 1000 чел. подросткового населения) в РК составила 57,9 ‰. В структуре общей заболеваемости подростков преобладали непсихотические психические расстройства (29,5 %) и умственная неполноценность (27,5 %). В структуре общей заболеваемости подростков психозы составили 0,9 %, в структуре психозов шизофрения – 5,6 %.

Общая заболеваемость подростков в ‰ за анализируемый период превышала среднереспубликанский в Сысольском – 110,2, Усть-Куломском – 98,2, Корткеросском – 76,5, Сыктывдинском – 58,9, Вуктыльском – 58,4, Троицко-Печорском – 58,4 районах. Среди городских подростков наибольший показатель общей заболеваемости определялся в г. Ухта – 45,5.

В Сысольском районе непсихотические расстройства в ‰ составляли 45,3 (41,3 % в структуре всей заболеваемости; остальной вклад общей заболеваемости приходился на умственную отсталость – 41,4 % и психозы – 17,3 %); в Усть-Куломском – 34,7 (35,3 % в структуре всей заболеваемости), умственная отсталость – 60,7 (61,8 % в структуре всей заболеваемости), психозы – 2,9 %; в г. Ухта – 26,4 (55,7 % в структуре всей заболеваемости), умственная отсталость – 13,6 (28,7 % в структуре всей заболеваемости), психозы – (5,6 %); в Сыктывкаре непсихотические расстройства у подростков составляли 13,6, умственная отсталость – 15,9, психозы 1,1– 3,7 ‰.

Выборочным методом для анализа первичной заболеваемости детей и подростков сельских и городских жителей нами были выделены города Сыктывкар, Ухта, Воркута, Сосногорский, Ижемский и Прилузский рай-

оны, дети которых находятся в различных психосоциальных и этнических условиях (рис. 1).

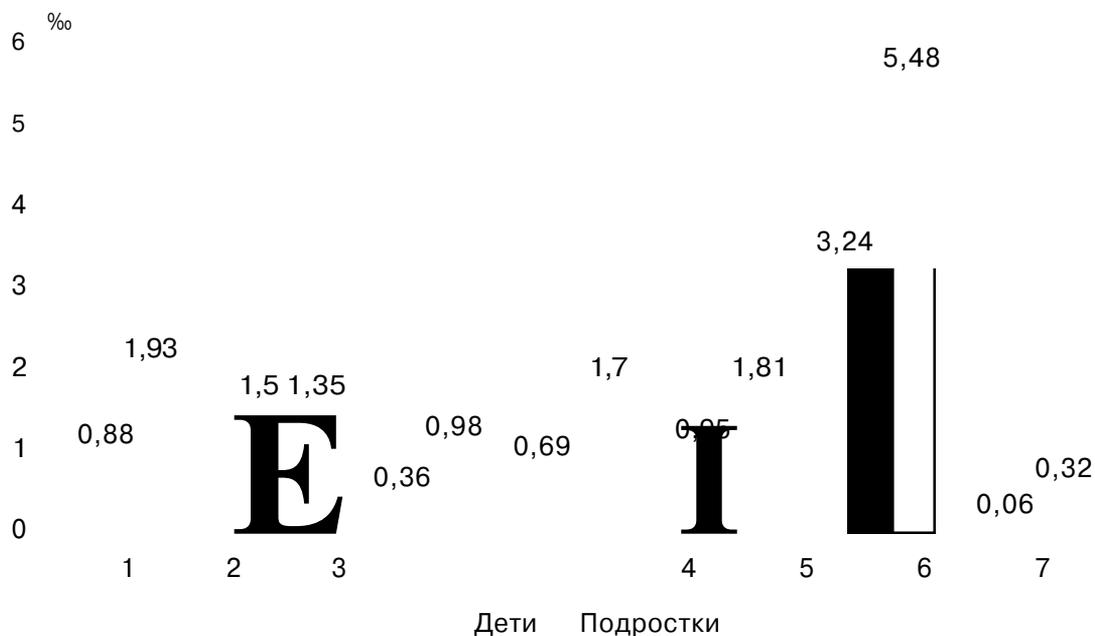


*Рис. 1. Первичная заболеваемость детского населения РК по группе психических расстройств (диспансерное и консультативное наблюдение, %).*

Примечание: 1 - Республика Коми; 2 - Сосногорский р-н; 3 - Ижемский р-н; 4 - Прилузский р-н; 5 - г. Сыктывкар; 6 - г. Ухта; 7 - г. Воркута.

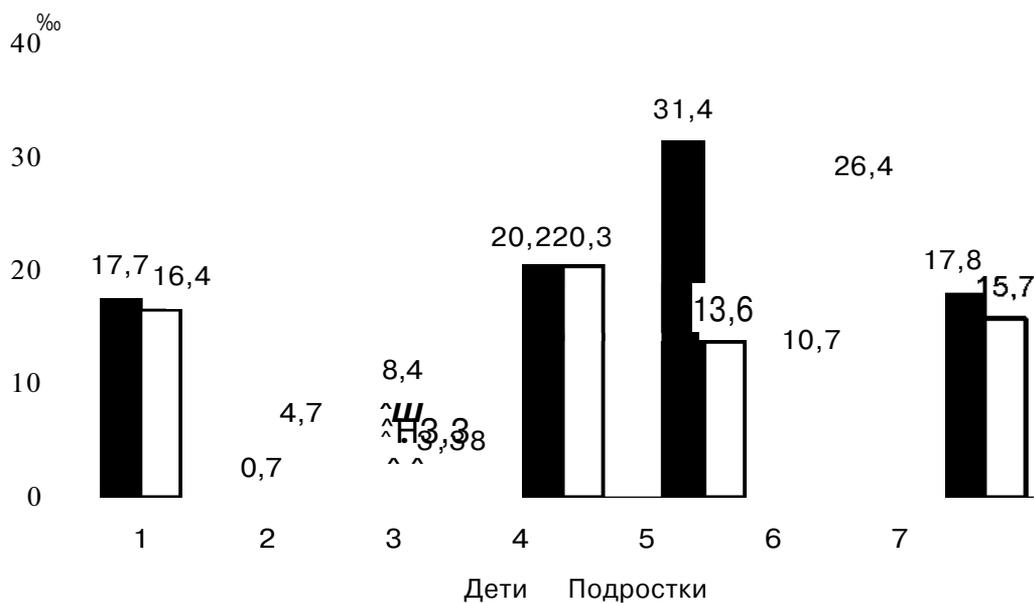
Высокая первичная заболеваемость отмечалась среди детей сельских административных территорий в Прилузском районе, а среди городских жителей - в г. Сыктывкаре. Показатели первичной заболеваемости подростков превышали среднереспубликанские в Ижемском, Прилузском районах и г. Ухта, причем в целом подростковая первичная заболеваемость психическими расстройствами ниже среди городских жителей в сравнении с сельскими. По группе больных психозами высокие показатели первичной заболеваемости отмечались среди детей и подростков г. Ухта (рис. 2).

Распределение психических расстройств непсихотического характера по среднему показателю за анализируемый период представлено на рис. 3. Первичная заболеваемость детей и подростков расстройствами непсихотического характера превышала среднереспубликанские показатели в Прилузском районе, детей - в г. Сыктывкар и подростков в г. Ухта.



*Рис. 2. Первичная заболеваемость детского населения РК психическими расстройствами по группе психозов (диспансерное и консультативное наблюдение, ‰)*

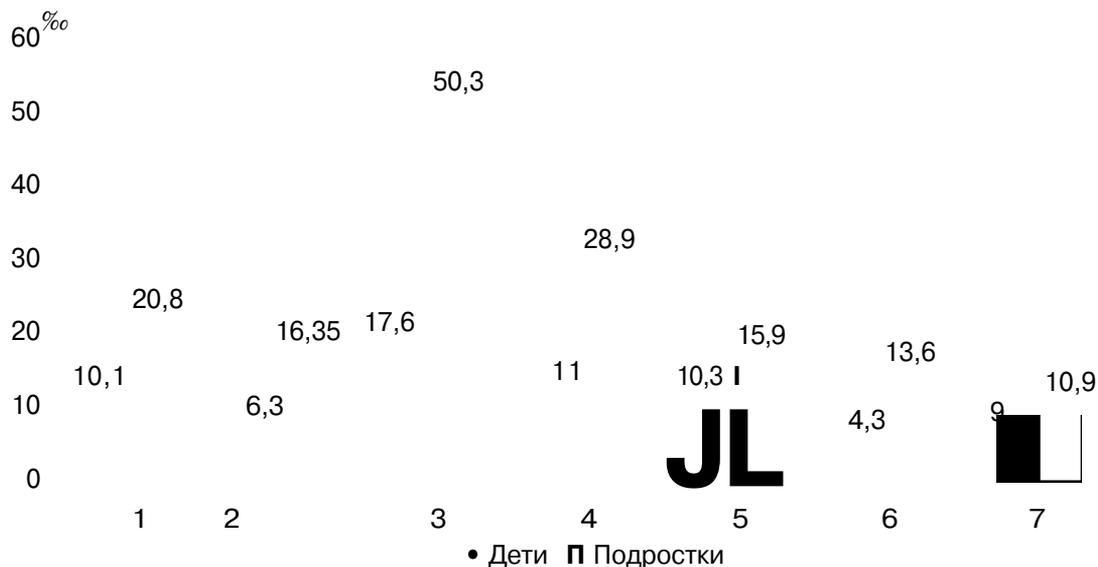
Примечание: 1 - Республика Коми; 2 - Сосногорский р-н; 3 - Ижемский р-н; 4 - Прилузский р-н; 5 - г. Сыктывкар; 6 - г. Ухта; 7 - г. Воркута.



*Рис. 3. Первичная заболеваемость детского населения психическими расстройствами непсихотического характера (диспансерное и консультативное наблюдение, ‰).*

Примечание: 1 - Республика Коми; 2 - Сосногорский р-н; 3 - Ижемский р-н; 4 - Прилузский р-н; 5 - г. Сыктывкар; 6 - г. Ухта; 7 - г. Воркута.

Показатели по умственной отсталости в детско-подростковой популяции превышали среднереспубликанские в Ижемском и Прилузском районах, среди детей – г. Сыктывкар, причем в группе подростков Ижемского района они в 2 раза выше, чем среди детей (рис. 4).



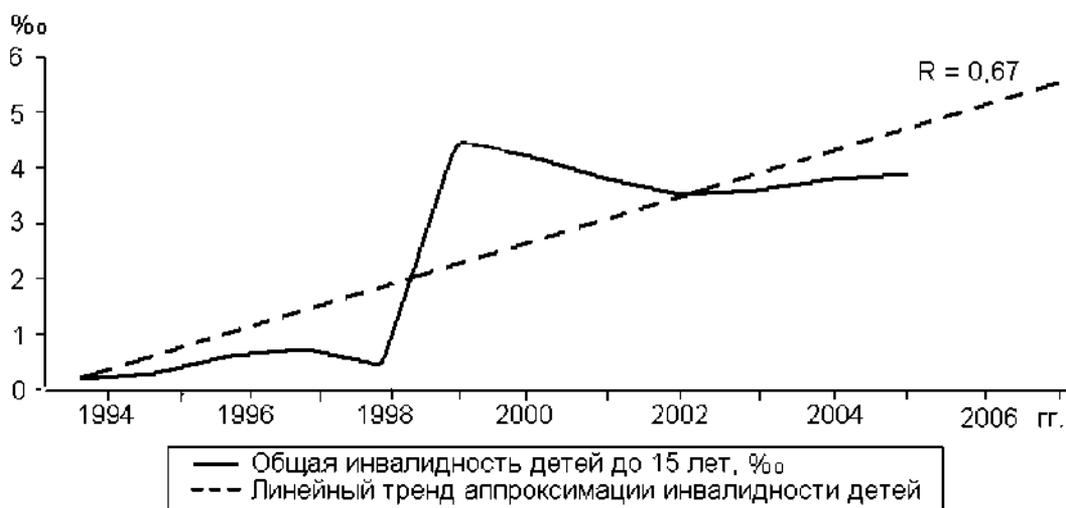
*Рис. 4. Первичная заболеваемость детского населения умственной отсталостью (диспансерное и консультативное наблюдение, %).*

Примечание: 1 - Республика Коми; 2 - Сосногорский р-н; 3 - Ижемский р-н; 4 - Прилузский р-н; 5 - г. Сыктывкар; 6 - г. Ухта; 7 - г. Воркута.

Оценивая число поступивших за период 1989-2005 гг. в стационар детей, можно отметить, что в 1992 г. на фоне социально-экономических реформ в обществе, реформирования психиатрической службы и введения в действие закона о психиатрической помощи по РК отмечалось снижение показателей. По уровню госпитализации преобладали дети и подростки с психозами, непсихотическими психическими расстройствами.

Состояние психического неблагополучия детского населения характеризовалось нарастанием общей инвалидности в первую очередь инвалидности с детства и замедлением темпов умственного развития (рис. 5).

За последние 10 лет уровень детской инвалидности в регионе увеличился более, чем в три раза, с резким ростом после дефолта 1998 г. Число детей-инвалидов в сельских административных территориях на 4 % превышало число детей-инвалидов городских жителей. Рост числа детей-инвалидов, состоящих на диспансерном учете, отмечался в Княжпогостском, Прилузском, Сосногорском, Сыктывдинском, Сысольском, Удорском, Усинском, Усть-Вымском, Усть-Куломском, Усть-Цилемском районах, в городах Воркута и Сыктывкар.



*Рис.5. Показатели общей инвалидности детей до 15 лет РК вследствие психического заболевания (‰).*

Оценивая негативную динамику состояния психического здоровья детского населения, необходимо отметить комплексное воздействие на заболеваемость факторов окружающей среды. Наиболее проблемными территориями по радиационному фактору являются г. Ухта (п. Водный), г. Сосногорск, Троицко-Печорский и Усть-Куломский районы, где причинами возникновения локального загрязнения территории явились промышленное производство радия и подземные ядерные взрывы.

Извлечение из недр полезных ископаемых приводит к формированию территорий с повышенным уровнем радиоактивного фона в городах Воркута, Инта, Усинск, Ухта, Сосногорск. Оценка административных территорий Республики Коми позволила выявить территории «риска» по умственной отсталости, формируемые под влиянием местных экологических условий. К таковым относятся Ижемский, Троицко-Печорский, Прилузский, Сосногорский, Усть-Куломский, Сысольский, Корткеросский районы, города Воркута, Ухта, Сыктывкар, по психозам г. Ухта и Сосногорский и Сысольский район [ 2 ].

Психические расстройства непсихотического характера в большей мере определяются негативными социально-средовыми переменными. Анализ зависимости медико-демографических показателей и психической заболеваемости детского населения показал, что расстройства непсихотического характера у детей и подростков коррелируют с данными внебрачной рождаемости ( $p < 0,01$ ), умственная отсталость у детей и психические расстройства непсихотического характера у подростков — с данными рождаемости у несовершеннолетних ( $p < 0,05$ ), умственная отсталость у детей и подростков — с первичной инвалидностью всего населения ( $p < 0,001$ ).

Удельный вес случаев детского суицида (до 17 лет включительно) составлял 4 %. Число суицидов среди несовершеннолетних — городских

жителей, более чем в 2 раза превышало число суицидов среди подростков, проживающих в сельской местности. Число девочек-подростков, совершивших суицид, в городской и сельской местностях одинаково. Наибольшее число суицидов было совершено подростками городах Сыктывкар, Воркута, Ухта, Усинск, среди сельских жителей - в Усть-Куломском районе РК. По гендерным различиям чаще совершали суициды юноши.

Отмечена статистически значимая тенденция зависимости психозов, умственной отсталости, непсихотических психических расстройств среди детского населения с числом суицидов, а суицидов - с уровнем заработной платы в регионе и криминальной активностью детского населения. Удельный вес подростковой преступности составлял 16,7 %. Выявлена тесная зависимость криминальной активности несовершеннолетних с уровнем безработицы в регионе, уровнем заработной платы, числом психических расстройств, нарушениями функции семей. Накопление негативных постоянно-средовых факторов в одной семье подводит подростка к девиантности.

В группе поведенческих расстройств преобладали случаи употребления алкоголя и токсических веществ (12,3 ‰), уходы из дома (11,4 ‰), уклонение от учебы и труда (11,4 ‰), хулиганство и кражи (11,3 ‰). Расчеты показали статистически достоверную зависимость данных групп психических расстройств с нарушениями функции семьи. Структурно-ролевой аспект жизнедеятельности семей характеризовался расширением родительских чувств, предпочтением детских качеств у детей по мере взросления у 81,3 % семей; искажениями системы взаимного влияния - ростом воспитательной неуверенности родителей учащихся и фобиями утраты ребенка в 81,3 % случаях. 80,7 % семей проявляли нарушения механизмов интеграции, что определялось предпочтением родителями мужских качеств у детей во всех возрастных группах вне зависимости от пола и проявлялось нарушениями социализации и полоролевого поведения в подростковом возрасте.

Низкий уровень психического здоровья детей и подростков сформировал в районах республики ряд проблем медико-социального характера - ограничение возможности получения полноценного общего среднего и профессионального образования, снижение уровня годности юношей к военной службе.

Факторами, которые оказали существенное влияние на динамику показателей психических расстройств среди детского населения региона, являются системный социально-экономический кризис в обществе и медико-демографическая ситуация в регионе. Необходимо отметить и уровень организации психиатрической помощи, оказывающий влияние на статистические показатели психической заболеваемости детей и подростков.

## ***Заключение***

Результаты исследования позволяют сформулировать несколько общих, но важных положений анализа и профилактики заболеваемости детского населения региона:

- программы оказания помощи детскому населению, в рамках которых определяются конкретные меры для разрешения тех или иных проблем, следует трансформировать на региональный уровень, в субъекты Федерации;

- в каждом субъекте Российской Федерации следует иметь четкую и ясную картину сложившейся ситуации на своей территории относительно проблем детства, причем, не только знать масштабы проблем, их динамику, но и приоритеты решения;

- независимо от федеральных программ, формулируются их региональные конструкции с подробным обоснованием и оценкой эффективности. Каждую задачу, решение которой намечается на ближайшие 5 – 10 лет, следует характеризовать не только динамикой изменения конкретных показателей, но и выделением соответствующих финансовых ресурсов;

- конкретные меры по решению той или иной выделенной проблемы принципиально имеют два направления: реабилитационное и профилактическое.

При планировании психиатрических, психолого-психотерапевтических и социально-педагогических служб для детей и подростков следует учитывать следующие факторы:

- демографические показатели, включая показатели внебрачной и подростковой рождаемости, количество родителей-одиночек и этническую структуру региона;

- социально-экономические показатели уровня жизни, индексы бедности районов;

- число детей – социальных сирот;

- статистические данные о случаях преднамеренного самоповреждения, домашнего насилия и жестокого, в том числе, и сексуального обращения с детьми.

Основой для проведения целенаправленных первичных профилактических мероприятий по снижению влияния на организм детей неблагоприятных социально-средовых факторов может послужить медико-социологический мониторинг.

## ***Литература***

1. Толстов В.Г. Психическое здоровье детского населения Европейского Севера России / В.Г. Толстов, П.И. Сидоров, В.В. Нагаев. – Архангельск : Изд-во СГМУ, 2004. – 192 с.

2. Толстов В.Г. Влияние загрязнения окружающей среды Республики Коми искусственными радионуклидами на психическое здоровье дет-

ского населения / В.Г. Толстов // Экология человека. – 2005. – № 5. – С. 38–41.

3. Толстов В.Г. Ментальное здоровье детей: раннее социальное сиротство / В.Г.Толстов, В.В. Толстов – Архангельск : Изд-во СГМУ, 2007. – 120 с.

*М.А. Болотова, В.В. Купин, М.В. Петрова*

## **ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ АВИАДИСПЕТЧЕРОВ**

Санкт-Петербургский государственный университет гражданской авиации

### ***Введение***

В профессиональной деятельности авиадиспетчеров имеется комплекс неустраняемых негативных факторов, которые обуславливают высокую напряженность труда: цикличность ночных смен, управление воздушным движением при наличии точек пересечения маршрутов, конфликтных ситуаций, особых случаев в полете, отказов технических средств, сложных метеоусловий. К неблагоприятным факторам можно также отнести ограничения, связанные с запретами, расширением взаимодействия с гетерогенной популяцией пилотов и диапазона летательных характеристик воздушного судна (ВС) в связи с интегрированным обслуживанием иностранных и национальных рейсов, многочасовую работу с дисплеями, перегрузки, обусловленные обслуживанием потоков с высокой интенсивностью воздушного движения, неравномерность воздушного движения с резкими переходами темпа работы от монотонии до состояний чрезмерного возбуждения и, наоборот, личная моральная и юридическая ответственность за безопасность воздушного движения для жизни пассажиров и сохранность техники.

Комплекс указанных факторов не может не сказываться на состоянии здоровья диспетчерского состава. Целенаправленный анализ данных врачебно-лётной экспертизы, проведённый в некоторых предприятиях, предоставляющих услуги по обслуживанию воздушного движения, показал, что заболеваемость среди авиадиспетчеров возросла [ 1, 6 ], в структуре заболеваемости преобладают расстройства психогенно обусловленной природы, и причинами отстранения авиадиспетчеров от работы по состоянию здоровья в 50 % случаев являлись болезни психосоматического генеза, причинно связанные с хроническим нервно-эмоциональным напряжением.

В последнее десятилетие возрос интерес к профессиональным стрессам в связи с актуальностью таких медицинских проблем авиаспе-

специалистов как оценка здоровья не только в плане социально-экономических аспектов, но и в плане обеспечения профессиональной надежности специалиста.

Тот факт, что работа играет не последнюю роль в развитии стресса, признаётся практически всеми. Тем не менее, нельзя сказать, что установлена отчетливая степень влияния факторов деятельности на здоровье и заболевания человека. Связи определяются скорее теоретическими знаниями, но по этому вопросу достаточно много разногласий, так как общий адаптационный синдром или стресс по Г. Селье является неотъемлемым компонентом нашей жизни. С другой стороны, обнаружение указанных связей при популяционных обследованиях авиадиспетчеров затруднено тем обстоятельством, что, согласно теориям стресса, на эмоциональные реакции влияют конкретные условия работы, которые при управлении воздушным движением значительно различаются между собой и, в частности, по интенсивности воздушного движения – основного показателя, определяющего уровень и характер (эпизодичность, систематичность, ритмичность) рабочей нагрузки [ 7, 8 ]. В силу указанных обстоятельств при изучении у авиадиспетчеров эффектов стресса необходим дифференцированный по условиям деятельности подход.

Традиционные диагностические технологии авиационной медицины позволяют сегодня оценить состояние здоровья только с точки зрения наличия болезни. Нозологическая диагностика, как правило, не в состоянии предоставить достаточное количество опорных признаков для оценки в состоянии здоровья, связанных с выявлением ранних признаков в его нарушении и их связи с факторами деятельности [ 3, 4 ].

На самом же деле болезнь является следствием снижения адаптационных возможностей организма и ориентироваться надо не на болезнь, а на здоровье на основе изучения уровня и объема функциональных резервов и оценки адаптационных возможностей организма. Именно этот показатель используется для оценки здоровья и трудоспособности различных профессионально-популяционных групп.

Согласно новым подходам сформулировано новое понятие профессионального здоровья и выдвинута концепция функциональной надёжности специалиста. «Профессиональное здоровье – это свойство организма сохранять заданные компенсаторные и защитные реакции, обеспечивающие работоспособность во всех условиях профессиональной деятельности» [ 5 ].

«Функциональная надёжность – системное качество организма, отражающего его резервные компенсаторно-защитные возможности по обеспечению эффективной и надёжной профессиональной деятельности и детерминированного характеристиками состояния системы функциональных резервов – вегетативных, психических, психофизиологических и регуляторных» [ 9, 10 ].

С этих позиций в университете гражданской авиации проводятся популяционные обследования обучающихся и действующих авиадиспетчеров по оценке состояния их профессионального здоровья.

В данной публикации приводятся результаты части исследований, целью которых является показать наличие связи нарушений адаптации (по состоянию вегетативных и регуляторных систем организма) с профессиональной деятельностью на примере однородной по условиям и нагрузке выборке авиадиспетчеров, осуществляющих обслуживание воздушного пространства Российской Федерации.

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

Оценку функциональных резервов организма авиадиспетчеров проводили с помощью автоматизированного программно-аппаратного комплекса «Динамика-100», предназначенного для анализа биоритмов организмов человека, выделяемых из электрокардиосигнала в широкой полосе частот. Программно-аппаратный комплекс позволяет в режиме скрининга определять уровень и резервы сердечно-сосудистой, вегетативной и центральной регуляции, а также оценивать отклонения этих показателей от соответствующей возрастной нормы.

Волновая структура синусовой аритмии характеризует ритмическую активность сердца и представляет собой результат деятельности систем управления, представляющих иерархическую структуру от автономного до центрального (подкорковые нервные центры, ЦНС) контуров управления. Волновые процессы описывают активность регуляторных и степень напряжения управляющих механизмов. При оптимальном реагировании управление происходит с минимальным участием высших уровней.

При неоптимальном управлении необходима активация все более высоких уровней регуляции. Вся эта информация заложена в ритмической активности сердца и может быть использована для оценки показателей состояния регуляторных механизмов, характеризующих адаптационные возможности организма, связанные с состоянием гипоталамо-гипофизарного уровня регуляции.

Для получения необходимой информации у авиадиспетчеров регистрируется ЭКГ в первом стандартном отклонении в течение 5 мин, обработка которой включает комплекс традиционных и дополнительных методов анализа. Во избежание разногласий в трактовке полученных результатов, данные обследования представлены по показателям статистического, вариационного и спектрального анализа ритма сердца [ 2 ]. Метод исследования variability ритма сердца в 1996 г. стандартизован группой экспертов Европейского кардиологического общества и Североамериканского общества электростимуляции и электрофизиологии, что дает возможность использования и интерпретации показателей согласно принятым мировым стандартам.

Используя автоматизированный комплекс «Динамика-100», в нерабочий период обследовали 47 авиадиспетчеров районных центров единой системы организации воздушного движения (РЦ ЕС ОрВД) в возрасте 25-50 лет. В зависимости от стажа работы обследованные диспетчеры были разбиты на три группы: со стажем работы до 8 лет - 1-я группа (n = 11), со стажем работы 8-16 лет - 2-я группа (n = 20), со стажем работы более 16 лет - 3-я группа (n = 15). Средний возраст в первой группе - (27,8 ± 3,9) лет, во второй - (35,6 ± 5,0) лет и в третьей - (41,6 ± 5,0) лет. В табл. 1 даны интегральные показатели сердечного типа, рассчитанные по стандартным методикам [ 2, 3 ] вариационного анализа ритма сердца: ЧСС - частоты сердечных сокращений; ИВР - индекса вегетативного равновесия (указывает на соотношение между активностью симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы), ПАПР - показателя адекватности процессов регуляции (отражает соответствие парасимпатической нервной системы и ведущим уровнем функционирования синусового узла), ВПР - вегетативного показателя ритма (указывает на вегетативный баланс с точки зрения активности автономного контура регуляции), ИН - индекс напряжения регулярных систем организма. Показатели суммированы по группам и даны в сравнении с нормативными показателями вегетативной регуляции (норма).

Таблица 1

*Вариационный анализ кардиоритма у авиадиспетчеров  
в зависимости от стажа работы (M ± m)*

Показатель	ЧСС	ИВР	ВПР	ПАПР	ИН
Норма	60-90	35-145	0,25-0,6	15-50	10-100
1-я группа	78,83 ± 3,14	142 ± 27,81	0,35 ± 0,02	45,10 ± 6,26	104 ± 23,90
2-я группа	83,42 ± 5,72	364 ± 87,32*	0,23 ± 0,03	70,51 ± 11,30*	292 ± 91,93*
3-я группа	83,83 ± 3,46	539 ± 142*	0,19 ± 0,03*	79,24 ± 7,88*	376 ± 103*

Условные обозначения см. в тексте.

\* - различия достоверны по отношению к показателям нормы (P = 0,01).

Как видно из табл. 1, показатели вариационного анализа в 1-й группе обследуемых лиц находятся на верхних значениях нормы, что свидетельствует об умеренном напряжении систем вегетативной регуляции и удовлетворительной адаптации организма у диспетчеров со стажем работы до 8 лет.

По мере увеличения продолжительности стажа работы у диспетчеров 2-й группы наблюдалось повышение активности симпатoadреналовой системы и усиление процессов централизации и напряжения управления сердечного ритма (> ИВР и ИН), снижение парасимпатических влияний

(< ВПР) с нарушением уровня функционирования синусового узла за счёт снижения адекватности процессов его регуляции (> ПАПР). Данные изменения указывают на снижение функциональных резервов вегетативной нервной системы. Ответные реакции организма на действие возмущающих факторов деятельности в виде выраженного напряжения и перенапряжения симпатического звена регуляции (в том числе гормонального) свидетельствуют о недостаточности адаптационных защитно-приспособительных механизмов и их неспособность обеспечить оптимальную адекватную реакцию организма.

У диспетчеров 3-й группы со стажем работы более 16 лет среднегрупповые значения вариационных показателей сердечного ритма максимально выражены и статистически значимы не только по сравнению с показателями нормы, но и между группами. Индивидуальный анализ показывает, что величина функциональных сдвигов нередко может характеризовать перенапряжение функциональных резервов и (или) предболезненные проявления.

В табл. 2 представлены модуляции спектральных характеристик сердечного ритма у обследованных авиадиспетчеров. При спектральном анализе последовательность сердечных сокращений преобразуется в спектр мощности колебаний длительности кардиоинтервалов, представляющих собой последовательность частот: HF - высокие частоты (дыхательные волны, активность парасимпатического отдела вегетативной нервной системы), LF - низкие частоты (мощность в диапазоне LF, а также показатель LF/HF служат показателем активности симпатического отдела вегетативной нервной системы), VLF - очень низкие и сверхнизкие частоты (преобладание данных диапазонов может свидетельствовать об истощении регулярных систем организма), TP - преобладающий период дыхательных волн.

*Таблица 2*

*Спектральный анализ кардиоритма у авиадиспетчеров  
в зависимости от стажа работы (усл. ед.,  $M \pm m$ )*

Показатель	HF	LF	VLF	LF/YF	TP
1-я группа	54,2 ± 12,7*	105 ± 27,5*	71,8 ± 16,5*	2,22 ± 0,4*	230 ± 52,0*
2-я группа	20,0 ± 5,5*	39,9 ± 14,4*	24,2 ± 16,4*	9,97 ± 4,9*	84,1 ± 17,1*
3-я группа	5,8 ± 1,6*	19,9 ± 7,6*	18,3 ± 4,8*	7,41 ± 3,3*	44,8 ± 12,3*

Условные обозначения см. в тексте.

\* - различия в значениях показателей достоверны между группами (P = 0,01).

Как видно из табл. 2, хотя для всех трех групп обследованных авиадиспетчеров было характерно доминирование надсегментарных (нейро-

гуморальных и гормональных влияний,  $LF > HF$ ), соотношение активности звеньев вегетативной регуляции сердечного ритма было различным.

В 1-й группе обследованных авиадиспетчеров наиболее высокий сдвиг вегетативного баланса в сторону симпатической активности отмечался за счёт барорефлекторного звена регуляции ( $> LF$  до 104,5 % при относительно низком вегетативном балансе  $LF/HF = 2,22$ ). При сопоставлении с данными вариационного анализа полученные изменения свидетельствуют об удовлетворительной адаптации авиадиспетчеров 1-й группы в процессе профессиональной деятельности в первые семь лет работы.

По мере увеличения стажа работы у авиадиспетчеров спектральная мощность постепенно снижается во всех трех диапазонах волн: HF, LF и VLF. При этом показатель вегетативного баланса даже в условиях покоя резко увеличивается в сторону симпатических влияний (9,97 и 7,41 во 2-й и 3-й группах соответственно), что характеризует тип регуляции в этих группах как дизрегуляторный симпатикотонический и свидетельствует о развитии хронического нервно-эмоционального напряжения (стресса) в процессе их трудовой деятельности.

Хронический профессиональный стресс приводит к перенапряжению и истощению нейрогуморального и гормонального звена адаптационных механизмов, что проявляется достоверным снижением мощности в диапазоне всех спектров (HF, LF и VLF) у авиадиспетчеров со стажем работы более 16 лет и свидетельствует о снижении резервов регуляции сердечно-сосудистой системы.

Полученные данные интересны с точки зрения снижения функциональной надежности в зависимости от стажа работы. Согласно концепции функциональной надежности специалистов опасных профессий [ 5 ], в генезе снижения функциональной надежности лежит последовательное снижение резервов вегетативного обеспечения деятельности, психофизиологических, психических и резервов регуляции функций. Одновременно со снижением резервов регуляции отмечается ухудшение показателей профессиональной эффективности и безопасности деятельности ( $r = 0,894$ ).

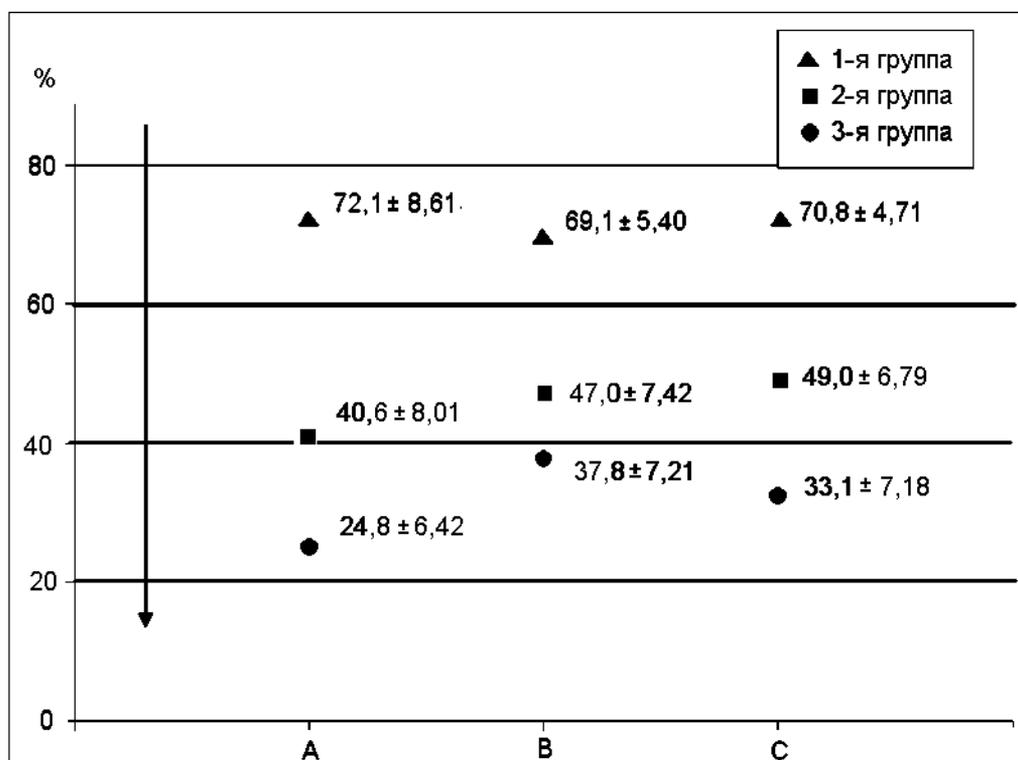
Полученные данные анализа спектральных характеристик кардиоритма подтверждают наличие связи системных адаптационных изменений со стажем работы обследованных диспетчеров. Существование связи объективно свидетельствует о зависимости между профессиональным здоровьем, работоспособностью, трудовой активностью и профессиональным долголетием — основным показателем надежности диспетчерского состава.

Диагностический комплекс «Динамика-100» позволяет осуществлять количественную оценку функциональных состояний организма по таким интегральным показателям, как уровень адаптации (А), показатели вегетативной (В) и центральной (С) регуляции.

На рис. в графическом виде представлены средние групповые значения А, В и С у обследованных авиадиспетчеров. Показатели для удоб-

ства даны в процентах от 100, а зона статистических колебаний показателей от 60 до 100 % относится к зоне оптимальных и удовлетворительных адаптационных защитно-компенсаторных реакций организма.

Графики наглядно иллюстрируют корреляцию уровня адаптации и резервов вегетативной и центральной регуляции со стажем работы, что свидетельствует о наличии в деятельности авиадиспетчеров психических истощающих факторов, приводящих к нервно-эмоциональному напряжению (стрессу), которое в течение трудового периода принимает пролонгированный (хронический) характер. Кроме того, если учесть, что средний возраст 2-й и 3-й группы составляет 38 лет, то это означает, что диспетчерский состав (конкретно в РЦ ЕС ОрВД) еще не достигнув сорокалетнего возраста, по своим функциональным резервам соответствует биологическому возрасту пожилого человека.



*Рис. Средние групповые значения показателей уровня адаптации (А) вегетативной (В) и центральной (С) регуляции авиадиспетчеров.*

Таким образом, полученные результаты проведенного исследования позволяют сделать следующие выводы.

1. Важнейшей составляющей профессионального здоровья авиадиспетчеров являются реакции адаптации как интегрирующий показатель ответа организма на действие психических, эмоциональных и других истощающих факторов деятельности, с одной стороны, и профессионального стресса, с другой.

2. Можно полагать, что в генезе снижения профессионального здоровья у авиадиспетчеров лежит пролонгированное по времени (конкретно, в условиях деятельности диспетчеров РЦ ЕС ОрВД) напряжение и перенапряжение функциональных резервов регуляции функциональных систем организма.

3. Возраст и продолжительность стажа выступают в качестве профессионального риска снижения здоровья и потери трудоспособности. В проведенном исследовании полными функциональными резервами адаптации обладало 67 % обследованных авиадиспетчеров в возрасте до 30 лет, 38 % – в возрасте 31–40 лет; 11 % – в возрасте 40–50 лет.

4. Экспресс диагностика состояния адаптации может быть использована при популяционно-профессиональных обследованиях в качестве инструмента для оценки напряженности труда авиадиспетчеров в зависимости от конкретных условий профессиональной деятельности, в частности от интенсивности воздушного движения, как основного фактора, определяющего уровень загруженности сектора (пункта, центра) организации воздушного движения.

### *Литература*

1. *Атамалибекова Ш.М.* Влияние профессиональной деятельности авиадиспетчеров управления воздушным движением на состояние их здоровья / Ш.М. Атамалибекова // Человек в экстремальных условиях: проблемы здоровья, адаптация работоспособности : третий междунар. науч.-практ. конгресс. – М, 2002. – С. 123–124.

2. *Баевский Р.М.* Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии / Р.М. Баевский. – М. : Медицина, 1979. – 256 с.

3. *Бибикова Л.А.* Системная медицина путь от проблем к решению / Л.А. Бибикова, С.В. Ярилов. – СПб., 2000. – 153 с.

4. *Гаркави Л.Х.* Адаптационные реакции и резистентность организма / Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакина, М.А. Уколова. – Ростов-н/Д : ИРУ, 1990. – 223 с.

5. *Жиляев Е.Г.* Концепция функциональной надежности специалистов в экстремальной медицине / Е.Г. Жиляев, П.М. Шалимов, Д.В. Глухов // Человек в экстремальных условиях: проблемы здоровья, адаптация работоспособности : третий междунар. науч.-практ. конгресс. – М, 2002. – С. 79.

6. *Колесникова Е.В.* Заболеваемость авиадиспетчеров Московского Центра автоматизированного управления воздушным движением / Е.В. Колесникова, И.В. Федосеев // Человек в экстремальных условиях: проблемы здоровья, адаптация работоспособности : третий междунар. науч.-практ. конгресс. – М, 2002. – С. 125.

7. *Крыжановский Г.А.* Управление транспортными системами : в 3 ч. / Г.А. Крыжановский, В.В. Шашкин. – СПб. : Северная Звезда, 2001. – Ч. 3. – 224 с.

8. *Купин В.В.* Проблема оценки интенсивности потока воздушных судов в час пик / Алешин В.И., Купин В.В. // Проблемы эксплуатации и совершенствования авиационной техники и систем воздушного транспорта: межвуз. сб. науч. тр. / под ред. Г.А. Крыжановского / Акад. гражд. авиации. – СПб., 2000. – Т. V. – С. 133–138.

9. *Пономаренко В.А.* Авиация. Человек. Дух / В.А. Пономаренко. – М. : Магистр-Пресс, 2000. – 93 с.

10. *Разумов А.Н.* Здоровье здорового человека / А.Н. Разумов, В.А. Пономаренко, В.А. Пискунов. – М. : Медицина, 1996. – 413 с.

## ПСИХОАНАЛИЗ

*М.Г. Зорин*

### **ИСТОРИКО-КУЛЬТУРОЛОГИЧЕСКИЙ ЭКСКУРС В ДИАГНОСТИКУ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ПОМОЩЬЮ СНОВИДЕНИЙ: ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ И ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ДРЕВНИХ ГРЕКОВ**

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

#### ***Введение***

Создание психоаналитической теории тесно связано с мифологией древнего мира и, прежде всего, с культурой античной Греции. Известно, что сновидения, как и мифы, играли значительную роль в жизни древних греков: практика использования снов в различных целях и, в том числе, в целях медицины была широко распространена и интересовала не только оракулов и философов, но и врачей того времени.

Проблема связи сновидений с состоянием здоровья человека сегодня также относится к числу пограничных, междисциплинарных вопросов. В рамках психологического исследования мы обращаемся к историко-культурологическому аспекту данной проблемы с целью провести анализ того, как соотносится психоаналитическое направление в изучении сновидений с воззрениями Аристотеля, Гиппократов, Артемидора и других представителей античного периода, сделавших вклад в развитие онейрологии – науки о сновидениях.

Историко-культурологическая специфика данной работы обусловлена двумя причинами. Во-первых, в древней Греции были выдвинуты предположения о феноменологии сновидений, которые получили своё развитие в более поздних исследованиях. Во-вторых, наибольшую близость с принципами античного снотолкования обнаруживает психоаналитическое направление. Вслед за Эллен Хандлер Спитц, мы также считаем, что интеллектуальное наследие древности является значимым не только для современного психоанализа, но и для других дисциплин, предметом которых является исследование психики человека, поскольку наследие это изучено не до конца [7, с. 27–28].

#### ***Историко-культурологический экскурс***

Предположения о влиянии состояния организма на содержание сновидений выдвигались Гиппократом, Аристотелем, Галеном, Артемидором и другими представителями древнегреческой мысли. Гиппократ (460–377

гг. до н. э.) один из первых обратил внимание на использование сновидений в нуждах медицины [ 1, с. 71 ]. Предпринятая им попытка рационализировать искусство толкования сновидений заключалась в соотнесении разных видов сновидений с состоянием организма: выделялись сны, выражающие болезненные физиологические состояния в символической форме. Происхождение данного типа сновидений приписывалось Гиппократом «диагностической осведомленности души, которая во сне способна исследовать свое телесное жилище» [ 2, с. 178–179 ]. Гиппократ делает также догадку о том, что многие сновидения иллюстрируют исполнение желаний, о чём в последствии написал З. Фрейд в своём труде «Толкование сновидений» [ 9, с. 113–114 ].

Аристотель (384–322 гг. до н. э.) также придавал сновидениям диагностическое значение и считал, что с их помощью можно предсказать развитие той или иной болезни. Он рассматривал сны как причины событий или знаки расстройств (шероховатость языка означает болезнь). Наблюдение сходства и восстановление первоначального подобия между вещами и образами – являлось главной задачей при толковании символов сновидений. Вслед за Гиппократом другой древнегреческий врач того времени – К. Гален (около 131–200 гг. до н. э.) также использовал сновидения в медицине.

### ***Методология толкования сновидений в древней Греции***

Врачебный аспект изучения сновидений ставит перед нами вопрос о том, каким образом древним грекам удавалось предвидеть ту или иную болезнь с помощью сновидений. Для ответа на вопрос мы вновь обращаемся к трудам современных историков и культурологов. Так, Э.Р. Доддс считает, что правильное понимание отношения древних греков к сновидениям, лежит в различении древними греками разных типов сновидений. Артемидор Далдианский (II в. н. э.) упоминает о классификации сновидений, в которой согласно Э.Р. Доддсу, выделялось три типа снов [ 2, с. 160–161 ]. Мы рассмотрим их, поскольку классификация помогает понять главные методологические принципы толкования сновидений, которыми руководствовались в античности.

Итак, первый тип сновидений, который обозначен нами как «пророческий», связан с точным предвидением будущих событий, в том числе – заболеваний. Во втором типе сновидений спящему человеку предлагается прямой совет, как желательно вести себя и поступить в тех или иных возможных ситуациях (сновидения «советчики»). Информация об этом передаётся через образ влиятельного, значимого лица. Особое место в классификации занимали символические сны – это третий тип сновидений. В отличие от снов с прямым указанием на болезнь, символические сновидения представлялись толкователю в символической и/или метафорической и форме.

Из предложенной классификации видно, что методы получения информации диагностического и лечебного характера зависели от того, с каким типом сновидений врач имеет дело. В частности, это могли быть сны с прямым указанием на болезнь и средство излечения или же сны с метафорическим, символическим значением, которые требовали толкования. При толковании символических сновидений древние греки прибегали к принципу аналогии, который по свидетельству Мишеля Фуко использовался в двух планах [ 10, с. 23 ]. Во-первых, это естественное сходство обозначаемого явления с образом сновидения, которое может выражаться в «качественной идентификации», например, увидеть во сне болезнь означало ухудшение здоровья. Во-вторых, использовалась аналогия по ценности, согласно которой сновидение рассматривалось как благоприятное или неблагоприятное для сновидца. Оценка сновидений в этом плане производилась с точки зрения здравого смысла и с помощью определённых критериев, согласно которым благоприятное сновидение должно быть сообразно с природой, законом, временем, с ремеслом сновидца. В противном случае, сон являлся неблагоприятным и, с точки зрения медицины, предвещал болезнь.

Отметим, что древние греки также учитывали существующее противоречие между значением сна и его содержанием. В частности, при использовании аналогии по ценности подчёркивается, что данный подход не является универсальным и при рассмотрении ценностного аспекта сновидения допускается «инверсия ценностей», то есть своеобразная подмена. Например, если рабу приснилось, что он несёт воинскую службу, то сновидение предвещает о скором освобождении, поскольку воин по существующим в то время законам не может быть рабом. Образ солдата здесь рассматривается в качестве символа свободы. Очевидно, что символика сновидений греков в данном случае носила отпечаток социальной иерархии того времени, и в целом организации общества. Проводя параллель с психоаналитической теорией сновидений З. Фрейда, можно сказать, что З. Фрейд также указывал, что механизм репрезентации в сновидениях через превращение в противоположность является «излюбленным средством» изображения сновидения [ 9, с. 301 ].

Возвращаясь к вопросу о расшифровке символических сновидений, можно также выделить ряд аналогий, которые Гиппократ проводил между телесной организацией человека и внешним миром: предметы или явления, с которыми человек имеет дело наяву, в сновидении могут быть символами здоровья или болезни. Символика, посредством которой в сновидении представлено состояние организма, по мнению Гиппократа, может содержать как констатацию физического состояния (земля символизирует в сновидении тело), так и его динамику (землетрясение во сне символизирует физиологические изменения).

По свидетельству историков при толковании сновидений, греки также использовали сонники, где отдельному элементу сна (символу) приписывалось то или иное значение. Самый полный сонник, дошедший до наших дней и представляющий для нас интерес, – это созданный Артемидором трактат «Онейрокритика», который датируется примерно II в. до н. э. Современники рассматривают данный труд как методологическое и методическое пособие того времени по толкованию снов. Так, М. Фуко пишет, что главное для Атермидора – это объяснить читателю, как нужно действовать. «... Разложив сон на элементы, раскрыть его "диагностический" смысл, а затем истолковать целое, исходя из элементов, и, памятуя о целом, расшифровать каждую часть» [ 10, с. 23 ]. Это означает, что семантика отдельной части сна распространяется на целое сновидение и наоборот – семантика целого сна задаёт контекст при истолковании отдельной его части (символа).

Таким образом, в древней Греции была предпринята попытка учесть контекст, в котором представлен символ и тем самым конкретизировать его семантическую определённость. Всё это свидетельствует об экспериментальной исследовательской парадигме, которой придерживались древнегреческие философы, и которой сегодня придерживаются исследователи языка и его использования. В частности, считается, что семантическая определённость отдельных единиц речи увеличивается, когда учитывается контекст их появления [ 3, с. 9 ].

Широкое распространение в наши дни сонники получили благодаря тому, что это доступный способ узнать значение того или иного сновидения через «готовое» значение отдельного содержательного элемента, который рассматривается в качестве символа. Из современных сонников психоаналитической направленности можно выделить словарь образов А. Менегетти [ 5 ]. Опираясь на опыт многолетней практики и научной деятельности, автор предлагает универсальную символику, которая помогает узнать значение того или иного сновидения и, тем самым, предсказать возможную болезнь. Также есть сонники, предлагающие дать «верное толкование снов о состоянии здоровья и заболеваниях человека», например сонник В.С. Сокольского [ 8 ]. Говоря о недостатках сонников, укажем на самый очевидный из них: интерпретация символов в разных сонниках не совпадает, а порой даже противоречит. Мы объясняем это противоречие тем, что значения символов характеризуются как универсальными, так и уникальными чертами [ 4, с. 143 ].

### *Заключение*

Данные, относящиеся к историко-культурологическому аспекту проблемы связи снов с соматическим состоянием, указывают на возможность использования сновидений как ценного диагностического инструментария в медицине. Теория и практика толкования сновидений врачами

эпохи античности получила наибольшее развитие в символическом подходе, который относится к психоаналитической парадигме изучения сновидений. Символическое понимание сновидений, как это имело место в древней Греции, можно встретить у таких психоаналитиков как З. Фрейд, К. Юнг, А. Менегетти и др.

Попытки Артемидора и Гиппократа интерпретировать сновидения при помощи символов отражают важный принцип, которым руководствуются современные психоаналитики при анализе сновидений. Суть принципа сводится к тому, что содержание сновидения, как целостное психическое образование, не может быть понято без толкования значения символов. Процесс символизации сновидений, о котором упоминается в древнегреческих трактатах, позднее стал объектом изучения в работах психоаналитиков, где символизация рассматривается как результат функционирования механизмов психологической защиты: вытеснения, а также сновидной регрессии. Также есть гипотезы, в которых символизация необходима для упрощения операций со словесно-понятийными формами в сновидении [ 6, с. 265 ]. Позиция Гиппократа, согласно которой сновидения символически отражают состояние организма, предвосхищает принцип З. Фрейда, о том, что сон всегда эгоцентричен [ 2, с. 179 ].

Таким образом, мы обращаем внимание, во-первых, на возможность диагностики заболеваний с помощью сновидений. Во-вторых, на ценность историко-культурологического материала, который может оказать помощь в построении новых исследований взаимосвязи сновидений и соматического состояния на границе психологии, медицины, истории и культурологии.

### *Литература*

1. *Вейн А.М.* Сновидения: медицинские, психологические, культурологические аспекты / А.М. Вейн. – М. : Эйдос Медиа, 2003. – 224 с.
2. *Доддс Э. Р.* Образы сновидений и образы культуры / Греки и иррациональное // Э.Р. Доддс. – СПб., 2000. – С. 152–197.
3. *Еремеев Б.А.* Психометрика мнений о людях / Б.А. Еремеев. – СПб. : Изд-во РГПУ им А.И. Герцена, 2003. – 124 с.
4. *Зорин М.Г.* Методологические проблемы исследования сновидений как предвестников заболеваний / М.Г. Зорин // Вестн. психотерапии. – 2007. – № 20 (25). – С. 138–144.
5. *Менегетти А.* Образ и бессознательное : учеб. пособие по интерпретации образов и сновидений / А. Менегетти. – М. : Онтопсихология, 2004. – 464 с.
6. *Налчаджян А.А.* Ночная жизнь: личность в своих сновидениях / А.А. Налчаджян. – СПб. : Питер, 2004. – 442 с.

7. *Психоанализ* и наследие античности / Э.Х. Спитц // Кабинет сновидений доктора Фрейда / В. Мазин. – СПб. : ООО Инапресс, 1999. – С. 27–47.
8. *Сокольский В.С.* Сонник XXI века: верное толкование снов о здоровье / В.С. Сокольский. – М. : Эксмо, 2004. – 640 с.
9. *Фрейд З.* Толкование сновидений / З. Фрейд. – Минск : Харвест, 2004. – 480 с.
10. *Фуко М.* История сексуальности-III: забота о себе / М. Фуко. – М. : Рефл-бук, 1998. – 288 с.

**РЕЦЕНЗИЯ НА УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ Г.И. ГРИГОРЬЕВА  
«СТАНОВЛЕНИЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ДУХОВНО  
ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ»**

Прочитав эту книгу и решив написать о ней, невольно чувствуешь, какая это нелегкая задача, насколько трудно подобрать ключ к адекватному изложению и оценке ее материала. Книга по своему содержанию – первая и единственная в своем роде и освещает вопросы этиопатогенеза, клиники, динамики алкогольной болезни, а в широком плане – заболеваний наркологического профиля в целом. Подходы к лечению больных, методы и организация лечения рассмотрены здесь не только с медицинских, но и с православных духовно-нравственных позиций. В книге нашли отражение итоги многолетнего труда коллектива врачей и ученых Международного института резервных возможностей человека (МИРВЧ, г. Санкт-Петербург) под руководством доктора медицинских наук профессора Григория Игоревича Григорьева и при духовном наставничестве архипастырей и пастырей Русской Православной Церкви (РПЦ), а также учтен опыт родственных и дружественных институтов и учреждений. *(Важно отметить, что под резервными возможностями здесь понимаются не только возможности психофизиологического плана, но и духовный потенциал личности.)*

Результаты научных исследований и клинических наблюдений, представленные в учебном пособии «Становление и организация духовно ориентированной психотерапии» (далее – Пособие), были получены на стыке смежных наук: психиатрии, неврологии, наркологии, медицинской и общей психологии, а также христианской (православной) аскетики и антропологии. Кроме того, в структуре психотерапевтических методик использовались и получили отражение некоторые аспекты театральной эстетики (школы К.С. Станиславского и М.А. Чехова). Таким образом, книга демонстрирует тесные генетические взаимосвязи духовного и физического, церковного и врачебного, отражая, с одной стороны, их «родовую» обособленность, а с другой, – позиции их соприкосновения и сопряженности, простые и естественные по своей сути, но в то же время сокрытые для существующего современного врачебного воззрения на природу алкоголизма и других наркологических заболеваний (героиновая и прочие наркомании, токсикомании и т. д.), а отсюда – на принципы лечения больных.

Нельзя не отметить, что книга изобилует россыпью новых идей и можно сказать откровений, обогащающих клиническое мышление и кругозор практического врача.

Однако попытаемся хотя бы отчасти отразить содержание этой необычной книги, заранее рассчитывая на заинтересованность и доброжелательный настрой читателя.

В Пособии рассматриваются основные аспекты заболеваний наркологического профиля: алкоголизма, нарко-токсикоманий, игроманий, нарковообъядения, их клинико-этиопатогенетической структуры, лечения и реабилитации больных. Дана оценка сложившейся в настоящее время ситуации, связанной с наркологическими зависимостями, как чрезвычайной, приобретшей едва ли не пандемический характер. Подчеркнута актуальность разработок и внедрения в практику методов лечения с охватом большого числа пациентов, но экономичных как с точки зрения затрат времени, так и потребности в материальных средствах. Показана деятельность в этом направлении коллектива МИРВЧ, основанного в 1988 г. по инициативе доктора Г.И. Григорьева, а также сотрудников воссозданного на базе института трудами первого его духовника протоиерея Василия Лесняка дореволюционного Общества трезвости и милосердия Святого Благоверного Великого Князя Александра Невского. При этом особо обозначена плодотворная роль наставничества РПЦ. Наконец, освещена работа других родственных медицинских структур.

Следует отметить, что в работу МИРВЧ вовлечен широкий круг специалистов, в том числе ведущих в разных отраслях медицины и смежных дисциплин. При институте создан ученый совет, организовано издание научно-практического журнала «Вестник психотерапии» федерального значения. За 18 лет деятельности института в нем трудились и временно сотрудничали около 300 врачей и ученых в ранге академиков и членов-корреспондентов РАМН, профессоров, докторов и кандидатов наук. На основании опыта лечения наркозависимых пациентов сотрудниками института и его филиалов защищено 6 кандидатских и 3 докторские диссертации.

В качестве основного метода лечения в первые годы работы МИРВЧ был избран метод Народного врача СССР А.Р. Довженко, непосредственным учеником которого является доктор Г.И. Григорьев.

А.Р. Довженко – высококвалифицированный и столь же авторитетный врач, с большим жизненным опытом и высоким чувством ответственности, создал свой метод лечения больных алкоголизмом, табакокурением, наркоманиями и токсикоманиями на базе классической рациональной психотерапии, разработок петербургской и харьковской терапевтических школ (И.П. Павлов, В.М. Бехтерев, К.И. Платонов, К.М. Дубровский и другие). Акцент в его лечении был поставлен на яркую эмоциональную насыщенность, стрессовость, театральность, императивный характер психотерапевтического воздействия, на внушение пациенту в бодрствующем состоянии неприятия психоактивных веществ. Целью и результатом психотерапии метода А.Р. Довженко являлось формирование в «головном мозгу» пациента стойкого очага возбуждения («кода»), или «бодрствующего

щего очага» по И.П. Павлову, генерирующего и поддерживающего трезвенническую установку и блокирующего патологическое влечение на срок, добровольно выбранный самим пациентом: от одного года до всей жизни. В формуле внушения, объем которой составлял свыше 50 машинописных стр., делался упор на угрозу тяжелого физического повреждения организма, вплоть до смертельного исхода, в случае нарушения «кода». Структура и содержание этой психотерапевтической формулы, а также искусство ее подачи обеспечивали глубокое стрессорное воздействие на психоэмоциональное состояние человека, давали положительный лечебный эффект. Подчеркивалась решающая роль врача, его способностей и авторитета в достижении успеха, однако, отмечалась также и необходимость твердого решения лечиться и вести трезвую жизнь самого пациента. Определенное место в методе Довженко отводилось морально-нравственной стороне проблемы, психотерапия адресовалась не только к волевым, но и к нравственно-этическим качествам страждущего больного. Наряду с ведущим пониманием сущности человека с психобиологических позиций, использовались понятия христианской антропологии: дух, душа, тело, что весьма легко воспринималось пациентами ввиду близости этих понятий обыденному сознанию и доступности языка врача-психотерапевта.

Небезынтересно отметить, что лечебный сеанс доктора А.Р. Довженко формально был построен по структуре, в значительной степени внешне аналогичной церковной литургической службе, только оформление его было переведено на обыденный и врачебный язык, адаптировано к медицинскому уровню понимания. Сам А.Р. Довженко по воспоминаниям Г.И. Григорьева был человеком глубоко верующим, но атеистическое время, в которое он жил, для раскрытия его духовного дара было неблагоприятным.

В совершенстве владея методом своего учителя, Григорий Игоревич видел и опирался на его сильные стороны, но не мог не замечать и недостатки. Накапливаемый опыт лечения по методу А.Р. Довженко, опыт положительный, свидетельствующий о снятии болезненной тяги у значительного числа больных патологическими зависимостями, показывал, однако, необходимость его дальнейшего совершенствования. В итоге метод стрессопсихотерапии был не только усовершенствован, но и принципиально преобразован — изменен в той степени, когда следует говорить уже о новом методе, хотя и выросшем из метода А.Р. Довженко. Так, образовался метод эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии (ЭЭСПТ). В этом новом методе внушение пациенту страха смерти было снято и заменено доходчивым, построенным на научно-клинической базе, обстоятельным, но легко воспринимаемым, образным разъяснением причин и механизмов развития синдрома патологической зависимости. При этом эти причины увязывались с духовным состоянием человека, а сама

зависимость трактовалась с позиций ее понимания как греховной страсти и проистекающих из нее губительных для тела и души последствий. Актуализировалась и роль самого пациента в преодолении болезненного влечения; а вместо страха вводилось лишь дружеское предостережение не искушать судьбу, не совершать греха как деяния, неизбежно несущего функцию разрушения; использовался святоотеческий опыт противостояния грехам (зависимостям). Непосредственно перед психотерапевтическим сеансом православный священник (в данном случае речь идет об уже упомянутом протоиерее Василии Лесняке, имевшем 44-летний опыт пастырского служения и почитаемом прихожанами как старец) произнес краткую проповедь и служил молебен дореволюционного Александро-Невского братства трезвости и милосердия. Здесь следует отметить, что о. Василий Лесняк, равно как и все сотрудничавшие впоследствии с институтом священники-наставники, имел благословение на совместную работу с врачами Святейшего патриарха Московского и Всея Руси Алексия II и своего правящего архиерея приснопамятного владыки Иоанна – в прошлом митрополита Санкт-Петербургского и Ладожского В огласительной беседе врача утверждалось восприятие отказа от алкоголя как гражданского подвига перед родными и обществом и духовного – перед Богом. В самой стрессовой психотерапевтической беседе повышалась роль эмоционально-эстетической и моральной составляющих психотерапии.

Проводящий групповое лечение врач должен был обладать высокими актерскими способностями, владеть даром перевоплощения, эстетикой паузы, мимики, жеста, стрессовым компонентом семантико-интонационного звучания речи. При этом акцент делался на позитивные стороны личности лечащихся, на формирование положительного фона настроения и его фиксации в сознании и эмоциональной памяти пациента. Личность больного максимально вовлекалась в лечебный процесс. Внушение врачадиктатора (в методе Довженко), отныне, заменялось словом человеколюбивого и сострадающего доктора.

Практика применения метода ЭЭСПТ показала повышение лечебного эффекта у наркозависимых больных, в том числе в прогностическом плане. Устранялась не только тяга и патологическое влечение, но и укреплялась установка на трезвый образ жизни.

Таким образом, метод А.Р. Довженко послужил базовым фундаментом для создания метода ЭЭСПТ, представляющего собой не модификацию своего предшественника, а новый самостоятельный метод, как это видно из соответствующего раздела Пособия.

Наука, а вслед за ней и практика, не могут стоять на месте. В институте продолжалось дальнейшее осмысление этиопатогенеза наркозависимостей, анализ принципов и результатов лечения больных с целью придания лечебному процессу все большей патогенетической направленности. Для этого требовалось ответить на ставящиеся самой жизнью и, казалось

бы, простые, но по своей значимости узловые вопросы практической наркологии, ответов на которые в медицинской литературе не имеется.

И следующим значимым этапом в деятельности МИРВЧ оказалось становление метода духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей в форме целебного зарока (ДОП ЦЗ) на православной основе. Имея своим предшественником метод ЭЭСПТ, метод ДОП ЦЗ вырос из него и перерос его, так что стал самостоятельным, со своими принципиально новыми признаками и отличиями, и основным методом лечения больных алкогольно-нарко-токсикоманического плана в течение последних 12 лет в Международном институте резервных возможностей человека.

Попробуем сформулировать основные вопросы, которые предстоит решить врачу. Почему один больной осознанно, по собственной воле, идет на лечение, другой же и слышать ни о каком лечении не желает, хотя объективных оснований лечиться у него не меньше и даже больше? Почему кто-то обращается за помощью еще на ранней стадии развития зависимости, а кто-то — лишь после больших потерь в здоровье и в социальном статусе?

Рассмотрим показательный и знаковый в плане этих вопросов пример. Однажды на предварительный прием к врачу МИРВЧ, чтобы пройти лечение в связи с алкоголизмом, пришли два молодых человека, братья — однойцевые близнецы. Жизненный путь их был одинаков: ходили в один детский сад, учились в одной школе, потом в одном ПТУ, служили вместе в военно-строительной части. Пить начали еще до службы, выпивали и в пору армейской службы, вернувшись домой продолжили пьянствовать. Оба холостые, жили с родителями, работали в строительной бригаде. Внешне похожи друг на друга как две капли воды. Одинаковые тембр голоса, мимика, жесты — совпадение просто фантастическое. И при этом один из них изъявил твердое намерение лечиться, а другой, когда речь зашла о конкретном дне лечения, отказался наотрез со стандартными аргументами: «Я не алкоголик, сам брошу пить, когда надо будет» и т. п. Желаящий лечиться стал уговаривать, убеждать нежелающего брата, чтобы и он прошел лечение. Но тот сопротивлялся так, что дело едва не дошло до драки. Редкостный пример «чистого» эксперимента, каковой могла поставить только сама жизнь. Так, почему же случается, что при полном совпадении физических данных, условий среды, жизненного опыта оценки ситуации разнятся до противоположных?

Далее, почему один пациент после лечения ценит трезвую жизнь и даже радуется ей, другой же, пройдя лечение, тяготится трезвостью? Скучно ему и настроение у него тоскливое. Завидует пьющим приятелям и втайне с вожделением ожидает конца срока воздержания, который сам выбрал.

Наконец, почему сами врачи-наркологи нередко не верят в свое лечение, исходя из псевдонаучной предрасположенности, что алкоголизм будто бы неизлечим?

Может быть, ответ на эти вопросы кроется в том, что исключительно медицинский подход к лечению зависимостей является недостаточным? А кроме психической и физической, существует еще некая зависимость? И действительно, такая зависимость существует — это духовная зависимость. В ней все и дело, здесь ответ на все поставленные вопросы.

Что же такое духовная зависимость? Чем она характеризуется? Почему для освобождения от нее необходима не просто психотерапия, пусть даже самая совершенная и утонченная, а психотерапия духовно ориентированная, в нашем случае — на основах православия, то есть православная психотерапия?

Понимание всех этих аспектов происходило по мере вхождения врачей МИРВЧ в духовную жизнь Церкви, изучения Священного Писания и святоотеческих творений, а также трудов верующих ученых. Что-то прояснялось по ходу размышлений о болезнях, их причинах, проявлениях, о принципах лечения в соотношении с представлениями о грехе, покаянии, о Божией благодати и помощи. Особую роль в духовном становлении сотрудников института сыграло наставничество духовных руководителей, общение с ними, домашняя молитва, участие в церковных службах, приобщение к Таинствам Исповеди и Святого Причастия. В результате такого личного воцерковления появлялось ощущение присутствия Божия, существования невидимого мира.

И ответы на вопросы, поставленные врачебной практикой и сформулированные выше, появились, становясь яснее и конкретнее. Открылось то, почему внешне разумный человек, постоянно пьянствуя, не видит, куда он идет в ослеплении своей болезненной страсти, да и самой болезни не осознает, не понимает, что с ним происходит и чем все это может закончиться. Имея немало примеров, когда у других, таких же, как он, жизненным исходом стала катастрофа, он все же считает, что с ним лично ничего подобного не случится, что у него «все под контролем». Типичное заблуждение! Так же, как этот человек, считали, пьянствуя, тысячи и миллионы людей, поплатившиеся вследствие такого неразумения здоровьем и жизнью.

Кто же затмевает разум человека? Если обратиться к медицинской науке, то она ответа не дает да и в принципе дать не может. Ибо действует здесь не только материальный и психологический фактор, но и фактор духовный. Лукавый дух, невидимая сила зла затмевает разум человека, лишая его самокритики и понимания реально грозящей опасности, чтобы погубить не только его физическое, телесное естество, но и душу. Это и есть, сверх зависимостей физической и психической, зависимость духовная. Патологические заболевания — это в первую очередь духовно-

нравственные заболевания согласно православному учению. Человек добровольно отдает свою волю на произвол духам злобы поднебесной и оказывается в западне темных сил.

О последствиях такого чрезвычайно распространенного затмения рассудка и утраты человеком собственной воли убедительно и просто говорил апостол Павел: «Ибо не понимаю, что делаю; потому что не то делаю, что хочу, а что ненавижу, то делаю» (Рим. 7: 15). И еще: «Доброго, которого хочу, не делаю, а злое, которого не хочу, делаю» (Рим. 7: 19).

Духовная зависимость многолика, как многолика ложь. Вряд ли возможно перечислить все ее вариации. Истина — одна, ложь — изощренна и многообразна. А кто отец лжи? — Лукавый. Затмив разум человека и захватив власть над ним, темная лукавая сила еще и притупляет его совесть, которая есть Глас Божий. И человек не осознает, что, предаваясь пьяной или другой порочной страсти, тем самым творит зло и грех против себя, своего здоровья, своей жизни. И не только против себя, но и против здоровья и жизни близких, родных людей, ввергая их в житейскую неустроенность, в душевное смятение, депрессию, отчаяние.

Тот же лукавый дух возгревает в своей жертве эгоизм, самоуверенность, склонность к самооправданию, все более отдаляя человека от понимания происходящего с ним. «Пью? — Да. А кому какое дело, все пьют», — дерзко заявляет больной. А уж виноваты в его жизненных провалах — кто и что угодно, только не он сам. «Когда пить бросите?» — спрашивают молодую мамашу, в отношении которой решается вопрос о лишении ее права материнства. «Когда будет жизнь хорошая, тогда и брошу», — отвечает она... Да, лукавый дух — он и есть лукавый дух.

Однако лукавый-то — лукавым, но с человека ответственность за содеянное зло не снимается. Ведь он сам добровольно впустил лукавого в свое сердце. Как говорил апостол Павел согрешившему: «...для чего ты допустил сатане вложить в сердце твое мысль солгать Духу Святому..?» (Деян. 5: 3).

И еще. Что это такое, когда на человека, с удовлетворением и радостью ведущего после лечения трезвую жизнь, внезапно с нарастающей назойливостью наваливаются мысли о выпивке? Сам человек удивляется сему, а затем, как бы не желая того, все же запивает. Будучи психиатром более чем с 40-летним стажем и имея в практике такие примеры, скажу, что симптомом психического автоматизма Кандинского—Клерамбо здесь и не пахнет. Что же это тогда? Не есть ли действие того же самого лукавого духа? Так и есть, ничем иным такую ситуацию не объяснить. «Бесы сначала покушаются помрачить наш ум, а потом уже внушают, что хотят», — ссылается редактор Пособия в таких случаях на святого Иоанна Лествичника.

По существу, духовная зависимость является главенствующей, удерживающей и провоцирующей психическую и физическую зависимо-

сти. И пока человек не осознал, что творит злое греховное дело, не уразумел, что болен и нуждается в помощи, он и не пойдет лечиться, а будет продолжать пить, курить, колоться, предаваться игорной страсти.

Многолетняя клиническая практика свидетельствует и о том, что, попадая в духовную зависимость, человек меняется в своих качествах, его положительные личностные черты сменяются на противоположные, отрицательные, он становится как бы антиподом самому себе. Происходит это исподволь, незаметно для самого человека, но неуклонно и неотвратимо...

Формированию духовной и других вариантов зависимостей способствует ряд предрасполагающих факторов: личностно-психологических, морально-этических, социальных, национально-культурных и т. д., которые подробно рассмотрены в «Пособии».

Итак, от духовной зависимости, наряду с прочими, необходимо освободиться. Это – непременно, но каким образом? Ответ прост и, как говорится, однозначен. Путь – единственный и абсолютно надежный – это покаяние с обращением ко Господу за помощью. От духовного повреждения, каковой и является зависимость, возможно избавиться только духовными средствами, исцеляющей силой Божией благодати.

«Коня готовят на день битвы, но победа – от Господа» (Притч. 21: 31). Человеку надлежит делать все, что в его силах, дабы освободиться от зависимости, но возможно достичь этого лишь с Божией помощью. А чтобы получить ее, нужно пожелать переменить свой ум и образ жизни – покаяться. Покаяние и обращенность к Богу с верою – это и есть то, что в практике МИРВЧ названо православной психотерапией. Она включает в себя многое из основ православия, однако, сокровенная ее основа именно в этом. Лечебное воздействие психотерапии как метода медицинского, но базирующегося на учении и опытном служении Православной Церкви, распространяется не только на конкретные заболевания, но и на укрепление нравственного здоровья личности, на цельное и гармоничное единение в человеке его физических, психических и духовных свойств, что означает переход к новому качеству жизни.

Путь становления метода ДОП ЦЗ, несмотря на его высокую терапевтическую эффективность, был длительным, тернистым, потребовавшим терпения, смирения, разумного дерзновения. Случалось, что некоторые критики, не вникнув в существо дела, вносили путаницу, огульно считая, что молитва, церковные Таинства в православной психотерапии будто бы приравниваются к обычным медицинским психотерапевтическим процедурам, и посему негативно относились к самому термину «православная психотерапия». Но это заблуждение. Конечно, молитва, церковная служба могут влиять на чувства, на эмоциональное состояние человека. Однако не в этом их суть и сила, а в Божией благодати, как это понимается в православной психотерапии и принимается в качестве концептуальной основы. Именно на этой основе, на изложенном ранее пони-

мании природы патологических зависимостей, и сформирован метод духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей в форме целебного зарока на православной основе. Метод ЭЭСПТ послужил лишь исходной позицией для нового метода ДОП ЦЗ, который имеет своим фундаментом как данные естественных наук, так и открытия церковного христианского антропологического познания. Не смешивая естественное и духовное, метод тем не менее отражает косвенные аналогии между этими категориями. К примеру, святоотеческое описание ступеней греха (прилоги, помыслы, сочетания, сосложения, деяние – сам грех) созвучно (но не идентично!) понятиям степеней, динамики формирования зависимостей: навязчивые – доминирующие – сверхценные – и, наконец, бредоподобные идеи. Так, наглядно прослеживается траектория духовного заблуждения человека.

Этиопатогенез болезненных влечений и принципы лечения больных в методе ДОП ЦЗ рассматриваются как с позиций научно-медицинских знаний, так и аскетического опыта духовной борьбы со страстями. Рационализм и медицинский практицизм в этом методе гармонично (но не слитно) сочетается с мистическим учением Церкви, с ее религиозно-культурными традициями.

Информация – и научно-медицинская, и духовно-религиозная – в огласительной беседе врача дается в ясной, доступной для понимания форме. Особое значение придается разъяснению понятия о покаянии: в чем его смысл и каково его место в системе духовных ценностей. Нельзя приказать человеку, заставить его покаяться. Но объяснить ему, что означает покаяние, и призвать его к покаянию просто необходимо для его исцеления. Это и происходит в процессе эмоционально насыщенной стрессовой огласительной беседы-проповеди православного врача, проводящего лечение по методу ДОП ЦЗ. При этом вера пациентам ни в коем разе не навязывается, им щедро передаются драгоценные знания того, что заключено в опыте православия.

«Покайтесь...» – с этого призыва начал свои проповеди Предтеча и Креститель Господень Иоанн. Покаяние в недобрых и злых мыслях, желаниях, поступках, иначе – в грехах, во всем, что идет вразрез с заповедями Божиими, должно быть не формальным и показным, а искренним, глубоким, исходящим из души, с сокрушением сердца и упованием на Господа, с твердым намерением впредь никогда не совершать раскаянного греха. Бог смотрит не на лицо, а на сердце человека: что в нем – или бушуют страсти и желание убажать их, или же подлинная боль о своих недостойных делах и твердое намерение исправиться. Покаяние – пробуждение совести, великое и знаковое событие в жизни человека. Это знак того, что он понял и осознал душой и сердцем свой грех, и свидетельство того, что с Божией помощью более не намерен его совершать. Ибо покаяние, по сути, включает в себя прошение ко Господу о помощи.

Искренне, от сердца покаявшись, человек очищается, обновляется, можно сказать – преображается. Он отвращается от греховных губительных страстей и обращается лицом своим к истинным жизненным ценностям: любви к ближнему, работе, здоровью, личному достоинству... А может быть, и задумается о приобщении к церковной жизни. Глубоко покаявшийся в пьянстве не будет сожалеть, что бросил пить, и завидовать пьющим приятелям, а будет ценить трезвую жизнь и радоваться ей. Без покаяния такой результат сомнителен. По этим параметрам можно оценивать результат лечения в прогностическом плане.

Игнорирование истин и основ православия, пренебрежение факторов духовного повреждения, а следовательно, и непротивостояние делают лечение неполным и терапевтический эффект – временным (что, к сожалению, нередко приходится наблюдать в действительности, в современной наркологической практике), а также порождает мнение о фатальной обреченности наркозависимых больных.

Принципиально новой и отличительной стороной метода ДОП ЦЗ является устранение не только физической и психической (тяга, болезненной влечение и т. д.), но – через Таинства Исповеди (покаяния) и Святого Причастия – и духовной зависимости.

Медицинская и духовная части метода ДОП ЦЗ, по благословию Церкви, разделены. Медицинскую часть проводит врач в помещении церковной школы храма Феодоровской иконы Божией Матери; духовная часть осуществляется в том же соборе с участием пациентов в Божественной Литургии, с приобщением к Таинствам Исповеди и Святого Причастия. Логическая последовательность и содержание медицинской части обстоятельно изложены в Пособии.

Огласительная беседа проводится врачом в традициях рациональной психотерапии. Впрочем, скорее это беседа-проповедь, освещающая и медицинскую, и не в меньшей мере духовную сторону проблемы. Стрессовое воздействие беседы-проповеди врача направлено на восстановление психосоматических резервных возможностей организма, а также на перестройку личности в духовно-нравственной сфере. Беседа врача настраивает пациента на углубленное понимание, осознание зависимостей, в том числе духовной, на их преодоление с врачебной и Божией помощью, на внимательный контроль за своим душевным состоянием. Во время нее происходит информационно и духовно полезная подготовка к участию в Божественной Литургии. Больные вместе с пришедшими родственниками внимательно слушают беседу, активно включаются в психотерапевтический процесс: могут задавать врачу вопросы, высказывать свои суждения, вступать в дискуссию по ходу беседы или в конце нее. (Родственники по желанию могут присутствовать и на медицинской и церковной частях зорка.)

На медицинской части лечения по методу ДОП ЦЗ пациенты каются в своих всеразрушительных страстях, обязуются отказаться от них и впредь их не допускать на срок не менее одного года, с тем чтобы накопив опыт трезвой жизни продлить зарок. Значительная часть пациентов принимает зарок на всю жизнь. Дается зарок одновременно и совместно всеми лечаемыми на завершающей стадии беседы-проповеди врача.

Последний этап медицинской части лечения — это индивидуальный прием лечащим врачом, во время которого клиническая принадлежность зарока и его срок конкретизируются, зарок индивидуально закрепляется психотерапевтически.

В результате физическая и психическая зависимости снимаются или существенно уменьшаются (в последнем случае назначается повторный прием лечащим врачом для беседы и закрепления зарока). Духовная зависимость снимается или, по крайней мере, смягчается.

Участвуя в Божественной Литургии, пациенты призваны каяться в грехе своей алкогольно-наркотической или другой зависимости, в протекающих из нее грехах на Таинстве Исповеди и дают зарок перед Богом, при свидетельстве и разрешающей молитве священника, отречься от греховной страсти. Приготовившиеся допускаются к Причастию Святых Христовых Таинств. В заключение служится специальный молебен Александро-Невского общества трезвости. Таким образом происходит закрепление трезвеннической позиции, и, как показывает опыт, у невоцерковленных людей нередко возникает потребность приблизиться к Церкви. Духовная зависимость чаще всего полностью снимается.

Как мы видим, в Пособии обстоятельно отражены структура и содержание «цепочки» преемственных, но самостоятельных по методологии психотерапевтических методик, последней и наиболее совершенной из которых является метод духовно ориентированной психотерапии в форме зарока на православной основе. Метод опирается на положения православной психотерапии как медицинского подхода к пониманию патологии, в основе которого лежит учение Православной Церкви о грехе, покаянии, Божией благодати и помощи, о других сторонах духовного знания и духовной жизни, отраженных в Священном Писании и в трудах подвижников православного благочестия.

В методе ДОП ЦЗ медицинская и духовная части разделены организационно и по сути, хотя в определенной мере между ними перекидывается «мостик» благодаря целевой духовной направленности медицинской части метода.

Впервые в научной и практической медицине в качестве важнейшего патогенетического фактора формирования болезни (в нашем случае это болезни наркологического профиля) выделен и введен духовный фактор (духовная зависимость), дающий основания и обязывающий трактовать заболевания с главным синдромом патологической зависимости как забо-

левания духовно-нравственной природы. Отсюда вытекает необходимость обращения к Церкви, к ее исцеляющим Таинствам как к лечению патогенетического уровня (патогенетическому лечению), устраняющему духовную зависимость.

Этот подход определяет новое направление в медицине как в теоретическом, так и в практическом отношениях, приоткрывающее горизонты изучения проблем этиопатогенеза и лечения алкоголизма и других наркологических заболеваний.

Единение, союз (но не смешение функций!) медицины и Церкви естествен, более того, необходим, в особенности когда речь идет об алкоголизме, наркоманиях и других греховных страстях. Ибо только такое содружество может обеспечить полноту лечения-исцеления, избавить не только от психической и физической зависимостей, но и от зависимости духовной. Благодаря такому единению медицинского и духовного подходов к лечению от зависимостей, лечебно-медицинское воздействие распространяется не только на психофизиологический статус человека, но и на его духовно-нравственное состояние, на восстановление целостного и гармоничного единства в человеке — его физической, психической и духовной сущностей.

Построенный на прочном фундаменте евангельских истин, на принципах православной психотерапии метод ДОП ЦЗ открывает путь к воцерковлению, к духовному становлению весьма духовно непросвещенного современного человека.

Пациенты, прошедшие лечение, находятся под динамическим наблюдением врачей института и могут в любой момент по всем вопросам, связанным со здоровьем, обращаться в институт за помощью. При необходимости институт осуществляет реабилитацию пациентов — либо в соответствующем центре института, либо в православном монастыре по благословению священника.

К врачу-специалисту, проводящему лечение на основе православной психотерапии, предъявляются, кроме высоких профессиональных знаний и опыта, особые требования: быть глубоко воцерковленным, накапливать духовный опыт, иметь благословение на лечение священника-духовника, обладать чувством сострадания, сопереживания страждущему человеку, быть терпеливым, внимательным и отзывчивым. И, разумеется, вести абсолютно трезвую жизнь.

Значительное место в Пособии отведено освещению других лечебных методик, базирующихся на основах православия. Такова «Лествица трезвости», разработанная руководителем Школы трезвения в Свято-Троицкой Александро-Невской лавре В.А. Цыганковым для противодействия пьянству и наркотизации. «Лествица» состоит из 12-ти ступеней, ведущих к духовному трезвению.

Немалый интерес вызывают изложенные в книге воззрения на проблему алкоголизма и наркоманий православных психологов К.Л. и С.В. Литвиненко, а также многих других авторов (профессора К.И. Разнатовского и т. д.). Полезным представляется описание десяти признаков лженауки, сделанное А. Соркиным, поскольку ориентироваться в этих вопросах необходимо, особенно врачу, занимающемуся нервно-психическими патологиями.

Нельзя не отметить еще одну яркую особенность Пособия под редакцией профессора Г.И. Григорьева. Практически все основные взгляды на природу алкоголизма и других наркологических заболеваний, данные медицинских и психологических исследований, клинических наблюдений подкрепляются убедительными, всегда к месту приведенными ссылками и цитатами из Евангелия, святоотеческих писаний и многих других трудов духовной православной литературы. Обилие таких цитат не может считаться недостатком, ибо они чрезвычайно душеполезны, духовно наставляют и обогащают человека.

Делясь впечатлениями о книге, отметим содержащуюся в ней новизну понимания этиопатогенеза алкогольной болезни и других наркотоксикоманий как заболеваний нравственно-духовного характера; введение и обоснование понятия духовной зависимости как главной причины формирования всех патологических зависимостей. Подчеркнем проверенную многолетней практикой эффективность лечения алкоголь-наркотоксикозависимых больных с помощью нового, разработанного в МИРВЧ под руководством профессора Г.И. Григорьева психотерапевтического метода, построенного на духовно-нравственных основах православия.

Завершая свой обзор, мы видим, что в нем лишь частично удалось отразить отдельные положения книги (учебного пособия), а потому пожелаем читателям более подробно обратиться к первоисточнику.

## НЕКРОЛОГ

**ПАМЯТИ  
ВИКТОРА АЛЕКСЕЕВИЧА АНАНЬЕВА  
(13.08.1956 – 05.09.2007)**



С глубокой скорбью извещаем, что 5 сентября 2007 г. на 52 году жизни скончался Виктор Алексеевич Ананьев – доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой клинической психологии Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена, почетный член Балтийской педагогической академии, член специализированного экспертного совета при Губернаторе Санкт-Петербурга, Вице-президент Санкт-Петербургского психологического общества, Президент Гильдии психотерапии и тренинга, член редакционного совета журнала «Вестник психотерапии».

Ушел из жизни широко известный в российском и мировом психологическом, педагогическом и медицинском сообществе специалист. Виктор Алексеевич остался в нашей памяти как жизнерадостный, доброжелательный и мудрый человек, выдающийся ученый, талантливый преподаватель, умелый организатор, основатель одной из крупнейших в России школы «Интегративной психотерапии». Его лекции, семинары, тренинги, мастер-классы, книги и статьи послужили основой подготовки десятков тысяч студентов, профессиональных психологов, врачей, учителей, социальных работников и руководителей.

Виктор Алексеевич родился 13 августа 1956 г. В 1983 г. он окончил факультет психологии Ленинградского государственного университета и с 1987 г. работал на кафедре подростковой медицины и валеологии в Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, с 1994 г. – Президент Гильдии психотерапии и тренинга.

В 2000 г. Виктор Алексеевич возглавил кафедру клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена со дня ее основания, им разработаны основные учебные курсы по специальности, подготовлена большая научная и педагогическая школа. Он проводил учебные занятия в Санкт-Петербурге, Самаре, Перми, Екатеринбурге, Челябинске, Новгороде, Краснодаре, Ижевске и других городах России, занимался психотерапевтическим консультированием.

Научная, общественная и педагогическая деятельность Виктора Алексеевича широко известна по всей России и за рубежом.

В памяти всех, знавших Виктора Алексеевича, он навсегда останется светлым, замечательным человеком и настоящим ученым.

Редакционная коллегия журнала «Вестник психотерапии», Гильдия психотерапии и тренинга, его коллеги выражают глубокое соболезнование родным, близким и друзьям Виктора Алексеевича.

## РЕФЕРАТЫ

**Семёнов С.П., Касаткин В.А.** Антропоптоз: психотерапевтические аспекты психосоциальной депривации // Вестник психотерапии. – 2007. – № 21(26). – С. 9–22.

По мере естественного обострения конкуренции отношения между отдельными индивидами, между индивидом и обществом становятся всё более формальными. При этом множество людей фактически лишено возможности полноценной социальной и репродуктивной (прокреационной) самореализации. Такое положение приводит к целому ряду нервно-психических, а так же психосоматических заболеваний. Их прогрессирующее распространение требует разработки адекватных психотерапевтических мер. В статье изложен интегративный подход к решению данной проблемы, опирающийся на современные биологические, физиологические и психологические представления.

**Ключевые слова:** апоптоз, антропоптоз, аутонекроз, вегетативная нервная система, вегетативная дизрегуляция, генезис, депривация, лого-терапия, патологическое состояние, психосоциальная аутодепривация, родовая функция, танатос, целеустремлённая система, эрос.

**Жулина Е.В., Голубева И.В.** Теоретико-прикладные основы исследования и коррекции психического развития детей при экспрессивной задержке речи // Вестник психотерапии. – 2007. – № 21(26). – С. 22–32.

Излагаются теоретико-прикладные основы изучения и коррекции отклоняющегося развития в единстве раннего и дошкольного возраста, как интегративного психического образования. Представлено теоретическое обоснование и авторское понимание содержания, структуры, подхода к изучению специфических закономерностей развития, их взаимодействия в общей структуре отклоняющегося развития. Показано влияние экспрессивной задержки речи на становление аффективного, коммуникативного, паралингвистического и лингвистического компонентов. Представлена теория речевой регуляции.

**Ключевые слова:** структура отклоняющегося психологического развития, экспрессивная задержка речи, теория речевой регуляции: уровень номинативной активности, речевых стереотипов, речевой экспансии, речевого контроля.

**Григорьев Г.И., Мизерене Р., Цветкова Т.Н.** Психологическое консультирование при лечении алкогольной зависимости методом духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока // Вестник психотерапии. – 2007. – № 21(26). – С. 33–38.

Проведено катamnестическое исследование 11 021 больного алкоголизмом, пролеченных в Международном институте резервных возможностей человека методом духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока. Оказалось, что последующая психологическая помощь в форме консультирования существенно влияет на эффективность лечения. Частота пятилетней ремиссии у пациентов, нарушивших зарок и обратившихся за психологической помощью не менее 4 раз, достигает 70 %, а у пациентов, обращавшихся за психотерапевтической помощью не менее 4 раз без нарушения зарока – 82 %. Из числа пациентов, не обращавшихся за психологической помощью после сеанса вовсе, пятилетнюю ремиссию сохранили только 5,4 %.

**Ключевые слова:** алкоголизм, психотерапия, психологическое консультирование, ремиссия.

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

Анализируются современные подходы к определению профессионального выгорания, которое в наиболее общем виде рассматривается как долговременная стрессовая ситуация, возникающая вследствие продолжительных профессиональных стрессов средней интенсивности. Показано, что по мере нарастания общей и творческой активности на рабочем месте, повышения социальной отдачи, снижения удовлетворенности работой, увеличения эмоциональной нестабильности, склонности к нервным срывам в экстремальных ситуациях, импульсивности, а также снижения общительности, редукации личных достижений, проявляющейся в негативной оценке себя и своих профессиональных достижений, уменьшения прагматической направленности увеличивается эмоциональное истощение у медицинских работников.

**Ключевые слова:** медицинские работники, профессиональное выгорание, уровни профессионального выгорания, факторы риска.

**Стряпина Н.В.** Личностные особенности курсантов и слушателей образовательных учреждений МВД России, склонных к девиантному поведению, и возможности их профилактики и коррекции // Вестник психотерапии. – 2007. – № 21(26). – С. 49–66.

Проведенное исследование показало, что курсанты, склонные к девиантному поведению, отличаются от курсантов, не склонных к девиант-

ному поведению, большей агрессивностью, низкой стрессоустойчивостью и выбором непродуктивных способов совладания со стрессом, высокой импульсивностью, выраженной враждебностью, злопамятностью, подозрительностью, недоверием, эмоциональной лабильностью, низкой тревожностью, сензитивностью, ригидностью, завышенной самооценкой. Представлена комплексная программа профилактики и коррекции, которая позволяет снижать количество девиантных поступков у курсантов.

**Ключевые слова:** девиантное поведение, профилактика, коррекция, тренинг

**Ткаченко Г.А., Шестопалова И.М.** Особенности личности больных раком молочной железы в отдаленном периоде // Вестник психотерапии. – 2007. – № 21(26). – С. 66–78.

Проведено психологическое исследование 150 больных раком молочной железы. Установлено, что в отдаленном периоде наиболее часто встречаются три типа личности: тревожно-депрессивный, тревожно-ригидный и истерический. Изучение системы ценностей личности больных раком молочной железы показало их значительную перестройку в отдаленном периоде и выявило специфические закономерности этих изменений.

**Ключевые слова:** психодиагностика, психологические особенности, ценностно-потребностная сфера, рак молочной железы.

**Советная Н.В., Карева О.С., Мизерас С., Мильчакова Е.А.** Типы акцентуаций личности у больных игровой зависимостью // Вестник психотерапии. – 2007. – № 21 (26). – С. 79–82.

По методике Леонгарда-Смишека обследовано 28 пациентов со стажем игровой зависимости от года до трех лет в возрасте до 30 лет. Сравнение полученных результатов с нормативными данными показало, что у игроманов выражен гипертимно-циклотимический возбудимый аффективно-экзальтированный паттерн реагирования и характерен циклотимический тип акцентуации.

**Ключевые слова:** методика Леонгарда-Смишека, акцентуация, игромания.

**Алексанин С.С.** Результаты оценки состояния здоровья спасателей МЧС России // Вестник психотерапии. – 2007. – № 21(26). – С. 83–89.

Выполнена комплексная оценка состояния здоровья спасателей МЧС России, включающая эпидемиологическое изучение здоровья по данным их заболеваемости и клинико-физиологическую оценку функцио-

нального состояния. Полученные результаты показали, что экстремальные условия труда оказывают неблагоприятное воздействие на состояние здоровья спасателей. Отмечается повышенная заболеваемость органов пищеварения, дыхания, костно-мышечной и сердечно-сосудистой систем, частота возникновения которых у спасателей достоверно выше, чем у мужского населения соответствующего возраста, и связана со стажем работы и интенсивностью профессиональной нагрузки. В структуре хронической патологии у спасателей ведущими являются болезни органов пищеварения, костно-мышечной, эндокринной, дыхательной систем и системы кровообращения. У 52 % спасателей отмечено перенапряжение регуляторных систем и снижение адаптивных возможностей организма.

**Ключевые слова:** спасатель, состояние здоровья, заболеваемость, функциональное состояние.

**Толстов В.Г.** Психическое здоровье детского населения республики Коми // Вестник психотерапии. – 2007. – № 21(26). – С. 90–101.

В работе рассматриваются негативные социально-средовые переменные, влияющие на формирование ментального здоровья детского населения Республики Коми. Факторами, которые оказали существенное влияние на динамику показателей психических расстройств среди детского населения региона, являются системный социально-экономический кризис в обществе, демографическая и медико-экологическая ситуация в республике.

**Ключевые слова:** непсихотические психические расстройства, психозы, умственная неполноценность, криминальная активность, суициды.

**Болотова М.А., Купин В.В., Петрова М.В.** Оценка состояния профессионального здоровья авиадиспетчеров // Вестник психотерапии. – 2007. – № 21(26). – С. 101–109.

Работа посвящена исследованию профессионального здоровья у авиадиспетчеров с позиции оценки состояния функциональных резервов организма. В частности, на однородной по условиям деятельности выборке обследованных, показано, что снижение функциональных резервов адаптации по показателям вегетативной и регуляторной систем организма коррелирует с продолжительностью стажа работы и свидетельствует о наличии у них хронического профессионального стресса.

**Ключевые слова:** профессиональное здоровье, адаптация, функциональные резервы организма, авиадиспетчер, трудовой стресс.

**Зорин М.Г.** Историко-культурологический экскурс в диагностику заболеваний с помощью сновидений: психоаналитическая теория и представления древних Греков // Вестник психотерапии. – 2007. – № 21(26). – С. 110–115.

Исследуется проблема диагностики заболеваний с помощью сновидений с историко-культурологического ракурса. Автор проводит параллели с психоаналитической парадигмой в изучении связи сновидений и соматического состояния человека.

**Ключевые слова:** психоанализ, сновидения, диагностика заболеваний, методология.

**Semenov S.P., Kasatkin V.A.** Anthropoptosis: psychotherapy aspects of psychosocial deprivation //“Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2007. – N 21(26). – P. 9–22.

Along with natural escalation of competition the relationship between separate individuals, between individual and the society become more and more formal. Furthermore, a lot of people really are deprived of possibility for applicable social and reproductive (procreational) self-realization. The situation leads to a number of both nervous-mental and psychosomatic disorders. Their progressive propagation requires the implementation of adequate psychotherapy actions. In the paper developed is an integrative approach to this problem solution based on the modern biological, physiological and psychological views.

**Key words:** apoptosis, anthropoptosis, autonecrosis, autonomic nervous system, vegetative disregulation, genesis, deprivation, logotherapy, pathological state, psychosocial autodeprivation, labor function, tanatos, purposeful system, eros.

**Zhulina E.V., Golubeva I.V.** Theoretical and applied basis for study and correction of children mental development in expressive speech delay // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2007. – N 21(26). – P. 22–32.

Theoretical and applied basis for study and correction of deviant development in unity of early and preschool age as integrative mental formation is considered. The theoretical justification and author's understanding of the contents, structure, approach to assessment of specific laws of development, their interaction in the general structure of a deviant development is presented. The study grounds an influence of expressive speech delay on development of affective, communicative, paralinguistic and linguistic components. The theory of speech regulation is presented.

**Key words:** structure of deviant mental development, expressive speech delay, theory of speech regulation: level of nominative activity, speech stereotypes, speech expansion, speech surveillance.

**Grigoriev G.I., Mizerene R., Tsvetkova T.N.** Psychological counseling in the treatment of alcohol dependency with spirit-oriented psychotherapy of healing vow // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2007. – N 21(26). – P. 33–38.

There was performed a catamnestic study of 11,021 alcoholics treated in the International Institute of Human Reserve Capabilities with spirit-oriented psychotherapy of healing vow. As it turned out, further psychological assistance by counseling substantially influences the treatment efficiency. Rate of 5-year remission in patients who broke the vow and turned for psychological assistance 4 times and more, reaches 70%, as compared to those turned for psychological assistance 4 times and more without vow breaking – 82 %. Among patients who never turned for psychological assistance after the session, 5-year remission was noted in 5,4%.

**Key words:** alcoholism, psychotherapy, psychological counseling, remission.

**Nikitin E.A., Shklennik S.M., Tsoi V.S., Parfenov Yu.A.** Affective exhaustion as manifestation of disadaptation in health professionals // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2007. – N 21(26). – P. 39–48.

The article analyses modern approaches to the definition of “professional burnout”, which in the most general terms is considered as a long-term stress situation due to prolonged professional stresses of moderate intensity. It is shown, that affective exhaustion and professional burnout of medical workers increases with intensification of general and creative activity at a workplace, increase of social return, decrease of work satisfaction, growth of emotional instability and tendency to neurotic frustration in extreme situations and impulsiveness, together with decline in sociability, reduction of personal achievements, diminution of pragmatism.

**Key words:** health professionals, professional burnout, levels of display, risk factors.

**Stryapnina N.V.** Personality features of the students of the educational institutions of the Russian Ministry of Internal Affairs with deviant behavior propensity, and resources for prevention and correction // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2007. – N 21(26). – P. 49–66.

Study showed that the students with deviant behavior propensity differ from those without such propensity by more pronounced aggressiveness, low stress tolerance and choice of non-productive copying strategies, high impulsivity, pronounced hostility, unforgivingness, suspiciousness, distrust, affective lability, low anxiety, sensitivity, rigidity, overrated self-esteem. Presented comprehensive program of prevention and correction allows reducing the number of deviant actions in military students.

**Key words:** deviant behavior, prevention, correction, training.

**Tkachenko G.A., Shestopalova I.M.** Personality characteristics of the patients with breast cancer in the long-term period // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2007. – N 21(26). – P. 66–78.

Psychological study of 150 patients with breast cancer has been performed. It was determined that in the long-term period the most common are three personality types: anxious-depressive, anxious-rigid and hysterical. Study of the value system of the patients with breast cancer demonstrated their considerable alteration in the long-term period and revealed specific patterns of change.

**Key words:** psychodiagnostics, psychological features, value-need scope, breast cancer.

**Sovetnaya N.V., Kareva O.S., Mizeras C., Milchakova E.A.** Personality accentuation types in the patients with gambling addiction // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2007. – N 21(26). – P. 79–82.

Via Leonhard-Schmieschek questionnaire there were examined 28 patients aged less than 30, with previous experience of gambling addiction from one to three years. Comparison of the results with reference data showed that in gambling addicts hyperthymic-cyclothymic excitable affective-ecstatic reactivity pattern is common and cyclothymic accentuation is typical.

**Key words:** Leonhard-Schmieschek questionnaire, accentuations, gambling addiction.

**Aleksanin S.S.** The results of health assessment in rescue workers of EMERCOM of Russia // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2007. – N 21(26). – P. 83–89.

The complex medical assessment of health condition of rescue workers of EMERCOM of Russia was carried out including epidemiological study based on morbidity rates and clinical and physiological assessment of their functional state. The data obtained demonstrated that extreme conditions of work have an adverse effect on the health of rescue workers. It is manifested by increased prevalence of diseases of gastrointestinal, respiratory, musculoskele-

tal and cardiovascular system. The prevalence of those diseases is significantly higher in rescue workers compared to other male population of corresponding age, and is connected to length of work and intensiveness of their work. The leading diseases in the structure of chronic pathology in rescue workers are gastrointestinal, musculoskeletal, endocrine, respiratory and cardiovascular system. In 52% of rescue workers the overexertion of regulatory systems and reduction of adaptation capacity of the body is decreased.

**Key words:** rescue worker, health condition, morbidity, functional state.

**Tolstov V.G.** Mental health of the pediatric population of the Komi Republic // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2007. – N 21(26). – P. 90–101.

Negative social-milieu parameters influencing formation of mental health of the pediatric population of the Komi Republic are considered in the paper. The factors substantially affecting dynamics of the parameters of mental disorders in the pediatric population of the region include system social-economic crisis in the society, demographic and medicoecological situation in the Republic.

**Key words:** nonpsychotic mental disorders, psychoses, mental handicap, criminal activity, suicides.

**Bolotova M.A., Kupin V.V., Petrova M.V.** Assessment of air traffic controllers’ occupational health // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2007. – N 21(26). – P. 101–109.

This article is devoted to investigation of air traffic controllers’ occupational health from the position of body functional reserves. Particularly, in the homogeneous sample of examined persons reduced adaptation functional reserves in terms of parameters of vegetative and regulatory body systems are shown to correlate with the length of service. This decline also indicates the presence of chronic occupational stress.

**Key words:** occupational health, adaptation, functional reserves of the body, air traffic controllers, occupational stress.

**Zorin M.G.** Historical-cultural excursion to diseases diagnostics via dreams: psychoanalysis and ancient Greek views // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2007. – N 21(26). – P. 110–115.

Historical-cultural aspects of the problem of diseases diagnostics via dreams are considered. The author compares psychoanalysis paradigm and ancient Greek representations in studying the relationship between dreams and a somatic state of the person.

**Key words:** psychoanalysis, dreams, disease diagnostics, methodology.

## **О ПЕРЕЧНЕ ВЕДУЩИХ РЕЦЕНЗИРУЕМЫХ НАУЧНЫХ ЖУРНАЛОВ И ИЗДАНИЙ, В КОТОРЫХ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОПУБЛИКОВАНЫ ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДИССЕРТАЦИЙ НА СОИСКАНИЕ УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ДОКТОРА И КАНДИДАТА НАУК**

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 20 апреля 2006 г. № 227 в Положение о порядке присуждения учёных степеней внесены изменения, существенно повышающие уровень требований к материалам, выносимым на защиту докторской и кандидатской диссертации. Высшей аттестационной комиссией Министерства образования и науки Российской Федерации сформирован новый Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук (далее – Перечень).

Перечень помимо изданий, выпускаемых в Российской Федерации, содержит раздел зарубежных изданий.

Для каждого российского издания указан его индекс в одном из общероссийских каталогов (ОАО «Роспечать», Объединенный каталог «Пресса России» или Общероссийский каталог «Почта России»), а также по рекомендации соответствующего экспертного совета приведено уточнение тематической направленности конкретного издания, в рамках которой будут учитываться публикации кандидатских и докторских исследований.

Отечественные издания, рекомендованные для опубликования основных результатов диссертаций на соискание ученой степени доктора наук отмечены в Перечне звездочками (\*). Публикации результатов научных исследований соискателей ученой степени кандидатов наук размещаются в любом издании указанного Перечня.

Все реквизиты зарубежных изданий, включенных в Перечень можно узнать на соответствующих сайтах в Интернете.

**Новый Перечень вводится в действие с 01 января 2007 года. Однако работы соискателей, опубликованные или принятые к печати до 31 декабря 2006 года изданиями, входившими в предыдущий Перечень, но не вошедшими в новый Перечень, после выхода публикаций в свет учитываются при приеме и защите диссертаций.**

Высшая аттестационная комиссия Министерства образования и науки Российской Федерации обращает внимание редакционных советов и лично редакторов отечественных журналов и изданий, включенных в Перечень на необходимость оказания оперативной и бескорыстной поддержки аспирантам и соискателям в опубликовании научных материалов.

Президиум Высшей аттестационной комиссии  
Министерства образования и науки Российской Федерации



**ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ»**  
Редакционная коллегия

194352 Россия, Санкт-Петербург,  
Придорожная аллея, д. 11, ОУ «МИРВЧ»  
Тел/факс (812) 513-67-97, 592-35-79

Уважаемые коллеги!

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

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 года и является научным рецензируемым журналом, имеет **свидетельство о перерегистрации средства массовой информации** ПИ № ФС77-28044 от 12 апреля 2007 г., выданное Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия.

С 2002 года журнал включен в каталог **Роспечати РФ (индекс—15399)** и на всей территории РФ и СНГ проводится его подписка через почтовые отделения. Журнал выпускается 4 раза в год.

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

Материал статьи представляется по ГОСТу 7.89-2005 «Оригиналы текстовые авторские и издательские». Рекомендуемый объем статьи 10–20 стр. (28–30 строк на стр., до 70 знаков в строке). По согласованию могут быть опубликованы материалы другого объема. К статье должно быть приложено краткое резюме (реферат), отражающее основное содержание работы, размером не более половины страницы машинописи на русском и, при возможности, английском языке, с ключевыми словами. Список литературы оформляется по ГОСТу 7.1-2003.

Рукописи рецензируются членами редакционного совета или редакционной коллегии. При положительной рецензии поступившие материалы будут опубликованы. Представленные материалы должны быть актуальными, соответствовать профилю журнала, отличаться новизной и научно-практической или теоретической значимостью. Фактический материал должен отражать новейшие данные, быть тщательно проверен и подтвержден статистическими данными или ссылками на источники, которые приводятся в конце статьи. При несоответствии статьи указанным требованиям тексты рукописей не возвращаются.

Телефон/факс (812) – 513-67-97, 592-35-79, 592-14-19 – заместитель директора МИРВЧ, заместитель главного редактора журнала – кандидат психологических наук Мильчакова Валентина Александровна.

e-mail: [vestnik-pst@yandex.ru](mailto:vestnik-pst@yandex.ru)

Сайт МИРВЧ: [www.mirvch.ru](http://www.mirvch.ru)

**Главный редактор журнала** – доктор медицинских наук, доктор психологических наук профессор Рыбников Виктор Юрьевич (e-mail: [rvikirina@rambler.ru](mailto:rvikirina@rambler.ru))

**Научный редактор журнала** – доктор медицинских наук Евдокимов Владимир Иванович (e-mail: [evdok@omnisp.ru](mailto:evdok@omnisp.ru))

## **ВНИМАНИЮ ПОДПИСЧИКОВ!**

В августе 2007 г. вышло второе переработанное и дополненное издание учебного пособия «Становление и организация духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей» под ред. профессора Г.И. Григорьева – 297 с.

В учебном пособии прослеживаются истоки и излагаются концептуальные основы метода духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зорока (ДОП ЦЗ) на православной основе, разработанного в Международном институте резервных возможностей человека и Свято-Александро-Невском братстве трезвости. Данный метод применяется сегодня для медико-психологической помощи больным патологическими зависимостями в России, Белоруссии и Литве. Описаны концептуальные основы практической работы Школы трезвения в Свято-Троицкой Александро-Невской лавре. Пособие предназначено для врачей-психотерапевтов, психиатров, психиатров-наркологов и медицинских психологов.

Заявки присылать по адресу: 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11 Международный институт резервных возможностей человека, либо на e-mail: [vestnik-pst@yandex.ru](mailto:vestnik-pst@yandex.ru). Просьба четко указывать Ф.И.О. и адрес для получения учебного пособия.

Стоимость учебного пособия 180 рублей (включая почтовые расходы).

\* \* \*

**В данный номер журнала «Вестник психотерапии» №21(26) вошли статьи, принятые к печати в 2006 году.**

**Редколлегия журнала**

Журнал «Вестник психотерапии» зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 года.

Свидетельство о перерегистрации – ПИ №ФС77-28044 от 12 апреля 2007 г. выдано Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия.

Учредители:

Федеральное государственное учреждение здравоохранения «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (ВЦЭРМ МЧС России);

Оздоровительное учреждение «Международный институт резервных возможностей человека» (ОУ «МИРВЧ»).

Главный редактор – Рыбников Виктор Юрьевич.

Индекс в каталоге Роспечать РФ «Газеты. Журналы» – 15399.

Адрес редакции: 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д.11.

Адрес издательства и типографии: ООО «Политехника-сервис».

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

тираж 1000 экз.                      цена – свободная