

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

**ВЕСТНИК
ПСИХОТЕРАПИИ**

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор В.Ю. Рыбников

№ 30(35)

Санкт-Петербург
2009

Редакционная коллегия

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

Редакционный совет

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

Адрес редакции:

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

ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ

Научно-практический журнал

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

**BULLETIN OF
PSYCHOTHERAPY**

RESEARCH & CLINICAL PRACTICE JOURNAL

EDITOR-IN-CHIEF V.YU. RYBNIKOV

N 30(35)

St. Petersburg
2009

Editorial Board

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

Editorial Council

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

For correspondence:

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

BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY

Research & clinical practice journal

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХОТЕРАПИЯ И НАРКОЛОГИЯ

<i>Григорьев Г.И.</i> Православие и духовно ориентированная психотерапия патологических зависимостей	7
<i>Леонтьева М.В.</i> Особенности употребления алкоголя и наркотиков школьниками и студентами Архангельской области	25

ПСИХОТЕРАПИЯ. ДОНОЗОЛОГИЯ

<i>Семёнов С.П.</i> Аутогенное переключение (Autogenic Switching)	38
<i>Погодин И.А.</i> К генезу и феноменологии эмоциональной жизни человека: психотерапевтический аспект	68
<i>Николаева О.В., Бабурин И.Н., Николаев Е.Л., Дубравина Е.А.</i> Криз? атака? невроз? Клинический случай приступа психовегетативных нарушений в кардиологическом стационаре	86

ЭКСТРЕМАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ. ПСИХОЛОГИЯ СТРЕССА

<i>Щедренко В.В.</i> О некоторых механизмах нарушений социальной адаптации у лиц молодого возраста при экстремальных психотравмирующих воздействиях в регионе Северного Кавказа	91
<i>Кобозев И.Ю.</i> Стресс в профессиональной деятельности руководителя	95
<i>Евдокимов В.И., Губин А.И.</i> Оценка формирования синдрома профессионального выгорания у врачей и его профилактика	106
<i>Алехин А.Н., Егоркина Т.В.</i> Клинико-психологические аспекты вовлеченности детей и подростков в межэтнический конфликт	120
<i>Бобринцев А.А.</i> Психолого-акмеологическая оценка психологической готовности спортсменов силовых единоборств	132
Рефераты	143
Сведения об авторах	152
Информация о журнале	154

CONTENTS

PSYCHOTHERAPY AND NARCOLOGY

<i>Grigoriev G.I.</i> Orthodoxy and spirit-oriented psychotherapy of pathological dependences	7
<i>Leonteva M.V.</i> Peculiarities of alcohol and drug consumption in schoolchildren and students in Arkhangelsky region	25

PSYCHOTHERAPY. PRENOZOLOGY

<i>Semyonov S.P.</i> Autogenic switching	38
<i>Pogodin I.A.</i> About origin and phenomenology of some emotional displays: psychotherapy aspects	68
<i>Nikolaeva O.V., Baburin I.N., Nikolaev E.L., Dubravina E.A.</i> Crisis? Attack? Neurosis? Clinical case of psychovegetative disorder in cardiology department	86

EXTREME PSYCHOLOGY. PSYCHOLOGY OF STRESS

<i>Schedrenko V.V.</i> Some mechanisms of social adaptation disorders in young people under extreme psychotraumatic influence in the region of Northern Caucasus	91
<i>Kobozev I.Yu.</i> Stress in professional activity of the leader	95
<i>Evdokimov V.I., Gubin A.I.</i> Assessment of professional burning-out syndrome formation in physicians, and its prevention	106
<i>Alyokhin A.N., Egorkina T.V.</i> Clinical psychological aspects of children and adolescents involvement in interethnic conflict	120
<i>Bobrishev A.A.</i> Psychology-acmeology assessment of psychological preparedness in sportsmen of martial arts	132
Abstracts	143
Information about authors	152
Information about the Journal	154

ПСИХОТЕРАПИЯ И НАРКОЛОГИЯ

УДК 615.851 : 261.5

Г.И. Григорьев

ПРАВОСЛАВИЕ И ДУХОВНО ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ

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

С целью медицинского лечения и духовно-нравственного исцеления больных с патологическими зависимостями и другими психосоматическими заболеваниями, пропаганды трезвости и здорового образа жизни по благословию Его Святейшества Святейшего Патриарха Московского и Всея Руси Алексия II и по благословию Его Высокопреосвященства Высокопреосвященнейшего Митрополита Санкт-Петербургского и Ладожского Иоанна 15 декабря 1988 г. в г. Ленинграде был создан Международный институт резервных возможностей человека (МИРВЧ), а 18 июня 1991 г. на его базе было воссоздано дореволюционное Общество трезвости и милосердия Святого благоверного великого князя Александра Невского.

Создавали МИРВЧ, его филиалы и представительства; клинику ассоциации наркологов и реабилитационный психотерапевтический наркологический центр; ученый совет и всероссийский научно-практический рецензируемый журнал «Вестник психотерапии», включенный в Перечень научных журналов и изданий ВАК Минобразования России (с 2003 по 2006 гг.), в которых должны быть опубликованы результаты диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук; информационно-аналитический, финансово-экономический, организационно-хозяйственный, издательский отделы и другие структурные подразделения института; а также Свято-Александро-Невское братство трезвости и экспериментальную среднюю общеобразовательную школу «Пушкинский лицей» – не только многие известные ученые, врачи, психологи, биологи, богословы, педагоги, писатели и журналисты, но и специалисты в области информатики, медицинской статистики, организации здравоохранения, юриспруденции, экономики и финансов. Общая численность сотрудников МИРВЧ и Общества трезвости в разные годы колебалась от 250 до 300 человек.

Много лет плодотворно работали в подразделениях МИРВЧ и сотрудничали с ним выдающиеся ученые – академики, члены-корреспонденты, заслуженные деятели науки, профессора и доктора наук. В их числе –

доктор медицинских наук профессор А.А. Александров; член-корреспондент АМН СССР, доктор медицинских наук профессор Г.И. Алексеев; доктор психологических наук профессор В.А. Ананьев; доктор медицинских наук профессор Ю.С. Бородкин; доктор медицинских наук профессор П.И. Буль; доктор медицинских наук профессор С.Г. Григорьев; действительный член АН СССР, доктор биологических наук профессор А.В. Жирмунский; заслуженный деятель науки России, доктор медицинских наук профессор Б.Д. Карвасарский; доктор медицинских наук доцент О.Н. Кузнецов; заслуженный врач России, доктор медицинских наук профессор С.В. Литвинцев; доктор медицинских наук профессор Н.И. Моисеева; член-корреспондент РАМН, заслуженный врач России, доктор медицинских наук профессор А.М. Никифоров; заслуженный деятель науки России, доктор медицинских наук профессор Е.А. Никитин; доктор философских наук профессор В. П. Петленко; доктор медицинских наук профессор К.И. Разнатовский; доктор медицинских наук и доктор психологических наук профессор В.Ю. Рыбников; действительный член АМН СССР, доктор медицинских наук профессор Ф.Г. Углов; руководители школ и Обществ трезвости: В.Н. Глинский, С.Ю. Паламодов, Ю.А. Соколов, В.А. Цыганков и мн. др.

Духовное окормление сотрудников МИРВЧ и Свято-Александровского братства трезвости в различные годы осуществляли: Митрополит Санкт-Петербургский и Ладожский Владимир; Митрополит Санкт-Петербургский и Ладожский Иоанн; Архиепископ Пермский и Соликамский Афанасий; протоиерей Александр Швец; иерей Анатолий Трохин; протоиерей Андрей Волощук; кандидат богословия, протоиерей Василий Бутыло; приснопамятный кандидат богословия, протоиерей Василий Лесняк; иерей Владимир Даниловский; протоиерей Владимир Макаревич; профессор, протоиерей Владимир Сорокин; протоиерей Владимир Цветков; протоиерей Геннадий Коршун; иерей Димитрий Киселев; кандидат богословия, протоиерей Димитрий Смирнов; кандидат богословия, протоиерей Игорь Есипов; протоиерей Иоанн Волощук; протоиерей Кирилл Борисов; иерей Константин Слепинин; диакон Михаил Преображенский; кандидат богословия, протоиерей Михаил Сечейко; кандидат богословия, протоиерей Михаил Уляхин; протоиерей Николай Вабишевич; протоиерей Николай Уляхин; протоиерей Олег Тэор; иеромонах Роман (Матюшин); архимандрит Сергей (Булатников); иерей Сергей Попов; иерей Сергей Починок; протоиерей Сергей Ульзутуев; приснопамятный иеромонах Станислав (Добровольский); протоиерей Феодор Иванов; иерей Ярослав Родионов и мн. др.

Структура МИРВЧ в г. Санкт-Петербурге и учрежденных им в разное время филиалов и организаций, функционирующих в период с 1988 г. по настоящее время, представлены на рис. 1, 2.

В МИРВЧ разрабатывается духовно ориентированное на православной основе психотерапевтическое направление медицинской науки. Развиваются и постоянно совершенствуются концепция эмоционально-эстетической и духовно ориентированной на православной основе психотерапии в форме целебного зорка (ДОП ЦЗ) при лечении патологических зависимостей, а также концепция психологического «ключа» психофизической саморегуляции эмоциональной памяти (система «манков» К.С. Станиславского) при неврозах и других психосоматических заболеваниях, путем мобилизации резервных возможностей человеческого организма в условиях психоэмоционального стресса.

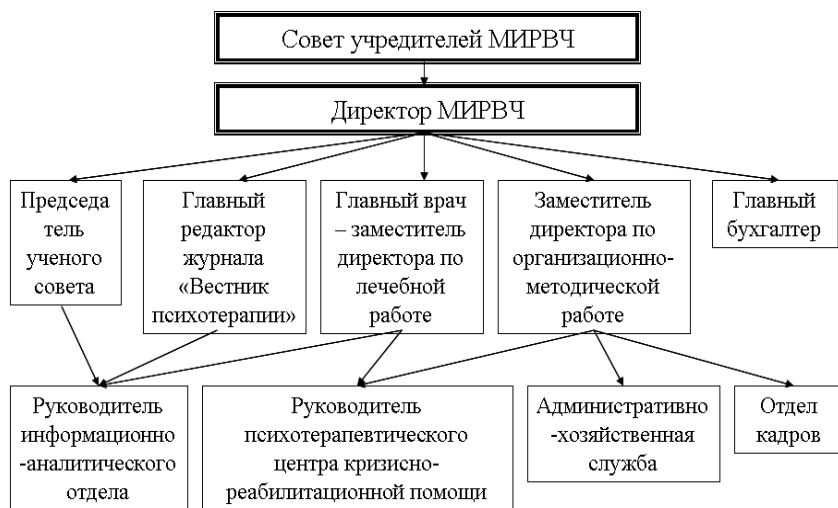


Рис. 1. Организационная структура Международного института резервных возможностей человека в Санкт-Петербурге в 2008 г.

Данное научное психотерапевтическое направление базируется на взаимном уважении и сотрудничестве врачей и священнослужителей в деле лечения и душепопечения страждущих и болящих в рамках профессиональной компетенции каждого на своем месте. При этом обязательно учитываются не только достижения современной научной медицины, но и традиции дореволюционных обществ трезвости. Указанные методы подробно описаны в изданиях «Психотерапевтической энциклопедии», подго-

товленных под редакцией главного психотерапевта России, заслуженного деятеля науки РФ, профессора Б.Д. Карвасарского (1999, 2000, 2005).

16 ноября 1994 г. методология ДОП ЦЗ получила письменное благословение приснопамятного Владыки Иоанна (Снычева), а 22 июня 2006 г. в переработанном и дополненном варианте духовно ориентированная на православной основе психотерапия в форме целебного зарока была благословлена ныне здравствующим Владыкой Владимиром (Котляровым), Митрополитом Санкт-Петербургским и Ладожским.



Рис. 2. Структурная схема учреждений МИРВЧ, представительств, филиалов и организаций (1988–2008 гг.)

На сегодняшний день методология ДОП ЦЗ полностью соответствует «Основам социальной концепции Русской Православной Церкви», принятой на Юбилейном Архиерейском Соборе в 2000 г. Но еще до принятия этого основополагающего церковного документа Патриарх Московский и Всея Руси Алексей II и министр здравоохранения России А.Д. Царегородцев в 1996 г. подписали Соглашение о сотрудничестве. Сотрудничество предполагалось вести, в том числе, и по организации и обеспечению деятельности церковных обществ и братств трезвости. Соглашение о сотрудничестве явилось первой законодательной основой для взаимодействия врачей и священников.

В МИРВЧ приобретен колоссальный научно-практический опыт по оказанию психотерапевтической и медико-психологической (психокоррекционной) помощи больным с патологическими зависимостями от алкоголя, никотина, наркотиков, азартных игр и других пагубных пристрастий, добровольно обратившихся за анонимной специализированной медицинской помощью. В базе данных института накоплен без преувеличения огромный объем информации обо всех пациентах, прошедших лечение (см. табл.).

Таблица

Количество пациентов, пролеченных в МИРВЧ в Санкт-Петербурге

Год	Алкоголизм		Никотинизм		Наркомания		Игромания	
	первичные	повторные	первичные	повторные	первичные	повторные	первичные	повторные
1988	692	158	543	23	12	1	0	0
1989	4318	972	583	35	7	0	0	0
1990	7441	1583	290	16	17	1	0	0
1991	6764	1621	425	32	7	0	0	0
1992	4695	1120	317	23	7	0	0	0
1993	5328	1021	393	32	29	0	3	1
1994	3218	694	165	10	55	3	9	3
1995	2556	477	165	9	48	8	10	0
1996	1552	312	103	8	45	4	7	0
1997	1230	317	91	3	64	10	7	1
1998	1054	207	61	5	71	4	6	4
1999	1073	189	26	0	119	3	11	1
2000	1193	205	28	2	112	7	3	0
2001	1127	171	27	0	75	9	9	2
2002	947	142	24	1	20	0	14	0
2003	909	123	28	4	17	5	13	0
2004	697	94	28	2	20	3	13	4
2005	585	40	37	1	32	3	25	3
2006	561	457	31	39	41	58	23	19
2007	495	457	33	31	46	46	11	13
2008	522	510	43	26	45	62	15	17
Всего	46957	10870	3441	302	889	227	179	68

За время работы МИРВЧ, его представительств, филиалов, клиники и Общества трезвости прошли психотерапевтическое лечение более 125 тыс. больных. Около 50 тыс. человек после медицинского лечения пришли

в православные храмы, многие в первый раз. Около тысячи из них оказались некрещеными и прошли Таинства Крещения и Миропомазания.

Из таблицы следует, что доминирующую группу пациентов МИРВЧ представляют больные с алкогольной зависимостью (91,2 %). При этом повторно в институт обращались за помощью 23,1 % больных алкоголизмом, 38,0 % больных с зависимостью от азартных игр, 25,5 % больных наркоманиями и 8,8 % больных никотинизмом.

Изменение числа больных алкоголизмом по годам наглядно показывает эволюцию организации и развития МИРВЧ. До 1994 г. лечение проводилось преимущественно на основной базе МИРВЧ в Санкт-Петербурге и в отдаленных филиалах и представительствах в регионах России, а также в Белоруссии и Литве. Начиная с 1994 г. институт создал представительства в Ленинградской области, что позволило приблизить специализированную психотерапевтическую наркологическую помощь непосредственно к месту жительства больных и снять нагрузку с Санкт-Петербургского центра. Его сотрудники оказывают методическую помощь и регулярно выезжают на психотерапевтические сеансы в региональные центры.

Постоянно возрастающие объемы административной и научной информации о пациентах МИРВЧ существенно затрудняли анализ и оперативное использование полученных данных научно-исследовательской работы. В интересах наиболее эффективного управления МИРВЧ (его филиалами и представительствами), а также для повышения качества организации лечебного процесса и реабилитации больных на ученом совете института было принято решение о разработке и создании собственной автоматизированной базы данных. Реализация этой наисложнейшей научно-методологической и финансово затратной задачи осуществлена на базе современных средств информатики, новейших компьютерных технологий с привлечением специалистов кафедры автоматизации управления медицинской службой (с военно-медицинской статистикой) Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Военно-космической академии им. А.Ф. Можайского и Санкт-Петербургской академии гражданской авиации. С 1996 г. в институте разработана и функционирует автоматизированная система учета больных патологическими влечениями (АСУ БПВ).

С 1990 г. МИРВЧ стал учебно-педагогической базой Ленинградского государственного института для усовершенствования врачей (ЛенГИДУВ) Минздрава СССР (ныне – Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Минздравсоцразвития РФ, СПбМАПО). Сегодня в институте ведется активная преподавательская работа в рамках курсов усовершенствования и циклов повышения квалификации врачей психотерапевтов, психиатров-наркологов и медицинских психологов СПбМАПО по циклу «Психотерапия патологических зависимостей».

С 1991 г. по настоящее время сотрудники МИРВЧ систематически преподают на факультативной основе «Уроки трезвости» в Государственном общеобразовательном учреждении – средней общеобразовательной школе № 563 Выборгского района Санкт-Петербурга «Пушкинский лицей». Отдельные показательные «Уроки трезвости» проводятся и в других средних и высших образовательных учреждениях города.

Сотрудники МИРВЧ проводят регулярные встречи и беседы во многих организациях Санкт-Петербурга от научно-исследовательских институтов системы Ленинградского научного центра РАН до изолятора временного содержания заключенных «Кресты», от фабрик и заводов до элитарных клубов.

Наиболее широкую аудиторию собирают регулярные выступления специалистов института в прямых эфирах «Радио России», в передачах «Диалоги о здоровье нации», «Пулковский меридиан», «Спасательный круг», «Точка опоры» и многих других радио- и телевизионных проектах.

Опыт института широко обобщается и пропагандируется в периодической печати и в издаваемых монографиях и учебно-методических пособиях (некоторые опубликованные научно-методические издания МИРВЧ представлены в списке литературы).

В институте организован постоянно действующий международный семинар «Актуальные проблемы профилактики и лечения алкоголизма и наркоманий», который в течение 20 лет ежегодно проводится совместно со специалистами Литвы и Беларуси.

МИРВЧ является учредителем и издателем всероссийского научно-практического журнала «Вестник психотерапии» (издается с 1991 г.), зарегистрированного Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций, в котором публикуются статьи по медицинским, биологическим, психологическим, социологическим, религиоведческим и другим смежным наукам в области психотерапии, коррекционной психологии и психоанализа. Журнал является научным рецензируемым журналом, имеет свидетельство о перерегистрации средства массовой информации ПИ № ФС77-34066 от 7 ноября 2008 г., выданное Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций.

По благословению архипастырей Русской Православной Церкви, приснопамятных Митрополита Санкт-Петербургского и Ладожского Иоанна, Архиепископа Пермского и Соликамского Афанасия и ныне здравствующего Митрополита Санкт-Петербургского и Ладожского Владимира, в институте издается и уже выдержал пять изданий сборник научно-практических материалов «Исцеление словом», в котором освещается деятельность Александро-Невского братства трезвости, других религиозных и

общественных организаций, участвующих в международном, на территории бывшего СССР, трезвенническом движении, а также подвижническая работа врачей и психологов МИРВЧ по пропаганде трезвого и здорового образа жизни. В сборнике неоднократно были представлены статьи, отражающие историю борьбы с пьянством в дореволюционной России и биографические очерки о выдающихся борцах за народную трезвость.

Сегодня в институте ведется обширная научно-практическая деятельность по дальнейшему совершенствованию оказания квалифицированной и специализированной наркологической и психотерапевтической медицинской помощи больным людям. Осуществляется постоянная работа по анализу лечебной деятельности и повышению ее эффективности. Результаты данной научной работы опубликованы в ведущих рецензируемых журналах, как в нашей стране, так и за рубежом. На базе МИРВЧ многократно проводились международные и всероссийские конференции и съезды, материалы которых опубликованы в соответствующих сборниках.

За 20 лет существования МИРВЧ его врачами и психологами подготовлены и успешно защищены три диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук и восемь диссертаций на соискание ученой степени кандидатов медицинских и психологических наук. В настоящее время готовятся к защите две докторские и пять кандидатских диссертаций.

Многолетняя деятельность Международного института резервных возможностей человека получила общественное признание и высокую оценку. О МИРВЧ многократно писали в периодической прессе. О его сотрудниках выпущено много телевизионных передач и созданы фильмы: «Возрадуйся», «Доктор Григорьев», «Перекресток» и др.

Метод духовно ориентированной психотерапии и психокоррекции на православной основе в форме целебного зарока сформировался в процессе интеграции разработанной нами прежде методики массовой эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии с православной психотерапией.

Метод положительно зарекомендовал себя в период с марта 1994 г. по настоящее время достаточно высокой эффективностью при лечении наркомании, алкоголизма, никотинизма, игромании, чревоугодия и иных болезненных влечений, приводящих человека к развитию патологических зависимостей.

Сотрудниками института было убедительно доказано, что социально сохранившиеся больные, добровольно обратившиеся за анонимной медицинской помощью, могут довольно успешно справляться со своим недугом. Об этом говорят результаты. До 72 % больных алкоголизмом, пролеченных методом духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока на православной основе, сохранили состояние ремиссии в течение первого года, до 51 % больных общей группы сохранили трехлет-

нюю ремиссию, до 47 % – пятилетнюю, а до 30 % – десять лет и более. Продолжительность ремиссии у 33 % пролеченных героиновых наркоманов – год и более. До 42 % больных никотинизмом и до 43 % больных игроманией сохраняют ремиссию год и более.

Необходимо отметить, что частота пятилетних ремиссий в группе больных, давших двойной зарок (медицинский и церковный) достоверно ($p < 0,05$) выше, чем в группе больных, давших только медицинский (лечебный) зарок. Таким образом, совместная работа врачей и священников существенно повышает эффективность лечения пациентов с патологическими зависимостями.

Методология духовно ориентированной психотерапии и психокоррекции на православной основе в форме целебного зарока включает данные естественнонаучного и вненаучного познания: клинические симптомы зависимостей и обыденный здравый смысл, богословскую экзегезу и философскую рефлексию, духовный опыт и этические нормы христианства. Рациональность и медицинский прагматизм в данном методе гармонично сочетаются с мистическим учением Церкви. При этом естественно и органически успешно устраняется искусственно создававшееся до сих пор неприятие психотерапии одновременно как медицинской науки и как искусства врачевания. Доступное для восприятия пациентов вербальное изложение научно-медицинской и духовно-религиозной информации, а также фабулы строго продуманного многоэтапного лечения обеспечивают высокое качество психотерапевтических результатов.

В научной литературе этот метод первоначально назывался методом лечебного зарока, отражая лишь финальный этап комплексного психотерапевтического процесса, не раскрывая его важной отличительной особенности – обращенности к духовному началу в человеке.

После медицинских и богословских научных исследований, проведенных коллективом МИРВЧ, был сформулирован ряд концептуальных положений, определивших основу теории и практики метода духовно ориентированной психотерапии и психокоррекции на православной основе в форме целебного зарока:

1) между естественно-научными и церковно-антропологическими категориями и понятиями устанавливаются прямые и опосредованные аналогии;

2) интерпретация психотерапевтического процесса, его стратегий и анализ результатов проводится как на современной научно-методологической платформе, так и на основе древнейшего аскетического и патристического опытного знания;

3) природа и состав человека соотносятся как с медицинскими представлениями, так и с эмпирическими данными христианской антропологии;

4) этиология и патогенез болезненных влечений рассматриваются не только с позиций научно-медицинских знаний, но и с учетом аскетического опыта борьбы со страстями;

5) межличностная коммуникация и процесс оказания помощи больным строится не только по медицинским правилам, но и в соответствии с правилами духовно полезной беседы.

Метод является духовно ориентированной психотерапией и психокоррекцией не только потому, что имеет прочный фундамент в религиозно-культурной традиции, но и потому, что обращен к духовному началу в человеке, т. е. к тому, что выше психики, изучаемой и врачующей естественно-научной медициной. Подобная психотерапия является не просто безмедикаментозным вербальным лечением, ориентированным только на психофизического человека, его ум, волю и совесть, но прежде всего она направлена на невидимые и анатомически не локализованные в человеке «органы» – дух и душу.

В данной концепции все болезненные влечения рассматриваются прежде всего как имеющие духовную обусловленность, а органические психосоматические поражения и функциональные расстройства зачастую являются следствиями духовного поражения. Этиология и патогенез патологических зависимостей, рассматриваемых как страсти, гораздо проникновеннее и ближе к их первопричине, чем в медицинской модели. Неизлечимость болезненных влечений современными медицинскими методами (зачастую позволяющими достичь лишь кратковременной ремиссии) обусловлена, главным образом, тем, что основная цель современной наркологии – преодоление физической и психической зависимостей от психоактивных веществ. Духовная же зависимость до настоящего времени в медицинскую модель не включается, врачами психиатрами-наркологами в расчет не принимается и потому остается неизцеленной.

Обращение к внутреннему человеку в психотерапевтическом попечении при методе духовно ориентированной психотерапии и психокоррекции на православной основе в форме целебного зарока – это попытка осознания (путем смирения и покаяния) и исцеления (Божией благодатью) не только видимых врачу отдельных симптомов болезни (психической и физической зависимости), но и скрытых от современной медицины коренных причин грехопадения в болезнь (духовной зависимости от психоактивных веществ), что принципиально отличает метод от всевозможных направлений и методов материалистической психотерапии, отрицающих главенствующее положение духовно-душевного над психосоматическим.

Согласно святоотеческому преданию, изложенному в «Добротолубии», существуют несколько стадий формирования страсти как духовной зависимости, различающихся по глубине воздействия на душу «духов зло-

бы поднебесной». 1-я стадия – стадия прилогов, т. е. посылаемых человеку внешних навязчивых мыслей, возгревающих болезненное влечение (что житейски определяется как «мысли лезут в голову»). На примере опыта святых подвижников духовно ориентированная психотерапия и психокоррекция на православной основе в форме целебного зарока учит человека распознавать эти мысли и бороться с ними, ни в коем случае не принимая их за свои, что достигается воссозданием в сознании добрых помыслов, а также духовным бодрствованием и сердечной молитвой.

Если человек проявляет легкомыслие и не придает значения подобным навязчивым мыслям, то он, сам того не желая, внутренне с ними «сочетается» – и это 2-я стадия формирования страсти, стадия сочетания.

Если сочетавшемуся с болезненным влечением человеку не оказать своевременной духовной, психотерапевтической и врачебной помощи, то навязчивые мысли станут сначала доминирующими, а потом сверхценными (человек впадает в состояние «прелести»), и вскоре все его интересы и помыслы сосредотачиваются на путях и способах удовлетворения своей страсти. Тогда возникает 3-я стадия – стадия пленения, которая при продолжающемся личном несопротивлении «духам злобы поднебесной» неизбежно перейдет в заключительную, 4-ю стадию – стадию рабства (бесоудержимости).

Метод имеет опытно сформировавшуюся и строго продуманную последовательную структуру: он сочетает этапы групповой и индивидуальной духовно ориентированной психотерапии и психокоррекции на православной основе. В рамках этих организационных форм выделяются этапы доврачебной (непосредственно при обращении), врачебной и церковной помощи.

Важнейшие отличия духовно ориентированной психотерапии и психокоррекции на православной основе в форме целебного зарока от массовой эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии – это дальнейшее углубленное осознание понятия духовной зависимости, выработка правил и практических приемов духовной безопасности (в первую очередь, борьба с мыслями), интуитивно соборно развиваемых верующими врачами-специалистами под духовным окормлением Церкви. Кроме того, мы хотели подчеркнуть в новом названии метода его более глубокую, постоянно возрастающую духовную ориентацию по мере дальнейшего духовного роста и личного воцерковления врачей и психологов МИРВЧ, а также обязательное разделение медицинской и церковной частей лечения (по благословению Церкви) при полномправном сотрудничестве медицины и Церкви, основанном на взаимном профессиональном уважении.

Если при проведении эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии (в период с 1991 по 1994 г.) понятие духовной зависимости лишь

интуитивно нащупывалось, а священник принимал непосредственное участие в структуре психотерапевтического сеанса с проповедью и молебном, то с начала введения в 1994 г. нового метода и по настоящее время медицинское лечение проводится отдельно от церковного. Духовная зависимость рассматривается при этом как снижение личной способности самого человека бороться с внешними навязчивыми мыслями, а также различать добро и зло в их евангельском понимании.

Сегодня часть больных, проходящих лечение в МИРВЧ, дает только медицинский (лечебный) зарок. Другие же после медицинского лечения решают пойти в храм. Там они участвуют в Божественной Литургии, где во время Таинства Покаяния, при свидетельстве и разрешительной молитве священника перед Крестом и Евангелием, осознав недостаточность только психотерапевтического лечения, дополнительно приносят и церковный (целебный) зарок Богу. По своему желанию люди могут давать медицинский и церковный зарок как вместе, так и порознь.

К сожалению, в современной России утрачены многие социальные и общественные ценности, нет общей, понятной всем, идеи общественного развития государства в целом и отдельной личности в частности, поэтому возникают гедонистские настроения: стремление без труда получить «все, сразу и сейчас». Душа человека опустошена, и, по нашему мнению, именно вера в высшее духовное начало – в Бога – призвана исцелить и спасти душу, оказать ей поддержку, раскрыть истинный смысл жизни и заполнить образовавшийся ныне духовный вакуум, погружающий душу в адскую бездну отрицательных духовных состояний (в том числе и депрессий).

Несомненно, метод духовно ориентированной психотерапии и психокоррекции на православной основе в форме целебного зорка, построенный на фундаменте массовой эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии, сохраняет ее важнейшие принципы краткосрочности и экономичности. Сегодня эти концепции достаточно популярны и активно развиваются современным психотерапевтическим сообществом.

По данным центра информации МИРВЧ, эффективность лечения патологических зависимостей нашим методом не только не снижается, но наоборот, повышается приблизительно на 10–15 % по сравнению с эффективностью стрессопсихотерапии по А.Р. Довженко. Метод является поистине народным методом лечения, доступным для самых широких и беднейших слоев общества, при том что массы, по мнению выдающегося немецкого философа и политика середины XX в. К. Ясперса, становятся народом лишь тогда, когда обретают единую веру. Без веры люди остаются лишь неорганизованной человеческой толпой или же превращаются в организованных зрителей.

Корректировка отдельных этапов и элементов лечебного сеанса постоянно проводилась под пристальным духовным руководством настоятеля Спасо-Парголово́вской церкви Санкт-Петербургской епархии кандидата богословия, митрофорного протоиерея Василия Лесняка, при архипастырском окормлении приснопамятного Владыки Иоанна (Снычева). После кончины отца Василия 6 мая 1995 г. настоятелем храма был назначен его друг и однокурсник по Духовной академии кандидат богословия, митрофорный протоиерей Михаил Сечейко. Отец Михаил продолжил духовное окормление сотрудников МИРВЧ и Александро-Невского общества трезвости вплоть до 2003 г.

По благословению ныне здравствующего Владыки Владимира (Котлярова), Митрополита Санкт-Петербургского и Ладожского, работа сотрудников МИРВЧ была перенесена в Собор Феодоровской иконы Божией Матери, под руководство настоятеля собора кандидата богословия, протоиерея Александра Сорокина и благочинного Центрального округа, секретаря Епархиального совета, профессора, митрофорного протоиерея Владимира Сорокина.

Все это время по благословению Высокопреосвященнейшего Димитрия, Архиепископа Витебского и Оршанского духовное окормление МИРВЧ в Белоруссии осуществлял кандидат богословия, митрофорный протоиерей Михаил Уляхин. Указанные выше духовные отцы явились полноправными и активными соработниками в создании метода, ведь именно под их духовным окормлением проходило становление нового психотерапевтического направления.

В настоящее время организационная структура метода духовно ориентированной психотерапии и психокоррекции на православной основе в форме целебного зарока при лечении патологических зависимостей от алкоголя, курения, наркотиков, азартных игр и чревоугодия выглядит следующим образом:

1) предварительный индивидуальный врачебный прием и медицинская подготовка больных к лечению, в том числе и в специализированной наркологической клинике (по показаниям);

2) огласительная беседа врача-психотерапевта как научно-медицински обоснованная, так и духовно полезная, с предложением преодолеть болезненные влечения путем смирения, покаяния и обращения к Богу за помощью;

3) совместная молитва врачей и больных и добровольное принятие общего медицинского (лечебного) зарока;

4) индивидуальный прием пациентов – прием врачами индивидуального медицинского (лечебного) зарока;

5) участие в Божественной Литургии в часовне Святых Новомучеников и Исповедников Российских при соборе Феодоровской иконы Божией Матери всех пациентов, пожелавших принять церковный (целебный) зарок;

6) чин исповеди и проповедь перед Божественной Литургией;

7) индивидуальная исповедь и принятие индивидуального церковного (целебного) зорка перед Крестом и Евангелием;

8) врачебная проповедь после чтения Евангелия на Литургии в храме с произнесением текста общего церковного (целебного) зорка с амвона лечащим врачом, повторяемого с больными;

9) причащение на Божественной Литургии пациентов, готовившихся к этому Таинству;

10) молебен Александрo-Невского братства трезвости;

11) последующее врачебное психотерапевтическое реабилитационное сопровождение, включающее при необходимости и направление в реабилитационные центры;

12) дальнейшее воцерковление и регулярные (не реже одного раза в месяц) посещения пациентами храма для участия в Божественной Литургии.

Индивидуальный прием психотерапевтом проводится по мере необходимости: при первичном обращении, после беседы-сеанса и в дальнейшем при появлении любых жалоб пациента на здоровье.

Таким образом, выросший из практики массовой эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии метод духовно ориентированной психотерапии и психокоррекции на православной основе в форме целебного зорка – интуитивно соборно развиваемый (верующими врачами-специалистами под духовным окормлением Церкви), комплексный многоэтапный (разделенный на медицинскую и церковную части), как разъясняющий (катехизаторский), так и убеждающий (собственно лечебный), эмоционально-стрессовый психотерапевтический метод лечения патологических зависимостей (по святоотеческому определению, разновидностей страсти чревоугодия), ориентированный не только на психосоматическое лечение (тела и души), но и на духовное исцеление (духа, души и тела).

Стрессорность духовного воздействия являет собой понуждение души на избавление от греховных немощей, направляет ее путь в Царство Небесное, *«ибо Царство Небесное силою берется и употребляющие усилие восхищают его»* (Мф. 14: 12).

Стрессорность же психотерапевтического воздействия достигается при этом максимальной мобилизацией воли пациентов и их активным участием в собственном исцелении (вследствие нужды), что происходит путем:

- сосредоточения их внимания на словах врача (смирением);

- формирования у пациента искреннего желания лечиться и изменить свой ум свою судьбу (покаянием);

- снятия наркотической анозогнозии (смирением восстановлением самокритики и чувства Божественной реальности);
- совместной молитвы врачей и больных;
- чтения Святого Евангелия;
- торжественного произнесения зарока перед Крестом и Евангелием;
- окропления пациентов святой водой, освященной в Церкви;
- хиротесии (возложения рук врача на голову больного с произнесением молитвы о его исцелении);
- елеопомазания (крестообразного помазания елеем, освященного в Церкви, органов чувств больного как окон его души);
- воцерковления (пациентов, которые после лечения у врача добровольно пришли в храм для совершения Церковных Таинств).

Механизм нейро- и психофизиологического исцеляющего воздействия данного психотерапевтического комплекса в сочетании с совершением Церковных Таинств в храме Божиим (Крещения, Миропомазания, Причащения, Покаяния, Елеосвящения) избирательно направлен на преодоление духовной зависимости (главного патогенетического звена чревоугодия – фундамента всех патологических зависимостей) и, как следствие этого, на одновременное освобождение от психической и физической зависимостей.

Не отрицая важнейшей роли внушения (как положительного, так и отрицательного) в личной и общественной жизни человека, врач, проводящий духовно ориентированную психотерапию и психокоррекцию на православной основе, искренне стремится максимально (насколько это возможно) уменьшить свое личностное (авторитетное) влияние на больного. Ведь Господь сказал: «...сила Моя совершается в немощи» (2 Кор. 12: 9). И там, где умалется и смиряется человек, – возвеличивается Бог.

Человеческое внушение (даже самое сильное и эффективное) в лучшем случае дает лишь временный результат, и это время освобождения от болезни следует максимально использовать для примирения человека с Богом. Если же этого не произойдет, однажды «вылечившийся» у врача пьяница встретит бывших собутыльников и те проведут ему свое разрушительно-эффективное «контрвнушение», направленное на неизбежное возобновление выпивки... А посему следует помнить: *«Не обманывайтесь: худые сообщества развращают добрые нравы. Отрезвитесь как должно, и не грешите: ибо, к стыду вашему скажу, некоторые из вас не знают Бога»* (1 Кор. 15: 33–34). Но лишь тогда битва со змием станет эффективной, когда отрезвет и само войско: врачи, учителя и священники.

Святой Ефрем Сирин говорил, что пост и молитва – два крыла, помогающие человеку воспарить к Богу. Перефразируя высказывание великого подвижника православия, сегодня мы полагаем, что врач и священник – два крыла, помогающие больному подняться из зловонной пучины

зависимостей. Пожалуй, в этом подходе и состоит основное качественное (коренное) отличие духовно ориентированной психотерапии и психокоррекции на православной основе в форме целебного зарока от существующих ныне современных методов лечения патологических зависимостей.

Таким образом, врач-психотерапевт, проводящий духовно-ориентированную психотерапию и психокоррекцию патологических зависимостей на православной основе, для достижения исцеления больного человека должен иметь веру, надежду и любовь; верить в результаты своей работы, в эффективную помощь больному; явить собой личный пример абсолютной трезвости, тем самым дав страждущему надежду на возможную трезвую и счастливую жизнь; но главное, несомненно, – любить человека, сострадать и сопереживать болящему, всеми силами души ощутить людскую боль и даже иногда взять ее на себя. И такого врача, имеющего дар сострадания и духовного сопереживания, по праву нарекут человеколюбцем и целителем. И люди скажут: «У него бесценный Божий дар, которому невозможно научиться».

Метод духовно ориентированной психотерапии и психокоррекции на православной основе в форме целебного зарока (включая все его модификации) внедрен и применяется в течение уже почти 20 лет (с 15 декабря 1988 г.) на базе МИРВЧ и Александро-Невского братства трезвости в Санкт-Петербурге, а также в его представительствах в Ленинградской, Псковской, Калининградской и других областях и филиалах: в Литве и Белоруссии.

Литература

Монографии и учебно-методические издания

1. *Бажин А.А.* Клинические аспекты психопатологии, психофармакологии и эмоционально-эстетической психотерапии : монография / А.А. Бажин, Г.И. Григорьев, А.И. Еремеев. – СПб. : ВМедА., 1999. – 182 с.

2. *Григорьев Г.И.* Духовно ориентированная психотерапия в форме целебного зарока: теоретические основы, организационная структура и информационно-аналитическое обеспечение : монография / Г.И. Григорьев, Р.В. Мизерене, Е.А. Мильчакова. – СПб. : МИРВЧ–ВМедА, 2004. – 150 с.

3. *Григорьев Г.И.* Духовно ориентированная психотерапия и психокоррекция патологических зависимостей на православной основе : учебное пособие / Г.И. Григорьев ; Под ред. А.А. Александрова // Психодиагностика и психокоррекция. – СПб. : Питер, 2008. – 380 с.

4. *Григорьев Г.И.* Кризисно-реабилитационная помощь (методом эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии) при героиновой наркомании: концепция, принципы, эффективность и механизмы воздейст-

вия : монография / Г.И. Григорьев, А.М. Никифоров, В.Ю. Рыбников. – СПб. : МИРВЧ–ВЦЭРМ–ВМедА, 2003. – 150 с.

5. *Григорьев Г.И.* Кризисно-реабилитационная помощь при героиневой наркомании: эмоционально-эстетическая стрессовая психотерапия : метод. пособие для врачей психотерапевтов / Г.И. Григорьев. – СПб. : МИРВЧ–ВМедА, 2002. – 50 с.

6. *Григорьев Г.И.* Организационно-методические и аналитические основы кризисной медико-психологической помощи лицам с наркотической зависимостью на основе метода эмоционально-эстетической психотерапии : учеб.-метод. пособие / Г.И. Григорьев, С.Г. Григорьев, А.И. Слатвицкий, Н.В. Советная, Л.П. Кузнецов, К. Алуза. – СПб.: МИРВЧ–ВМедА, 2003. – 65 с.

7. *Григорьев Г.И.* Организация и содержание духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей: учебное пособие / Г.И. Григорьев, С.Г. Григорьев, Кузнецов Л.П. [и др.] ; Под ред. Г.И. Григорьева. – СПб. : СПбМАПО–ВМедА–МИРВЧ, 2007. – 280 с.

8. *Григорьев Г.И.* Становление и организация духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей: учебное пособие. Вып. II. / Г.И. Григорьев, С.Г. Григорьев, В.Ф. Зверев [и др.] ; под. ред. проф. Г.И. Григорьева. – СПб. : СПбМАПО–ВМедА–МИРВЧ, 2007. – 297 с.

9. *Григорьев С.Г.* Многомерные математико-статистические модели классификации в медицине : учеб. пособие / В.В. Иванов, Р.В. Мизерене, М.В. Резванцев, В.В. Ващенко, Н.Н. Зубов, В.И. Юнкеров. – СПб. : ВМедА, 2005. – 142 с.

10. *Духовно* ориентированная психотерапия патологических зависимостей / Под ред. проф. Г.И. Григорьева. – СПб. : НИЦ ВМА, 2008. – 504 с.

11. *Рыбников В.Ю.* Методы оценки психологического состояния лиц с наркотической (героиневой) зависимостью : учеб.-метод. пособие / В.Ю. Рыбников, Г.И. Григорьев, С.В. Мизерас, В.А. Мильчакова, Е.А. Мильчакова, О.С. Карева. – СПб. : МИРВЧ : ВМедА, 2003. – 50 с.

Авторефераты диссертаций

1. *Болт В.В.* Оценка кризисно-реабилитационной помощи в форме стрессовой психотерапии и прогноз длительности ремиссии при патологических зависимостях : автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.В. Болт. – СПб., 2004. – 21 с.

2. *Григорьев Г.И.* Лечение хронического алкоголизма методом массовой эмоционально-эстетической психотерапии (разработка метода и оценка его эффективности) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Г.И. Григорьев. – СПб., 1993. – 26 с.

3. *Григорьев Г.И.* Кризисно-реабилитационная помощь при наркоманиях на основе стрессовой психотерапии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Г.И. Григорьев. – СПб., 2004. – 47 с.

4. *Григорьев С.Г.* Многомерное математико-статистическое моделирование сложных медицинских систем: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / С.Г. Григорьев. – СПб., 2003. – 42 с.

5. *Кузнецов О.Н.* Психология и психопатология адаптации к непривычным условиям существования (клинико-психопатологическая оценка, патогенез, профилактика, психотерапия) : дис. в виде науч. доклада ... д-ра мед. наук / О.Н. Кузнецов. – СПб., 1995. – 56 с.

6. *Мизерас С.В.* Кризисно-реабилитационная психологическая помощь при героиневой наркомании на основе метода эмоционально-эстетической психотерапии : автореф. дис. ... канд. психол. наук / С.В. Мизерас. – СПб., 2002. – 23 с.

7. *Мизерене Р.В.* Оценка и прогноз длительности ремиссии при лечении алкоголизма методом эмоционально-эстетической психотерапии : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Р.В. Мизерене. – СПб., 2000. – 24 с.

8. *Мильчакова В.А.* Психологический статус героиневых наркоманов в динамике годовой ремиссии при оказании кризисно-реабилитационной помощи методом стрессовой психотерапии : автореф. дис. ... канд. психол. наук / В.А. Мильчакова. – СПб., 2004. – 24 с.

9. *Мильчакова Е.А.* Психологические особенности наркоманов с различным стажем героиневой зависимости при оказании кризисно-реабилитационной помощи с использованием эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Е.А. Мильчакова. – СПб., 2003. – 23 с.

10. *Советная Н.В.* Кризисно-реабилитационная психологическая помощь при игровой зависимости на основе духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зорка : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Н.В. Советная. – СПб., 2008. – 21 с.

11. *Цветкова Т.Н.* Психологические механизмы духовно ориентированной психотерапии и ее эффективность в системе кризисно реабилитационной помощи при алкогольной зависимости : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Т.Н. Цветкова. – СПб., 2008. – 22 с.

ОСОБЕННОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И НАРКОТИКОВ ШКОЛЬНИКАМИ И СТУДЕНТАМИ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Поморский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Архангельск

Данные медицинской статистики свидетельствуют об ухудшении состояния здоровья населения нашей страны и, в частности, состояния здоровья подрастающего поколения [6]. В большинстве стран мира, в том числе и в России, отмечается рост употребления психоактивных веществ (ПАВ) подростками и молодежью, что создает серьезную угрозу для их здоровья и жизни. Особую тревогу вызывает употребление ПАВ школьниками и студентами средних профессиональных учреждений (сузов) и вузов.

Изучение распространенности употребления алкоголя, табака, наркотиков и летучих растворителей в образовательной среде является межведомственной проблемой правоохранительных органов, системы здравоохранения и образования, общественных организаций и государственных структур власти.

Официальная статистика, предоставляемая правоохранительными органами и наркологической службой, не отражает реального положения вещей, т. к. в наркологические учреждения города и области в основном обращаются лица с уже сформировавшейся физической зависимостью от ПАВ, поэтому отдельные исследователи, государственные структуры и общественные организации не владеют в полной мере необходимой информацией о распространенности употребления ПАВ в образовательной среде.

Известно, что психоактивное вещество способно вызвать желательные, с точки зрения потребителя, психотропные эффекты, а при систематическом употреблении привести к психической и физической зависимости [11]. Другие авторы определяют «психоактивное вещество» как вещество, оказывающее особое действие на центральную нервную систему и психику в целом и способное вызвать галлюцинацию, эйфорию, оказать успокаивающее или же возбуждающее действие [1]. По мнению некоторых исследователей, любой психотропный препарат, влияющий на психику, является психоактивным [14]. Таким образом, ПАВ – собирательное понятие. К ПАВ относят средства бытового и технического назначения, наркотики, алкоголь, никотин, опиоиды, каннабиоиды, снотворные и седативные вещества, галлюциногены, летучие растворители и др. По данным зару-

бежных и отечественных авторов, ПАВ называют также летучими наркотически действующими веществами – ЛНДВ [2, 9].

Согласно многочисленным исследованиям, проведенным в нашей стране и за рубежом, в последние годы отмечается рост употребления нескольких ПАВ одновременно или поочередно при сокращении употребления какого-либо одного ПАВ [8, 15].

Проблема алкоголизма в настоящее время является актуальной во многих странах мира и включает в себя не только медицинский, но социальный и юридический аспекты [10, 19]. Параллельно с ростом употребления алкогольных изделий взрослыми растут пьянство и алкоголизм в подростковом возрасте, что вызывает особое беспокойство [17]. По результатам исследования, проведенного Центром мониторинга в 1999 г. среди детей и подростков, установлено: в среднем 77,3 % мальчиков и 84,1 % девочек употребляют алкогольные напитки [16]. По данным Е.А. Кошкиной, в Архангельской области за период с 1991 по 2000 г. возросло число подростков, больных алкоголизмом (до 35,1 на 100 тыс. населения), что превышает данный показатель по Российской Федерации в 3,2 раза [5]. У большинства подростков первое употребление алкоголя происходило в возрасте 13–15 лет [4, 18].

В настоящее время отмечается высокий уровень потребления алкоголя, что служит причиной преждевременной гибели десятков тысяч россиян. Алкоголь является вполне узаконенным наркотиком, причем доступным в любое время суток. Конечно же, употреблять алкоголь или нет – это личное дело каждого, но, к сожалению, все большее количество подростков и молодых людей употребляют этот наркотик, причем мозг молодых более уязвим к воздействию алкоголя, чем у взрослых.

В последнее время остро стоит вопрос о женском алкоголизме, т. к. все большее количество девочек и девушек употребляет алкогольные изделия. Особенностью современности является отчетливая тенденция, характеризующая наркологическую ситуацию по стране в целом – стирание половых различий в распространенности употребления алкогольных изделий среди подростков и молодежи. Поэтому проблема ранней алкоголизации и подросткового алкоголизма среди девушек весьма актуальна.

Потребление наркотиков подростками и молодежью нашей страны сопровождается крайне негативными последствиями: генетической, биологической и социальной деградацией личности. Следствием этого пагубного пристрастия является угроза национальной безопасности России. Все это свидетельствует о серьезности создавшейся ситуации и необходимости ее глубокого изучения.

Учитывая то, что алкоголь и ПАВ оказывают серьезное негативное влияние на здоровье подрастающего поколения, сбор соответствующей

информации на регулярной основе поможет непрерывно наблюдать за распространением наркомании и токсикомании и бороться с данным явлением. Основным методом, используемым при изучении различных аспектов общественного здоровья, является статистический метод, основанный на анализе различных официальных и неофициальных программ сбора материала [13].

Понятие «мониторинг» появилось в процессе изучения влияния хозяйственной деятельности человека на окружающую природную среду. Его справедливо называют информационной технологией, требующей высокого профессионализма, особых знаний и профессиональных навыков. Мониторинг позволяет видеть срез какого-либо явления в виде совокупности статистических данных, определяющих тенденцию развития этого явления в настоящий период времени.

Задачей мониторинга является не только установление факта наркопотребления и пассивное наблюдение за сложившейся тревожной обстановкой в образовательной среде, но и разработка предложений по профилактике злоупотреблений психоактивных веществ, внедрение и анализ эффективности целевых профилактических программ [3]. Основным принципом мониторинга – использование единых и обязательных для всех субъектов проведения мониторинга методологических подходов и критериев оценки показателей динамики наркотической ситуации.

Материал и методы исследования

Для реализации программы мониторинга по заданию межведомственной комиссии по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту при администрации Архангельской области разработана Концепция мониторинга наркоситуации, которая была утверждена в 2005 г. Основной целью Концепции является создание системы мониторинга наркотической ситуации в образовательной среде Архангельской области, формирование информационной базы данных на основе учетных документов установленной формы для сохранения, накопления и анализа анкетных данных в электронном виде, получение наиболее полной информации о динамике развития наркоситуации для обоснования приоритетных направлений противодействия распространению наркомании и разработки организационных мероприятий по снижению употребления алкоголя и ПАВ среди учащихся и студентов (подростков и молодежи) на территории области [12].

В качестве основного программного документа разработаны, апробированы и адаптированы анкеты анонимного исследования, разработанные для разных возрастных групп: для учащихся средних классов, для учащихся старших классов и студентов средних и высших учебных заве-

дений Архангельской области. В анкете отражается основная наркологическая, медико-социальная, социально-демографическая информация о респондентах (возраст, пол, образование родителей). В анкетах есть такие вопросы, как оценка внутрисемейных отношений подростков и молодежи, информированность и отношение к проблеме наркотизма и к легализации наркотиков. Сбор и фиксирование данной информации становится доступным для медицинских и педагогических работников различного профиля [12].

В 2005–2006 гг. было проведено социологическое исследование употребления подростками и молодежью алкоголя и ПАВ в школах, сузах и вузах. Объекты обследования были выбраны методом случайного отбора, предполагающего возможность выбора всех единиц генеральной совокупности. Выделены группы подростков и молодежи, употребляющих алкоголь и ПАВ (наркотики, средства бытового и технического назначения, снотворные и седативные вещества, галлюциногены, летучие растворители и др.).

Состав обследованных: учащиеся 9–11 классов общеобразовательных школ, 1–3 курсов сузов, студенты 1–5 курсов вузов. Всего в данной категории подростков и молодежи было опрошено в 2005 г. – 2319 человек, в 2006 г. – 3738 человек. Средний возраст обследованных составил 15,0–15,5 лет – у школьников, 17 лет – у учащихся сузов, 18,5–19,0 лет – у студентов вузов.

Результаты исследования и их анализ

В обследованной возрастной группе становится массовым употребление алкоголя. Среди школьников употребляют алкоголь 48 % мальчиков и 58,5 % девочек в 2005г., в 2006 г. – 53,2 и 63,1 % соответственно. В сузах и вузах в 2005 г. употребляли алкоголь 84 % юношей и 88 % девушек, в 2006 г. – соответственно 77 и 81–82 % (рис. 1, 2). Средний возраст начала употребления алкоголя мальчиками и девочками составляет 13–15 лет.

В результате проведенного исследования выявлено снижение употребления алкоголя подростками и молодежью во всех образовательных учреждениях в 2006 г. по сравнению с 2005 г. Однако количество девочек, употребляющих алкоголь, остается выше по сравнению с мальчиками во всех учебных заведениях. Массивная алкоголизация девочек и девушек крайне неблагоприятна в плане возможного дальнейшего формирования алкогольной зависимости.

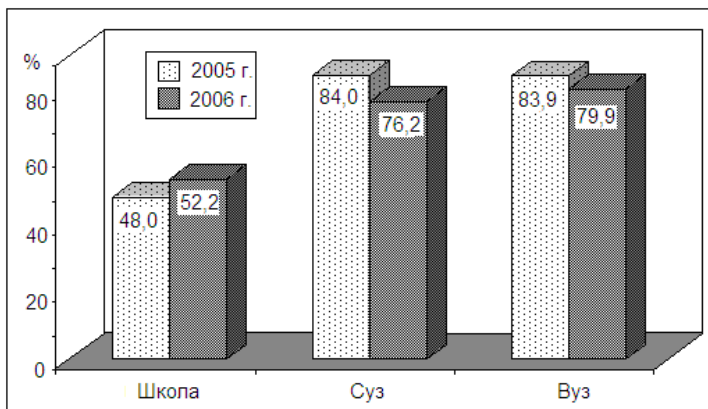


Рис. 1. Употребление алкоголя мальчиками в 2005–2006 гг. (%)

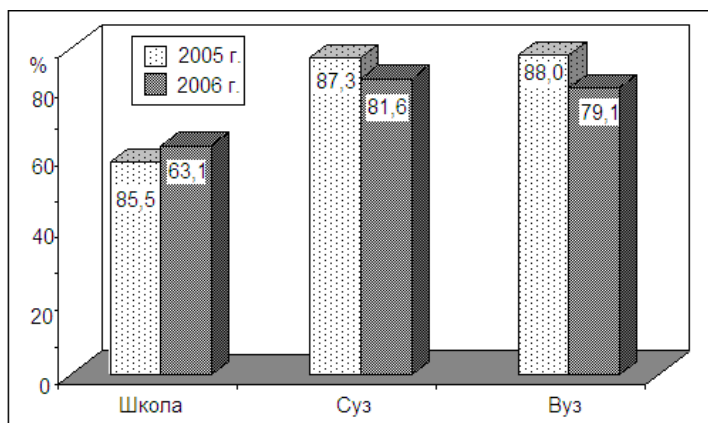


Рис. 2. Употребление алкоголя девочками в 2005–2006 гг. (%)

Результаты исследования свидетельствуют о том, что модели употребляемых алкогольных изделий разнообразны. Большой удельный вес имеет группа подростков и молодежи, употребляющих несколько видов алкогольных изделий (рис. 3, 4).

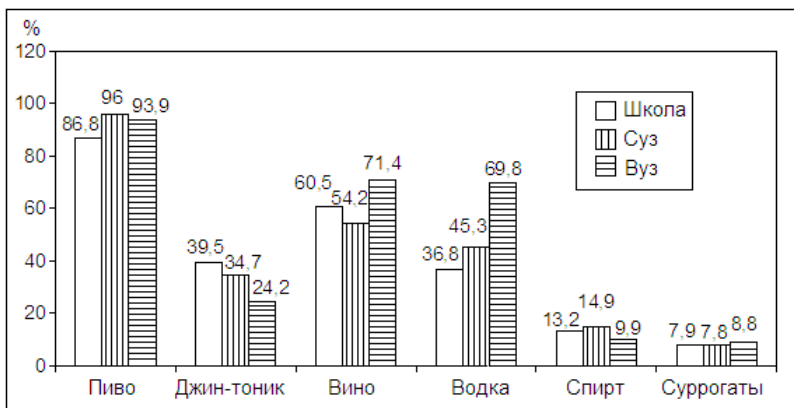


Рис. 3. Структура потребления алкогольных изделий мальчиками в 2005 г. (%)

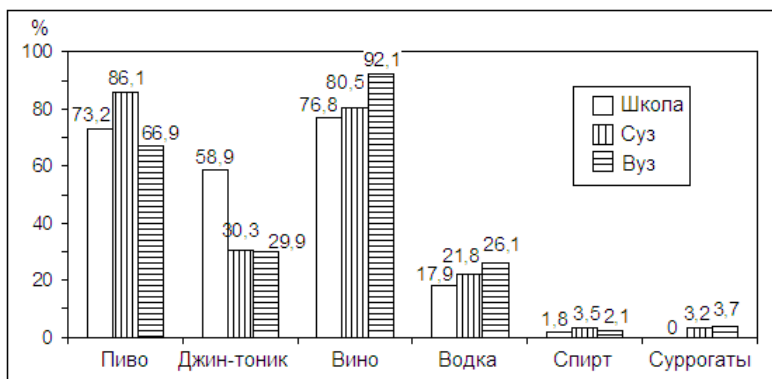


Рис. 4. Структура потребления алкогольных изделий девочками в 2005 г. (%)

Выявлено, что у мальчиков на 1-м месте стоит употребление пива (90,5 %), на 2-м месте – вино (52,7 %) и на 3-м месте – джин-тоник (44,6 %). 61,3 % девочек предпочитают употреблять и вино, и джин-тоник.

В сузах мальчики также предпочитают пиво – 96,0 %, на 2-м месте стоит вино (54,2 %), на 3-м месте – водка (45,3 %). Девочки отметили, что большинство из них предпочитают пиво (86,1 %), на 2-м месте по распространенности стоит вино (80,5 %), на 3-м месте – джин-тоник (30,3 %).

Большинство студентов вузов предпочитают употреблять пиво (93,9 %), на 2-м месте по распространенности стоит вино (71,4 %), на 3-м месте –

водка (69,8 %). Студентки вузов на 1-м месте отметили вино (92,1 %), на 2-м месте – пиво (66,9 %), на 3-м месте – джин-тоник (29,9 %).

Таким образом, 1-е ранговое место у большинства мальчиков всех учебных заведений занимает наиболее любимый подростками и молодежью напиток – пиво, причем некрепкое (у 86–96 % лиц), девочки отметили предпочтение употребления пива в сузах и вузах (у 66–86% лиц). Систематическое употребление некрепких спиртных напитков, в частности, вина и шампанского, благодаря своим вкусовым качествам вызывает более быстрое привыкание.

Рассмотрим основные поводы первой пробы алкоголя в 2005 г. (табл. 1, 2). Основной причиной первой пробы алкогольных изделий мальчики всех видов учебных заведений указали «желание»: 45,9–59,9 %. Этот же повод указали школьницы (46,2 %) и девочки, учащиеся сузов (56,1 %). У студентов вузов на 1-м месте стоит причина «за компанию» (53 %) (эту причину все школьники и учащиеся сузов отметили на 2-м месте – 38,4–52,7 %), а студентки вузов начали употреблять алкоголь «по желанию» (48,8 %). На 3-м месте все подростки и молодежь основным поводом первой пробы алкоголя указали причину «для поднятия настроения» (31,1–41,3 %).

Таблица 1

Основные причины первой пробы алкоголя мальчиками в 2005 г. (%)

Причина первой пробы	Школа	СУЗ	ВУЗ
любопытство	13,5	1,9	2,2
за компанию	41,9	38,4	52,7
собственная глупость	9,4	11,8	6,6
проблемы в семье	4	3,3	1,6
проблемы с учебой	2,7	2,1	2,2
влияние взрослых	0	0,9	1,1
для поднятия настроения	31,1	33,5	37,9
по желанию	45,9	46	59,9

Таблица 2
Основные причины первой пробы алкоголя девочками в 2005 г. (%)

Причина первой пробы	Школа	СУЗ	ВУЗ
любопытство	6,4	1,6	2,5
за компанию	43	43,2	53
собственная глупость	16,1	9,4	11,8
проблемы в семье	2,1	6,6	2,3
проблемы с учебой	3,2	3,6	1,6
влияние взрослых	1,1	0,7	0,7
для поднятия настроения	35,5	41,3	38,4
по желанию	46,2	56,1	48,8

Мы видим, что желание пробовать и употреблять алкоголь является основным поводом начала алкоголизации мальчиков и девочек.

Немаловажное значение при изучении распространенности употребления алкогольных изделий имеет такой показатель, как частота употребления алкоголя. Настораживает тот факт, что в школах 12,8 % мальчиков и 10,7 % девочек употребляют алкоголь от 1 до 4 и более раз в неделю, в сузах – 28,6 % мальчиков и 11,2 % девочек, в вузах – 22,6 % юношей и 5,8 % девушек.

Мониторинг наркоситуации, проведенный в образовательной среде, установил актуальность проблемы употребления ПАВ на территории Архангельской области. На рис. 5 показано, что употребление ПАВ в 2005 г. выше среди мальчиков, по сравнению с девочками, во всех учебных заведениях. В школах пробовали однократно или употребляют ПАВ регулярно 9,1 % старшеклассников-мальчиков и 4,4 % девочек, в сузах – 22,0 и 7,7 % соответственно.

На основании проведенного исследования установлено, что группу риска в отношении употребления ПАВ составляют студенты вузов: 34,1 % юношей и 10,4 % девушек употребляют регулярно или пробовали однократно ПАВ.

В 2006 г. ПАВ пробовали однократно или употребляли 8,3 % школьников и 5,7 % школьниц, в сузах соответственно – 15,1 и 6,8 % (рис. 6). По сравнению с 2005 г., в вузах стали меньше употреблять ПАВ студенты (20,2 %) а количество студенток осталось почти на том же уровне (10,6 %). Таким образом, в 2006 г. несколько снизилось количество подростков и молодежи во всех видах учебных заведений, знающих «вкус» ПАВ. Средний возраст приобщения к ПАВ составляет 15–17 лет.

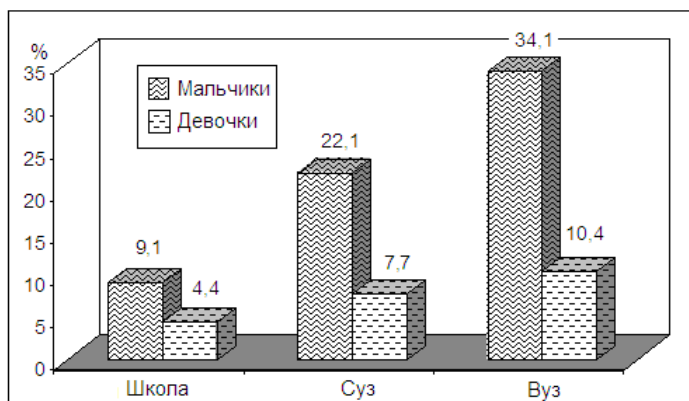


Рис. 5. Распространенность употребления ПАВ среди подростков и молодежи в 2005 г. (%)

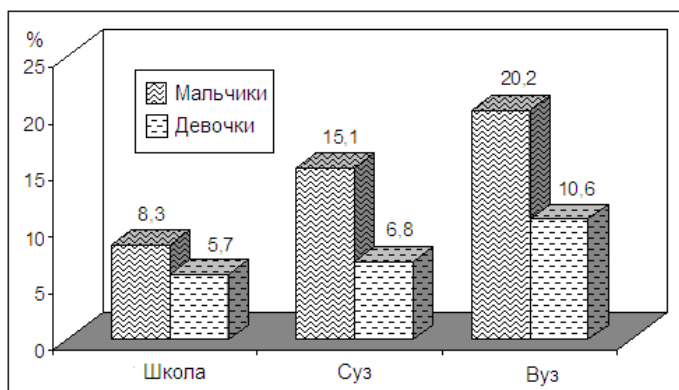


Рис. 6. Распространенность употребления ПАВ среди подростков и молодежи в 2006 г. (%)

Рассмотрим причины 1-й пробы ПАВ в 2006 г. (табл. 3, 4). Все школьники, мальчики и девочки, основным поводом первой пробы ПАВ указали «любопытство» (соответственно 42,8 % и 71,2 %); 2-е ранговое место заняли ответы: «для поднятия настроения» и «за компанию» – у мальчиков (по 33,3 %), у девочек – «за компанию» (28,6 %).

Ученики сузов основным поводом начала употребления ПАВ назвали причину «для поднятия настроения» (37,8 %), на 2-м месте оказалось «любопытство» (35,1 %). Большинство учениц и студенток сузов начали упот-

реблять ПАВ из «любопытства» (67,2 %), 26,2 % девочек – «за компанию». У юношей и девушек, студентов вузов, основным поводом начала употребления ПАВ является «любопытство» (43,2 % и 58,9 % соответственно).

Таблица 3

Основные причины первой пробы ПАВ мальчиками в 2006 г. (%)

Причина первой пробы	Школа	СУЗ	ВУЗ
любопытство	42,8	35,1	43,2
за компанию	21,4	18,9	28,4
собственная глупость	7,1	9	13,5
проблемы в семье	0	2,7	0
проблемы с учебой	0	0,9	0
влияние взрослых	14,3	0,9	1,4
поднятие настроения	21,4	37,8	39,2

Таблица 4

Основные причины первой пробы ПАВ девочками в 2006 г. (%)

Причина первой пробы	Школа	СУЗ	ВУЗ
любопытство	71,2	67,2	58,8
за компанию	28,6	26,2	27,4
собственная глупость	0	19,7	11,8
проблемы в семье	0	4,9	2
проблемы с учебой	0	1,6	0
влияние взрослых	0	1,6	0
поднятие настроения	14,3	24,6	21,6

Таким образом, обращают на себя внимание основные поводы пробы и начала употребления ПАВ подростками и молодежью всех видов учебных заведений (школа, суз, вуз): «любопытство» и «для поднятия настроения».

Для статистического анализа все подростки и молодежь были разделены на группы по видам употребления ПАВ, в результате чего было установлено следующее (см. табл. 5). В группе принимающих ПАВ алкоголь употребляют большее количество школьников, чем среди всех обследованных лиц: по 85,7 % мальчиков и девочек. В сузах эти показатели соответственно равны 93,7 % и 100 %. В вузах употребляют алкоголь 94,6 % мальчиков и 100 % девочек из числа тех, кто пробовал однократно или регулярно принимают ПАВ. Следовательно, употребление алкоголя можно считать одним из факторов риска, приводящих к началу применения ПАВ.

Таблица 5
Распространенность употребления алкоголя и ПАВ
среди молодежи в 2005 г. (%)

	Школа	СУЗ	ВУЗ
Мальчики	88,9	93,7	94,6
Девочки	83,3	100	100

Средний возраст начала употребления алкоголя в данной группе также отличается от возраста первой пробы алкоголя в группе подростков и молодежи, употребляющих алкоголь: мальчики-школьники, знающие «вкус» ПАВ, начали употреблять алкоголь в возрасте 12,4 лет, девочки – в 12 лет. В вузах этот показатель равен 13,6 лет у мальчиков и девочек, в вузах – 14,6 лет у студентов и 13,9 лет у студенток. Следовательно, можно сделать заключение, что средний возраст первой пробы алкоголя у подростков и молодежи, знающих опыт применения ПАВ, несколько ниже, чем первая проба алкоголя в группе, употребляющих ПАВ, и составляет 12,0–14,6 лет.

Заключение

Результаты проведения мониторинга дают не только объективную информацию о состоянии наркологической ситуации в определенном образовательном учреждении и образовательной среде области в целом, но и вскрывают факторы, оказывающие влияние на уровень распространенности употребления ПАВ среди детей, подростков и молодежи.

Основной задачей мониторинга наркоситуации в образовательной среде является своевременное выявление и устранение негативных явлений и факторов, способствующих дальнейшему росту наркопотребления среди мальчиков и девочек, юношей и девушек; сохранение и укрепление здоровья, социальное укрепление общества в целом, что будет способствовать сохранению будущего нашего государства.

На основании проведенного мониторинга в образовательных учреждениях г. Архангельска можно сделать следующие выводы.

1. Установлен высокий процент приобщения подростков и молодежи, мальчиков и девочек, учащихся и студентов школ, средних и высших профессиональных учебных заведений к алкоголю и наркотическими препаратами.

2. Уровень алкоголизации девочек существенно выше, чем у мальчиков, во всех видах учебных образовательных учреждениях.

3. Средний возраст первой пробы алкоголя у подростков и молодежи составляет 13–15 лет.

4. Наибольшее распространение среди данной возрастной группы учащихся и студентов получило пиво: у 90,5–92,8 % мальчиков и у 66,4–86,1 % девочек.

5. Большое количество подростков и молодежи употребляет ПАВ.

6. Средний возраст приобщения к ПАВ составляет 15–17 лет.

7. Первая проба алкоголя в группе подростков и молодежи, употребляющих ПАВ, происходит в возрасте 12,0–12,4 лет.

Литература

1. *Бабаян Э.А.* Наркология / Э.А. Бабаян, М.Х. Гонопольский. – М. : Медицина, 1987. – 336 с.

2. *Егоров А.Ю.* Возрастная наркология / А.Ю. Егоров. – СПб. : Дидактика Плюс ; М. : Ин-т общегуманит. исслед., 2002. – 272 с.

3. *Запорожченко В.Г.* К политике в области алкоголя // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья / В.Г. Запорожченко. – 2001. – № 6. – С. 13–17.

4. *Иванец Н.Н.* Современное состояние проблемы наркомании в России / Н.Н. Иванец, И.П. Анохина, Н.В. Стрелец // Вопр. наркологии. – 1997. – № 3. – С. 3–12

5. *Кошкина Е.А.* Распространенность алкоголизма и наркомании среди населения России / Е.А. Кошкина // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – № 3. – С. 87–89.

6. *Кривошеков С.Г.* Характеристика морфологических особенностей и функционального состояния организма подростков в условиях адаптации к Северу / С.Г. Кривошеков, Н.Н. Гребнева // Физиология человека. – 2000. – № 2. – С. 93–98.

7. *Линский И.В.* Актуальные тенденции распространенности зависимости от психоактивных веществ в Украине / И.В. Линский, А.И. Минко, Э.Б. Первомайский // Наркология. – 2005. – № 4. – С. 12–17.

8. *Милушева Г.А.* О роли микросоциальных факторов в возникновении девиантного поведения у подростков с ранними формами злоупотребления токсикоманическими веществами / Г.А. Милушева, Н.Г. Найденова // Вопр. наркологии. – 1992. – № 3/4. – С. 138–143.

9. *Москвичев В.Г.* Психопатологические и социальные последствия употребления летучих наркотически действующих веществ / В.Г. Москвичев // Наркология. – 2002. – № 12. – С. 42–48.

10. *Наркевич Е.М.* Эпилептиформные пароксизмы у больных алкоголизмом / Е.М. Наркевич // Наркология. – 1999. – № 4. – С. 73–80.

11. *Наркомании у подростков* / В.С. Битенский, Б.Г. Херсонский, С.В. Дворяк, В.А. Глушков. – Киев : Здоровье, 1989. – 216 с.

12. *Научно-методические основы мониторинга наркоситуации в образовательной среде Архангельской области* / М.В. Леонтьева. – Архангельск, 2006. – 40 с. – (Учеб.-метод. пособие).

13. *Общественное здоровье и здравоохранение* : учеб. пособие / под ред. Г.И. Куценко, А.И. Вялкова. – М. : Медицина, 2003. – 495 с.

14. *Пятницкая И.Н.* Наркомании : руководство для врачей / И.Н. Пятницкая. – М. : Медицина, 1994. – 544 с.

15. *Стрелец Н.В.* Психопатологические закономерности формирования полинаркомании / Н.В. Стрелец // *Вопр. наркологии.* – 1992. – № 3/4. – С. 34–38.

16. *Укрепление здоровья детей школьного возраста: план действий по разработке региональных программ в России. Часть I* / И.С. Глазунов, А.К. Демин, Г.Ю. Евстифеева [и др.] // *Профилактика заболеваний и укрепление здоровья.* – 2004. – № 1. – С. 14–20.

17. *Alcohol and drug consumption among students in Pachuca*, Hidalgo / E. Rojas-Guiot, C. Fleiz-Bautista, M.E. Medina-Mora-Icaza [et al.] // *Salud. Publica. Mex.* – 1999. – Vol. 41, N 4. – P. 297–308.

18. *Rasanen P.* Early-onset drunk driving, violent criminality, and mental disorders / P. Rasanen, H. Hakko, M.R. Jarvelin // *Lancet.* – 1999. – Vol. 354, N 192. – P. 1788.

19. *Rehm J.* Patterns of alcohol consumption and social consequences. Results from an 8-year follow-up study in Switzerland / J. Rehm, G. Gmel // *Addiction.* – 1999. – Vol. 94, N 6. – P. 899–912.

ПСИХОТЕРАПИЯ. ДОНОЗОЛОГИЯ.

УДК 159.962.7 : 615.851

С.П. Семёнов

АУТОГЕННОЕ ПЕРЕКЛЮЧЕНИЕ (Autogenic Switching)

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

Аутогенное переключение является частной технологией подхода Role Switching (RS) [21], или просто свитчинга. Его базовая концепция была сформулирована автором настоящей статьи в начале 1980-х гг. в связи с разработкой так называемого *акупунктурного программирования (АП)* [5, 12, 15]. Это лечебный метод, сочетающий мультимодальную психотерапию и акупунктуру, то есть иглоукальвание. Изначально он предназначался для лечения психосоматических заболеваний, но позже стал применяться для оказания психотерапевтической помощи и при других расстройствах, в происхождении которых психологические факторы играют основную или существенную роль.

Поскольку АП включает в себя физическое воздействие на организм, осуществление этого метода предполагает наличие у специалиста квалификации врача. Однако его широкое применение показало, что во многих случаях решение той же задачи может осуществляться и без использования какого-либо медицинского инструментария. При этом дело фактически сводится к психологическому вмешательству. Соответствующая технология сформировалась в форму *аутогенного переключения (АП-2)* (Autogenic Switching, AS) [14]. Сейчас этот метод с успехом используется при нарушениях пищевого поведения, аддикциях наркологического профиля и ряде других психогений. Данная статья предназначена для ознакомления с ним клинических психологов.

Общие понятия Role Switching

Технологически все методики RS исходят из представления о том, что эффективная клиничко-психологическая коммуникация должна опираться на подходящую роль, а радикальное решение патологической или патогенной проблемы, как правило, требует переключения (switching) человека в иное психофизиологическое состояние, которое коммуникативно есть тоже не что иное, как роль. То, какую именно роль следует использо-

вать специалисту и в какую роль должен быть переключён клиент, в каждом конкретном случае определено психогенезом проблемы.

К сожалению, категориальный аппарат психологической теории, положенной в основу RS, весьма сложен, так что представить его сжато можно лишь в виде ряда наиболее важных понятий. А чтобы серьёзно познакомиться с самой этой теорией, следует обратиться к соответствующей монографии [18].

Организм – целеустремлённая система

Со времён Клода Бернара (1878 г.) и Уолтера Кеннона (1929 г.) организм представляется главным образом как система, способная поддерживать постоянство своего состава и строения. И действительно, сформулированное У. Кенноном понятие о гомеостазе [*Cannon W.B. Organization for physiological homeostasis*] – одно из основных для современной физиологии. Однако сейчас уже очевидно, что организм – не просто система, а система целеустремлённая, имеющая определённое предназначение [20]. Это легко понять с позиции эволюционной теории, согласно которой организм любого живого существа – исторический плод «естественного отбора». Как известно, 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, важно обратить внимание на то, что механизм отбора работает в отношении любых полезных свойств и признаков лишь при условии, что особь способна произвести потомков. Поэтому фактически базисной системообразующей функцией организма является репродуктивная. Первым, кто обратил внимание на всю важность такого положения вещей, был З. Фрейд. Созданный им психоанализ, пусть в крайне сексуализированном виде, установил причинную связь между коллизиями эротической (= родовой) самореализации индивида и различными психоневрологическими проблемами.

Генетически детерминированные стадии развития

Для теории и практики RS чрезвычайно важным является факт стадийности развития живых существ, этапности реализации генетической программы. Сам по себе этот факт известен давно. Достаточно напомнить о биогенетическом законе Э. Геккеля. Стадийность развития – один из наиболее фундаментальных законов биологии, значение которого в медицине и психологии пока явно недооценивается. Проиллюстрировать прин-

ципиальную важность этого вопроса можно на примерах развития других живых существ.

Вот первый пример – из энтомологии: насекомое на начальной стадии своего развития – яйцо; на следующей – гусеница; на другой – куколка; на заключительной – крылатое половозрелое насекомое. Как паразитически различны все эти живые существа и в своём строении, и физиологически, и по образу жизни! А ведь это всего лишь разные стадии развития одного и того же насекомого.

Вот второй пример – из зоологии земноводных: лягушка в начале своего жизненного пути – икринка; потом она превращается в «головастика», являющегося «вегетарианцем»; а после метаморфозы перед нами уже хищница: лягушка питается не растениями, а насекомыми и червями. Сколь велико различие и здесь!

Думается, двух приведенных примеров достаточно для определения следующих понятий:

- развитие живых существ происходит стадийно;
- каждой стадии развития присуще особое анатомо-физиологическое строение;
- на разных стадиях своего развития живое существо ведёт себя по-разному, иначе говоря, имеет свой образ жизни.

Особое значение для теории и практики свитчинга имеет экстраполяция на жизнь людей последнего из этих понятий. В связи с ним рассмотрим по аналогии ещё один чрезвычайно важный вопрос, касающийся проблемы здорового образа жизни: что будет, если «гусеница» вздумает порхать с цветка на цветок, а «бабочка» – грызть капустные листья? что будет, если вегетарианец головастик станет охотиться на червей, а лягушка – пытаться есть растения? По-видимому, во всех этих и подобных им случаях возникнет болезнь – из-за несоответствия образа жизни генетически детерминированным способностям живого существа. Конечно, в случае насекомых и лягушек поставленный вопрос является совершенно надуманным, ведь их поведение инстинктивно, то есть детерминировано генами.

А вот в отношении человека он не только уместен, но и совершенно необходим. В отличие от всех других живых существ, человек руководствуется не столько инстинктами, сколько разнородными когнициями¹, выражающими его культурную природу. Культура суть опыт, передаваемый из поколения в поколение. И, к сожалению, в современной культуре господствует тенденция игнорирования генетических различий. Так что сейчас очень много болезнетворных проблем да и болезней, причины ко-

¹ Когниции (от англ. cognition) – знания, плод познавательной деятельности.

торых коренятся в противоречии между генетическими свойствами индивида и усвоенным им образом жизни.

Фактически *культурогенные болезни составляют особую категорию нозологических форм* [16], применительно к которым психологическое вмешательство, нацеленное на коррекцию когнитивной сферы и образа жизни, является едва ли не основным средством оздоровления. При этом задача когнитивно-поведенческой коррекции, как правило, сочетается с другой, не менее важной задачей – оздоровительной реконструкции личности. Причина понятна: душевная организация людей, подобно образу их жизни, тоже в огромной степени обусловлена социокультурными обстоятельствами индивидуального развития и может сильно противоречить биопсихологическому строению. В таком случае патогенным является не только поведение человека, противоречащее нуждам его организма, но и организация его собственной психики...

Будет ли здорова «гусеница», если она всей душой устремлена в полёт – на поиски полового партнёра? И будет ли здорова лягушка, если она, желая омолодиться, будет всей душой уподоблять себя головастик? Очевидно, что в любом подобном случае психическая организация оказывается не только не соответствующей физическому строению, но и болезнетворной. Для животных поставленный вопрос, опять-таки, безусловно, фантастичен, но для людей вполне реален: человеку во всех возрастах психологически доступно душевное строение других стадий. Зачастую болезнетворная проблема именно в том и состоит, что психологический строй относится в основном к другой стадии развития. И единственный способ эффективной помощи – изменение психологического состояния. При этом специалист должен хорошо различать особенности отдельных стадий развития и понимать природу расстройств, которые имеют место, когда душевный строй явно противоречит биологическому возрасту.

Что касается основных психологических состояний, соответствующих возрастным стадиям развития, то в RS это суть следующие: «мальчик» и «девочка»; «отрок» и «отроковица»; «юноша» и «девушка»; «самец» и «самка»; «отец» и «мать»; «сеньор» и «сеньора»; «старец» и «старлица» [19].

Роли

Важнейшей теоретической предпосылкой RS является концепция коммуникатора [18]. Основные понятия этой теории таковы.

Все потребности в общении можно свести к двум базовым: потребность в приспособлении к партнёру и потребность в приспособлении партнёра к себе. Эти потребности выражают социальную природу человека и обеспечены соответствующими генетически детерминированными способностями общения. Каждый из нас способен изменяться под воздействи-

ем социальной среды; каждый способен оказывать адекватное воздействие на других людей.

Для обозначения совокупности способностей, которые позволяют субъекту оказывать формирующее воздействие на других людей, в теории RS используется термин актер (лат. *actor* – исполнитель). А для обозначения наделенности субъекта способностями, которые позволяют ему адекватно воспринимать формирующее воздействие партнёра (шире – социальной среды), приспосабливаться к нему, подстраиваться, понимать, – термин спектатор (лат. *spectator* – наблюдатель, созерцатель, зритель, исследователь). Актер и спектатор вместе образуют инструмент, предназначенный для взаимодействия с другими людьми да и вообще с социальной средой. Для его названия и используется термин коммуникатор (лат. *communicator* – участник). Сообразно своему двухчастному строению, *communicator* функционально может находиться в двух крайних состояниях, соответствующих доминированию одной из этих частей.

Коммуникативные состояния субъекта в целом и роли. Поскольку человек – существо фундаментально общественное, коммуникатор «включён» почти постоянно. Вследствие такого положения нам свойственно переживать как коммуникативные любые состояния. При этом, однако, среди всего множества различных состояний можно выделить ряд собственно коммуникативных – по сути. Это состояния, при которых коммуникация является основным направлением активности субъекта. Для обозначения таких, собственно коммуникативных состояний используется термин роль (фр. *rôle*). Роль – это и коммуникативное состояние субъекта в целом, и, главное, состояние коммуникатора. Здесь надо обратить внимание на то, что для каждой возрастной стадии существует лишь пара соответствующих ей монолитных ролей, когда определение состояния в целом и определение коммуникатора совпадают. Во всех остальных случаях человек – актёр (фр. *acteur*), ибо, находясь в одном биологическом состоянии, соответствующем возрасту, он имитирует другое – играет роль.

В основе важнейших ролей лежат биопсихологические детерминанты возрастных стадий развития. «Ребёнок» («мальчик», «девочка»); «отрок» и «отроковица»; «юноша» и «девушка»; «мужчина» и «женщина»; «отец» и «мать»; «дедушка» и «бабушка»; «старик» («старец») и «старуха» («старлица») – каждая из этих основ предполагает две противоположные роли: «актора» и «спектатора». Так, взрослый человек может общаться с другими людьми из двух монолитных, то есть соответствующих его возрасту ролей: «взрослый как актер», «взрослый как спектатор».

При других обстоятельствах он может играть другие роли: например, как актер – «ребёнка»; как спектатор – «юношу». Обычно возможность быть разным реализуется не широко, но всегда реализуется. При этом ха-

рактик коммуникации, как правило, сильно определён теми или иными интраперсональными противоречиями. Так что, например, мужчина сознательно может стараться быть взрослым, соответствовать возрасту, а бессознательно играет то – как актер – роль «отца», то – как зритель – роль «мальчика». Во всех таких случаях общение обычно затруднено, а зачастую конфликтно и потенциально болезненно.

Особого внимания заслуживают две следующие закономерности формирования коммуникатора:

– опредмечивание ролей совершается в основном в соответствующих возрастах, а потому каждая из них когнитивно всегда воспроизводит и тогдашние реальные отношения, и черты партнёров;

– при естественно-возрастном переходе на следующую стадию развития человек вынужден опираться на уже сформировавшиеся роли, а потому, во-первых, невольно имитирует тот или иной соответствующий персонаж; во-вторых, может испытывать большие трудности, если отношения с этим персонажем были конфликтными и отождествление с ним отвратительно.

Большинство ролей предполагает актуальность нескольких прототипов (прототип – генетически детерминированная основа образа) партнёра. То, какой именно прототип используется для коммуникации, определено либо свойствами реального партнёра, либо заострёнными потребностями индивида. Более всего основным ролям соответствуют следующие прототипы партнёра:

Роль	Прототип партнёра
«Ребёнок»	<i>Родитель</i> (главным образом <i>Мать</i>)
«Отрок»	<i>Отрок</i>
«Юноша»	<i>Юноша</i> <i>Учитель</i>
«Молодой»	<i>Сексуальный партнёр</i>
«Родитель»	<i>Ребёнок</i> <i>Родитель</i>
«Пожилый»	<i>Юноша</i> <i>Пожилый</i>
«Старый»	<i>Старец, старица</i> <i>Взрослый</i>

Коммуникация осуществляется с помощью разных средств, хотя основное – язык. При этом нередко для удовлетворения одних потребностей субъект использует речь, а для удовлетворения других (в то же время) – другие способности: жесты, мимику, физический контакт и т. п. В таком случае коммуникация очевидным образом расщеплена на вербальную

(словесную) и невербальную. Если человек реализует в общении несколько ролей, диагностировать это можно, только принимая в расчёт все используемые им средства.

Таковы практически наиболее важные понятия концепции коммуникатора.

Проблемогенные когниции

В отличие от других методик когнитивно-поведенческого направления (рационально-эмотивной терапии А. Эллиса [23]; когнитивной терапии А. Бека [1, 6]; моделирующей терапии [2, 3, 4] и др.), RS является технологией, в которой наряду с другими видами проблемогенных когниций такими считаются также различного рода суеверия, заблуждения и установки, противоречащие природе человека. По своему происхождению они в большинстве своём являются следствием не столько ошибок познания, сколько не критического восприятия соответствующих элементов современной культуры, которые в совокупности образуют особый её пласт – антикультуру [16]. Представление о том, что в патогенезе большинства психологически обусловленных заболеваний сочетаются различные психологические факторы, отражено в специфическом для RS понятии – патогенного психологического паттерна [22].

Патогенные психологические паттерны

Исследуя конкретные случаи различных психогений, нетрудно установить тот факт, что психологические факторы, обуславливающие формирование нервно-психического расстройства или психосоматического заболевания, могут быть довольно разными. Обозначая любую совокупность болезнетворных психологических факторов англоязычным термином «паттерн» (pattern – система, принцип, модель, шаблон), можно говорить, как минимум, о пяти уровнях организации патогенных психологических паттернов: общем для всех психогений, общем для той или иной категории расстройств, нозологическом, групповом и индивидуальном. Факторы, относящиеся к каждому из этих уровней, весьма многообразны, так что ниже приведено лишь несколько примеров.

Уровень, общий для всех психогений. Примером общезначимых факторов может служить непрерывное усиление аутоагрессивности, обусловленное естественной интенсификацией конкурентных отношений, когда партнёр всё больше воспринимается в качестве потенциального врага. Не соперника, а именно врага. При этом праобраз врага накаляется до степени болезнетворного [13].

Уровень, общий для той или иной категории расстройств. Примером таких факторов может служить присущая современному образу жизни

гедонистическая установка. Как известно, это фактор, играющий не последнюю роль в развитии наркологических заболеваний.

Нозоспецифичные факторы. Примером факторов, делающих патогенный паттерн нозоспецифичным, может служить укоренённая в современной культуре традиция курения табака, программирующая молодёжь на потребление этого опасного зелья. Аналогичные нозоспецифичные традиции / программы обуславливают трансляцию из поколения в поколение опыта потребления алкоголя, наркотиков. Они играют решающую роль в формировании патогенных паттернов алкоголизма и наркомании.

Групповые факторы. Примером факторов этого рода может служить семейный или национальный стиль питания с акцентом на высококалорийных продуктах, предполагающий развитие алиментарного ожирения.

Индивидуальные факторы. Что касается индивидуальной восприимчивости к тем или иным общим факторам и персональным особенностям патогенного паттерна, то ответ на оба эти вопроса следует искать уже в самом человеке – в оригинальном сочетании важнейших детерминант его биологической и психологической организации. Иными словами, это вопрос предрасположенности (предиспозиции).

Структура клинико-психологического вмешательства

RS – подход высокотехнологичный, поэтому структура клинико-психологического вмешательства, рассматриваемого как курс, может быть представлена достаточно детально. Общепринятые этапы диагностики, планирования и собственно психологической интервенции в случае RS содер­жательно сводятся к следующему:

- диагностика осуществляется в виде так называемого мотивационного анализа;
- меры психологической помощи планируют, исходя из полученного аналитического представления об особенностях личности клиента и природе его проблем²;
- интервенция осуществляется на основе понятия о ролях и в общем случае предполагает, во-первых, доведение до сознания клиента природы его проблем; во-вторых, рационально-суггестивную содержательную коррекцию ролей и образа жизни; в-третьих, если возможно – switch, т. е. переключение в адекватную роль и помощь в наработке этой роли.

² Перечень основных психологических факторов устойчивости патологических состояний представлен в докладе «Концептуальная модель краткосрочной психотерапии на примере акупунктурного программирования» [15]

*Мотивационный анализ*³

Что касается мотивационного анализа (далее – МА), то это метод, являющийся близким аналогом транзактного анализа [18]. В то же время он вполне оригинален, так как опирается на особую психологическую теорию. Это метод в основном и главным образом диагностический, то есть метод распознавания проблемы. Как таковой, он сводится к двум основным операциям: к сбору всесторонних сведений о клиенте и к формированию целостного представления о нём путём соотнесения полученных сведений с системообразующими понятиями принятой психологической теории. Такое соотнесение осуществляется естественным образом уже в процессе сбора информации. Анализ? – Да, анализ, то есть разложение полученных сведений сообразно системообразующим понятиям. Но именно это разложение позволяет составить целостное представление о человеке и о природе его проблем.

Операционная система понятий МА. В сжатом виде операционная система понятий мотивационного анализа выглядит следующим образом:

1) основу системы образует понятие о том, что, какими бы ни были актуальные мотивы, каждый из них всегда выражает организацию субъекта в целом. Поскольку же диахронный аспект психофизиологической организации явно не менее значим, нежели синхронный, постижение природы любой аномалии мотивационной сферы предполагает исследование всей истории развития человека. При этом необходимо иметь в виду, что структуры, формирующиеся на ранних этапах развития, естественно предопределяют формирование всех более поздних. А это значит, что наиболее важными фактами являются обстоятельства младенчества, детства и отрочества;

2) все психологические качества человека, так же как и его физические качества, зиждутся на соответствующих генетических задатках и, следовательно, ими детерминированы. Генетически предопределёнными являются, в частности, и душевные состояния человека, и его субъективные реалии. Праформы, праобразы, лежащие в их основе, по ходу жизни просто конкретизируются, опытно опредмечиваются;

3) коммуникативные состояния, то есть состояния, находясь в которых люди общаются друг с другом, суть роли. Они определены, с одной стороны, интероцептивными праобразами стадий развития, с другой – экстероцептивными праобразами партнёра. Всякий человек в любом возрасте может и сам находиться в любом коммуникативном состоянии, и воспринимать определённого им партнёра. В случае застревания в одной из ролей

³ Надо иметь в виду, что на сей день термин «мотивационный анализ» используется в различных дисциплинах. Так, например, в этиологии мотивационным анализом называют технику исследования поведенческих актов [10].

или отчуждения роли, адекватной возрасту, имеет место расстройство коммуникации, чреватое патогенными проблемами;

4) особенности коммуникаций реального персонажа более всего зависят от того, как и кем именно (людьми каких свойств) были предмечены основные антропоморфные праобразы в его индивидуальной истории. Поскольку чаще всего проблема, по поводу которой осуществляется мотивационный анализ, так или иначе связана с расстройством общения, дело и сводится в основном к достаточно тщательному изучению круга и обстоятельств коммуникации на протяжении жизни; главным образом – в детстве. При этом, чтобы генезис той или иной проблемы был понятен, надо иметь в виду ещё следующее:

– освоение состояний, определённых антропоморфными праобразами, осуществляется путём идентификации с соответствующими прототипами на основе способности к подражанию (к имитации). Личность человека и его мотивационная сфера могут оказаться аномальными, во-первых, вслед за прототипом, во-вторых, вследствие нарушения идентификационного процесса. Важнейшие события в ходе самого этого процесса определения ролей происходят в возрасте от 3 до 5–6 лет (Эдипов период⁴), когда осуществляется первичное опредмечивание основных праобразов родовой функции.

Первое из них сводится к психологическому обособлению (сепарации) ребёнка от матери путём определения себя ролью «ребёнка», а её – ролью «матери». В то же время отец обретает однозначное определение «отца». Закрепление родителей в их родительских ролях сопровождается десекуализацией образов всех участников «треугольника» (мать – ребёнок – отец) путём вытеснения⁵ ролей «самец» и «самка». Осуществление любого из этих психологических событий может быть затруднено самыми разными

⁴ В психоанализе Эдипов возраст – то же, что фаллическая стадия, которая простирается от 3 до 5 лет. Согласно представлениям З. Фрейда, на этой стадии складывается так называемый Эдипов комплекс – упорядоченная совокупность любовных и враждебных желаний ребёнка, направленных на родителей. «В своей так называемой позитивной форме этот комплекс развёртывается так же, как история царя Эдипа, и предполагает желание смерти сопернику того же пола и сексуальное желание, направленное на родителя противоположного пола. В негативной форме, напротив, это любовь к родителю того же пола и ревнивая ненависть к родителю противоположного пола» (*Лапланди Ж., Понталис Ж.-Б. Словарь по психоанализу.* – М.: Высш. шк., 1996. – 623 с.).

⁵ Пользуясь психоаналитическим термином «вытеснение», мы вкладываем в него несколько иной смысл: речь идёт главным образом о дезактуализации, обусловленной удовлетворением потребностей опредмечивания соответствующих праобразов. Естественное созревание нервно-психических функций актуализирует эротические праобразы в возрасте 3–6 лет, и ребёнок обнаруживает соответствующий интерес, который исчезает по мере опредмечивания этих праобразов. В случае нормального хода событий праобразы отца, матери, самки, самца опредмечиваются образами реальных родителей.

ми обстоятельствами. Если по каким-то причинам ясного определения основных ролей нет, практически неизбежно формирование той или иной патологической проблемы или predisposition к ней;

– нельзя упускать из виду и то, что до возраста умственной зрелости, то есть до 21–22 лет, человек крайне внушаем и потому бессознательно усваивает стереотипы окружающих. Как правило, образ жизни и все его патогенные составляющие восприняты человеком от окружающих бездумно, без критики;

– отдельного внимания заслуживает то обстоятельство, что при отсутствии прототипа, необходимого для опредмечивания того или иного праобраза, оно может осуществляться фантазийно. Содержание же фантазий более всего определено ранним опытом и образно-чувственными ассоциациями, так что недооценивать их ни в коем случае нельзя;

5) ещё одно важное понятие: в мотивационном анализе деятельность субъекта принято понимать через его потребности. Чем бы ни занимался человек, его деятельность всегда направлена на удовлетворение той или иной потребности. При этом надо иметь в виду, что только удовлетворение адекватными предметами дезактуализирует потребность;

6) естественным механизмом преодоления препон на пути удовлетворения потребности является агрессия в их адрес. Если же препоны непреодолимы или труднопреодолимы, развивается субъективно тягостное состояние фрустрации. Острые фрустрации являются причиной многих ситуационно обусловленных нервно-психических расстройств, а длительные фрустрации в детском возрасте потребностей эротического ряда ведут к формированию инфантильных фрустрационных комплексов, лежащих в основе наиболее распространённых характерологических аномалий и аутоагрессии.

Изложенные выше понятия, если их мыслить взаимосвязанными, образуют костяк операционной системы мотивационного анализа.

Вообще существует три версии МА: инициальная [17], психотерапевтическая [18] и широкая. Однако на деле в клиничко-психологической практике чаще всего используется инициальная версия, частично дополненная психотерапевтической. Главное предназначение этой смешанной техники – дать человеку такое представление о его психологических проблемах, исходя из которого, он смог бы их преодолеть. Она рассчитана на постижение только проблем, возникших по причине тех или иных жизненных коллизий, патогенетическая роль которых может быть осознана клиентом. Основными слагаемыми такой техники являются потребностный анализ и анализ ролей.

Потребностный анализ сводится к всестороннему изучению деятельности человека и во внешнем, и во внутреннем планах на протяжении

всей жизни. Такое исследование обнаруживает устойчивые направления его интересов, то есть доминирующие потребности. При этом зачастую оказывается, что наличная проблема зиждется либо на основе фрустрации какой-то значимой потребности, соответствующей паспортному возрасту, либо на основе инфантильного фрустрационного комплекса, то есть проблемогенной психологической структуры, сложившейся в детском возрасте. Что касается фрустрации актуальных потребностей, то об этом уже была речь. Для преодоления подобной проблемы, как правило, достаточно просто разглядеть причины фрустрации. А вот для постижения проблемы, зиждущейся на основе того или иного инфантильного фрустрационного комплекса, необходимо довольно тщательно исследовать все обстоятельства истории развития. Такое исследование необходимо и в том случае, если проблема не является фрустрационной, но вырастает либо из аномалий общения в родительской семье, либо из унаследованных психологических аномалий родителей или других авторитетов. Решение этой задачи опирается на анализ ролей.

Анализ ролей подобен структурному анализу и анализу транзакций в транзактном анализе [2, 7]. Отличие заключается лишь в ином понимании психологических явлений. Изучая коммуникации клиента, несложно установить по характерным признакам те базовые роли, из которых он взаимодействует с окружающими. Обнаружив либо застревание в одной или двух из них, либо отчуждение какой-либо роли, надо помочь человеку осознать патогенное значение этого факта и показать его онтогенетическую природу. Во многих случаях такое осознание переживается как инсайт. А для психолога понимание действительной природы имеющих место расстройств делает возможным планирование и осуществление эффективной интервенции.

Мероприятия

Общий план клинико-психологического вмешательства в ключе RS имеет одни и те же стандартные пункты вне зависимости от характера проблемы, но содержание и значение каждого из них различно в зависимости от её происхождения. Стандартными же пунктами являются следующие:

- помощь клиенту в осознании тех фактов его личной истории, которые предопределили возникновение проблемы;
- доведение до сознания клиента необходимости расширения коммуникативных возможностей за счёт наработки недостающих ролей, освоения отчуждённых и содержательной коррекции используемых;
- содействие в освоении недостающих ролей (как правило, оно предполагает switch);

- оздоровительная коррекция стиля жизни за счёт обесценивания и устранения иррациональных когниций.

Что касается помощи клиенту в осознании тех или иных проблемных фактов его личной истории, то решение этой задачи, как уже указывалось, осуществляется по ходу мотивационного анализа. Самостоятельная ценность такого осознания велика только в том случае, если клиент относится к категории людей, способных в достаточной мере опираться на знания. К сожалению, в большинстве случаев данная способность практически недостаточна. А это значит, что, даже верно осознав всё и вся, человек будет по-прежнему находиться под влиянием патогенных стереотипов, внушений, будет по-прежнему воспроизводить болезнетворную роль. В общем, переоценивать самостоятельное значение аналитического представления для снятия проблемы не следует.

Что касается доведения до сознания клиента необходимости расширения коммуникативных возможностей, то сделать это удаётся в большинстве случаев, так как концепция ролей проста, понятна, а наличие и застревания в той или иной роли и отчуждения роли, адекватной возрасту, достаточно очевидны. Однако осознание необходимости наработки недостающих ролей, освоения отчуждённых и содержательной коррекции эксплуатируемых отнюдь не гарантирует успех дела, если для решения этих задач человека предоставить самому себе. Эффективность не намного выше и тогда, когда ему просто предписывают целебную роль. Как правило, человек нуждается в рациональном и суггестивном содействии, оказывая которое, психолог должен умело использовать адекватные задаче психотерапевтические роли.

Концепция психотерапевтических ролей является важнейшей составной частью теории RS. Согласно этой концепции, любая лечебная информация должна доводиться до клиента из наиболее подходящего коммуникативного состояния, то есть из наиболее подходящей роли, а сама коммуникация осуществляться настолько убедительно, чтобы человек непроизвольно оказывался в дополнительной роли. Психотерапевтические роли суть то же, что и онтогенетические роли вообще, но их исполнение осуществляется методически с ясным пониманием внутреннего содержания и достаточно выразительно. Убедительность роли достигается не только навыками игры, но также умелым использованием характерных внешних атрибутов и подходящего антуража [19].

О необходимости оздоровительной коррекции стиля жизни за счёт обесценивания и устранения иррациональных когниций. – Согласно базовым представлениям RS, любая роль реализуется сообразно её опредмеченности, то есть в соответствии с тем или иным пониманием, убеждениями, соображениями, навыками и стереотипами различного происхождения.

Совокупность всех этих реалий когнитивной сферы сильнее всего определяет индивидуальный стиль жизни. При этом на деле многие из них являются дезадаптивными. Так что обычно без коррекции этой сферы не обойтись. И освоение новых ролей, и коррекция привычно используемых должны сопровождаться умалением иррациональных когниций и заменой их на рациональные. Эффективное решение этой задачи предполагает опору на адекватную психотерапевтическую роль, из которой можно осуществлять и рациональное, и суггестивное воздействие.

Технологические возможности

Технологически RS предполагает возможность осуществления интервенции в виде разных методик. Так, например, при наркомании это длительный курс, в ходе которого сначала тщательно прорабатывается весь патогенетически значимый психологический опыт человека (аналог реконструктивной психотерапии [8]) и моделируется новый тип взаимодействия со средой. Процедура переключения осуществляется лишь после такой проработки и моделирования. Другая крайность – один сеанс аутогенного переключения; так дело обстоит, например, при ожирении, курении и злоупотреблении алкоголем.

Психотерапевтические роли

Концепция психотерапевтических ролей и наиболее важные роли подробно описаны в специальном руководстве [19], а также в монографиях, посвящённых свитчингу [22, 14]. Качественное овладение различными ролями предполагает соответствующие тренинги. Однако для повышения эффективности взаимодействия с клиентом в повседневной клинико-психологической практике полезно даже простое знакомство с этой теорией и осмысление её базисных представлений.

Что такое психотерапевтическая роль

Согласно уже изложенной выше концепции коммуникатора, роль – это прежде всего и главным образом состояние коммуникатора, из которого человек осуществляет своё общение с другим человеком. Однако в более широком смысле роль – состояние не только коммуникатора, но и субъекта в целом. Для клинико-психологической практики разница между узким и широким пониманием роли является весьма существенной. Если психолог просто играет роль, то есть нарочито выступает в ней перед клиентом, у того легко может возникнуть подспудное недоверие, вследствие чего вся коммуникация рискует оказаться неэффективной. Когда ту или иную роль исполняет артист на сцене, зрители не ждут от него основательной идентификации со сценическим образом. В отличие от этого, общение

по поводу тех или иных психологических проблем требует предельной искренности, и потому специалист должен не просто предьявлять роль, но и чувствовать, мыслить, действовать сообразно этой роли. Искренность – главное требование ролевого подхода. Если, например, вы пытаетесь использовать его для помощи при курении, а сами курите, то, какой бы ни была ваша роль, она в любом случае будет гораздо менее убедительной, нежели тогда, когда вы избавлены от этой зависимости.

Особое внимание следует обратить на недопустимость «соскальзывания» в роль, на которую приходится скрытая агрессия клиента. Например, если психолог мужчина, а к нему обратилась женщина по поводу ожирения, в происхождении которого главным проблемогенным фактором является директивный отец, использование «родительской» роли заведомо неэффективным. В таком случае необходимо либо очень тонко использовать роль «самца» («mas»), либо передать клиентку для продолжения курса коллеге-женщине.

Ещё одно замечание общего характера касается возможности осуществления моноролевой интервенции. Как таковая, она предполагает подходящий антураж, соответствующее оформление внешнего облика, использование целесообразных парфюмерных и косметических средств. В силу всех этих обстоятельств такой тип психологического общения – очень узкий «жанр». Гораздо доступнее техника гибкого использования различных ролей, когда в ходе коммуникации психолог подстраивается к клиенту из тех коммуникативных состояний, которые воспринимаются партнёром в качестве наиболее убедительных. Фактически подобной импровизацией в той или иной мере пользуются все практикующие психологи. Однако воистину эффективной она становится только в том случае, если специалист уверенно владеет рядом наиболее употребительных ролей. Без их специальной наработки говорить о ролевом подходе, конечно, нет оснований. Тренинг ролей – обязательное условие овладения RS.

Основные психотерапевтические роли

Среди основных психотерапевтических ролей, используемых в практике аутогенного переключения, важнейшими представляются следующие: доминирующий самец (mas); доминирующая самка (femina); товарищ (socius) и родительские роли (mater, pater).

Согласно базисным положениям МА, осуществление родовой функции предполагает два относительно самостоятельных направления: генеративное (эротическое) и социальное [18]. Каждое из них опирается на соответствующие способности и связанные с ними стремления-влечения, потребности.

В молодом детородном возрасте Эрос обнаруживает себя главным образом сексуально – в виде amor, cupiditas, urigo. И, если состояние человека детерминировано главным образом соответствующими интересами, человек представляется природным существом. Для обозначения такого состояния одержимости Эротом уместно использовать либо биологические термины («самка», «самец»), либо латинские: «femina» для женщин и «mas» для мужчин. В зависимости от биологических особенностей индивида каждое из этих состояний обнаруживает себя двояко: если человеку свойственны признаки доминирования, то и его роль представляется доминантной, а если человек относится к категории «ведомых» – рецессивной. Так что фактически категория сексуальных ролей, соответствующих молодому детородному возрасту, включает в себя четыре роли. Однако по достаточно понятным причинам в качестве психотерапевтических широко могут использоваться лишь доминантные роли: доминантный самец и доминантная самка. По сути, это два частных (сексуальных) варианта роли доминирующего партнера («dominator» и «dominatrix»). Здесь надо иметь в виду следующее: Эрос образует лишь одну из основ способности к доминированию, так что в действительности она может обнаруживаться в связи с разными проявлениями человеческой природы. Однако в детородном возрасте доминантность обнаруживается в основном эротически, а в молодом детородном возрасте – главным образом сексуально.

Относительно роли «socius» надо иметь в виду следующее: она является выражением состояния, при котором человек по каким-либо причинам оказывается во власти социальной природы и вынужден строить общение с другими людьми вне зависимости от их половой принадлежности. Эта роль хорошо знакома каждому психологу и довольно широко используется. Как правило, именно на неё мы опираемся, знакомясь с новыми клиентами, когда ни пол, ни возраст, ни психологический склад, ни расовые, ни национальные особенности не имеют никакого значения: психолог обнаруживает только свой профессиональный интерес. При этом общение с человеком осуществляется на равных, и мы не берём на себя никаких иных психологических обязательств, кроме обязательств, обусловленных самой нашей специальностью. В сущности, для психолога роль «socius» – это роль специалиста, то есть товарища, опытного в своём деле.

Что касается возможностей клинико-психологического использования ролей «mas» и «femina», то они подходят для решения различных задач как психодиагностического, так и психокоррекционного характера. Рассмотрим, например, довольно типичную задачу, которую приходится решать в связи с обращением супружеской пары по поводу алкоголизма мужа. При этом инициатива обращения, как правило, принадлежит жене. Она измучена пьянством супруга и укоряет его этим.

Задача становится очевидной, когда, начав разбираться в психологических истоках алкоголизма, вы упираетесь в тот факт, что реальной причиной драмы является не муж, а жена из-за того, что взвалила на себя родительскую роль главы семейства и по тем или иным сокровенным мотивам не стремится быть женщиной, «femin'ой». На работе она начальница, а дома – хозяйка, глава семьи. Но ведь в семье, где женщина выступает в такой роли, муж тоже не «masculus», а всего лишь послушный исполнитель ее команд. При этом его самореализация и самоутверждение в качестве мужчины грубо попорчены. Ситуация меняется только тогда, когда он пьян и, в соответствии с социальными шаблонами, может позволить себе уничтожительное поведение в отношении жены.

Как в подобном случае строить общение с супружеской парой? Конечно, можно занять позицию жены, подстроиться к ней тоже из родительской роли и вести речь «об инфантильных пьяницах», потом пригласить мужа-алкоголика и в конечном итоге внушить ему отказ от употребления спиртных напитков. Весьма вероятно, что такая интервенция окажется даже эффективной и на протяжении какого-то времени по видимости всё будет хорошо: мужчина будет воздерживаться от спиртного, а жена – продолжать командовать им. Однако по сути проблема осталась: во-первых, пьяница мучается от своего воздержания, чувствует себя неполноценным человеком, теряет сексуальную потенцию и, в конце концов, запивает; во-вторых, его жена тоже страдает – от своей женской обездоленности.

Куда лучше сделать так, чтобы супруги осознали необходимость нормализации ролевых отношений в семье. При этом, осуществляя такую когнитивно-поведенческую коррекцию семейных отношений, целесообразно опираться на соответствующую полу специалиста сексуально-детерминированную психотерапевтическую роль. Зачастую, только увидев в психологе внимательного мужчину («mas») или женщину («femina»), жена алкоголика, застрявшая в родительской роли, осознаёт свою женскую обездоленность. Нередко, только используя сексуально-детерминированную роль, можно и в алкоголике «разбудить» мужчину.

Как строится общение в соответствии с этими ролями? Если имеет место коммуникация разнополюх партнёров, то она должна содержать знаки признания сексуальной природы партнёра и в чём-то имитировать лёгкий флирт, который, разумеется, ни в коем случае не предполагает никакой половой близости. Если же общаются люди одного пола, то их общение является братским: «мы с тобой оба (обе) очень близки – «самцы» («самки»), у нас одинаковое отношение к противоположному полу, и это сближает, создаёт доверие». Работа в таком сексуально-доверительном ключе позволяет осуществлять достаточно радикальную перестройку душевного состояния партнёра.

Используя ролевой подход, надо ясно сознавать, что восприятие роли очень сильно определено ее невербальной составляющей. При этом искусственного оформления требуют и внешний вид, и моторика (жесты, мимика, речь).

Аутогенное переключение (Autogenic Switching, AS)

AS – это частная методика психологической помощи, которая наиболее эффективна в тех случаях, когда болезнетворная психологическая проблема сводится главным образом к психологически обусловленному застреванию человека в одном из возможных коммуникативных состояний. Сама помощь заключается в переключении из болезнетворного состояния в состояние, устремлённое к оздоровлению. При этом клиент воспринимает акт переключения как действие, осуществляемое им самим (аутогенно), в ходе так называемого аутогенного погружения. Отсюда и происходит название методики AS. На деле главными действующими факторами являются не воля клиента и его самовнушение, а верная психотерапевтическая роль специалиста и адекватная суггестия.

Поскольку AS – всего лишь разновидность RS, использование этой методики предполагает опору на изложенные выше общие представления. А формально дело сводится к следующему.

Сначала с помощью мотивационного анализа устанавливается наличие ролевой дисфункции, её характер, причина появления и определяется направление свитчинга. Далее следует когнитивная интервенция, нацеленная на оптимизацию сознательного поведения клиента и его самовосприятия. В ходе такого психологического вмешательства психолог должен, во-первых, сделать понятной для партнёра необходимость изменения образа жизни и преодоления болезнетворного застревания в одной из ролей; во-вторых, смоделировать новую роль – показать её в основных чертах. Завершается работа собственно аутогенным переключением, то есть специальной психологической процедурой, которая сочетает в себе, с одной стороны, аутогенное погружение и самовнушение, с другой – концентрацию внимания на ощущениях в определённых рефлексогенных зонах. Поскольку период, предшествующий аутогенному переключению, бывает разным (от нескольких часов до нескольких недель), в ряде случаев самостоятельной задачей может быть освоение аутогенного погружения. Наличие этого навыка существенно оптимизирует результат.

Аутогенное погружение

Как известно, термин «аутогенное погружение» в его изначальном значении относится к аутогенной тренировке. В 1932 г. вышла в свет монография И.Г. Шульца «Аутогенная тренировка – сосредоточенное само-

расслабление». Основными слагаемыми описанной в ней техники были: тренировка мышечной релаксации, самовнушение и самовоспитание. Вскоре аутотренинг получил широкое распространение во всём мире. По ходу дела появились многочисленные модификации. На сей день некоторые из них не менее популярны, нежели оригинальный метод [9], реализация которого весьма трудоёмка. Поскольку AS предполагает в большинстве случаев крайнюю краткосрочность курса, необходимое ознакомление клиента с состоянием аутогенного погружения осуществляется в ходе всего одной или нескольких тренировок. При этом сама тренировка фактически сводится к сеансу индирективного гипноза, с помощью которого клиент обретает необходимый чувственный опыт, а психолог путём внушения формирует установку, обуславливающую переключение в ходе последующей процедуры. Однако в ряде случаев для освоения аутогенного погружения всё же необходим и курс самостоятельных занятий – подобных аутогенной тренировке.

Технологии одного сеанса. Как уже указывалось, одним из основных достоинств RS является возможность сведения радикальных мер к очень короткому курсу, в пределе – к одному сеансу. Исторически первой методикой, воплотившей данную возможность, было акупунктурное программирование. Позже появились методики, в которых процедура психофизиологического переключения осуществляется без акупунктуры – с использованием иных средств физиологического воздействия на организм или вообще без таковых. AS чаще всего имеет именно такой вид.

При описании односеансной технологии ключевыми терминами являются: программа, харм-программа, контрпрограмма, психотерапевтическая роль, предписываемая роль, гештальт трансформации, switching.

Что такое программа? – Как известно, в прямом, этимологическом значении слова это последовательность действий, придерживаясь которой получают определённый результат. Следуя той или иной харм-программе, воспринятой из окружающей социальной среды, человек приходит к соответствующей проблеме. Харм-программы являются важными составными частями соответствующих проблемогенных паттернов. Контрпрограмма – это программа, нацеленная на преодоление проблемы, возникшей вследствие реализации харм-программы.

Понятие психотерапевтической роли уже обсуждалось: это психоэмоциональное состояние, из которого психолог может осуществлять эффективную коммуникацию с клиентом. Предписываемая роль – суть недостаточная или отчуждённая роль из категории основных, которую психолог предписывает клиенту с целью преодоления проблемы. Обычно она не несёт на себе печати какого-либо конкретного социального сценария.

Исключение составляют лишь те случаи, когда такая роль сама по себе имеет такую генетически значимую печать.

Структура всех односеансных разновидностей RS вообще и AS в частности может быть представлена в виде следующих основных слагаемых. Первым слагаемым и первой частью сеанса является всесторонняя коррекция представления клиента:

- о природе конкретной проблемы как таковой (с акцентом на значении ролевой дисфункции и дезадаптивных когниций);
- о возможности преодоления проблемы и необходимости для этого радикально изменить своё состояние, освоив новую роль и новый образ жизни.

Всё содержание этой части целесообразно предъявлять клиенту в виде своеобразной целостной концепции (квазитеории [22]). По ходу её изложения формируется эмоциональная и семантическая основа гештальта, завершение которого предполагает, во-первых, процедуру переключения, во-вторых, точное выполнение рекомендаций, полученных на сеансе (включая освоение предписанной роли).

Далее излагается популярная концепция используемого подхода, призванная объяснить эффективность метода в деле переключения и зависимость результата от активности самого клиента. На протяжении всей первой части сеанса у него формируется выраженный аффект ожидания акта переключения (собственно свитчинга).

Как правило, больше всего времени уходит на изложение и обоснование программы действий. Многие проблемы и возникают, и сохраняются, и рецидивируют из-за того, что человек либо реализует приводящие к ним стереотипы, с которыми не может совладать, либо следует неадекватным представлениям. И в том и в другом случае можно говорить о наличии у него харм-программы. Если дело обстоит таким образом, то для преодоления проблемы абсолютно необходимо перепрограммирование, а точнее, формирование альтернативной программы. Содержание такой контрпрограммы при разных заболеваниях, разумеется, различно. Но есть и обязательный общий элемент: утверждение ответственности клиента за её реализацию и необходимости полагаться в овладении ситуацией на собственные силы, используя подходящую роль.

Ещё одной важной составной частью сеанса является гипносуггестия способности переключиться в качественно новое состояние и далее уверенно следовать полученной программе. Эта часть сеанса нацелена, во-первых, на повышение внушаемости клиента и эффективности его самовнушения, во-вторых, на пролонгирование суггестивного эффекта заключительной части. При этом транс наводится, как правило, не директивно,

под видом упражнений, призванных мобилизовать нервно-психический резерв.

Заключает сеанс процедура собственно переключения. В ходе неё внимание клиента сосредотачивается на заранее оговорённых ощущениях в тех или иных физиологически активных рефлексогенных зонах и осуществляется суггестия, завершающая ранее сформированный гештальт трансформации [12].

Итак, за вычетом предшествующей психологической подготовки, методическая структура сеанса трёхчастна: она включает в себя психокоррекцию, суггестию и switching. После сеанса клиента предоставляют самому себе, либо благожелательно распрощавшись с ним навсегда, либо обусловив возможность повторного обращения только в связи с оставшимися или вновь возникшими психологическими проблемами. Такая постановка дела является принципиальной особенностью технологий одного сеанса, так как они обращены к адаптивным способностям клиента, на которые ему следует самостоятельно опираться, овладевая новой для себя ролью и новым состоянием.

Решение остающихся или вновь возникших психологических проблем целесообразно осуществлять в однородных группах, когда основное внимание участников такой группы может быть направлено на обмен позитивным опытом.

Если у пациента формируется установка на один сеанс, то и психологический контракт должен быть, разумеется, соответствующим.

Когда RS эффективен в виде той или иной односеансной технологии? – Это все те случаи, когда запрос клиента сводится к соответствующей формуле: «Помогите мне изменить своё состояние и сделайте возможным действовать, как надо, в целях преодоления проблемы». Когда же ясного осознания необходимости радикальной перемены состояния у клиента нет и нет соответствующей устремлённости, односеансный подход, разумеется, неуместен, ибо необходима тщательная психологическая проработка всего патогенетически значимого материала.

Поскольку одним из трёх основных компонентов структуры сеанса является суггестия, резонно использовать все возможности, для того чтобы сделать её предельно эффективной. Решение данной задачи предполагает, с одной стороны, усиление внушительности суггестора, с другой – повышение внушаемости клиента. Этого можно достичь, если коммуникацию осуществлять из роли, предопределённой генезисом проблемы.

Аутогенное переключение при ожирении

В качестве примера эффективного применения AS можно взять социально острую проблему первичного (эссенциального) ожирения, при ко-

тором какой-либо соматической патологии, способной запустить процесс безудержного накопления жира, нет. Именно эта наиболее распространённая форма ожирения ставит его в разряд первостепенных медико-социальных проблем.

Как правило, при индексе массы тела (ИМТ)⁶ больше 30 обнаруживаются различные патофизиологические явления, так что состояние в целом представляется болезненным. Тканевая инсулинорезистентность, нарушения толерантности к глюкозе, первичная артериальная гипертензия, дислипидемия и гиперлипидемия, абдоминальное ожирение, гиперурикемия – вот далеко не полный перечень слагаемых так называемого метаболического синдрома [11].

Действительно, при ожирении все эти нарушения встречаются закономерно часто. Однако попытки свести проблему самого ожирения к тем или иным нейрорегуляторным или эндокринным расстройствам пока безуспешны, а практикующим психотерапевтам представляются более чем сомнительными. Дело в том, что во многих случаях тучному человеку можно помочь одним лишь психологическим вмешательством [14]. При этом по мере уменьшения ИМТ симптоматика метаболического синдрома редуцируется. Такое положение позволяет предполагать, что первичное ожирение в своей основе является психогенной проблемой, применительно к которой AS может быть ключевым методом.

Патогенный психологический паттерн эссенциального ожирения

Как известно, первичное ожирение развивается вследствие постоянного превалирования поступлений энергии с пищей над энергетическими тратами организма. Детальный ответ на вопрос о том, каковы слагаемые психологического паттерна, который приводит к такому болезнетворному нарушению энергетического баланса, не входит в план данной статьи, а наиболее значимые факторы суть следующие.

1. На уровне, общем для всех психогений, одним из основных болезнетворных факторов является повседневное нервно-психическое напряжение. Всё возрастающая интенсивность жизни делает психологически обусловленный стресс (дистресс) её облигатным компонентом. При этом в физиологическом плане за симпатoadреналовой реакцией следует вагоинсулярная. А она, как известно, обостряет чувство голода. Симптоматичен отмечаемый нами рост обращаемости за медико-психологической помощью лиц, страдающих различными видами булимии (F50.2, F50.3) и перееданием, выражающим реакцию на дистресс (F50.4). Сочетание факторов стрес-

⁶ Индекс массы тела рассчитывается по формуле: масса тела (кг), делённая на величину роста (м), возведённую в квадрат, ИМТ = масса/рост² (кг/м²).

са и дистресса с другими слагаемыми психологического паттерна оборачивается, естественно, ожирением.

Другим очевидным фактором уровня, общего для всех психогений, является социально обусловленная фрустрация всё большего числа суправитальных потребностей. В ситуации, когда человеку не хватает времени на то, чтобы заниматься поиском путей полноценной самореализации, удовлетворять эстетические, духовные интересы и т. п., а пища и лакомства вполне доступны, – переизбыток, ведущее к увеличению массы тела, становится одним из основных способов самоутверждения. Кулинарное искусство всё больше подменяет все другие виды искусств!

Ещё одним фактором паттерна эссенциального ожирения, относящимся к уровню, общему для всех психогений, надо считать культ потребления. В обстоятельствах, когда посредством СМИ населению постоянно внушается необходимость потреблять всякую всячину, человек с малых лет имеет потребительскую установку. В соответствии с нею люди в большинстве своём ориентированы на избыточное потребление пищи и всевозможных лакомств. Поскольку практически все лакомства высококалорийны, злоупотребление ими обязательно ведёт к ожирению.

2. Уровень, общий для зависимостей, связанных с чувством наслаждения. По причинам, предопределённым коммерческим складом современной цивилизации, образцом нормального человека является не просто потребитель, но гедонист. Для человека, имеющего гедонистическую установку, смыслом и целью существования представляется получение наслаждений. Пища – одно из основных средств достижения этой цели. Здесь следует обратить внимание на то, что в современном обществе главное направление получения сладостных переживаний (эротическая самореализация) серьёзно осложнено [13]. По этой причине для многих людей обращение к лакомствам оказывается единственно возможным средством получения наслаждений.

3. Нозоспецифичный уровень. Гедонистическая установка чревата различными видами зависимостей: алкоголь, наркотики, лакомства и другие средства стимуляции опиоидных систем мозга. Что же предопределяет развитие именно ожирения, а не других зависимостей? Это, с одной стороны, совокупность болезнетворных диетических представлений (патогенная культура питания или, иными словами, патогенная программа [22]; с другой – соответствующий вид общей для всех означенных зависимостей гедонистической установки. У лиц, страдающих первичным ожирением, она имеет вид установки пищевой. При этом такое её определение обнаруживает главным образом психологическое застревание человека в одной из двух ролей, для которых алиментарная установка вполне естественна: «ребёнок» и «родитель».

Что касается алиментарной установки в детском возрасте, то здесь она обеспечивает быстрый рост и развитие организма. Именно по этой причине дети – известные лакомки. Человек, застревающий в состоянии «ребёнок», является таким же лакомкой.

Что касается алиментарной установки родителей, то, по всей видимости, она обусловлена активностью нейропсихологических систем, генетически связанных с беременностью и лактацией: во время беременности и кормления грудью организм женщины нуждается в избытке пищи. Поскольку мужчина имеет все гены, присущие женщинам, его родительская роль тоже предполагает алиментарную установку.

Причины застревания в ролях «ребёнок» и «родитель» могут быть разными, так что на практике обнаруживается существование нескольких групп, различающихся психогенезом данной проблемы.

4. Группы. Чаще всего к застреванию в ролях «ребёнок» и «родитель» приводят следующие обстоятельства: фрустрация потребности в матери или в отце; гиперопека со стороны родителей, либо одарённых соответствующими качествами, либо в силу невротических причин гротескно демонстрирующими их; фиксация в родительской роли вследствие подражания авторитетному родителю; фиксация в родительской роли вследствие социального давления.

■ Фрустрация потребности в матери может оборачиваться застреванием и в роли «ребёнок», и в роли «родитель». Клиенты, застревающие в роли «ребёнок», ищут во всех и вся недополученного ими «родителя». А «родительскую» роль обнаруживают те из них, кто от природы одарён соответствующими качествами и в обстоятельствах фрустрации был способен проявить их применительно не только к себе, но и к окружающим. Зачастую человек фиксирован сразу в двух ролях: в одних коммуникациях он выступает в роли «ребёнка», в других – в роли «родителя».

■ Что касается лиц, застревающих в роли «ребёнок» вследствие имевшей место гиперопеки со стороны родителей, то они выглядят чрезвычайно послушными. При этом их алиментарная установка, как правило, выражает известное родительское требование: «Ребёнок должен кушать хорошо».

■ Отдельную, хотя и не очень многочисленную, группу составляют персонажи с «комплексом неслуха». Это люди, которые в детстве в обстоятельствах относительного дефицита родительской любви привлекали к себе внимание родителей своим непослушанием. Алиментарная установка таких персонажей предполагает переедание и потребление в неумеренном количестве продуктов, место которых в нормальной диете является весьма скромным.

■ Фиксация в родительской роли вследствие подражания тому или иному из родителей чаще всего имеет место в относительно благополучных семьях. При этом складывается впечатление, что тучность – наследственное качество, тогда как на самом деле она обычно обнаруживает просто наследование семейных пищевых привычек.

■ Что касается застревания в родительской роли под давлением психологических обстоятельств, то его можно наблюдать у многих публичных деятелей, которые вскоре после облачения властью заметно полнеют.

5. Предрасположенность. Основными факторами этого уровня организации патогенного паттерна являются психологический инфантилизм и одарённость родительскими качествами. Что касается психологического инфантилизма, то он может иметь разную природу и в зависимости от этого разное отношение к факторам других уровней организации паттерна ожирения. Что касается одарённости родительскими качествами, то она обнаруживает себя ещё в детском возрасте. Таких одарённых детей их сверстники охотно выдвигают на «ответственные должности» в своих учебных коллективах. Впоследствии они становятся начальниками и закономерно полнеют.

«Фрёкен Бок и Карлсон»

Известная детская писательница Астрид Линдгрен создала два замечательных художественных образа тучных людей: фрёкен Бок и Карлсон. И в том и в другом случае ожирение ясно сопряжено с психологическим застреванием в роли «ребёнок».

Представляясь фрёкен Бок, Карлсон называет себя красивым, умным, весьма весомым мужчиной в хороших годах. Однако поведение этого маленького толстячка не оставляет сомнения в том, что мы имеем дело с проказливой мальчишкой, с весёлым шалуном. Его более чем превосходный аппетит и страсть к лакомствам хорошо иллюстрируют причину возникновения ожирения у лиц, подобно ему застревающих в состоянии «ребёнок». Судя по тексту, можно предполагать, что его застревание обусловлено «комплексом неслуха».

«– Отправляйся домой, ты... Как там тебя звать!

– Карлсон, – сказал Карлсон.

– Я это уже слышала, злилась фрёкен Бок, – но ведь у тебя же есть ещё и имя?

– Меня звать Карлсон, и моя фамилия тоже Карлсон, – сказал тот.

– Не дразни меня с целью разозлить, потому что я и без того уже злая, — сказала фрёкен Бок. – Имя – это то, как тебя зовут. Как тебя называет твой папа, когда он тебя зовёт?

– Мерзавец, – сказал удовлетворённо Карлсон. – Говнюк.

Фрёкен Бок понимающе кивнула.

– Чистую правду говорит твой папа!

И Карлсон с нею согласился.

– Да-да, когда человек маленький, тогда он действительно проказник! Но это было давно. Сейчас я – самый вежливый в мире!»

Что касается фрёкен Бок, то эта упитанная дама демонстрирует сразу две роли: и «ребёнка», и «родителя». Выступая в качестве домоправительницы, она своеобразно обнаруживает роль «родителя», а в качестве мистически настроенной любительницы вкусно поесть и в коммуникации с Карлсоном – роль «девочки», соперничающей со своей сестрой Фридой. Нам неизвестно, как именно возникло застревание у героини Астрид Линдгрэн, зато известно множество историй реальных тучных дам, каждую из которых можно было бы назвать фрёкен Бок. И вот одна из таких историй.

Пример Аллы

Эта история является примером успешного применения аутогенного переключения в виде односеансной технологии. На момент обращения Алле было 36 лет, она была не замужем, проживала одна, была практически здоровой, работала бухгалтером, её вес составлял 98 кг при росте 167 см (ИМТ – 35,14). После сеанса она худела с рекомендованной скоростью. Через год вес стабилизировался на величине 68 кг и сохраняется таким уже на протяжении четырёх лет.

...На приём явилась симпатичная, но грузная женщина, которой на вид можно было дать 42–43 года. Одетая во всё тёмное. Улыбается, но в целом имеет печальный вид. Из вопроса явствует, что она – человек и вообще-то не очень весёлый. Свой пессимистический взгляд на жизнь объясняет безуспешностью попыток похудеть. До обращения к аутогенному свитчингу А. неоднократно пыталась сделать это самостоятельно и уже дважды обращалась за медико-психологической помощью. Самостоятельные попытки сводились к устройению различных низкокалорийных диет. При этом ей всякий раз удавалось похудеть на 8–10 кг. После обращения к эндокринологу похудела на 12 кг. Психокоррекция в одной из фирм, специализирующейся на помощи тучным, позволила похудеть на 15 кг. Однако все эти попытки избавиться от своей проблемы сама А. считает безуспешными, так как после каждой из них она вскоре набирала прежний вес.

Анализ диеты показал, что избыточные калории А. получала всегда за счёт высококалорийных лакомств: шоколад, шоколадные конфеты, пирожные, сдобная выпечка, мороженое. О том, что дело обстоит именно таким образом, ей

и самой было уже давно известно. Проблема, однако, заключалась в том, что долго отказывать себе в этих любимых продуктах питания она никак не могла: все попытки завершались через пару месяцев. Именно за этот срок она и теряла свои 10–15 кг.

Мотивационный анализ обнаружил патогенное застревание А. в роли «ребёнок». История проблемы оказалась следующей.

А. родилась в семье двух медиков. О своих родителях она сообщила следующее: мать – хорошая хозяйка, женщина умная, но не очень сердечная, по специальности – терапевт; отец – человек очень властный и вспыльчивый, по специальности гинеколог. Главой семьи был отец, хотя в вопросы ведения домашнего хозяйства он никогда не вникал и по дому практически ничего не делал, так как большую часть времени проводил на работе – в силу необходимости обеспечивать семью материально. До года А. воспитывалась матерью, а после стала посещать детский сад. Как складывались отношения с родителями в раннем возрасте, А. не помнит. Когда ей было 3 года, родилась сестра. Она часто болела, так что внимание родителей оказалось естественным образом сосредоточенным на новорожденной. А. помнит, что всегда ревновала родителей к сестре. В то же время ей приходилось опекать сестру. В общем и целом их отношения были удовлетворительными, однако Аллу не раз наказывали за то, что она якобы обижала младшую. Эти наказания воспринимались ею как несправедливые. Она до сих пор сохраняет обиду на родителей. Особенно обижена на отца, который бывал ласков с нею лишь изредка, когда приходил домой навеселе или в связи с семейными праздниками. Отношение к сестре двойственное: с одной стороны, есть чувство родства и понятная привязанность, с другой – неприязнь, связанная с тем, что младшую сестру зачастую ставили ей в пример, особенно когда А. обнаруживала свою строптивость. А стропливой она была всегда: чрезмерно упитанной и стропливой.

Важным обстоятельством представляется то, что в семье имел место культ вкусной еды: мать хорошо готовила, а отец любил свежую выпечку. В доме всегда были разные лакомства. А. рано пристрастилась к ним, так что в итоге к школьному возрасту ее полнота стала семейной проблемой. Родители начали ограничивать Аллу в лакомствах, однако уже в возрасте 8 лет она, игнорируя их запрет, покупала себе на деньги, которые ей давали в школу, шоколад или конфеты. Когда отец случайно нашёл в её портфеле конфеты, сильно ругался. Однако от этого положение не исправилось. В школе все считали Аллу толстой, надевая обидными кличками.

В возрасте 18–19 лет ей удалось несколько похудеть и сохранять относительную стройность на протяжении всех лет студенчества. Потом, когда А. начала работать по специальности (бухгалтером), вес стал быстро увеличиваться. Это было обусловлено отчасти возникшей гиподинамией, отчасти неудачами на

направлении эротической самореализации. Тогда же А. начала безуспешную борьбу с ожирением и стала курить.

Свой первый сексуальный опыт она обрела в возрасте 22 лет с мужчиной намного старше неё. Фактически это была психотравма: во-первых, А. влюбилась в него, а он прекратил общение после двух половых актов; во-вторых, в физической близости был эгоистичен и груб, так что никаких приятных ощущений Алла не испытала. На протяжении трёх лет она, переживая разрыв со своим возлюбленным, постоянно пребывала в печали. Две последующие попытки наладить половую жизнь не исправили первого впечатления. В обоих случаях партнёры были намного старше. С первым из них она рассталась, так как оказалось, что он женат и скрывал это, а со вторым – по причине его пьянства. На протяжении последних пяти лет половой близости ни с кем не было, так как, кроме прочего, А. сильно стесняется своей полноты, хотя внешне никак не показывает этого. В то же время она желает завести семью и родить ребёнка. Обращение за психологической помощью было в значительной мере определено именно этим желанием.

Согласно изложенным выше сведениям, в данном случае основным фактором патогенного паттерна представляется фиксация А. в состоянии «ребёнок», обусловленная фрустрацией детской потребности в родителях. Эта фрустрация имела место из-за того, что А. приходилось конкурировать с младшей сестрой, которую, судя по всему, родители любили несколько больше. В силу данного обстоятельства свой любовный голод А. рано начала удовлетворять в соответствии с семейными стереотипами – с помощью лакомств. Когда родители стали препятствовать ей в этом, для неё потребление сладостей стало ещё и формой инфантильного сопротивления им. Таким образом, на момент обращения к свитчингу Алла находилась в состоянии, сильно определённом детской проблематикой, – в состоянии «ребёнок». При этом фрустрация ряда эротических потребностей, адекватных для молодого детородного возраста, существенно усиливала интерес к лакомствам как средству получения наслаждения. Что касается своеобразия сексуального опыта, то оно, судя по всему, определено главным образом фрустрацией потребности в отце.

С учётом психогенеза проблемы психолог, оказывая помощь А., использовал роль «mas».

В ходе мотивационного анализа А. осознала представленные выше патогенные факторы, с помощью психолога сформировала достаточно ясное представление о необходимых мерах по коррекции своего образа жизни и установок. После этого ей была предложена конкретная программа действий, нацеленная на снижение веса за счёт уменьшения калорийности рациона и увеличения энергозатрат. Роль, которую А. должна была созна-

тельно осваивать, – роль симпатичной и достаточно сексуальной женщины, ориентирующейся на своих сверстников. Переключение в режим похудения и закрепление в нём были суггестивно сопряжены с данной ролью. После основного сеанса корректировка роли и образа жизни осуществлялась ещё 5 раз в виде групп, на которых предметом общения между участниками является их опыт похудения, включая освоение ролей.

Алле удалось не только похудеть, но и реализовать своё основное намерение: уже через полгода после сеанса она наладила половую жизнь с мужчиной своего возраста, а через год они поженились. Сильного сексуального влечения к мужу А. не испытывает, но половая близость с ним не является неприятной. После рождения ребёнка гендерный интерес стал заметно сильнее. Забеременев, Алла самостоятельно прекратила курить. На сей день никакого злоупотребления лакомствами нет.

Заключение

AS – психологическая технология, которая может с успехом использоваться для радикального изменения психологического состояния человека путём переключения в адекватную роль. Данная технология предполагает опору на мотивационный анализ, использование различных психотерапевтических ролей, а кроме того, умение достаточно точно диагностировать характер патогенного психологического паттерна. С учётом этих требований аутогенное переключение, конечно, не является простым методом. Но овладение им позволяет оказывать помощь в тех случаях, когда другие средства малоэффективны.

Литература

1. *Beck A.T. Cognitive therapy and emotional disorders / A.T. Beck – New York : International University Press, 1976.*
2. *Salter A. Conditioned reflex therapy / A. Salter. – New York : Capricorn, 1949.*
3. *Wolpe J. The practice of behavior therapy / J. Wolpe. – Oxford : Pergamon Press, 1973.*
4. *Альберти Р. Самоутверждающее поведение : пер. с англ. / Р. Альберти, М. Эммонс. – СПб. : Акад. проект, 1998. – 190 с.*
5. *Акупунктурное программирование по Семёнову // Психотерапевтическая энциклопедия / Под. ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд., перераб. и доп. – СПб. : Питер, 2006. – С. 18.*
6. *Бек А. Техники когнитивной психотерапии / А. Бек // Моск. психотерапевтич. журн. – 1996. – № 3. – С. 49–68.*
7. *Берн Э. Трансакционный анализ и психотерапия : пер. с англ. / Э. Берн. – СПб. : Братство, 1992. – 224 с.*

8. *Личностно-ориентированная* (реконструктивная) психотерапия Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова // Психотерапевтическая энциклопедия / Под. ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд., перераб. и доп. – СПб. : Питер, 2006. – С. 299.
9. *Лобзин В.С.* Аутогенная тренировка / В.С. Лобзин, М.М. Решетников. – Л., 1986.
10. *Лоренц К.* Агрессия (так называемое «зло») : пер. с нем. / К. Лоренц. – М. : Прогресс : Универс, 1994. – 272 с.
11. *Ожирение* / под ред. Н.А. Белякова, В.И. Мазурова. – СПб. : Изд. дом СПбМАПО, 2003. – 520 с.
12. *Семёнов С.П.* Акупунктурное программирование / С.П. Семёнов // Психосоциальные проблемы психотерапии, коррекционной педагогики, специальной психологии: материалы III съезда Рос. психотерапевт. ассоциации и науч.-практ. конф. – Курск : Изд-во Курск. гос. ун-та, 2003. – С. 115.
13. *Семёнов С.П.* Антропоз : социально обусловленная самоликвидация человека / С.П. Семёнов. – СПб. : ТАТ, 2007. – 60 с.
14. *Семёнов С.П.* Аутогенное переключение (Autogenic Switching) / С.П. Семёнов. – СПб. : ТАТ, 2008. – 112 с.
15. *Семёнов С.П.* Выступления, посвящённые акупунктурному программированию / С.П. Семёнов. – СПб. : ОАЗИС, 2004. – 20 с.
16. *Семёнов С.П.* Книжочей. Когнитивная защита для читателей / С.П. Семёнов. – 2-е изд. – СПб. : ОАЗИС, 2000. – 220 с.
17. *Семёнов С.П.* Мотивационный анализ. Инициальная версия. / С.П. Семёнов. – СПб. : ОАЗИС, 2001. – 354 с.
18. *Семёнов С.П.* Мотивационный анализ. Психотерапевтическая версия / С.П. Семёнов. – СПб. : ОАЗИС, 2001. – 544 с.
19. *Семёнов С.П.* Основные психотерапевтические роли / С.П. Семёнов. – 2-е изд. – СПб. : ТАТ, 2004. – 112 с.
20. *Семёнов С.П.* Профилактика старения / С.П. Семёнов. – 2-е изд. – СПб. : ОАЗИС, 2002. – 176 с.
21. *Семёнов С.П.* Role Switching (теория и практика подхода) / С.П. Семёнов. – СПб. : ТАТ, 2005. – 96 с.
22. *Семёнов С.П.* Свитчинг в наркологии / С.П. Семёнов, К.Н. Кондратьев, В.А. Касаткин, В.А. Чернявский. – СПб. : ТАТ, 2008. – 244 с.
23. *Эллис А.* Психотренинг по методу Альберта Эллиса / А. Эллис. – СПб. : Питер, 1999. – 288 с.

К ГЕНЕЗУ И ФЕНОМЕНОЛОГИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА: ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Белорусский Институт Гештальта, Минск, Респ. Беларусь

Эмоциональная жизнь с ее удовольствиями и страданиями – вот то, что отличает человека от животного, да и людей друг от друга. Пожалуй, именно процесс обращения человека с его чувствами является одним из основополагающих факторов генезиса его личности, именно уникальный способ обращения индивида с его чувствами создает такой же уникальный self. Таким образом, своеобразие личности детерминировано особенностями развития чувств в онтогенезе.

Помимо того, что генез чувств лежит в основе формирования self, эмоциональная сфера обладает еще рядом важнейших функций. А именно, чувства как реакции на события детерминируют процесс его переживания, способствуют заживлению душевных ран (выступая своего рода аналогом иммунной системы организма). Чувства – это то, что делает человека либо самым счастливым, либо самым несчастным из смертных. Чувства также выполняют коммуникативную функцию, выступая в качестве знаковой коммуникации, так как именно чувства отражают в неискаженном виде феноменологию субъекта. В связи с этим необходимо отметить, что чувства имеют ценность постольку, поскольку они могут быть проявлены и размещены в отношениях с другими (на границе контакта).

На наш взгляд, стоит дифференцировать контактный и «аутичный» способы обращения с чувствами. Контактный связан со способностью индивида размещать чувства на границе его контакта с другими, «аутичный» же предполагает блокирование чувств – конфлюэнтное, интроективное, проективное, ретрофлексивное и др. В последнем случае субъект удерживает возбуждение, относящееся к чувствам, в высоком уровне осознаваемой или неосознаваемой тревоги. В некоторой известной степени остановка процесса выражения чувств может соответствовать творческому приспособлению, однако может приобретать и хронический характер, что чревато появлением различной психопатологической симптоматики.

В целях более полного анализа феноменологии эмоциональных проявлений следует отметить, что чувства – агрессивный по своей природе феномен, поскольку связаны с изменениями на границе контакта «организм – среда». Размещение чувств в контакте с агентами среды имеет потенциал трансформации либо self, либо контакта. Ригидность self в случае потери способности к творческому приспособлению (ввиду релевантного

ей страха разрушения себя, среды или отношений в поле) приводит к неспособности размещения чувств в контакте и, как следствие, к невозможности процесса переживания. Более того, если граница контакта со средой отсутствует, агрессии подвержен либо сам индивид, либо конфлюентный симбиоз «индивид – среда». Агрессия часто при этом носит аннигиляционный характер. При любых вариантах обращения с чувствами агрессивный характер этого феномена очевиден и определяет способ организации контакта в поле, то есть self.

Далее мне бы хотелось более подробно остановиться на отдельных наиболее ранних эмоциональных проявлениях, их феноменологии, способах обращения с ними. Учитывая значение эмоциональных проявлений для организации контакта, я бы разделил все чувства на поддерживающие симбиоз и регулирующие границу контакта. Причем переход от симбиотических к контактными эмоциональным переживаниям и есть процесс эмоционального психического развития¹. Рассматривая психотерапию как проект развития, следует отметить, что формирование способности к контактному способу обращения с чувствами лежит в основе терапевтической трансформации, имеющей естественную генетическую природу. В процессе трансформации способа обращения с переживаниями, как в ходе онтогенетического развития, так и в терапии, способность к эмоциональному контакту обеспечивает творческое приспособление.

От ярости и ненависти – к раздражению, злости и гневу

Ярость является чувством, сопровождающим слияние. Цель ярости – не восстановление границы контакта, а отчаянное стремление удовлетворить потребность в привязанности манипулятивным образом, воздействуя на партнера по симбиозу. Другими словами, ярость не способствует отделению, а поддерживает слияние. При этом осознание и дифференцирование потребностей ввиду отсутствия контакта также представляется невозможным.

Необходимо отметить, что конфлюентные отношения со средой можно рассматривать как через онтогенетическую, так и через филогенетическую призмы анализа эмоциональных психических феноменов. Онтогенетически слияние имеет отношение к наиболее раннему этапу развития индивида, происходящего на фоне жизненно и эмоционально важного процесса взаимодействия с матерью и другими близкими людьми. Филогенетически слияние возникает как одна из первых попыток организации

¹Аналогичным же образом формирование примата социальных чувств над симбиотическими в культуре выступает в качестве механизма культурного развития и эволюции общества.

контакта со средой, выполняющая функцию выживания человека в первобытном мире.

Внешне ярость представляет собой очень сильный аффект, наблюдение за проявлением которого вызывает фантазию о его разрушительности для участников контакта. Тем не менее ярость выполняет функцию получения желаемого внутри конфлюентных отношений. Разрушение другого и отношений с ним не входит в планы человека, испытывающего ярость. Более того, возникновение этого чувства возможно лишь в отношениях, наделяемых индивидом особой значимостью.

Данная отличительная черта ярости лежит в самой этимологии этого слова – оно произошло от славянского глагола «яриться» (производного, по всей видимости, от имени языческого бога Ярилы), имеющего в русском языке значение «горячиться, кипятиться, а также разжигать любовное желание», а в украинском – «багроветь, сердиться, пылать». Древний корень *яр-*, к которому восходит имя Ярилы, означал весну, а также состояние любви и готовности произвести потомство. Глагол «ярость» в некоторых диалектах русского языка означает «похоть, возбужденное состояние в период течки у животных», а в некоторых украинских диалектах – «страстность, пыл, любовную готовность» [5, 9].

Итак, несмотря на то что со стороны проявление ярости часто выглядит угрожающе, она не служит разрушению объекта. В этом кроется отличие описываемого аффекта от, например, *ненависти*, направленной на разрушение объекта в поле. Ненависть также появляется в качестве феномена слияния, однако, в отличие от ярости, не предполагает наличия потребности в привязанности. Переживание индивидом ярости или ненависти обрекает его на невозможность организации контакта со средой, погружая все глубже в конфлюенцию, которая в свою очередь при малейшей фрустрации поддерживает процесс возникновения и эскалации ярости или ненависти.

Тем не менее необходимо отметить, что ярость обслуживает эволюционно (в филогенетическом смысле развития человека как биологического вида) и онтогенетически значимую попытку реализации наиболее ранних желаний индивидом, маркируя фрустрацию жизненно важных потребностей. Регулирование индивидом отношений в поле «организм – среда» посредством переживания ярости оказывается важным на этапе, когда более зрелые психические механизмы пока не сформированы. Тенденция же к выделению ярости как единственно доступного механизма регулирования отношений в поле у взрослого человека выступает маркером нарушений *self*, являя собой онтогенетический и филогенетический регресс.

Раздражение, злость, гнев представляют собой более позднюю и, соответственно, более зрелую и в онтогенетическом, и в филогенетическом смысле попытку регулирования процесса контактирования в поле. В отли-

чие от уже описанных выше способов обращения с агрессией данные эмоциональные феномены направлены не на сохранение симбиотических отношений, а на поддержание границы контакта индивида со средой.

Раздражение выступает первой предварительной попыткой сигнализировать о происходящем нарушении границы контакта или о фрустрации некоторых потребностей. *Злость* выполняет ту же задачу, отличаясь лишь интенсивностью проявления и степенью готовности к действиям². *Гнев* же в свою очередь выступает реакцией на ситуацию угрозы. Описанная последовательность соответствует творческому приспособлению, при котором раздражение, злость и гнев являются маркерами нарушения границы контакта или фрустрации какой-либо потребности. При этом сила возникающего аффекта у индивида является производной от степени агрессии по отношению к его границам или важности фрустрированной потребности.

Несмотря на то что эти чувства выполняют адаптивную функцию, творчески организуя контакт индивида в поле, они могут иметь также значение для этиологии нарушений творческого приспособления. Так, индивид может утратить чувствительность к агрессии со стороны среды и, как следствие, стать нечувствительным к своим проявлениям агрессии³. В этом случае контакт с возникающими переживаниями может быть прерван посредством проекции (формируя страх), ретрофлексии (в форме, например, астении), дефлексии (в форме, например, чрезмерного желанья понравиться или угодить окружающим) и др. Или же индивид может оказаться нечувствительным к первым признакам возникающей агрессии, осознавая ее лишь в форме чрезмерной реакции сильного гнева, который ввиду своей внезапности может разрывать контакт, а иногда и отношения.

Отмечая особенности психотерапии, соответствующие описанной феноменологии, следует обратить внимание на отличия терапевтических подходов в ситуациях, определяемых наличием ярости и гнева, с одной стороны, и более зрелой агрессией – раздражением, злостью и гневом – с другой⁴. В первом случае клиенты нуждаются в наличии надежного кон-

² Например, мотивируя действия по отражению атаки на границы self или же активность, направленную на удовлетворение какой-либо потребности.

³ В результате, например, систематической фрустрации родителями его естественных агрессивных проявлений.

⁴ Как правило, актуализация аффектов ярости и ненависти характеризует ранние этапы длительной терапии пограничных расстройств, депрессий и травм или регрессию на более поздних этапах терапевтического процесса, например в результате негативной терапевтической реакции. Актуализация же раздражения, злости и гнева в терапии соответствует способности клиента к контактному взаимодействию и может характеризовать терапию расстройств невротического клинического регистра или более поздние этапы терапии пограничных клиентов.

тейнера для сильных аффектов, отсутствующего в их предыдущем жизненном опыте, для более или менее безопасного размещения ярости и ненависти. Агрессия при этом может эволюционировать к более зрелым контактным формам лишь в результате убежденности (возникающей вследствие эффективного контейнирования), что их сильные аффекты выносимы и для терапевта, и для них самих.

Во втором случае терапевтические стратегии должны быть сфокусированы на поддержании функции регулирования границы контакта, которую призваны выполнять эмоциональные реакции злости, раздражения и гнева. Так, например, одной из терапевтических задач является восстановление чувствительности клиента к агрессии, как своей собственной, так и со стороны среды. В том случае, если гнев является единственно возможной формой выражения агрессии, терапевтичным оказывается восстановление способности к калибровке возникающих перед этим раздражения и злости.

От ужаса – к страху

Ужас является одним из наиболее ранних чувств, появление которого относится к младенческому возрасту. В этот период развития граница контакта индивида со средой еще не сформировалась, отношения в поле строятся по модели конфлюенции, объект еще не отделен от субъекта. Поскольку младенец не в состоянии самостоятельно позаботиться о себе, фрустрация важных потребностей может быть воспринята как угроза его существованию, что приводит к появлению ужаса (поскольку объект не может быть проконтролирован). Ужас часто провоцирует ярость (как последний отчаянный способ восстановить контроль над ситуацией). Однако ввиду существования симбиотической зависимости ярость воспринимается как аутоагрессивное действие, и может снова ввергнуть младенца в состояние ужаса [3, 4, 11]. Так поддерживается нарциссический порочный круг, выход из которого связан с возможностью младенца распорядиться своей яростью.

Наиболее важной потребностью раннего этапа развития индивида является потребность в базовой безопасности. Аффективной составляющей процесса удовлетворения метапотребности в безопасности, как уже отмечалось в более ранней работе [12], соответствуют последовательно возникающие эмоции: *тревога, страх и ужас*. Тревога, не имеющая, по определению, объекта, не может существовать достаточно долго ввиду когнитивного и аффективного диссонанса, который она вызывает, и поэтому в скором времени в результате ее объективизации и локализации возбуждения трансформируется в страх (значительную роль в этом процессе играет проекция). Однако если отношения с объектом страха в тече-

ние длительного времени не удается прояснить и интенсивность переживания возрастает, то часто страх генерализуется, превращаясь в ужас, при котором снова теряется определенность объекта. В процессе удовлетворения потребности в безопасности индивид может фиксироваться на любом из этих этапов, что является фактором, релевантным формированию типичных способов контроля этих переживаний и регулирования своей безопасности [12].

Необходимо отметить, что, в отличие от дообъектного ужаса и по большей части безообъектной тревоги (предполагающих, разумеется, структурирование поля по типу слияния), страх является контактнм переживанием. При этом он выступает маркером угрозы, появляющейся на границе контакта. Думаем, что процесс трансформации тревоги и ужаса в страх имеет также эволюционное значение для развития человека. Так, по всей видимости, возникновение фидеистического мышления⁵ и, как следствие, первичных религиозных представлений с сопутствующим им появлением предшественников современных языков явилось отчасти результатом этого механизма. Языческая культура любого общества содержательно базировалась на трансформации первичного ужаса и тревоги в страх – именно этот атрибутивный процесс позволил появиться первым представлениям о богах и мифических существах, которые должны были быть выражены в первичных дискурсах. Более того, возможно, что страх также внес вклад в развитие языка посредством формирования необходимости регулировать совместные действия индивидов одного сообщества.

Несколько слов относительно терапевтического аспекта обсуждаемой эмоциональной динамики. Особое значение в терапии, течение которой определяется актуализацией тревоги и ужаса, имеет возможность контейнирования этих эмоций в терапевтическом процессе. Пожалуй, наиболее важной особенностью терапии психотичных клиентов является необходимость восстановления контроля над всепоглощающей тревогой и ужасом⁶ путем размещения ее в контакте с терапевтом, который выступает в роли контейнера. При этом стабильность терапевта и терапевтического процесса в смысле постоянства сеттинга, соблюдения контракта, некоторых устоявшихся ритуалов и т. д. имеет определяющее значение. Что же касается терапевтической ситуации, в которой актуализируется страх, то следует отметить необходимость восстановления функции страха как способа регулирования контакта, а не его прерывания.

⁵ Фидеизм (от лат. *fides* – вера), или фидеистическое отношение к миру, имеет отношение к вере человека в сверхъестественное. Это достаточно широкое понятие, определяющее мифо-религиозное сознание любой исторической эпохи [6].

⁶ Собственно говоря, феноменология психозов и заключается в неспособности обращаться с тревогой и выносить ее.

От токсического стыда – к творческому стыду

Стыд возникает в качестве социального регулятора возбуждения [8] – ребенок оказывается захваченным врасплох в момент возбуждения, связанного с удовлетворением какой-либо его потребности, возбуждение при этом резко блокируется, появляется стыд. Переживание стыда всегда является следствием прерывания поддержки в поле [1] – self как естественный процесс в поле внезапно лишается какой бы то ни было поддержки со стороны среды, до этого момента присутствовавшей. Оставшийся избыток возбуждения в этой ситуации может быть инвертирован и направлен вовнутрь, что проявляется в интенсивных вегетативных реакциях – дрожи, пототделении, гиперемии, сжимании тела для того, чтобы спрятаться или исчезнуть («провалиться сквозь землю»). Одним из важнейших этиологических факторов формирования стыда у ребенка является развитие его в поле высоких ожиданий со стороны родителей, с одной стороны, и нечувствительность среды по отношению к его переживаниям – с другой [2, 10, 13].

Необходимо также отметить, что стыд является следствием интроективной природы психики человека [7]. Причем интроекция в генезе стыда имеет двойное, даже амбивалентное значение. С одной стороны, стыд формируется как реакция на столкновение с интроектами (например, с убежденностью, что «то, что я делаю – отвратительно», и, как следствие, – «я сам отвратительный» или набором «долженствований»). С другой – именно интроект о своем собственном существовании и важности для других способствует увеличению свободы обращения со стыдом, трансформируя его в смущение в контакте. Этот интроект представляет собой виртуальную поддержку поля, при его отсутствии человек лишается опоры в виде убежденности в ценности своего существования или вообще начинает сомневаться в нем, следствием чего является возникновение сильных переживаний, в том числе и стыда, лежащего в генезе хронического принципиально неудовлетворимого стремления к признанию со стороны среды.

Кроме того, необходимо отметить, что стыд достаточно часто актуализируется в кризисные периоды жизни человека ввиду того, что психологические кризисы инициируют иногда достаточно радикальные изменения в self. При этом вдвойне значимым оказывается соответствующее подтверждение со стороны среды.

Стоит разделять стыд творческий и стыд токсический. Первый – это естественная реакция на приближение и психологическое «обнажение» в контакте, другой – способ прервать контакт ввиду невыносимости его переживания. Токсический стыд разрушает контакт так быстро, как никакое другое негативное переживание. Способы разрушения контакта при этом соответствуют способу обращения человека с возникающим у него стыдом.

Например, переживание стыда может быть трансформировано в реализацию замещающего его гипервыраженного стремления к признанию с сопутствующими ему требованием подтверждения значимости и зависимостью от объекта-носителя этого подтверждения⁷. Подавленный токсический⁸ стыд часто также инициирует тенденцию предательства по отношению к себе, выражающуюся стремлением быть не тем, кем человек является на самом деле. Значительное место в этом процессе имеет исполнение определенной социальной роли с релевантным ей внешне презентуемым образом человека, который насыщается характеристиками, являющимися не реальными, а желаемыми. Отсюда этиологически проистекает внутренне невыносимое ощущение себя самозванцем с соответствующим ему сильным желанием спрятаться и страхом быть разоблаченным. Переживание стыда также с успехом может заменить полярный феномен компенсаторного характера – гордость с сопровождающей ее часто тенденцией к психологическому эксгибиционизму⁹. Способ организации контакта при этом зачастую связан со значительной долей эпатажа. Иллюзия контроля окружающей среды и своей собственной жизни также могут на время облегчить тревогу, маркирующую подавленный стыд, при срыве же этого механизма возможно отыгрывание рэкетных эмоциональных образований в форме ярости, злости, обиды, вины и т. д.

Кроме того, важным фактором, определяющим феноменологию переживания стыда, является сопутствующий ему страх быть отверженным [13]. Поэтому остановка в контактном способе переживания стыда поддерживается со стороны реактивной тенденции к опережающему отвержению: «Пусть лучше первым отвергну я, чем потом отвернутся от меня». Разрушение таким образом контакта выступает надежным превентивным средством относительно любого переживания, в том числе и стыда.

⁷ По аналогии с действиями известного персонажа – царицы из сказки А.С. Пушкина «О мертвой царевне и семи богатырях», которая изводила зеркало постоянными требованиями о подтверждении своей привлекательности: «Свет мой зеркальце, скажи, да всю правду доложи. Я ль на свете всех милее, всех румяней и белее?». После соответствующего подтверждения у царицы на некоторое непродолжительное время возникало облегчение. Однако вскоре возникающий хронический стыд актуализировал вновь нестерпимую потребность в подтверждении образа себя. Причем важно отметить, что фрустрация этого стремления со стороны зеркала вызывает сильно выраженную ярость: «Ах ты мерзкое стекло!». Именно ярость, а не гнев, поскольку царица по-прежнему остается зависимой от зеркальца, от его подтверждения ее привлекательности.

⁸ Токсическим стыд становится именно в результате репрессии процесса его переживания, в тот момент, когда человек оказывается наедине со своим стыдом. Невыносимость стыда является производной от этого феномена. Творческие ресурсы стыд обнаруживает в момент размещения и переживания его в контакте с другим человеком.

⁹ Клиническая проблематика эксгибиционизма как сексуальной девиации коренится именно в подавленном переживании чрезвычайно сильного стыда.

Несколько слов относительно терапии клиентов, испытывающих деструктивное воздействие токсического стыда. Как уже отмечалось, токсический стыд отличается от творческого отсутствием какой бы то ни было возможности к переживанию его в контакте. Как только стыд размещается в отношениях с другим человеком, на границе контакта сразу же появляются не известные ранее или давно забытые ресурсы – творческое возбуждение, удовольствие от контакта, подавленные и неосознаваемые ранее потребности, удовлетворение которых делает жизнь человека более насыщенной и полноценной. При этом стыд, переживаемый в одиночестве, часто трансформируется в уже выносимое смущение в контакте, а акцент переживания смещается в сторону удовольствия, которое можно рассматривать в качестве маркера успешного терапевтического процесса.

Течение терапевтического процесса, предполагающего существование токсического стыда, зависит от типичного для данного клиента способа обращения с ним. Основная проблема заключается не столько в работе со стыдом, сколько в сопротивлении этому процессу ввиду наличия вторичного стыда («стыдиться стыдно»). На границе контакта чаще проявляется не сам стыд, а рэкетные компенсаторные образования. Тем не менее одной из важнейших терапевтических задач является дифференциация стыда, что возможно осуществить, например, посредством обращения внимания на телесные проявления или возникающие фантазии. Далее необходимо легализовать переживание стыда («испытывать стыд – это нормально, естественно», «вы имеете право на эти переживания» и т. д.). Только после этого для клиента оказывается возможным разместить стыд в контакте с терапевтом, говорить о своем стыде, его переживании и содержании другому человеку. В этом момент становится очевидным, что испытываемый стыд не разрушает ни терапевта, ни самого клиента – бесценный опыт, необходимый для терапии стыда. Освобождение эмоциональных проявлений id-функции благоприятствует освобождению также и функции personality, при этом неустойчивое ее функционирование, лежащее в основе стыда, приобретает более ясные и стабильные черты, прежний образ себя трансформируется под влиянием новых впечатлений, к которым клиент получает доступ. Естественным образом отпадает необходимость в рэкетных образованиях self – типичной деформации контакта, замещающих переживаниях, неадекватных образах себя и окружающих.

Несмотря на терапевтическое воздействие процесса контакта, необходимо отметить следующее. А именно, при контактной терапии стыда необходимо учитывать риск, который несет в себе сближение и самораскрытие клиента. При чрезмерном для клиента темпе сближения терапевтический процесс скорее усилит стыд и спровоцирует непродуктивные формы отыгрывания, типичные для него. Поэтому в терапии следует ориентиро-

ваться не на желания терапевта и его представления о терапевтичности контакта, а на темп сближения, свойственный клиенту. Терапия токсического стыда – это терапия «малых шагов». На мой взгляд, терапия стыда должна носить эволюционный характер, заключающийся в легализации всех, даже непродуктивных способов обращения с ним. Важно дать понять человеку, что он имеет право на любые способы предъявления и организации контакта, на любые ошибки и что его за это не будут дополнительно стыдить. Несмотря на то что целью терапии стыда является его легализация в отношениях с другим (другими), иногда оказывается важным легализовать перед этим более доступные рэкетные образования в форме, например, бесстыдства (пусть даже и с сильным налетом отыгрывания вовне), выраженной зависимости от признания и т. д.

Завершая анализ феноменологии и терапии стыда, замечу, что важным фактором успешности терапии в этом случае является способность самого терапевта переживать стыд. В противном случае естественный терапевтический процесс может быть разрушен посредством прерывания контакта или, наоборот, его чрезмерной фасилитации терапевтом, что в итоге все равно приведет к его прерыванию. Значительную роль при этом играет способность терапевта совершать ошибки, признавать их и не разрушаться при этом.

От апатичной зависти – к витальной зависти

Зависть относится к переживанию, содержанием которого является представление о том, что кто-либо обладает чем-то, что хотел бы иметь сам завидующий. В этом смысле зависть маркирует лежащее в ее основе желание. Тем не менее феноменология зависти и проявлений self, с ней связанных, не так проста. В самом общем виде зависть, как мне кажется, может быть проявлена, по крайней мере, в четырех основных формах.

Во-первых, индивид может, не осознавая это переживание, потратить свои психические усилия на подавление (ретрофлексию) имеющегося непереносимого или просто непонятного ему возбуждения. Чаще всего это происходит, если по какой-то причине осознание своей зависти является процессом просто невыносимым, а самость настолько фрагментирована, что человек оказывается не в состоянии предъявить свое необъяснимое возбуждение в какой-либо другой форме. В итоге – апатия и астения.

Во-вторых, при недостаточном осознании своей зависти к другому человек может приложить много сил и энергии для того, чтобы обесценить достижения того самого другого, которые являются предметом зависти. Так же, как ребенок раннего возраста раскладывает свои испражнения по только что чисто убранной родителями квартире, взрослый жестоко критикует очередную публикацию своего коллеги, не в силах написать ни

строчки. При этом очевидно, что все силы и возбуждение тратятся на обесценивание, ничего не оставляя для какой бы то ни было продуктивной деятельности.

В-третьих, завидуя достижениям другого, можно направить имеющееся возбуждение и энергетический ресурс зависти в более конструктивное русло. Например, создать нечто подобное, достигая тем самым того же или (желательно) большего успеха. Однако и в этом случае индивид не задумывается, насколько его действия соответствуют его же потребностям. В этом случае чаще всего можно говорить об индукции потребности посредством зависти. На поверку же часто оказывается, что совершаемые действия не питаются возбуждением фигурной потребности. Скорее человек реализует для этой цели возбуждение, появившееся от страха травматизации хрупкой и легко уязвимой (а зачастую просто фрагментированной) самости. Учитывая это, становится очевидным, что удовлетворение от таких действий невозможно (если, конечно же, не учитывать кратковременный эффект эйфории от очередного «спасения» самости).

И, наконец, в-четвертых, осознав свою зависть, представляется возможным, просканировав свои потребности, найти соответствие этому переживанию в одной из них¹⁰. А значит, в этом случае нет необходимости далее обслуживать «рзкетный» цикл контакта, а можно потратить имеющееся возбуждение на удовлетворение релевантной зависти фигурной потребности. Кроме того, в случае осознания преждевременности удовлетворения потребности возможно принятие решения об отсрочке действий по немедленному ее удовлетворению. Такая форма обращения с завистью восстанавливает естественный процесс творческого приспособления, предполагающий высвобождение значительного количества жизненных сил, поэтому может быть названа витальной.

Все вышеизложенные способы обращения с завистью, на мой взгляд, можно рассмотреть через призму цикла контакта. Так, представляется очевидным, что первые три способа обращения с завистью реализуются, не выходя за пределы преконтакта, не давая возможности сфокусировать и осознать возбуждение, реализовать его для удовлетворения релевантной ему потребности. Хотя, если быть справедливым, эти способы, конечно же, отличаются по уровню психической зрелости и, следовательно, по сложности релевантных им терапевтических воздействий. И только последний способ является достаточно зрелым и позволяет завершить цикл контакта с ощущением удовлетворения и ассимиляцией опыта.

¹⁰ Зависть, как, впрочем, и любые другие чувства, нами рассматривается как маркер какой-либо потребности. Причем более интенсивное и сильное чувство маркирует, как правило, более важную фрустрированную потребность.

С другой стороны, следует рассматривать вышеописанные способы обращения с завистью с позиции их терапевтической эволюции. Другими словами, эти способы являются также и этапами терапии деформированной зависти. Это значит, что, прежде чем клиент восстановит свою способность к зрелому способу обращения с завистью, он может пройти все три предыдущих этапа. И если рассматривать этот процесс как естественный и не пытаться его форсировать, тогда, возможно, удастся избежать многих сложностей в терапии. Так, например, если клиент предъявляет лишь единственно доступный ему первый способ обращения с завистью, то терапевт в качестве экспериментального ресурса может предложить ему второй, далее третий и т. д. Это значительно может продвинуть апатичного клиента в сторону принятия своей зависти и восстановления способности ее переживать. Таким образом, терапия «деформированной зависти» включает в себя несколько основных этапов: 1) диагностика уровня обращения с завистью; 2) поддержка эволюции обращения с завистью; 3) сканирование результата терапии, каковым является восстановление способности к творческому обращению с завистью.

От вины и обиды – к раскаянию и прощению

Появление чувства вины является значительным событием в эмоциональном онтогенезе человека. Это одно из первых по-настоящему социальных чувств, которое предполагает, что «я совершил нечто, что нанесло ущерб другому». При этом вина, в отличие от стыда, относится к действию, мною совершенному, а не к моему «Я». Именно поэтому обращаться с ней значительно проще. Тем не менее возможно и возникновение токсического переживания вины, лежащего в основе депрессии.

Говоря о динамическом механизме вины, следует отметить, что это чувство является производным от инверсии агрессии в поле. Однако, в отличие от, например, стыда, также имеющего инверсивную природу, вина маркирует остаток возбуждения, часть которого уже израсходована на некоторую активность в поле, причем эта активность (в реальности или фантазии) нанесла ущерб кому-либо. В данном случае вина может быть пережита и ассимилирована посредством покаяния и получения прощения. Так выглядит благоприятная социальная ситуация, в которой вина переживается на границе контакта со средой, формируя и обогащая self. Однако нередко ситуация, когда вина ощущается человеком не на границе контакта, а внутри симбиотических отношений с объектами среды, например с родителями. При этом неизбежно испытываемая этими объектами обида также не может быть размещена в контакте, что делает невозможным процесс переживания и обиды, и вины. Именно таким образом функционирует порочный круг нарушения творческого приспособления, центрируясь вокруг

симбиотического ядра «обида – вина». В случае хронификации этой динамической ситуации контекст начинает воспроизводить сам себя, при этом уже не имеет значения, в реальности или нет существует нанесенный ущерб, а также в реальности или лишь в фантазии человека существует обида у объектов поля. Фантазия о предполагаемой обиде приобретает самостоятельное значение в отрыве от существующей психологической динамики поля, поскольку оказывается необходимой для обоснования хронической вины. Сформированная токсическая вина уже не позволяет разместить в поле некоторую часть агрессии, как это оказывается возможным в случае психологически адекватной вины. Таким образом, возникающая у человека в поле агрессия подвергается тотальной инверсии, «обесточивая» self. При этом становится очевидной неизбежность апатии, характерной для депрессивных клиентов, психологическая динамика которых центрирована вокруг токсической вины. Не редкость, к сожалению, в этом случае и суицидальное поведение.

Итак, возникшее как эмоциональный феномен социального характера, чувство вины может приобрести аутичный характер. Однако, на мой взгляд, любая динамика, формирующая нарушения творческого приспособления, потенциально обратима. Описанный выше механизм хронификации вины может быть рассмотрен с точки зрения ресурсов психотерапии. Так, размещение чувства вины на границе контакта позволяет восстановить чувствительность человека к динамике поля и соответственно способность к дифференцированию реальности и фантазии. При этом восстанавливается процесс переживания, возвращающий целостность self, а освободившаяся часть агрессии может быть размещена в поле в целях создания более комфортных условий существования для человека¹¹.

Кроме того, переживание в контакте вины позволяет развести желаемое действие и его результат, явившийся причиной вины. Только после этого у человека появляется возможность покаяния и, соответственно, получения прощения. В случае, если получение прощения невозможно (например, ввиду ригидности или прежней симбиотической тенденции со стороны среды), человек оказывается на перекрестке возможностей: с одной стороны, восстановления симбиотического замкнутого круга с релевантной ему потерей способности к контакту и переживанию, с другой

¹¹ В терапии глубокой депрессии в этом случае достаточно часто актуализируются ранние переживания, маркирующие такой же ранний симбиоз. Речь идет о ярости, релевантной невозможности отделиться от матери. Выражение этих чувств может оказаться очень болезненным и непростым, вызывающим значительное сопротивление и даже регресс, зачастую психотического свойства. Думаю, именно в этом заключается основная трудность в терапии депрессий, а иногда (в особенно тяжелых случаях) и причина резистентности к терапии вообще.

стороны, трансформации вины в сожаление с соответствующей способностью оставаться в контакте в процессе переживания. В процессе психотерапии, особенно депрессивных и созависимых клиентов, эта динамическая ситуация требует значительной поддержки со стороны терапевта.

От отчаяния – к восстановлению витальности

Отчаяние всегда предполагает конфликт двух и более противоположных стремлений, в основе которых могут лежать как желания, так и интроекты. Так, активность, мотивированная желанием, может быть остановлена интроектом или же другой потребностной тенденцией. Отчаяние может быть также вызвано столкновением двух противоречивых интроектов. В любом случае стратегия терапевтической работы должна опираться на представления об отчаянии как результате тупика, образованном обездвиживающими друг друга стремлениями. Выход из этого тупика заключается в возможности легализации всех тенденций, его образующих. Как только все заблокированные до того в отчаянии стремления получают право на жизнь и проявление, посредством «взрыва вовнутрь» высвобождается огромное количество «замороженной» прежде энергии, которая теперь может быть расходована для ассимиляции аффекта отчаяния.

Присутствующий в названии данного чувства корень «чаяние» этимологически отсылает нас также к представлениям о его фрустрационной природе. Другими словами, отчаяние появляется в ситуации, когда какие-либо важные потребности, несмотря на ожидание их удовлетворения, оказываются фрустрированными. При этом отчаяние маркирует, как правило, остановку в удовлетворении наиболее важных потребностей, релевантных поддержанию безопасности и стабильности существования, а также образов себя и реальности. Интенсивность же переживания отчаяния является производной от значимости фрустрированной потребности для поддержания витального баланса и от представлений человека о перспективах ее удовлетворения в будущем, т. е. от ожиданий, но уже в новой редакции. Отсутствие каких бы то ни было перспектив в удовлетворении потребности и, как следствие, в восстановлении баланса в поле рождает отчаяние, присутствующее в феноменологии депрессий различных клинических форм и генеза. В этом случае отчаяние является эмоциональным маркером тупика, являющегося следствием фиксации дисбалансированного контекста поля с сопутствующими представлениями о безысходности.

С другой стороны, отчаяние также выступает регулятором ощущения тупика, фиксируя в неизменном хроническом состоянии психологически неблагоприятный контекст поля. В этом случае человек как бы упивается своим несчастьем, формируя замкнутый круг нарушения способности к творческому приспособлению: хронификация дисбалансированного кон-

текста поля рождает отчаяние, постоянное воспроизведение которого в аутичном переживании вторично фиксирует неблагоприятную ситуацию жизненного пространства с сопутствующим ощущением безысходности. Разрыв этого психопатологического цикла выступает благоприятным прогностическим фактором в психотерапии депрессий. Ресурсом же для выполнения этой задачи является возможность размещения переживания отчаяния на границе контакта со средой.

Таким образом, контактный способ обращения с отчаянием, имеющим аутичную природу, в некотором смысле выступает «противоядием» для его неблагоприятных психологических последствий. Приобретая в результате этого процессуальный характер, переживание отчаяния трансформируется в некоторые другие формы агрессии (например, злость, гнев, ярость, страх¹² и т. д.), предполагающие большую чувствительность к полю и желаниям, в нем возникающим. При этом соответствующим образом изменяются также поведенческие паттерны, регулирующие и изменяющие контекст поля, который до этого момента был неизменным и воспроизводил отчаяние и, как следствие, депрессию.

От психической боли – к процессу переживания

Не случайно, думаю, название этого эмоционального переживания совпадает с обозначением физиологической реакции человека на физическую травму. Как разбитое колено или сломанная рука сопровождаются физической болью, так и травма, нанесенная self, маркируется болью психической. Причем боль возникает в тот момент, когда полученная психическая травма очень значительна и (или) внезапна и не может быть пережита посредством актуализации какого-либо другого чувства или эмоции (например, злости, гнева, стыда, вины и т. д.).

Психическая боль, на наш взгляд, является не столько отдельной эмоцией, сколько комплексным эмоциональным феноменом. Другими словами, она выступает вторичным эмоциональным проявлением, производным от обращения с простыми эмоциями и чувствами. Боль появляется в результате удержания чувств внутри границ self. При этом агрессия удержанных чувств в результате аутичной инверсии образует чрезвычайно сильное давление на self, который через некоторое время оказывается за-

¹² Возможно, именно по этой причине выход из депрессии часто связан с переживанием и выражением сильных агрессивных чувств, приобретающих по большей части объектный характер.

топлен недифференцированными аффектами¹³. Психическое напряжение становится настолько сильным, что находится на грани выносимости. Причем чем сильнее напряжение, тем более затруднен процесс осознания формирующих его чувств. Таким образом, порочный круг замыкается, формируя чрезвычайно сильный хронический дискомфорт, который и называется психической болью. Боль парализует контакт и все феномены, производные от него, включая self. Любые витальные проявления угасают, поскольку все возникающее психическое возбуждение оказывается поглощенным воронкой, образуемой замкнутым динамическим циклом боли. Возможно, именно поэтому феномену боли часто сопутствуют утрата осознания каких-либо перспектив на будущее, способности радоваться и получать удовольствие, апатия и ощущение безысходности; последнее может оказаться конкурирующим с желанием жить. Думаю, это один из факторов, определяющих значение и роль психической боли для феноменологии и динамики депрессий и суицидального поведения.

Для полноты анализа феномена психической боли необходимо отметить, что она возникает в результате удержания не только (а может быть, и не столько) «негативных» чувств (злости, ярости, печали, вины и т. д.), но и «позитивных» (нежности, любви, удовольствия и т. д.). Причем инверсия агрессии нежности и любви, например, может оказывать более патогенное воздействие¹⁴. Боль, образуемая блокированием этих эмоциональных проявлений, переживается гораздо тяжелее, поскольку затрагивает самые архаичные элементы self. Психотерапевтический опыт позволяет предположить, что чем более ранние чувства (точнее их блокирование) формируют боль, тем глубже психические нарушения, ей релевантные, и хуже терапевтический прогноз.

Терапевтическая стратегия в работе с психической болью с очевидностью вытекает из описанной феноменологии. Первичным является размещение боли на границе контакта, которое позволяет восстановить в пра-

¹³ Инверсия агрессии удержанных чувств парализует психическую динамику на границе контакта. А поскольку именно на границе контакта реализуется функция осознания и маркировки возникающего в контакте возбуждения, то удержанные эмоциональные проявления оказывается невозможным дифференцировать.

¹⁴ Думаю, в большей степени патогенный эффект блокирования «позитивных чувств» характерен для западной культуры, развитие и актуальное состояние которой связано с христианством. Так, например, в христианской культуре удержание «негативных» чувств, имеющих природу греха, полностью легализовано. Его даже обслуживает множество церковных ритуалов – от молитвы до исповеди. И наоборот, любовь и нежность являются ценными, они даже транслируются как необходимые для праведной жизни. Поэтому удержанию сильных «позитивных» чувств часто сопутствует также и угроза самоуважению.

вах и функциях процесс переживания. Если о своей боли оказывается возможным сообщить лично другому человеку, то в этот момент боль оказывается уже выносимой («если боль не разрушила терапевта, то и я могу ее пережить»). Эта точка знаменует начало процесса переживания, в котором в чистом виде боль может присутствовать недолго. Вскоре может обнаружиться, что за болью находится какое-то другое чувство, которое также может быть пережито в контакте с другим человеком. Таким образом, психотерапия психической боли оказывается похожа на расчистку «авгиевых конюшен», по ходу которой у клиента высвобождается значительное, блокированное до этого, момента, возбуждение, появляются желания, восстанавливается способность получать удовольствие от жизни. Витальность восстанавливается, отвоевывая self у смерти.

Параллелизм эмоционального онтогенеза и эволюции психики

В заключение следует отметить, что возникновение чувств в онтогенезе совпадает с эволюцией чувств в филогенезе (а также в культуре). Так, для первобытной и языческой культуры характерной чертой являлась тенденция каким-либо образом совладать с ужасом (хотя, вернее сказать, – с порочным кругом «ужас – ярость», поскольку ужас является не чем иным, как проекцией собственной ярости). Способность к контролю восстанавливалась посредством проекции ярости на многочисленных богов, что упрощало жизнь, объективируя ужас до страха. А со страхом, как известно, можно справиться (в данном случае – с помощью поклонения и жертвоприношений). На смену язычеству приходит монотеизм с его главной темой стыда. Именно с осознания своей наготы, которое спровоцировало стыд, начинается история человечества. Именно после появления чувства стыда Адам и Ева покидают Эдемский сад. Примечательно, что этот конфликт разворачивается в культуре вокруг расщепления «стыд – бесстыдство», разрешаясь или посредством нечувствительности к стыду (святые блудницы, оргии и т. д.), или страхом стыда, создавшим суровые пуританские нравы.

Зависть, появившаяся как комплементарный стыду феномен, способствовала компенсации уязвимого образа себя, и позволяла разместить подавляемые стыдом желания хотя бы в такой косвенной форме. Христианство, пришедшее на смену Ветхому Завету, породило переживание вины (в результате осознания греховного деяния). С другой стороны, оно создало институт покаяния, помогающий адекватно распорядиться с виной за содеянное¹⁵. Так или иначе, но во все времена и культурные эпохи процесс ау-

¹⁵ Индульгенцию в этом смысле можно рассматривать как созданное культурной ситуацией терапевтическое средство от вины.

тизации контактных по своей природе эмоциональных проявлений был чреват отчаянием и психической болью, а психологический комфорт был связан с возможностью человека разместить свои переживания на границе контакта с окружающей средой.

Литература

1. *Виллер Г.* Гештальт-терапия постмодерна: за пределами индивидуализма / Г. Виллер. – М., 2005. – 489 с.
2. *Калитеевская Е.* Гештальт-терапия нарциссических расстройств / Е. Калитеевская // Гештальт-2001. – М. : МГИ, 2001. – С. 50–59.
3. *Кляйн М.* Зависть и благодарность. Исследование бессознательных источников / М. Кляйн. – СПб. : БСК, 1997. – 96 с.
4. *Кляйн М.* Развитие в психоанализе / М. Кляйн, С. Айзекс, Дж. Райвери, П. Хайманн. – М. : Акад. проект, 2001. – 512 с.
5. *Левкиевская Е.* Мифы русского народа / Е. Левкиевская. – М. : Астрель : АСТ, 2003. – 528 с.
6. *Мечковская Н.Б.* Язык и религия : пособие для студентов / Н.Б. Мечковская. – М. : ФАИР, 1998. – 352 с.
7. *Погодин И.А.* Психотерапия в эпоху постмодерна / И.А. Погодин // Гештальт гештальтов: Евро-Азиатский вестн. гештальттерапии. – 2007. – № 1. – С. 26–37.
8. *Робин Ж.-М.* Стыд / Ж.-М. Робин // Гештальт-2002. – М. : МГИ, 2002. – С. 28–37.
9. *Этерлей Е.Н.* О семантике слов с корнем яр- (в связи с исследованием славянского божества Ярилы) / Е.Н. Этерлей // Диалектная лексика. – Л., 1978. – С. 102–114.
10. *Kernberg O.* Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies / O. Kernberg. – New Haven : Yale University Press, 1994.
11. *Klein M.* Developments in psycho-analysis / M. Klein. – London : Hogarth, 1952.
12. *Pogodin I.* Psihodinamiska pieeja personibai psihoterapija / I. Pogodin // Psihologija mums. – 2006. – N 28. – Lap. 28–31.
13. *Pogodin I.* Psychologiczna fenomenologia narcyzmu / I. Pogodin // Gestalt. – 2005. – N 1 (62). – S. 34–39.

КРИЗ? АТАКА? НЕВРОЗ? КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРИСТУПА ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Республиканский кардиологический диспансер, Чебоксары;
Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева;
Чувашский государственный университет, Чебоксары;
Оренбургский психоневрологический диспансер

В феврале 2009 г. в кардиологическое отделение с целью стационарного обследования поступил больной Р., 50 лет. Им предъявлялись жалобы на повышение артериального давления до 160/100 – 180/100 мм рт. ст., которое эпизодически сопровождалось приступами страха, дрожи во всем теле, учащенного сердцебиения, чувством жара, а также психоэмоциональным возбуждением.

Больной отмечал симптомы артериальной гипертензии в течение последних десяти лет, по поводу чего регулярно проходил стационарное лечение. Постоянно принимал эналаприл. Резкое ухудшение состояния с появлением кризов развилось неожиданно для больного в августе 2008 г. Больной прошел курс стационарного лечения. По рекомендации врачей, в состоянии криза начал принимать алпрозолам. Только после этого переходил к антигипертензивным средствам. Такая тактика снимала остроту криза, но не давала больному ощущения полного контроля над своим состоянием. Неожиданность возникновения кризов и неспособность эффективно справляться с ними вызывали у больного страх.

В отделении больному проведен полный комплекс диагностических обследований, включая компьютерную томографию надпочечников для исключения феохромоцитомы. Неоднократно осмотрен «узкими» специалистами, консультирован научными сотрудниками медицинского института. Данные за вторичный характер артериальной гипертензии не выявлены.

При обследовании эндокринологом установлен уровень тестостерона на нижней границе нормы. В соматическом статусе: ожирение II степени (алиментарно-конституциональный тип).

В ходе проведения комбинированной гипотензивной терапии был достигнут целевой уровень артериального давления. Однако на фоне нормального артериального давления один раз в 4–5 дней описанные кризы у больного повторялись. Более того, появилась тенденция к увеличению их

частоты и продолжительности. Кризы с трудом купировались стандартной терапией гипертонических кризов. Положительный эффект достигался только после внутривенного введения реланиума.

С целью исключения психологической природы возникновения кризовых состояний больному назначена консультация психотерапевта. В ходе сбора анамнеза жизни и анамнеза заболевания, оценки психического статуса и динамики развития психопатологического состояния больному установлен диагноз панического расстройства, в происхождении которого выявлена отчетливая психологическая составляющая.

Отправной точкой для анализа послужило время возникновения первых панических приступов. Со слов самого больного, они относятся к середине августа 2008 г. Сам больной определенной связи с какими-либо неприятными событиями в своей жизни и жизни своих близких не проводил. Отмечал, что и в семье, и в работе все шло нормально. Он мог бы понять, если бы подобное развилось у него за год до этого, когда были существенные проблемы с бизнесом, но в августе 2008 г. ситуация в бизнесе стабилизировалась. Семейные и супружеские отношения также характеризовал как теплые, хорошие. Описывал свою жену как понимающую и тактичную.

К личностным особенностям Р. можно отнести наличие черт тревожности, осторожности. Так, во время каждой госпитализации в стационар вместе с ним в палате постоянно находился один из близких ему людей, который сопровождал его во время всех обследований и лечебных процедур. Исключением являлись беседы с врачом, которые подразумевали сугубо личную тематику. Не чужды данной личности и черты демонстративности. Ежедневно Р. был хорошо и чисто выбрит, пользовался парфюмерией, предпочитал одежду ярких тонов. Имея высокий уровень развития интеллекта, в беседе был многословен, с удовольствием рассказывал о себе, о своей жизни, активно отвечал на вопросы. Отмечены у больного и нерезко выраженные ипохондрические тенденции. С большим интересом он относился к соматическим версиям возникновения своего состояния, с желанием проходил все необходимые обследования и консультации, при необходимости оплачивая их, невзирая на их стоимость. При возникновении вопроса о феохромоцитоме нашел в интернете соответствующую информацию и подробно ее изучал.

Особенностью клинического оформления приступов панических атак в данном случае было то, что они, как правило, возникали либо в стенах лечебного учреждения, либо в пределах его досягаемости. В то же время больной по-прежнему продолжал управлять собственным автомобилем, не опасаясь возникновения приступа за рулем.

В данном анализе необходимо отметить этническое происхождение больного Р. [7]. По национальности он был грузином, который после окон-

чания средней школы уехал из Грузии в Россию. Здесь он закончил техникум и вуз, здесь же женился на русской женщине. В совместном браке у них родился общий сын. Сам Р. в совершенстве владеет русским языком. До ухода в частное предпринимательство занимал значимые административные должности в городе, был известным человеком. Материально обеспечен.

В семье общение протекает на русском языке, но сына-подростка старается приобщать к грузинской культуре. Каждый раз, когда ездит в Грузию, старается брать его с собой. На вопрос, кем он считает себя по национальности, отвечает, что, конечно же, грузином. В отношении национальности сына отвечает, что пусть тот выбирает сам, но добавляет, что хотелось бы, чтобы тот был грузином.

Проживая несколько десятилетий в России, не отмечает какого-либо предвзятого отношения к себе из-за своей национальности. Говорит, что всегда удавалось находить со всеми общий язык и взаимопонимание.

В разговоре о событиях грузино-осетинского конфликта с участием России в августе 2008 г., когда развернулись открытые боевые действия между сторонами, сообщает, что очень переживал по этому поводу. В Грузии у него остались родственники. После целенаправленного вопроса о том, не появились ли у него панические симптомы как раз после этого конфликта, неожиданно для себя отвечает утвердительно. Очень удивляется этой связи и никак не может понять ее механизмы. Необъяснимым для него является тот факт, что манифестация симптомов произошла уже после того, как собственно военный конфликт завершился, и когда непосредственная опасность для жизни родственников миновала.

В ходе дальнейшего разбора проблемы были выделены составляющие внутриличностного конфликта, способствующего появлению панической симптоматики [3, 12]. Несмотря на то что Р. в течение трех десятилетий проживает вне Грузии, родина занимает в системе его ценностей одно из важных мест. Широко распространенные в грузинском социуме и усвоенные им с раннего детства психологические установки предполагают, что он должен сделать все возможное, чтобы помочь своим родным. Вспоминая об августе 2008 г., Р. сообщает, что сильно мучился из-за того, что ничего не мог изменить в ситуации военного конфликта и после него. Особенно Р. беспокоился за судьбу своего сына, который носил грузинскую фамилию и во внешнем облике имел грузинские черты. При общем нейтральном отношении окружающих сам Р. не исключал при некоторых обстоятельствах возможности агрессивных и враждебных действий со стороны жителей города по отношению к нему и его семье.

Таким образом, содержанием выявленного внутриличностного конфликта, который возник после военных действий на Кавказе в августе 2008 г.

и нашел соматическое воплощение в форме панических атак, здесь стало неосознаваемое самим больным противоречие между необходимостью совершения им активных действий в сложившейся ситуации, с одной стороны, и стремлением сохранить личное, профессиональное и семейное благополучие – с другой [6]. Жесткие когнитивные установки личности не позволяли больному пожертвовать чем-то одним во благо другому. Манифестация соматовегетативных симптомов, расценивавшихся самим больным и его окружением как проявление кардиальной патологии, дезактуализировала вопрос о его бездействии в глазах родственников, живущих на родине, давая ему возможность социально приемлемым образом уйти от необходимости конструктивного разрешения данного конфликта [4].

Абстрагируясь от клинических критериев МКБ-10 и возвращаясь к характеристике внутриличностного конфликта у больного Р. с позиций отечественной психиатрии и психотерапии, можно со всеми основаниями охарактеризовать его как классический обсессивно-фобический вариант невротического конфликта. Данный конфликт основывается на неосознаваемой борьбе между моральным долгом Р. перед родственниками и прагматическим нежеланием терять свой привычный образ жизни, а возможно, и устойчивый социальный статус в обществе. В рамках такого подхода данный клинический случай может быть точнее классифицирован не как паническое расстройство, а как обсессивно-фобический невроз с вегетативными проявлениями [4, 9].

Вытекающая из анализа описанной выше ситуации психотерапия была нацелена на выявление у больного внутриличностного конфликта, повышение степени его осознания самим больным, рассмотрение возможностей по смягчению иррациональных установок, лежащих в основе данного симптомогенеза [1, 2, 11]. Предполагалось проведение полного курса психотерапии. Однако возможности психотерапевтической помощи были ограничены временными рамками – больному на следующий день предстояла выписка из стационара [8, 10].

Именно поэтому психотерапия была проведена в максимально краткосрочной форме и основывалась на работе с образами. Больной имел хорошую способность к визуализации, что позволило провести переход от диффузных телесных переживаний к переживаниям в образах и символах. Работа проводилась на уровне нескольких субличностей больного, которые обладали разной степенью необходимости защиты своих родственников и различной успешностью совладания с проблемной ситуацией. Дополнительно использовались образы совладания, кинестетические образы, превентивные образы и образы, опережающие время [5]. После окончания работы с образами больной вербализовал происшедшие с ним изменения и сообщил о готовности следовать более рациональным мыслям, чем прежде.

В состоянии улучшения Р. был выписан домой с рекомендацией наблюдения у кардиолога и психотерапевта с целью проведения курса личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии в плановом порядке [9].

Литература

1. Александров А.А. Современное состояние патогенетической психотерапии / А.А. Александров // Вестн. психиатрии и психологии Чувашии. – 2006. – № 2. – С. 8–16.
2. Бабурин И.Н. Психотерапевтическая методика «ролевое переключение» в лечении хронического болевого синдрома при остеохондрозе позвоночника / И.Н. Бабурин // Вестн. психиатрии и психологии Чувашии. – 2007. – Прил. 1. – С. 83–89.
3. Карвасарский Б.Д. Неврозы / Б.Д. Карвасарский. – М., 1990. – 576 с.
4. Копинг-поведение у больных неврозами и его динамика под влиянием психотерапии: пособие для врачей / Карвасарский Б.Д., Абабков В.А., Васильева А.В. [и др.]. – СПб. – 1999. – 22 с.
5. Кулаков С.А. Практикум по психотерапии психосоматических расстройств / С.А. Кулаков. – СПб. : Речь, 2007. – 294 с.
6. Мясищев В.Н. Личность и неврозы / В.Н. Мясищев. – Л., 1960.
7. Николаев Е.Л. Пограничные расстройства как феномен психологии и культуры / Е.Л. Николаев. – Чебоксары, 2006. – 384 с.
8. Николаева О.В. Психоэмоциональный статус больных сердечно-сосудистой патологией при стационарном лечении / О.В. Николаева // Акмеология. – 2007. – Т. 3, № 3. – С. 89–92.
9. Чехлатый Е.И. Личностная и межличностная конфликтность и копинг-поведение у больных неврозами и их динамика под влиянием групповой психотерапии : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Чехлатый Е.И. – СПб., 1994. – 25 с.
10. Direct observation of requests for clinical services in office practice: what do patients want and do they get it? / Kravitz R.L., Bell R.A., Azari R., Kelly-Reif S., Krupat E., Thom D.H. // Arch. Intern. Med. – 2003. – Vol. 163, N 14. – P. 1673–1981.
11. Psychosocial components of cardiac recovery and rehabilitation attendance / King K.M., Humen D.P., Smith H.L., Phan C.L., Teo K.K. // Heart. – 2001. – Vol. 85, N 3. – P. 290–294.
12. The relationship between personality, socio-economic factors, acute life stress and the development, spontaneous conversion and recurrences of acute lone atrial fibrillation / Mattioli A.V., Bonatti S., Zennaro M., Mattioli G. // Europace. – 2005. – Vol. 7, N 3. – P. 211–220.

ЭКСТРЕМАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ. ПСИХОЛОГИЯ СТРЕССА

УДК 159.9 : 614.8

В.В. Щедренко

О НЕКОТОРЫХ МЕХАНИЗМАХ НАРУШЕНИЙ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПРИ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ ВОЗДЕЙСТВИЯХ В РЕГИОНЕ СЕВЕРНОГО КAVКАЗА

Ставропольская государственная медицинская академия

Введение

Долгое время регион Северного Кавказа с полным правом можно было отнести к экстремальной зоне по уровню психогенных воздействий на человека. По данным годовых отчетов Ставропольской краевой психиатрической службы, количество больных с психогенными расстройствами, полученными на фоне экстремальных ситуаций, сопряженных с проведением антитеррористических операций и т. д., в 1999 г. по сравнению с 1991 г. выросло в 2,14 раза (соответственно 2851 и 6087 человек). В последующие годы частота таких случаев не уменьшалась, несмотря на стабилизацию обстановки в регионе.

При этом официальные данные психиатрической службы скорее похожи на видимую часть айсберга. Огромный объем больных предпочитает обращаться за помощью в медицинские учреждения соматического профиля, в том числе частные. В течение последних 8 лет ситуация несколько улучшилась, но по-прежнему остается немало факторов, создающих обстановку для развития у людей посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР).

Криминальная ситуация в приграничных территориях Ставропольского края, угроза повторения террористических актов, особая атмосфера национально-религиозного напряжения, постоянный приток беженцев и переселенцев порождают условия стрессовых воздействий и сохраняют постоянный поток обращения больных, а также лиц, побывавших в так называемых непривычных условиях существования (участники боевых действий, заложники, пленные, беженцы и т. д.).

Экстремальные факторы являются мощным воздействием на организм человека в целом, в том числе на его психику [3]. Проблеме влияния психотравмы, возникшей в результате экстремальной ситуации, на соци-

альную адаптацию, уделяется в последние годы достаточно внимания, но в то же время необходимо отметить, что, наряду со взрослыми людьми, в условия психотравмирующей ситуации оказываются и дети. Возникает реальная необходимость изучения последствий психотравмирующей ситуации для социальной адаптации лиц, ее переживших.

По данным литературы частота ПТСР варьирует от 3,5 до 67,0 %. Возможно, что такая вариабельность обусловлена не только разбросом подхода к диагностике расстройства. В литературе указывается на отсутствие единой концепции определения патогенетических механизмов ПТСР [1, 2, 4–6].

При оказании помощи больным с ПТСР приходится сталкиваться со сложным комплексом проблем оценки тяжести заболевания, его прогноза, выбора объема и тактики помощи, а также решения социальных и психологических вопросов на фоне продолжающегося действия факторов, порожденных стрессом и социальной средой.

Материал и методы исследований

В ходе исследования в амбулаторных и стационарных условиях группы подростков и юношей, перенесших психотравму, связанную с экстремальной ситуацией, обратило на себя внимание, что у части больных, наблюдавшихся и проходящих лечение с диагнозом ПТСР (F43.1), а также хроническое изменение личности после катастрофы (F62.0), процесс реабилитации и ресоциализации, в отличие от других, происходил с большими трудностями. Расстройства психической сферы обнаруживали большую глубину, а также большую резистентность к терапевтическим вмешательствам. Важным, на наш взгляд, в анализе данных затруднений являлся вопрос о механизме формирования психических расстройств и нарушений адаптационного потенциала у лиц молодого возраста, подвергшихся воздействию психотравмирующей ситуации с реальной угрозой для жизни.

С этой целью изучалась группа из 57 подростков мужского пола, перенесших непосредственную угрозу для жизни, сопряженную с пребыванием в обстановке боевых действий, наводнения, автокатастроф, терактов. Обследование проводилось клинко-психопатологическим методом. У всех обследованных нами пациентов психические нарушения были обнаружены после экстремальных ситуаций, ранее они психическими заболеваниями не страдали и не состояли на учете в психиатрическом диспансере.

Возраст пациентов колебался от 15 до 19 лет. Больные наблюдались по данному поводу от 1 года до нескольких лет. Все юноши были выходцами из семей с приблизительно одинаковым социальным положением и материальным достатком. Началу появлению психических расстройств во всех случаях предшествовал длительный латентный период, длительно-

стью от 3 недель до нескольких месяцев, при этом пусковым моментом для манифестации психических нарушений у всех пациентов явились острые респираторные вирусные инфекции, осложненные энцефалитическим синдромом. Все психические проявления начинались у юношей в период, когда обстановка психотравмы оставалась в прошлом и не представляла для них реальной угрозы.

Результаты исследования и их анализ

Клинические наблюдения за пациентами выявили, что в период острого течения респираторной вирусной инфекции у них обнаруживались:

- тревожность (в 100 % случаев);
- нарушения сна и сновидения в виде «кошмаров, реконструирующих ситуацию психотравмы» (97 %);
- повторяющиеся воспоминания о психотравмирующих событиях (93 %);
- страх и чувство собственной беспомощности (93 %);
- ощущение отчужденности от других людей (91 %);
- попытки избежать расспроса о травмирующей ситуации (92 %);
- недоверие к медицинскому персоналу (90 %);
- постоянное присутствие раздражительности, напряженности, агрессивности (86 %).

Характерным для больных было наличие выраженных проявлений гипостенического варианта астенического синдрома или астении в варианте «раздражительной слабости», с присущими этому синдрому вегетативными кризами.

У 41 (72 %) подростка на фоне острого течения энцефалитического синдрома нами констатировались эпизоды нарушения сознания по типу сумеречных или состояний оглушения. При сборе анамнеза у данных пациентов выявилось, что в обстоятельствах экстремальной ситуации они испытывали схожие состояния. Подростки из обследуемой нами группы обнаруживали худший уровень адаптации в микросоциальной среде в сравнении со сверстниками. Воспоминания о травмирующей ситуации, страхи, панические эпизоды в последующий за манифестацией ПТСР период возникали спонтанно, имели обсессивно-компульсивный характер, сопровождалась вегетативными кризами.

Обстановка учебного коллектива, окружающие сверстники, родители или родственники у них начинали вызывать раздражение, часто являясь объектами для агрессивных проявлений со стороны обследуемых подростков, что негативно отражалось на уровне их социальной адаптации. С другой стороны, обследуемый контингент имел более низкую в сравнении со сверстниками толерантность к эмоциональным и физическим нагрузкам.

Таким образом, фактор манифестации энцефалитического синдрома на фоне респираторной вирусной инфекции, возможно, являлся триггерным для проявления всех симптомов характерных для ПТСР. У части пациентов, как сообщалось выше, наблюдались эпизоды нарушений сознания по типу сумеречных состояний или оглушений, эти пациенты имели худшие уровни адаптации в социальных средах и отличались большей конфликтностью.

Заключение

Наблюдения, полученные нами в ходе исследования, позволяют сделать следующие предположения:

1) нарушения сознания при манифестации энцефалитического синдрома снижают адаптационные возможности человека, вызывают стабильные изменения в эмоциональном переживании обстановки психотравмирующей ситуации и актуализируют прошлые воспоминания о ней;

2) изменения уровня функционирования нервной системы на фоне энцефалитического синдрома, осложнившего острый период респираторной вирусной инфекции у лиц молодого возраста, наносят ущерб структурам личности, сказываясь в дальнейшем на их адаптационном потенциале.

Литература

1. *Александровский Ю.А.* Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский. – М. : Медицина, 1993. – 400 с.
2. *Краснянский А.Н.* Посттравматическое стрессовое расстройство у участников военных конфликтов / А.Н. Краснянский // Синапс. – 1993. – № 3. – С. 14–33.
3. *Кржечковский А.Ю.* Особенности психических расстройств в экстремальных условиях : учеб.-метод. пособие / А.Ю. Кржечковский. – Ставрополь, 1999.
4. *Лыткин В.М.* Посттравматические стрессовые расстройства / В.М. Лыткин, В.К. Шамрей, К.Н. Койстрик. – СПб., 1999. – 31 с.
5. *Horowitz M.J.* Stress response syndrome and their treatment / M.J. Horowitz. – New York : Free Press, 1982.
6. *Kolb L.C.* The posttraumatic stress disorders of combat: a subgroup with a conditioned emotional response / L.C. Kolb // Milit. Med. – 1984. – Vol. 149. – P. 237–243.

СТРЕСС В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РУКОВОДИТЕЛЯ

Санкт-Петербургский университет МВД России

Проблема психологического стресса в трудовой деятельности и социальной жизни человека стала активно изучаться в последние три-четыре десятилетия. Этому способствовал ряд обстоятельств:

– во-первых, получили распространение концепции биологического стресса и появились фундаментальные обзорные работы по проблемам влияния экстремальных факторов деятельности на функциональное состояние и работоспособность человека;

– во-вторых, непрерывно возрастало внимание к изучению «человеческого фактора», особенностей психических процессов, свойств и состояний личности специалистов ответственных, вредных и опасных профессий. В связи с усложнением техники и содержания профессиональных задач, условий и организации трудового процесса увеличивалась роль психологических причин в снижении эффективности и безопасности труда, сокращении профессионального долголетия и возникновении психосоматических заболеваний;

– в-третьих, отмечается существенное повышение уровня общей тревожности, напряженности, беспокойства у большого количества людей под влиянием природных бедствий (землетрясений, наводнений и т. п.), техногенных катастроф (взрывов, аварий на транспорте, промышленных объектах), региональных и межнациональных конфликтов, локальных войн и террористических актов, связанных с гибелью людей, массовым физическим и психическим травматизмом.

Перечисленные факторы приводят к нарушениям психического состояния не только в результате их непосредственного воздействия на человека, но и при ожидании возможного воздействия или в период последействия.

Специфика службы в ОВД связана с неблагоприятным воздействием на личный состав практически всех из указанных вредных факторов. Кроме того, эффективность и надежность труда каждого отдельного сотрудника, его удовлетворенность деятельностью зависят от уровня профессионализма руководящего состава.

Управленческая деятельность, направленная на поддержание устойчивой и стабильной деятельности ОВД, составляет основную часть профессиональной деятельности руководителя. В соответствии с современными требованиями, она должна быть организована так, чтобы обеспечить собственное оптимальное функционирование руководителя и стабильность

деятельности подчинённого подразделения в современных сложных условиях [10].

Профессиональная деятельность руководителя заключается в уравнивании порой взаимоисключающих задач, в балансировке между интересами службы, коллектива и личными интересами отдельных сотрудников, что, в условиях постоянного дефицита времени, приводит к состоянию высокой психической напряжённости и стресса у руководителя.

К сожалению, в настоящее время вопрос о профессиональном стрессе руководителя ОВД мало изучен и требует более глубокого исследования. Об острой необходимости исследований в данной области говорит анализ взаимосвязи профессиональной деятельности и ряда соматических болезней. Руководители организаций, коммерсанты и врачи-хирурги в восемь раз чаще погибают от инфаркта миокарда, чем рабочие, и в два раза чаще, чем адвокаты и судьи [4].

Психологи и психофизиологи, изучающие особенности управленческого труда, объясняют это высоким эмоциональным напряжением, связанным с тревогой руководителя за состояние дел в подчинённой организации, отношения с сотрудниками, с вышестоящим руководством, взаимодействие с многочисленными контролирующими и проверяющими инстанциями.

Но прежде чем пытаться разобраться, с чем же связан профессиональный стресс руководителя ОВД, попытаемся чётко сформулировать само понятие – «профессиональный стресс».

Концептуальное уточнение понятия профессиональный стресс, предполагает в первую очередь уяснение самого понятия «стресс». Понятие стресс было введено в науку около 70 лет тому назад канадским ученым Гансом Селье, одним из крупнейших физиологов XX в. Феномен неспецифической реакции организма в ответ на разнообразные повреждающие воздействия он назвал адаптационным синдромом, или стрессом [9].

По своей сути эта реакция, или стресс (от англ. stress – «напряжение», «давление», «нажим»), отражает экстренную мобилизацию внутреннего «запаса» сил организма для того, чтобы преодолеть препятствие или защититься от вредоносного влияния [8]. Г. Селье выделял три стадии развития стресса:

1) тревоги – организм сталкивается с неким возмущающим фактором среды и старается приспособиться к нему;

2) резистентности (адаптации) – организм адаптируется к новым условиям;

3) истощения – эта стадия наступает, если стрессор продолжает действовать длительное время и вызывает истощение гормональных ресурсов и срыв систем адаптации, приводящий к болезни или даже смерти индивида.

Стресс становится опасным для здоровья и деятельности иногда и в самом начале, когда сила экстремального воздействия явно превышает индивидуальные ресурсы.

Тем не менее, согласно мнению Г. Селье, стресс может быть полезным, в этом случае он «тонизирует» работу организма и способствует мобилизации защитных сил (включая иммунную систему). Поэтому говорят о двух формах стресса. Продуктивный, или эустресс (eustress), позволяет не только справиться с затруднением, но и накопить полезный опыт по преодолению сходных «трудных» ситуаций (рис. 1).

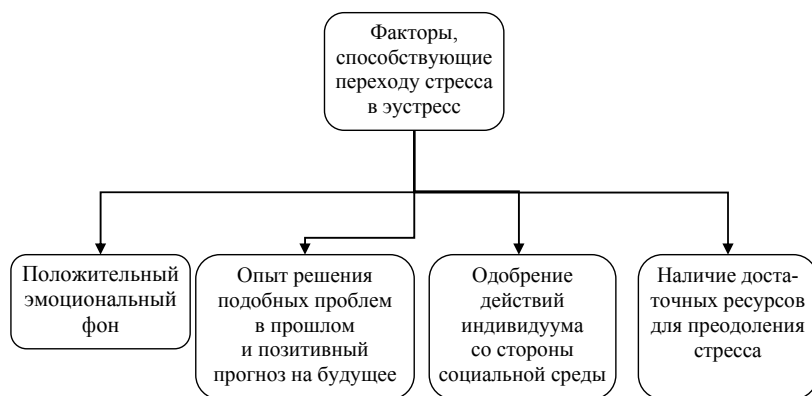


Рис. 1. Факторы, способствующие переходу стресса в эустресс

Деструктивный, или дистресс (distress), разрушает поведение, является источником многочисленных неприятных переживаний и болезней (рис. 2). Борьба с его проявлениями не только бесперспективно, но и вредно. Дистресс нужно стараться предотвратить или, если человек уже оказался в состоянии дистресса, его необходимо искоренить.

Г. Селье считал, что реакция живых организмов на неблагоприятный стимул имеет некие общие характеристики независимо от типа организма. Г. Селье не выделял в этих реакциях чисто человеческие ответы на стимул. В итоге более чем 30-летнего периода существования стрессовой теории к концу 1970-х гг. под ее «шапкой» чудом уживались совершенно разнородные исследования (реакция на голодные воздействия, на услышанную в свой адрес критику, гипервентиляция легких в условиях форсированного дыхания, радость успеха, горечь утраты, усталость, унижение и т. п.).

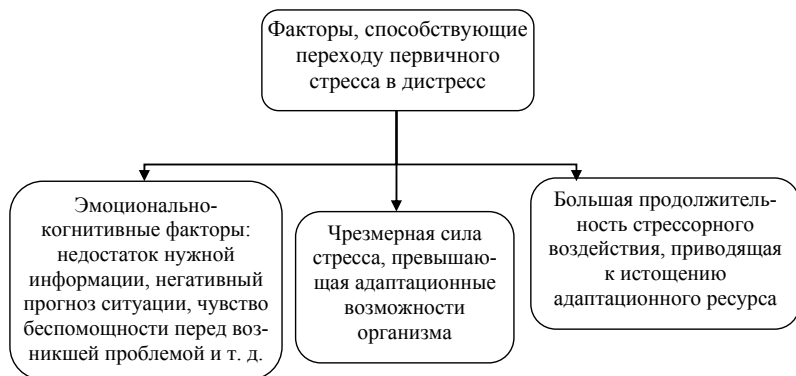


Рис. 2. Факторы, способствующие переходу первичного стресса в дистресс

К началу 1980-х гг. анализ и рассмотрение понятия «стресс» было ориентировано главным образом в сторону экстремальности, а точнее, воздействующих и приводящих к стрессу факторов. Практически не рассматривалось внутреннее психическое состояние субъекта экстремального воздействия, его динамика и особенности.

Психологическим проявлениям синдрома, описанного Г. Селье, было дано наименование – психологический стресс. Р. Лазарус и Р. Ланьер в своих работах определяли его как реакцию человека на особенности взаимодействия между личностью и окружающим миром [14]. Позже это определение было уточнено: психологический стресс стал интерпретироваться не только как реакция, но как процесс, в котором требования среды рассматриваются личностью, исходя из её ресурсов и вероятности разрешения проблемной ситуации, что определяет индивидуальные различия в реакции на стрессовую ситуацию [1].

Часто человек не замечает опасности происходящего прямо у него на глазах или же, напротив, придает слишком большое значение мелочам и побочным обстоятельствам. Если ситуация субъективно оценивается как потенциально опасная в физическом или моральном смысле (например, боязнь не справиться с задачей, сделать ошибку, лишиться признанного статуса, оказаться в смешном положении и многое другое) или же как препятствие для достижения важной цели, то возникают первичные проявления стресса. В противном случае стресс вообще не развивается, даже если существующая проблема может серьезно повредить человеку.

Помимо термина «психологический стресс», в литературе также применяются термины «эмоциональный стресс» и «психоэмоциональный стресс». Различные исследователи (социологи, психологи, физиологи, психиатры) вкладывают свой смысл в этот термин. По мнению некоторых ис-

следователей, возникновение данного термина подчёркивает неразрывную связь стресса и эмоций и даже примат эмоций в комплексной реакции [5].

Несмотря на близость понятий «психологического» и «эмоционального» стресса, имеет смысл более точно определить их содержание:

– эмоциональный стресс присущ не только человеку, но и животным, тогда как психологический стресс имеет место только у человека, обладающего сознанием;

– эмоциональный стресс сопровождается выраженными эмоциональными реакциями, а в развитии психологического стресса преобладает когнитивная составляющая (анализ ситуации, оценка имеющихся ресурсов, построение прогноза дальнейших событий и т. д.);

– термин «эмоциональный стресс» чаще используется физиологами, а термин «психологический стресс» – психологами.

В то же время оба эти вида стресса имеют общую схему развития, включают в себя схожие нейрогуморальные механизмы адаптивных реакций и в своём развитии, как правило, проходят через три «классические» стадии – тревоги, адаптации и истощения.

Р. Лазарус, С. Фолькман и соавт. [13] в своих психологических работах начали разрабатывать концепцию психологического стресса, который, в отличие от физиологической высокостереотипизированной стрессорной реакции на вредность (угрожающий, экстремальный фактор), рассматривается как реакция опосредованной оценкой угрозы и внутренними психологическими процессами. В связи с этим Р. Лазарус отмечал, что не любое требование среды вызывает стресс, а лишь то, которое оценивается как угрожающее.

Таким образом, в психологии было преодолено противоречие между «неспецифичностью стресса как реакции на любое воздействие» (Г. Селье) и «зависимостью реакции от психологической оценки угрозы» (Р. Лазарус) в пользу последнего высказывания. Объем понятия «стресс», благодаря работам психологов, был резко сужен в сторону экстремальности и более личностно ориентирован.

Теперь обратимся к понятию «профессиональный стресс». На сегодняшний день нет однозначного определения этого понятия, как нет и четких теоретических посылок и определений базовых понятий в этой области. Приведём мнения некоторых авторов по этому вопросу, высказанные в последнее время.

С точки зрения Н.В. Самоукиной, «профессиональный стресс – это напряженное состояние работника, возникающее у него при воздействии эмоционально-отрицательных и экстремальных факторов, связанное с выполняемой профессиональной деятельностью» [7]. Она выделяет такие разновидности профессионального стресса, как информационный, эмоциональный и коммуникативный стресс.

Информационный стресс прежде всего связан с информационными перегрузками, когда человек не справляется с возникшей перед ним задачей и не успевает принимать важное решение в условиях жесткого ограничения во времени. Напряженность может усиливаться, если принятие решения сопровождается высокой степенью ответственности, а также в случаях неопределенности, при недостатке необходимой информации, слишком частом или неожиданном изменении информационных параметров профессиональной деятельности.

Эмоциональный стресс возникает при реальной или предполагаемой опасности, переживаниях унижения, вины, гнева и обиды, в случаях противоречий или конфликтов с подчинёнными, коллегами по работе или с руководством.

Коммуникативный стресс, связан прежде всего с реальными проблемами делового общения, проявляется в повышенной раздражительности, неумении защититься от коммуникативной агрессии, неспособности сформулировать отказ там, где это необходимо, незнании специальных приемов защиты от манипулирования, несовпадении по темпу общения.

Несколько иную трактовку этого термина даёт в своих работах Ю.В. Щербатых, который определяет профессиональный стресс как «многообразный феномен, выражающийся в психических и физических реакциях на напряжённые ситуации в трудовой деятельности человека» [11].

Кроме того, он указывает, что профессиональный стресс выделен в отдельную рубрику в Международной классификации болезней (МКБ-10: «стресс, связанный с трудностями управления своей профессиональной жизнью»). К профессиональному стрессу приводит перегрузка человека работой, недостаточно чёткое ограничение его полномочий и должностных обязанностей, неадекватное поведение коллег и даже долгая и выматывающая дорога на службу и обратно, не говоря уже о недостойной оплате труда, однообразной деятельности или отсутствии карьерных перспектив. Профессиональный стресс возникает и у сотрудников, недостаточно загруженных работой, а также у тех людей, которые полагают, что не реализуют в полной мере свой профессиональный потенциал и способны на большее. Причиной сильного нервного перенапряжения могут служить условия труда: плохое освещение и вентиляция, тесное помещение и др. К факторам, прямо или косвенно способствующим профессиональным стрессам, можно отнести также отсутствие информации или отсутствие времени. Последние два фактора являются фоном, на котором стрессом может стать любое дополнительное раздражение.

По мнению В.А. Бодрова, понятия «профессиональный стресс» или «рабочий стресс» касаются в основном непосредственного выполнения функциональных обязанностей на рабочем месте и используются в исследованиях так называемого «стресса рабочего места». В перечень источни-

ков профессионального стресса включает организационные, рабочие и индивидуальные характеристики [1].

А.Н. Занковский приводит определение профессионального стресса как многомерного феномена, выражающегося в физиологических и психологических реакциях на сложную трудовую ситуацию. Такой подход позволяет выделить следующие направления исследования стресса [1]:

1) определить, какие изменения (параметры) данного феномена соответствуют рассматриваемому виду трудовой деятельности;

2) выявить «желательные области» (как с точки зрения субъективных, так и объективных реакций рабочего) в каждом из исследуемых измерений;

3) стандартизировать отклонения, с тем чтобы соотнести реакции в каждом из изучаемых измерений;

4) определить «вес» каждого из исследуемых измерений.

Общим для всех моделей профессионального стресса является то, что авторы стремились определить его сущность через регистрируемые параметры. С этой точки зрения, как отмечает Н.И. Наенко [3], можно выделить два подхода в изучении этих показателей:

– 1-й подход заключается в прямом сопоставлении психологических характеристик состояния с физиологическими показателями и результативностью деятельности;

– 2-й подход основывается на стремлении изучить психологическую природу стресса, раскрыть психологические предпосылки и закономерности проявления тех или иных внешних реакций, которые рассматриваются лишь как индикаторы психических процессов.

Сопоставление теорий и концепций психологического и профессионального стресса свидетельствует о том, что они отражают два ракурса содержательных характеристик стресса: с одной стороны, процессуальную и регулятивную, с другой – предметную и коррелятивную (причинно-следственную). Эти два аспекта одной проблемы тесно связаны между собой: любая профессиональная деятельность может порождать психологические причины развития стресса или отражать в психологическом статусе и в поведении эффектов неблагоприятного воздействия факторов физической и социальной среды, также как любой психологический стресс внутриличностной и межличностной природы находит свое отражение в поведенческой, в том числе и рабочей, активности человека.

Поскольку основной профессиональной деятельностью руководителя ОВД является управленческая деятельность, можно говорить именно об «управленческом стрессе» как о ведущем. По нашему мнению, именно с управленческой деятельностью связана специфика профессионального стресса руководителей ОВД и она определяет основные стресс-факторы, воздействующие на руководителя.

Первые исследования на тему управленческого стресса проводились Дэвидом Макклелландом, психологом, специализирующимся на проблемах мотивации, и его коллегами [12]. По мнению ряда западных исследователей, управленческий стресс возникает потому, что руководство требует реализации властных полномочий.

Учитывая огромный комплекс разного рода требований и обязанностей, сопутствующих руководящей должности, неудивительно, что, один или два раза столкнувшись с серьёзным кризисом, руководители начинают испытывать хронический управленческий стресс.

Руководители должны систематически воздействовать на подчинённых и контролировать их работу. Груз этих обязанностей неизбежно приводит к возникновению особого «профессионального стресса». Со временем он становится хроническим. Кроме того, пытаясь справиться со стрессом, многие руководители демонстрируют так называемые защитные реакции, т. е. отворачиваются от нежелательных фактов и не замечают изменения своего внутреннего состояния. В результате происходит борьба со стрессовым состоянием, и эта борьба изматывает физически и психологически.

Кроме того, по мнению некоторых исследователей (Р. Бояцис и Э. Макки [6]), существует так называемый синдром жертвы – неконтролируемое нарастание управленческого стресса, который сопутствует любой ответственной руководящей должности.

Становясь заложниками синдрома жертвы или управленческого стресса, одни развивают судорожную активность, другие идут на необдуманно высокий риск, третьи полностью проникаются цинизмом, а четвёртые перекладывают вину за собственные неудачи на других. Некоторые начинают вести себя до того странным образом, что становятся «на себя не похожи», или не похожи на того, кем считали себя прежде. В таком состоянии руководителю особенно трудно сохранять сосредоточенность и ясность ума и принимать обоснованные решения.

Использование защитных реакций не решает проблемы, а позволяет лишь уклоняться от них. Постоянные эмоциональные потери накапливаются исподволь, вырастая как снежный ком. Переутомление возникает незаметно, причём его симптомы специфичны для каждого человека. Сталкиваясь с трудностями, руководитель начинает оправдывать себя и обвинять других, искажённо воспринимать действительность, принимать решения на основе домыслов, а не реальных фактов. Кто-то впадает в депрессию, кто-то стремится забыться при помощи алкоголя, курения, химических препаратов или переедания.

Когда человек постоянно испытывает стресс, его организм особенно подвержен заболеваниям. Часто «местом наименьшего сопротивления» для стресса является желудочно-кишечный тракт, некоторые руководители страдают от гипертонии и подвержены повышенному риску инсульта, сердечного приступа и других сердечно-сосудистых заболеваний. Управлен-

ческий стресс разрушает иммунную систему и усиливает предрасположенность к наследственным заболеваниям.

Исходя из вышесказанного, можно выделить две большие группы стрессоров, приводящих к возникновению управленческого стресса: общие стрессоры, специфические стрессоры.

К общим стрессорам управленческой деятельности можно отнести:

1) перегрузки и временной прессинг, постоянное переключение с одного вида деятельности на другой. Зачастую побудительным мотивом для работы становятся жёсткие временные рамки и фиксированное расписание. Если это продолжается постоянно, то развивается хронический стресс;

2) необходимость принимать решения при недостатке служебной информации или невозможность передать необходимые инструкции в соответствующие инстанции;

3) плохую организацию служебной деятельности (безответственность, неритмичность), отсутствие системы в работе. Учреждение часто может работать в режиме аврала. Руководитель, в свою очередь, действует в вертикальной структуре, выстроенной по иерархическому принципу, и неритмичность, бессистемность в работе вышестоящего руководителя сказывается на деятельности нижестоящих руководителей;

4) недостаток сотрудников, заставляющий выполнять, кроме своих обязанностей, ещё и обязанности других;

5) нарушение режима рабочего времени (работа в сверхурочные и неудобные часы). Человеческому организму свойственны естественные, циклические ритмы в течение суток, недели, года. Сюда входят периоды сна и активной деятельности. Когда работа заставляет нарушать естественный ритм – накапливается стресс;

6) использование сверхурочного времени. Работу руководителя сложно вставить в строгие рамки распорядка служебного времени. Кроме того, деятельность руководителя сопряжена с решением непредвиденных кризисных проблем;

7) статусные проблемы (низкий статус, небольшая зарплата, недостаточные перспективы служебного продвижения);

8) заорганизованность, формализм и бюрократическую суету (ненужные ритуалы и процедуры). Зачастую требование постоянных отчётов и проведение длительных совещаний есть не что иное, как попытка вышестоящих руководителей оправдать собственную занятость, поднять свой статус и значимость, укрепить собственное положение;

9) неопределённость и непредсказуемое развитие событий в организации. Неопределённость вырывает руководителя из привычной среды, в которой он хорошо ориентируется и стабильно ощущает себя.

Специфические стрессоры – это стрессоры, присущие не столько самой деятельности, сколько способу, с помощью которого осуществляется

управленческая деятельность. К специфическим стрессорам можно отнести следующие:

1) нечёткие ролевые (служебные) обязанности. Зачастую руководитель не имеет чётких служебных инструкций по поводу того, что он должен делать и где границы его ответственности;

2) ролевой конфликт, возникает в условиях, когда два аспекта деятельности руководителя оказываются несовместимыми;

3) нереалистично высокие притязания, стремление к совершенству, за нереалистичной оценкой перспектив следуют негативные эмоциональные переживания;

4) особенности взаимодействия с вышестоящим руководством, игнорирование ими мнения руководителя;

5) особенности взаимодействия с коллегами по горизонтали. Будучи первым лицом в организации, руководитель зачастую выступает транслятором решений вышестоящих инстанций. В этих условиях он ограничен в возможности обсудить профессиональные проблемы с коллегами-руководителями, получить не только одобрение, поддержку, но и замечания, оценку, т. е. то, что называется обратной связью, успокоить себя сознанием того, что коллеги переживают те же трудности, что и он. Кроме того, неизбежна борьба за статус и привилегии среди коллег по горизонтали;

6) особенности взаимодействия с персоналом. «Трудные» подчинённые могут вызвать стресс, когда конфликты с ними либо абсолютно неожиданны, либо несправедливы и неправомерны. Иногда руководитель утверждает в мысли, что у подчинённого есть свои чувства, мнения, желания, взгляды, но руководитель не обязан их учитывать в своей деятельности, более того, их учёт только вредит общему делу, что в свою очередь приводит к конфликтам и стрессу как у руководителя, так и у подчинённых.

Современные исследования по стресс-преодолевающему поведению (копинг-поведению) показывают, что устойчивость к стрессу – индивидуальное свойство и может значительно варьировать у разных людей. Это качество изучалось на уровне типологических, характерологических, личностных особенностей представителей различных профессий.

Механизмы формирования стрессоустойчивости человека в различных профессиях изучались многими авторами (Платонов К.К., 1970; Ананьева Б.Г., 1977; Филонов Л.Б., 1981; Китаева-Смык Л.А. 1983, Столяренко А.М., 1987, 1990; Климов Е.А., 1996; Макарова А.К., 1996; Папкин А.И., 1996, 1998; Березин Ф.Б., 1998; Запускалов С.В., Положий Б.С., 1993; Бодров В.А., Никифоров Г.С., 2000; Машуленс Г., 2002; Винокур В., 2003; Абабков В.А., Перс М., 2004; Леонова А.Б., 2004), однако, что касается профессиональной деятельности сотрудников ОВД, а именно профессиональной руководителей ОВД, то эта проблема остаётся ещё пока малоизученной. Это определяет актуальность научного исследования типологических, характерологических, личностных особенностей руководителей

ОВД. Программа этого исследования может опираться на индивидуальный и типологический анализ, и включать в себя ряд этапов:

- 1) определение психологических аспектов формирования профессионального стресса у руководителей ОВД;
- 2) оценку профессиональных стресс-факторов;
- 3) анализ индивидуально-психологических особенностей личности руководителей ОВД, как способствующих формированию у них профессионального стресса, так и повышающих их стрессоустойчивость;
- 4) исследование особенностей защитно-совладающего стиля у руководителей, испытывающих состояние профессионального стресса, преобладающих копинг-стратегий и механизмов психологической защиты.

Полученные данные расширят возможности ранней диагностики, профилактики и коррекции профессионального стресса у руководителей ОВД.

Литература

1. *Бодров В.А.* Информационный стресс : учеб. пособие для вузов / В.А. Бодров. – М. : ПЕРСЭ, 2000.
2. *Бодров В.А.* Когнитивные процессы и психологический стресс // Психол. журн. – 1996. – Т. 17, № 4. – С. 64–74.
3. *Наенко Н.И.* Психическая напряженность / Н.И. Наенко. – М. : Изд-во МГУ, 1976. – 112 с.
4. *Платонов Ю.П.* Путь к лидерству / Ю.П. Платонов. – СПб. : Речь, 2006. – 348 с.
5. *Психофизиология* : учеб. для вузов / под ред. Ю.И. Александрова. – СПб., 2006. – 331 с.
6. *Резонансное лидерство: самосовершенствование и построение плодотворных взаимоотношений с людьми на основе активного сознания, оптимизма и эмпатии* : пер. с англ. / Р. Бояцисс, Э. Макки. – М. : Альпина Бизнес Букс, 2007. – 300 с.
7. *Самоукина Н.В.* Психология и педагогика профессиональной деятельности / Н.В. Самоукина. – М. : ЭКМОС, 1999. – 352 с.
8. *Селье Г.* Очерки об адаптационном синдроме / Г. Селье. – М. : Медицина, 1960. – 254 с.
9. *Селье Г.* Стресс без дистресса / Г. Селье. – М. : Прогресс, 1979. – 124 с.
10. *Шаранов Ю.А.* Юридическая психология деятельности органов внутренних дел (теория и методология управления развитием) / Ю.А. Шаранов. – СПб. : С.-Петербург. ун-т МВД России, 2000. – 219 с.
11. *Щербатых Ю.В.* Психология стресса и методы коррекции / Ю.В. Щербатых. – СПб. : Питер, 2008. – 256 с.
12. *McClelland D.* Human Motivation / D. McClelland. – Glenview, IL : Scott, Foresman & Co., 1985.

13. *Folkman S. Cognitive processes as mediators of stress and coping / S. Folkman, C. Schaefer, R.S. Lazarus // Human stress and cognition: An information processing approach / V. Hamilton (Eds.). – N. Y. : Willey, 1979. – P. 265–298.*

14. *Lazarus R.S. Stress – related transaction between person and environment / R.S. Lazarus, R. Launier // Perspectives in inreractional psychology / L.A. Pervin, M. Levis (Eds.). – N. Y. : Plenum, 1978. – P. 278–327.*

УДК 159.9.07 : 614.253

В.И. Евдокимов, А.И. Губин

ОЦЕНКА ФОРМИРОВАНИЯ СИНДРОМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург;
Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко

Введение

В предыдущей публикации [9] нами была рассмотрена феноменология нарушений профессиональной адаптации у медицинских работников, цена которой ежегодная смертность от врачебных ошибок в России – 50–90 тыс. человек, в США – около 98 тыс., в Великобритании – 40 тыс., в Германии – 25 тыс., в Австралии – 18 тыс. человек [6]. Грубость и низкая квалификация находятся на третьем месте по количеству жалоб пациентов на работу врачей.

Предметом настоящей статьи является системогенез возникновения синдрома профессионального выгорания (СПВ) у врачей, его оценка и профилактика. Следует также указать, что проблемы формирования структурных компонентов СПВ у медицинских работников достаточно широко освещаются на страницах журнала [7, 10, 18].

Анализ научной литературы позволяет предположить, что СПВ, в той или иной степени выраженности, может наблюдаться у 30–40 % специалистов системы «субъект–субъектных» отношений (врачей, социальных работников, педагогов, полицейских, юристов и др.) в степени достаточной для нарушения их личного благополучия и профессиональной деятельности.

СПВ – это процесс развития хронического профессионального стресса умеренной интенсивности, вызывающий деформацию личности профессионала [9, 22].

По определению ВОЗ (2001), «синдром выгорания – это физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, характеризующееся нарушением продуктивности в работе и усталостью, бессонницей, повышенной подверженностью к соматическим заболеваниям, а также употреблением алкоголя или других психоактивных веществ с целью получить временное облегчение, что имеет тенденцию к развитию физиологической зависимости и (во многих случаях) суицидального поведения. Этот синдром обычно расценивается как стресс-реакция на безжалостные производственные или эмоциональные требования, происходящие от излишней преданности человека своей работе с сопутствующим этому пренебрежением семейной жизнью или отдыхом» (цит. по [17]).

В Международной классификации болезней и расстройств поведения (МКБ-10) «синдром выгорания» отнесен в диагностический таксон Z-73 – «Проблемы, связанные с трудностями управления своей жизнью» и шифруется Z-73.0 – «выгорание» (burnout) [12].

Изучение детерминантов СПВ обусловило формирование его концептуальных моделей (рис. 1). Согласно одномерной модели [23], профессионально выгорание – это проявление синдрома хронической усталости: возникновение физического, психического и прежде всего эмоционального истощения, развивающегося в результате длительного пребывания в эмоционально перегруженных ситуациях общения [24].

Эмоциональное истощение характеризовалось нервно-психическим утомлением, опустошенностью, снижением эмоциональных ресурсов и эмоциональными срывами. В данном случае эмоциональное истощение рассматривалось в качестве причины СПВ, а остальные (например, потеря активности и энтузиазма в деятельности и дисгармония поведения) – следствием.

D.V. Diredonck, W.B. Schaufeli и H. Sixma (1994), исследуя профессиональное выгорание у медицинских сестер, выявили аффективный компонент, связанный с наличием жалоб на физическое самочувствие, нервное напряжение и эмоциональное истощение, и компонент, характеризующий изменение отношение к самому себе или к пациентам. Анализ результатов исследования позволил представить СПВ в виде двухфакторной модели: эмоционального истощения и деперсонализации [14].

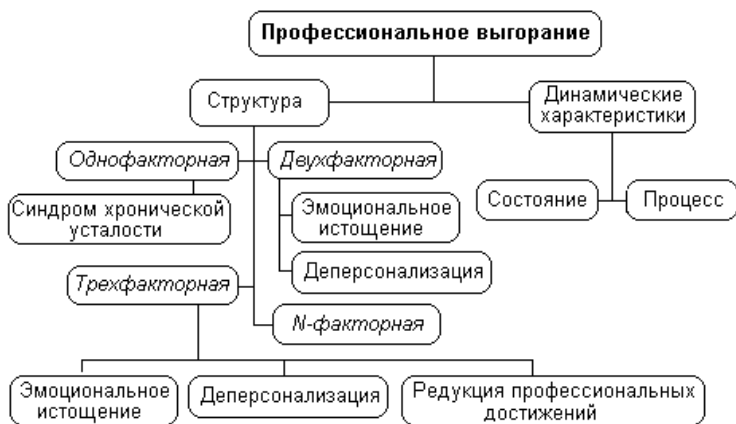


Рис. 1. Структура концептуальных моделей СПВ

Под деперсонализацией понимается дегуманизация (обесценивание) межличностных отношений, негативизм, циничность по отношению к чувствам и переживаниям других людей. Возрастают обезличенность и формальность контактов, отмечаются частые вспышки раздражения и конфликтные ситуации. Появляются скрытые или явные негативные установки. Для всех проявлений деперсонализации характерна утрата эмоционального компонента психических процессов (потеря чувств к близким, снижение эмпатии – отзывчивости, соучастия).

Наибольший вклад в становление и развитие СПВ оказала психолог из г. Пало-Альто (Калифорния, США) Кристина Маслач (С. Maslach). Она и ее коллеги рассматривали СПВ в совокупности выраженности: 1) эмоционального истощения (emotional exhaustion – EE); 2) деперсонализации (depersonalisation – DP); 3) редукции личностных достижений (personal accomplishment – PA) [20, 21].

Первые два компонента СПВ изложены нами ранее. Третий компонент – редукция личностных достижений – характеризует снижение профессиональной эффективности работника, которое может проявляться в негативизме к служебным достоинствам и возможностям, в ограничении обязанностей по отношению к социальному окружению, в уменьшении значимости выполняемой деятельности. Ярко выражено чувство собственной несостоятельности и некомпетентности.

Современные исследования подтвердили правомерность такой структуры СПВ и позволили существенно расширить область его распространения среди профессий, связанных не только с «субъект–

субъектными», но и с «субъект–объектными» отношениями. В.Е. Орел (2005) указывает, что СПВ представляет собой сложное интегративное образование, включающее эмоциональные, мотивационные, когнитивные, поведенческие и соматические компоненты. Структура СПВ организована по иерархическому принципу, предполагающему наличие вертикальных связей между основными симптомами выгорания в зависимости от уровня его проявления и горизонтальных связей, предполагающих переход от конкретных симптомов через образование симптомокомплексов к базовым подструктурам.

Перспективным направлением изучения СПВ является рассмотрение его в виде динамических фазовых моделей (см. рис. 1). В основу многих динамических моделей взят энергетический аспект психической деятельности. Например, принято выделять сферы выгорания (организменную, индивидуальную и интерперсональную), отражающие основные проявления хронических стрессовых реакций: а) физиологических (сфокусированность на физических симптомах: физическое истощение и т. д.); б) аффективно-когнитивных (сфокусированность на иррациональных или асоциальных установках и чувствах: эмоциональное истощение, деперсонализация, деморализация, деформация личности профессионала и т. д.); в) поведенческих (акцентирование типов поведения: дезадаптация, снижение мотивации и продуктивности в работе и др.).

М. Burish (1994), выделяет следующие фазы формирования СПВ:

1) предупреждающая фаза характеризуется чрезмерной активностью, чувством незаменности, отказом от потребностей, не связанных с профессиональной деятельностью, от отдыха и т. д. Чрезмерная вовлеченность в профессию при несоответствии индивидуальных и организационных факторов деятельности способствует развитию истощения функциональных ресурсов организма, которое сопровождается чувством усталости, повышенной тревожностью. Не случайно К. Маслач дала такое название одной из своих книг: «Выгорание – плата за сочувствие», а по мнению М. Буриша, «выгорает тот, кто должен был когда-то загореться»;

2) снижения уровня собственного участия (вначале по отношению к пациентам и сотрудникам, затем к остальным окружающим лицам и профессиональной деятельности);

3) эмоциональных реакций (возникновение депрессии, агрессивности, негативного эмоционального фона);

4) деструктивного поведения (снижение интеллекта, общей активности, развитие бедности эмоционально-социальной сферы);

5) психосоматических реакций (отмечается уменьшение иммунитета, появляются головные боли, бессонница, повышение АД, тахикардия, расстройства пищеварения и др.);

б) разочарования (формируются «выгорание души», чувства отчаяния и беспомощности, отрицательная жизненная установка).

В.В. Бойко (1996) рассматривает развитие процесса эмоционального аспекта СПВ в соответствии с фазами общего адаптационного синдрома (стресса): нервного (тревожного) напряжения, резистенции (сопротивления), истощения (рис. 2). Синдром «эмоционального выгорания» (СЭВ) им рассматривается как выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергетики) в ответ на хронические психотравмирующие воздействия [3].

Факторы, детерминирующие формирование СПВ, сведены в табл. 1. Анализ факторов, способствующих развитию СПВ, позволил объединить их в две группы: индивидуальные (возраст, стаж работы, личностные особенности и типологические свойства, неудовлетворенность профессиональным статусом, пол, образование) и особенности содержания и условий работы (высокие рабочие нагрузки, особенности профессиональной деятельности, продолжительность рабочего дня, уровень заработной платы, психологический климат в коллективе, характер «субъект–субъектных» отношений и др.) [4, 11].

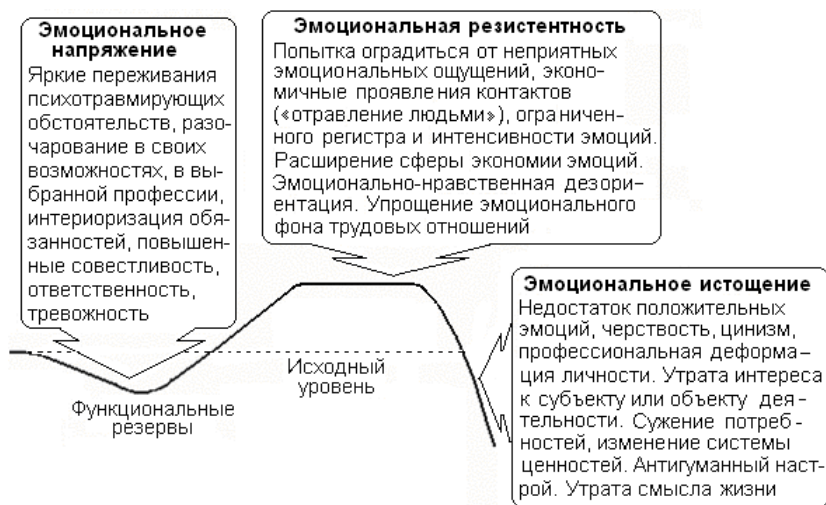


Рис. 2. Процесс формирования синдрома СЭВ [8]

Таблица 1

Факторы, детерминирующие СПВ (адаптировано по Мальцевой Н.В., 2005)

Исследователь	Фактор развития СПВ
С. Маслач (1982), А. Пайнс, Е. Аронсон (1983), П. Торнтон (1992)	личностный, ролевой, организационный
К. Кондо (1991)	индивидуальный, социальный, «характер работы и рабочего окружения»
В.В. Бойко (1996), П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев, А.И. Новикова (2007)	внешние, внутренние
В.Е. Орел (2005)	индивидуальный, межперсональный, организационный
Е.С. Старченкова (2002)	личностный, ситуативный, профессиональные требования
Т.В. Большакова (2004)	личностный, организационный

Материал и методы исследования

Объектом изучения явились 135 врачей лечебно-профилактических учреждений городов Воронежа и Курска. 100 врачей имели специальность травматолога, 15 – гинеколога, 20 – педиатра. Средний возраст врачей составил $(40,1 \pm 0,9)$ года, стаж работы – $(16,0 \pm 0,8)$ года. Мужчин было 56 %.

Структурно-динамические характеристики СПВ, изложенные ранее, позволили нам выбрать методы для его оценки. Полагаем, что наиболее оптимальным приемом диагностики СПВ у врачей можно считать одновременное применение теста «Maslach Burnout Inventory» (MBI) К. Маслач в адаптации Н.Е. Водопьяновой [5] и опросника «Синдром эмоционального выгорания» В.В. Бойко [4].

Считается, что, кроме ситуационных характеристик, тест К. Маслач оценивает индивидуальные свойства, способствующие развитию СПВ. Опросник В.В. Бойко в большей степени диагностирует энергетические динамические характеристики СПВ. Комплексное оценивание компонентного состава способствует повышению надежности и валидности исследования СПВ.

Тесты достаточно просты для заполнения. Тест К. Маслач содержит 22 утверждения, которые следует проранжировать в 7-балльной системе оценок (от 0 до 6), опросник В.В. Маслач – 84 утверждения, ответы на которые строятся по принципу «да» или «нет». Время, затрачиваемое на одновременное применение двух тестов, составляет не более 20–25 мин. К тому же уже проведенные по этим тестам исследования СПВ у медицинских работников позволили сформировать определенный научный материал, который можно будет использовать для сравнения собственных исследований.

При интерпретации тестов кроме количественных показателей следует использовать качественные характеристики. Например, структуру уровня выраженности (низкие, средние и высокие) данных теста К. Маслач или сформированность синдрома и отдельных фаз СЭВ по опроснику В.В. Бойко, что вносит определенную трудоемкость при анализе данных исследования.

На обследованных врачей собраны экспертные оценки в 7-балльной системе оценок. Экспертами явились руководители подразделений и руководители лечебно-профилактических учреждений. Средние оценки состояния здоровья составили ($4,6 \pm 0,1$) балла, соблюдения социальных норм и правил (дисциплинированности) – ($4,7 \pm 0,1$), профессиональной эффективности – ($4,6 \pm 0,1$) балла.

Результаты проверены на нормальность распределения. В статье представлены средние оценки и ошибка средней ($M \pm m$). Для выявления сходства (различий) данных исследования использовали параметрический t-критерий Стьюдента. Анализ взаимосвязей определяли при помощи корреляционного анализа Пирсона.

Результаты исследования и их анализ

Данные теста К. Маслач, у обследованных врачей представлены в табл. 2. Средние показатели эмоционального истощения характеризовались как низкие, а деперсонализации и редукции личных достижений как средние величины. Аналогичные результаты были получены при обследовании 96 врачей-реаниматологов [7].

Таблица 2

Данные СПВ у врачей по тесту К. Маслач

Показатель ПВ	M ± m, баллы	Уровень выраженности, %		
		низкий	средний	высокий
эмоциональное истощение	14,7 ± 0,6	59	37	4
деперсонализация	9,2 ± 0,4	30	49	21
редукция профессиональных достижений	33,3 ± 0,6	19	42	39

Можно ли вывести обобщенную оценку по тесту? Если да, то каким образом – простым суммированием? Вряд ли, так как выраженность редукции личностных достижений оценивается низкими оценками теста. Ответ на этот вопрос станет предметом наших следующих публикаций. При частотном анализе высокие показатели всех шкал теста установлены у 1 врача, двух шкал – у 12 врачей, трех шкал – у 53 врачей (рис. 3). Можно

полагать, что высокие показатели двух и более шкал теста свидетельствуют о сформированном СПВ.



Рис. 3. Частный анализ высоких шкал теста К. Маслач

Индивидуальный анализ результатов исследования и сравнение их с реальным поведением врачей показали, что сформированность СПВ наблюдается у около 10 % обследованных нами врачей, а признаки СПВ в той или иной степени выраженности – у $\frac{1}{3}$ врачей в форме деперсонализации и редукции профессиональных достижений.

В целом обследованная группа врачей продемонстрировала невысокую степень выраженности СЭВ по тесту В.В. Бойко – $(108,3 \pm 4,0)$ балла. Практически аналогичные данные были получены при обследовании В.В. Лукьяновым (2007) врачей-наркологов – $110,6 \pm 6,5$ балла. Средние показатели СЭВ в фазе «напряжение» опросника В.В. Бойко составили $(32,0 \pm 1,8)$ балла, в фазе «резистенция» – $(49,1 \pm 1,7)$ балла, в фазе «истощение» – $(27,2 \pm 1,3)$ балла.

У 4,4 % врачей отмечается сформированность СЭВ (общая оценка 181 и более баллов). Сформированные фазы эмоционального выгорания (61 и более баллов) представлены в табл. 3. Сформированной фазы «истощение» не установлено, у 6 % врачей данная фаза формировалась и оценивалась в 56 и более баллов.

Таблица 3
Сформированность СЭВ у врачей по опроснику В.В. Бойко, %

Группа обследованных врачей	СЭВ, фаза			
	синдром	«напряжение»	«резистенция»	«истощение»
Собственные данные	4,4	16	30	0
Малыгин В.Л. и др. [15]		27	36	12

Частотный анализ показателей сформированности фаз и отдельных симптомов СЭВ представлен на рис 3. Сформированных трех фаз СЭВ у обследованных врачей не выявлено. Наиболее частыми сформированными симптомами СЭВ у врачей являлись: «переживание психотравмирующих

обстоятельств» (30,4 %), «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование» (37,8 %), «редукция профессиональных обязанностей» (29,6 %).

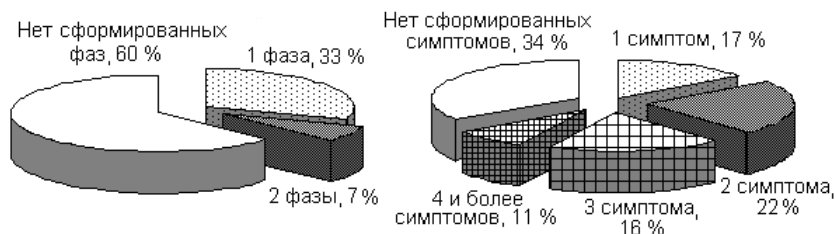


Рис. 3. Частота сформированности фаз и отдельных симптомов СЭВ

С одной стороны, количественные показатели теста характеризуют сформированность СПВ только у 6 врачей (4,4 %), с другой – у 40 % отмечаются сформированность отдельных фаз и у 27 % – трех и более симптомов СПВ. Какие данные следует принять за основополагающие? Индивидуальный анализ выявил, что выраженные проявления СПВ характеризуют сформированность двух и более фаз или четырех и более симптомов по тесту В.В. Бойко.

Результаты исследования установили, что сформированный СПВ отмечается у около 10 % врачей. Формирующееся эмоциональное истощение, характеризующееся признаками фазы «резистенция» (см. рис. 2), установлено у $\frac{1}{3}$ обследованных врачей. Данные опросника В.В. Бойко в основном согласуются с результатами теста К. Маслач.

Структура эмоционального выгорания у обследованных нами врачей характеризуется более благоприятными проявлениями, нежели у 242 врачей шести специальностей (психиатры, психиатры-наркологи, невропатологи, терапевты, стоматологи, хирурги), обследованных В.Л. Малыгиным и соавт. (2007) (см. табл. 3). Значительный вклад в «негативную» структуру здесь внесли психиатры-наркологи и врачи-невропатологи, что может свидетельствовать о различиях в условиях и содержании профессиональной деятельности в сравниваемых группах врачей.

Корреляционный анализ установил в основном статистически достоверные взаимосвязи низкой величины (для количества наблюдений $n = 130$, $r = 0,14$ при $p < 0,05$; $r = 0,16$ при $p < 0,01$; $r = 0,18$ при $p < 0,001$).

Корреляционный анализ не выявил статистически выраженных взаимосвязей показателей психологических тестов с данными возраста и стажа работы. Приближались к значимым отрицательные связи возраста и стажа и выраженности редукции личных достижений теста К. Маслач ($r = -0,14$). Следует еще раз обратить внимание, что оценка редукции личных

достижений по тесту К. Маслач построена таким образом, что ее высокие показатели соответствуют низкой профессиональной эффективности работника, поэтому представленные ранее взаимосвязи отрицательные, что вполне закономерно.

Корреляционные связи экспертных оценок адаптации, данных теста К. Маслач и обобщенных результатов опросника В.В. Бойко представлены на рис. 4. Экспертные оценки дисциплинированности (соблюдения социальных норм и правил) достоверных связей не выявили. Экспертные оценки состояния здоровья и эффективности профессиональной деятельности находились в значимой связи с данными теста К. Маслач, с результатами фаз СЭВ и общей оценки по опроснику В.В. Бойко.

Результаты исследований показывают, что нарушения в состоянии здоровья и ухудшение самочувствия наблюдаются уже при формировании отдельных симптомов СПВ. Снижение профессиональной эффективности происходит при более генерализованных проявлениях СПВ. В нашем исследовании таких врачей было около 10 %. Безусловно, эти врачи нуждались в проведении им психогигиенических и профилактических мероприятий.

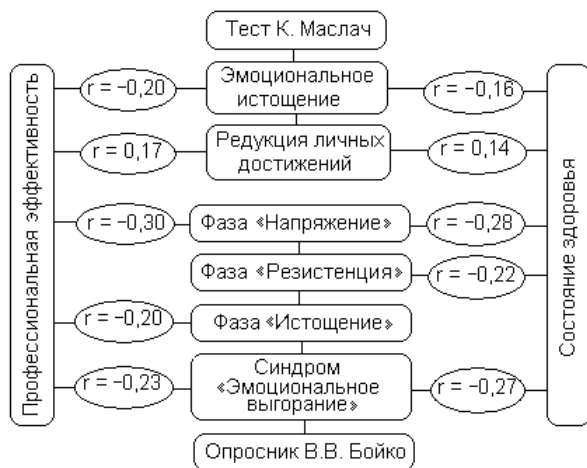


Рис. 4. Корреляционные связи компонентного состава СПВ и экспертных оценок

Предупреждение развития СПВ

Профилактика СПВ достигается предупреждением (уменьшением) факторов риска его формирующих. Например, А.В. Арутюновым (2004) разработан комплекс профилактических мероприятий для врачей с целью снижения профессионального стресса и степени проявления СПВ, который предполагает трехуровневую модель организации помощи: индивидуальной, межличностной и организационной.

Первичная профилактика направлена на предупреждение развития СПВ, вторичная – на раннюю диагностику начальных форм конфронтации личности с требованиями профессии, проявлений стрессовых реакций и профилактику формирования процесса СПВ, третичная – на предупреждение рецидивов нервно-психических расстройств и хронических заболеваний.

В первичной психопрофилактике Л.С. Сергеева (2006) предусматривает решение следующих задач:

- 1) предупреждение патогенного воздействия условий труда на медицинский персонал;
- 2) выявление групп риска – лиц с повышенной угрозой возникновения СПВ – и проведение им психопрофилактических мероприятий;
- 3) организация мер по поддержанию и укреплению здоровья;
- 4) организация проведения занятий по повышению квалификации врачей;
- 5) разработка и внедрение программ профессионального самосохранения;
- 6) проведение профессиональной ориентации и профессионального отбора.

Особое место в профилактике СПВ занимают мероприятия, способствующие повышению уровня жизни и удовлетворенности качеством жизни.

Некоторые зарубежные специалисты по «профессиональному выгоранию» считают, что вылечить СПВ нельзя. Безусловно, если уже наступила деформация личности профессионала, сделать ее другой практически невозможно. Здесь следует различать профессиональную деформацию личности или СПВ и личностную деформацию профессионала – процесс и результат таких личностных изменений специалиста, когда его профессиональная деятельность противоречит целям, задачам и самому результату работы и принимает характер противоправной деятельности, осуждаемой обществом [2, 9]. Выгорание отчасти представляет собой функциональный стереотип, который позволяет организму экономно расходовать функциональные резервы организма для предупреждения более серьезных нарушений у человека, но в то же время отрицательно сказывается на профессиональной деятельности и межличностных отношениях.

Современный подход к лечению СПВ предусматривает два этапа: 1) комплексную оценку функционального и психического состояния пациента и комбинированное фармакологическое и психотерапевтическое лечение патопсихологических реакций, пограничных состояний и сопутствующих хронических заболеваний; 2) психотерапевтические воздействия, среди которых ведущее место занимает преодоление анозогнозии и формирование адаптивных копинг-стратегий [10, 14, 16, 17, 19].

Заключение

Структурно-динамические характеристики формирования СПВ показывают, что наиболее оптимальным приемом его оценки у врачей можно считать одновременное применение теста «Maslach Burnout Inventory» (МБИ) К. Маслач в адаптации Н.Е. Водопьяновой и опросника «Синдром эмоционального выгорания» В.В. Бойко. Следует также указать, что для повышения надежности и валидности результатов необходимо разработать интегральный показатель тестов, который бы учитывал количественные и качественные показатели.

Выявлено, что нарушения в состоянии здоровья и ухудшение самочувствия наблюдаются уже при формировании отдельных симптомов СПВ. Снижение профессиональной эффективности происходит при более генерализованных проявлениях СПВ.

Проведенные исследования установили, что сформированность СПВ наблюдается у около 10 % обследованных нами врачей, а признаки СПВ в той или иной степени выраженности – у $\frac{1}{3}$ врачей в форме деперсонализации и редукции профессиональных достижений. Эти врачи нуждались в проведении им психогигиенических и профилактических мероприятий.

Литература

1. *Арутюнов А.В.* Изучение синдрома эмоционального выгорания у врачей-стоматологов и методы его профилактики : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.21 : спец. 14.00.13 / Арутюнов А.В. ; [Ин-т повышения квалификации МЗ РФ]. – М., 2004. – 27 с.
2. *Безносков С.П.* Профессиональная деформация личности / С.П. Безносков. – СПб. : Речь, 2004. – 270 с.
3. *Бойко В.В.* Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и других / В.В. Бойко. – М. : Наука, 1996. – 256 с.
4. *Большакова Т.В.* Личностные детерминанты и организационные факторы возникновения психического выгорания у медицинских работников : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Большакова Т.В. ; [Яросл. гос. ун-т]. – Ярославль, 2004. – 26 с.

5. *Водопьянова Н.Е.* Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – 2-е изд. – М. [и др.] : Питер, 2008. – 336 с.

6. *Врачебная ошибка* : обзор [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.medlaw.omsk.ru>, вход свободный.

7. *Диагностика «психического выгорания»* врачей анестезиологов-реаниматологов / О.Ю. Щелкова, О.А. Кузнецова, В.А. Мазурок, М.В. Решетов // *Вестн. психотерапии.* – 2008. – № 25 (30). – С. 75–83.

8. *Евдокимов В.И.* Факторы риска формирования синдрома эмоционального выгорания у сотрудников государственной противопожарной службы МЧС России / В.И. Евдокимов, Т.И. Шевченко // *Вестн. психотерапии.* – 2006. – № 19 (24). – С. 74–84.

9. *Изучение профессиональной адаптации медицинских работников* / А.И. Губин, В.И. Евдокимов, Д.В. Зайцев, Е.А. Ценных // *Вестн. психотерапии.* – 2008. – № 27 (32). – С. 46–61.

10. *Лукьянов В.В.* Взгляд на проблему исследования синдрома «эмоционального выгорания» у врачей-наркологов / В.В. Лукьянов // *Вестн. психотерапии.* – 2006. – № 17 (22). – С. 54–60.

11. *Мальцева Н.В.* Проявления синдрома психического выгорания в процессе профессионализации учителя в зависимости от возраста и стажа работы : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Мальцева Н.В. ; [Рос. гос. проф. пед. ун-т]. – Казань, 2005. – 20 с.

12. *Международная классификация болезней* (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств / под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Л. Циркина ; ВОЗ. – СПб. : Оверлайд, 1994. – 300 с.

13. *Орел В.Е.* Структурно-функциональная организация и генезис психического выгорания : автореф. дис. ... д-ра психол. наук / Орел В.Е. ; [Яросл. гос. ун-т им. П.Г. Демидова]. – Ярославль, 2005. – 51 с.

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

15. *Распространенность синдрома эмоционального выгорания у врачей различных специальностей* / В.Л. Малыгин, А.Б. Искандирова, Е.Е. Пахтусова, Д.В. Шевченко // *Проблемы исследования синдрома «выгорания» и пути его коррекции у специалистов «помогающих» профессий (в медицинской, психологической и педагогической практике: сб. науч. ст. / Под ред. В.В. Лукьянова, С.А. Подсадного ; Курск. гос. ун-т, С.-Петерб. гос. мед. акад. им. И.И. Мечникова. – Курск : Изд-во Курск. гос. ун-та, 2007. – С. 108–110.*

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

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

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

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

20. *Masiach C.* Maslach Burnout Inventory / C. Masiach, S.E. Jackson. – Palo Alto, California : Consulting Psychological Press, 1981.

21. *Masiach C.* The Measurement of Experienced Burnout / C. Masiach, S.E. Jackson // J. Occupational Behavior. – 1981. – Vol. 2. – P. 99–113.

22. *Maslach C.* Job Burnout. / C. Maslach, W.B. Schaufeli, M.P. Leiter // Annual Review of Psychology. – 2001. – Vol. 52. – P. 397–422.

23. *Pines A.* Career burnout: causes and cures / A. Pines, E. Aronson. – New York : Free Press, 1988.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВОВЛЕЧЕННОСТИ ДЕТЕЙ В МЕЖЭТНИЧЕСКИЙ КОНФЛИКТ

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

Введение

Межэтнические вооруженные конфликты являются одной из наиболее острых проблем современного общества. Они оказывают разрушительное влияние на уклад жизни и несут серьезную угрозу для физического и психического здоровья населения.

Наряду с углублением исследований острых и посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов [2, 10, 11, 14, 16, 17], все большую актуальность приобретает проблема отдаленных последствий психотравматизации в условиях вооруженного межэтнического конфликта для здоровья населения, особенно детей и подростков.

В научной литературе описана специфика проявления посттравматических расстройств в детском и подростковом возрасте [6, 9, 19, 22, 26, 27]. Ряд авторов подчеркивает, что психотравматизация в дошкольном и младшем школьном возрасте может иметь и отдаленные последствия, проявляющиеся психическими и поведенческими нарушениями, прежде всего, в подростковом возрасте [4, 6, 7, 15, 18, 19, 20, 24].

Дошкольный и младший школьный возраст являются критическими для формирования первичных социальных навыков, произвольности в регуляции собственной деятельности и самосознания. Психические новообразования данного периода во многом определяют путь социализации и дальнейшего развития личности [3, 5, 8, 12]. Опыт острой и хронической психотравматизации в связи с вовлеченностью в межэтнический конфликт, вероятно, способен оказать влияние на становление личности и психическое здоровье детей, переживающих возрастной кризис.

Однако вопрос об отдалённых последствиях травматического опыта для становления личности и системы ее отношений (в когнитивном, эмоциональном и мотивационно-поведенческом компонентах) остаётся недостаточно изученным. Также недостаточно исследованы факторы риска развития психических расстройств у детей и подростков – свидетелей и участников межэтнических вооружённых конфликтов.

Вместе с тем такие исследования необходимы для осуществления дифференцированного подхода в психопрофилактической и коррекцион-

ной работе с детьми и подростками на послевоенных территориях, что определяет актуальность настоящего исследования.

Материал и методы исследования

Исследования проводились в 2006–2007 гг., в период послевоенного урегулирования на территориях бывшей Югославии, в крае Косово.

Объект исследования составили 691 школьник 10–15 лет, из них 251 сербских и 390 албанских подростков. В период обострения вооруженного конфликта в Косове в 1999 г. они были детьми 3–8 лет (старшего дошкольного – младшего школьного возраста). В качестве группы для сравнения обследовано 50 российских школьников.

Предметом исследования явились психологические последствия травматического опыта в когнитивных, аффективных и мотивационно-поведенческих аспектах формирующейся системы отношений личности подростков, оказавшихся в детском возрасте вовлечёнными в события межэтнического конфликта.

В исследовании были использованы: 1) клинико-психологический метод (наблюдение, беседа, анкетирование); 2) экспериментально-психологические методики:

- модифицированная методика незаконченных предложений Сакса – Сиднея;
- опросник «Самочувствие, активность, настроение» (САН);
- методика оценки интеллекта «Прогрессивные матрицы Равена»;
- рисуночные проективные тесты.

Необходимым условием организации клинико-психологических исследований школьников являлось неукоснительное требование исключить возможность их ретравматизации в ситуации исследования. Подбор методов определялся также стремлением к минимизации возможных трудностей перевода при максимальной информативности результатов.

Клинико-психологическое интервью использовалось для сбора анамнеза жизни, предварительного выявления потенциально проблемных зон в системе отношения подростков, оценки актуального уровня их адаптации, получения представления о социальной ситуации развития, о нарушениях в области физического здоровья.

Наблюдение позволяло выявить особенности группового взаимодействия и паттерны взаимоотношений между сверстниками и учителями, характер реагирования на ситуацию исследования, на те или иные задания, степень включенности и готовности к сотрудничеству.

Из проективных рисуночных тестов наиболее информативным оказался рисуночный ассоциативный тест. Давалась инструкция проиллюстрировать каждое из последовательно предъявляемых понятий. На создание

одной пиктограммы отводилось 3–4 мин. Список включал понятия: «я», «друг», «враг», «прошлое», «настоящее», «будущее», «страх», «смерть», «жизнь», «радость», «красота», «любовь». Последовательность выстраивалась так, чтобы минимизировать возможный негативный эффект от предъявления таких понятий, как «смерть», «враг», «страх». Даже такой относительно ограниченный список позволил обозначить значимые аспекты системы отношений личности: отношение к себе и другим, восприятие временной перспективы, эмоциональный статус.

Список незаконченных предложений был модифицирован в соответствии с задачами исследования; он включал 30 предложений, позволяющих описать отношение к себе, родителям и учителям, к прошлому и будущему, аффективный аспект отношений (страхи и опасения), область желаний и верований.

Показатель общего интеллекта как показатель общей адаптивности и способности модифицировать свое поведение, используя когнитивные возможности [1, 13], оценивался с помощью прогрессивных матриц теста Дж. Равена. Тест содержит невербальные задания, свободен от культурных и языковых ограничений, отражает уровень фактора общего интеллекта. Опросник САН дает сведения о ситуативном состоянии на момент проведения исследования.

Для анализа эмпирических данных (пакет прикладных программ SPSS for Windows) использовались: описательная статистика; сравнительный анализ с использованием параметрических и непараметрических критериев; метод автоматической классификации (кластерный анализ).

Результаты исследования и их анализ

Исследование позволило подтвердить гипотезу о том, что опыт ранних травматических переживаний, обусловленный присутствием на территориях, охваченных вооруженным межэтническим конфликтом, усваивается детьми. Он интегрируется в формирующуюся систему отношений личности ребенка и подростка, проявляясь на эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровнях и влияя на характер адаптации личности.

Результаты анализа проективных рисунков и незаконченных предложений показали, что травматический опыт, связанный с событиями межэтнического конфликта, актуален в системе отношений личности подростков. Образы войны, разрушений, насилия активно используются как ассоциативный материал, что свидетельствует о легкости их рестимуляции и субъективной значимости для обследованных школьников. Травматический опыт, интегрируясь в систему отношений, определяет способы осмысления прошлого и будущего, человеческих отношений и действительности в целом.

Тема войны в контексте негативных переживаний отчетливо представлена в отношении к прошлому. События прошлого воспринимаются в историческом контексте и включаются в историю страны, народа, таким образом, это не только моменты личной биографии, но общие переживания сообщества. У значительной части сербских и албанских подростков отношение к прошлому связано с переживанием интенсивного страха и чувства беспомощности, имеет выраженный негативно-аффективный компонент, при этом можно выделить переживания, специфичные для представителей этих этнических подгрупп. У сербских подростков отчетливо звучит тема, отражающая жертвенную позицию сербского народа, чувство интенсивного страха перед агрессией со стороны противника. Для албанских подростков более актуален страх перед войной и противостоянием в целом.

В отношении к будущему отмечаются противоречивые тенденции: с одной стороны, существуют страхи и опасения, которые касаются возможности повторения травматического опыта, с другой – ожидания и надежды подростков – свидетелей и участников межэтнического конфликта связаны именно с преодолением противостояния между этническими группами, справедливым мироустройством, благополучием своего сообщества, страны и мира в целом.

Особенно отчетливо тема общественного блага представлена в системе отношений подростков-сербов. По-видимому, это отражает специфику влияния травматического опыта, социальной и информационной среды на формирующуюся систему установок и ценностей, а также высокую субъективную значимость темы войны в контексте личного благополучия и благополучия близких. Для сербских подростков, которые в ситуации этнического конфликта идентифицируют себя со страдающей стороной, характерны и большая представленность травмирующих переживаний в системе отношений личности, и более зрелые личностные отношения в сферах отношений к миру, к другим людям, к себе.

У сербов и албанцев большинство высказываний с выраженным негативным аффективным компонентом так или иначе связано с темой войны и актуальной политической ситуации (как продолжение конфликта), что подчеркивает высокую актуальность этих тем, их способность выступать на первый план в ущерб воспоминаниям о событиях личной биографии. У российских подростков тема войны появляется лишь в единичных случаях и, очевидно, не связана с реальным травматическим опытом (например, «боюсь третьей мировой войны»), по этому признаку контрольная и экспериментальная группы достоверно и существенно отличаются между собой.

Важно отметить, что вклад в сохранение высокой актуальности, личной значимости темы войны вносят не только реальный опыт вовлеченно-

сти в военное противостояние, но и особые условия социализации, специфическая информационная среда, характер реагирования и представления значимых взрослых. В наибольшей степени признаки эмоционального неблагополучия, связанного с травматизацией в результате межэтнического конфликта, проявлялись в сферах отношения к прошлому и будущему, социальному окружению.

Необходимо вместе с тем подчеркнуть, что, несмотря на значимость темы войны для большинства сербских и албанских подростков, деформирующее ее влияние на систему отношений личности отмечалось не во всех случаях.

Анализ полученных результатов клинико-психологического обследования школьников позволил сформулировать рабочую гипотезу о том, что в формировании и фиксации травматического опыта существенную роль играют возраст, пол, индивидуально-психологические особенности пострадавших и социально-психологические условия межэтнического противостояния. Для проверки этого предположения и для качественного анализа вариантов посттравматического формирования системы отношений личности все случаи, включённые в исследование, были классифицированы с помощью алгоритмов автоматической классификации (кластерного анализа).

В качестве оснований для классификации легли результаты анализа психодиагностических методик, среди которых наиболее верифицируемыми были результаты методики незаконченных предложений, в частности реакции в сфере страхов и опасений, сфере отношений к прошлому и будущему.

В результате классификации наблюдений были выделены три группы, достоверно различающиеся по степени выраженности негативных последствий в системе отношений, представленности темы войны в мыслях, переживаниях, ожиданиях подростков.

Выделенные группы оказались примерно равны по численности (табл. 1), дальнейший анализ психодиагностических данных проводился отдельно для каждой группы. Проводилось также сравнение выделенных групп.

В 1-ю группу вошли подростки с наименьшей выраженностью эмоционального неблагополучия в указанных сферах отношений. Подростков, входящих в эту группу, можно рассматривать как достаточно адаптированных к актуальным условиям жизни и не проявляющих признаков нарушения значимых отношений в структуре личности.

Таблица 1

Характеристика групп, полученных в результате кластерного анализа

Группа	Выраженность признаков травматизации	%
1-я	минимальная	36,2
2-я	умеренная	36,6
3-я	максимальная	27,2

2-ю группу составили подростки, для которых характерна легкость актуализации травматического опыта, концентрирование негативных переживаний в отношении к прошлому. При этом, однако, страхи и опасения не проецируются подростками в будущее, а тема войны в отношении к будущему представлена преимущественно в контексте ожиданий и надежды на мирное разрешение конфликта, предотвращение повторения прошлых травматических событий. Тревога этой категории подростков в целом не распространяется на другие сферы отношений, однако аффективная насыщенность воспоминаний о пережитом позволяет предположить, что опыт травматизации наложил глубокий отпечаток на систему отношений личности и последствия психотравматизации подростков не в полной мере преодолены.

3-ю группу составили подростки с наиболее выраженными последствиями психотравматизации в детском возрасте. Высокая актуальность военной тематики (тематики угрозы, последствий военных действий, судьбы сообщества и т. п.) выявляет большую эмоциональную вовлеченность подростков в проблему межэтнического конфликта.

Сравнительный анализ системы отношений выделенных групп подростков позволяет утверждать, что травматические переживания детского возраста оказывают неодинаковое влияние на формирующуюся систему отношений. Тема войны может быть представлена с разной степенью интенсивности – страхи, негативные эмоции и представления могут концентрироваться преимущественно в отношении к реальному прошлому, могут проецироваться в будущее, а также распространяться на всю систему отношений, что определяет наиболее специфический вариант посттравматического формирования личности.

Исследование характеристик психофизиологической адаптации у подростков с разной степенью выраженности последствий травматизации показало, что подростки с наиболее выраженными последствиями психотравматизации более подвержены соматическим недомоганиям, что может свидетельствовать об их более ограниченных адаптационных ресурсах, определяющих повышенную уязвимость и подверженность стрессогенным воздействиям (табл. 2).

Таблица 2

Показатели психофизиологической адаптации в выделенных группах подростков – свидетелей и участников межэтнического конфликта (%)

Показатель	Группа			р		
	1-я	2-я	3-я	1/2	1/3	2/3
госпитализация	55	38	47	0,028	–	–
головные боли	45	50	59	–	–	–
боли в животе	38	48	64	–	0,002	0,047

Как следует из представленных данных (см. табл. 2), подростки 3-й группы чаще жалуются на боли в животе, упоминая тревогу и общее напряженное состояние как причину их появления.

По шкалам самочувствия, настроения и по среднему значению опросника САН показатели подростков с выраженными последствиями психотравматизации достоверно ниже, чем показатели подростков, в системе отношений которых тема войны представлена лишь локально (табл. 3).

Таблица 3

Показатели самочувствия, активности и настроения в группах подростков – свидетелей и участников межэтнического конфликта (M ± σ, баллы)

Показатель	Группа			р		
	1-я	2-я	3-я	1/2	1/3	2/3
самочувствие	5,88 ± 0,65	5,81 ± 0,80	5,63 ± 0,75	–	0,034	–
активность	4,98 ± 1,07	5,08 ± 1,01	5,22 ± 1,11	–	–	–
настроение	6,46 ± 0,50	6,21 ± 0,97	5,95 ± 0,99	–	–	–
интегральный показатель САН	5,78 ± 0,47	5,70 ± 0,72	5,60 ± 0,71		0,071	–

Как следует из данных табл. 3, показатели самооценки самочувствия и настроения подростков 3-й группы также ниже, чем показатели подростков 1-й и 2-й групп.

Полученные данные позволяют предположить, что хроническое эмоциональное напряжение, обусловленное значительной эмоциональной включенностью в темы войны и угрозы, множественными страхами и опасениями, легкостью актуализации травматического опыта с сопровождающим его аффектом, могут создавать предпосылки для развития нарушения здоровья у подростков.

Данные об уровне интеллектуального развития в выделенных подгруппах по культурно-свободному тесту Равена представлены в табл. 4.

Таблица 4

Показатели теста Равена в группах подростков – свидетелей
и участников межэтнического конфликта ($M \pm \sigma$, баллы)

Серия	Группа			р		
	1-я	2-я	3-я	1/2	1/3	2/3
А	81,58 ± 8,87	82,44 ± 10,74	85,28 ± 9,00	–	0,027	–
В	70,61 ± 24,86	76,49 ± 21,97	77,36 ± 22,03	–	–	–
С	53,07 ± 23,39	59,52 ± 23,26	59,44 ± 20,27	–	–	–
Д	53,80 ± 25,20	61,76 ± 24,29	67,08 ± 22,36	0,09	0,003	–
Е	22,37 ± 17,19	27,68 ± 15,66	26,67 ± 16,37	0,089	–	–
Средний показатель	56,29 ± 16,02	61,64 ± 14,37	63,17 ± 13,93	0,064	0,014	–

Подростки, выражающие большую обеспокоенность вопросами актуальной ситуации (3-я группа), ее возможного развития и влияния на будущее, в чьих воспоминаниях в большей степени представлен опыт, связанный с войной, обладают достоверно более высоким показателем общего интеллекта, чем подростки, в чьей системе отношений не выражены аффективные или когнитивные изменения в указанных сферах.

Отчетливых различий в уровне успеваемости подростков с разной степенью выраженности последствий психотравматизации не выявлено. На уровне тенденции можно отметить несколько более высокий уровень успеваемости подростков из 2-й и 3-й групп по сравнению с 1-й группой. Указанные различия представляются вполне объяснимыми при учете данных об интеллектуальном развитии.

Можно предположить, что степень эмоционального вовлечения в ситуацию конфликта сопряжена со способностью к осмыслению объективной реальности, более легким усвоением социального опыта, более высокой чувствительностью к восприятию и интерпретации эмоциональных состояний близких людей.

При сравнении выделенных групп по социально-демографическим характеристикам было получено подтверждение роли реального опыта и обстоятельств конфликта в формировании системы отношений.

В 3-й группе значительно и достоверно больше представителей старшей возрастной группы, что может свидетельствовать о важности возраста переживания травматического опыта для дальнейшего формирования системы отношений (табл. 5).

Таблица 5
Возраст свидетелей и участников межэтнического конфликта (%)

Возрастная группа, лет	Группа			р		
	1-я	2-я	3-я	1/2	1/3	2/3
10–12	35	38	19	–	0,001	0,001
13–15	65	62	81	–	0,001	0,001

Кроме того, полярные группы достоверно отличались по полу, в группе с наибольшей выраженностью признаков травматизации преобладали девочки (табл. 6).

Таблица 6
Пол свидетелей и участников межэтнического конфликта (%)

Пол	Группа			р		
	1-я	2-я	3-я	1/2	1/3	2/3
мужской	55	43	39	–	0,006	–
женский	45	57	61	–	0,005	–

Достоверных отличий по показателям возраста родителей, количества детей в семье и положения в семье обследованных подростков получено не было.

Что касается соотношения представителей этнических групп, то в 3-й группе преобладают сербские подростки, что может свидетельствовать о более выраженных изменениях в системе выделенных значимых отношений в сербской популяции (табл. 7).

Таблица 7
Соотношение представителей разных этнических сообществ в выделенных группах (%)

Группа	Сербь	Албанцы
1-я	49	51
2-я	58	42
3-я	84	16

Таким образом, приведенные данные позволяют сделать вывод о том, что наибольшее влияние травматический опыт, связанный с вовлечением в вооруженный межэтнический конфликт, оказывает на формирование личности у детей более старшей возрастной группы, более способных к сознательному осмыслению событий и явлений действительности, у де-

вочек в большей степени, чем у мальчиков. Наиболее выраженные последствия психотравматизации для формирования личности отмечаются у сербских подростков, что может быть обусловлено культурально-этническими факторами, а также объективными реалиями межэтнического конфликта и его последствий.

Заключение

Подростки, пережившие в раннем возрасте ситуацию межэтнического конфликта, в чью систему значимых отношений прочно интегрированы темы войны и мира, личной и общественной безопасности, отличаются от своих более благополучных сверстников более высоким уровнем интеллекта и успеваемостью (что может рассматриваться как действие механизмов адаптации), более низкими показателями самочувствия и настроения. Это в основном старшие подростки, у которых травматический опыт, связанный с войной, успел стать интегральной частью в старшем дошкольном – младшем школьном возрасте. Кроме того, в этой группе преобладают сербские подростки, для которых ситуация неопределенности и небезопасности является повседневной средой существования.

Исследование показало, что в группах подростков, представляющих противоборствующие стороны межэтнического конфликта, может быть выделена группа риска – в системе отношений подростков группы риска опыт ранних травматических переживаний прочно интегрирован и способен легко актуализироваться, в том числе с тенденцией к генерализации.

Поскольку на первичную травматизацию (непосредственное переживание травматического опыта в ситуации межэтнического конфликта) наслаивается вторичная травматизация как результат информационной политики в освещении прошедших и текущих событий, может быть рекомендована работа по адекватному информированию детей, подростков и их родителей для коррекции неадекватных эмоциональных реакций.

Перспективным направлением психологической профилактики и коррекции неблагоприятных последствий психотравматизации детей при вовлечении в межэтнический конфликт также можно считать мероприятия по актуализации и расширению источников социальной поддержки, развитию навыков стресс-преодолевающего поведения и психофизиологической саморегуляции, а также личностно-ориентированная психокоррекционная работа, направленная на реконструкцию нарушенных отношений личности в сочетании с информационно-просветительскими мероприятиями.

Литература

1. Анастаси А. Психологическое тестирование / А. Анастаси, С. Урбина. – СПб. : Питер, 2001. – 688 с. – (Мастера психологии).

2. *Бермант-Полякова О.В.* Посттравма: диагностика и терапия. – СПб.: Речь, 2006. – 248 с.
3. *Божович Л.И.* Проблемы формирования личности / Л.И. Божович ; под ред. Д.И. Фельдштейна. – 2-е изд. – М. : Ин-т практ. психологии ; Воронеж : МОДЭК, 1997. – 352 с.
4. *Боулби Дж.* Создание и разрушение эмоциональных связей : пер. с англ. / Дж. Боулби. – М. : Акад. проект, 2004. – 232 с.
5. *Выготский Л.С.* Вопросы детской (возрастной) психологии // Выготский Л.С. Собр. соч. : в 6 т. – М., 1984. – Т. 4 – С. 243–385.
6. *Гурьева В.А.* Психогенные расстройства у детей и подростков / В.А. Гурьева. – М. : Крона-пресс, 1996. – 206 с.
7. *Зиновьева Н.О.* Психология и психотерапия насилия (ребенок в кризисной ситуации) / О.Н. Зиновьева, Н.Ф. Михайлова. – СПб. : Речь, 2004. – 248 с.
8. *Изотова Е.И.* Эмоциональная сфера ребенка: теория и практика / Е.И. Изотова, Е.В. Никифорова. – М. : Академия, 2004. – 288 с.
9. *Исаев Д.Н.* Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия / Д.Н. Исаев. – СПб. : Речь, 2004. – 384 с.
10. *Кекелидзе З.И.* Психиатрия чрезвычайных ситуаций / З.И. Кекелидзе, А.М. Черников, А.Б. Шукин // Очерки социальной психиатрии. – М., 1998. – С. 310–330.
11. *Литвинцев С.В.* Боевая психическая травма / С.В. Литвинцев. – М. : Медицина, 2005. – 430 с.
12. *Мухина В.С.* Психология детства и отрочества : учеб. для студентов психол.-пед. фак. вузов / В.С. Мухина. – М. : Ин-т практ. психологии, 1998. – 488 с.
13. *Пиаже Ж.* Речь и мышление ребенка / Ж. Пиаже ; Сост. В.А. Луков. – М. : Педагогика-пресс, 1994. – 528 с. – (Психология: классич. тр.).
14. *Практическое* руководство по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина [и др.]. – М. : Когито-Центр, 2007. – Ч. 1 : Теория и методы. – 208 с.
15. *Прихожан А.М.* Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика / А.М. Прихожан. – М. : Моск. психол.-соц. ин-т ; Воронеж : МОДЭК, 2000. – 303 с.
16. *Решетников М.М.* Психическая травма / М.М. Решетников. – СПб. : Вост.-Европ. ин-т психоанализа, 2006. – 322 с.
17. *Тарабрина Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. – СПб. : Питер, 2001. – 272 с.

18. *Arntson L., Knudsen C.* Psychosocial care and protection of children in emergencies. A field guide. – Save the Children Federation, Inc., 2004. – 91 pp.
19. *Barenbaum J., Ruchkin V., Schwab Stone M.* The psychosocial aspects of children exposed to war: practice and policy initiatives // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, №45, 1, 2004. – pp. 41-62.
20. *De Clercq B.* Childhood antecedents of personality disorder / B. De Clercq, F. De Fruyt // *Current Opinion Psychiatry*. – 2007. – Vol. 20, N 1. – P. 57–61.
21. *Duncan J.* Children in Crisis: Good Practices in Evaluating Psychosocial Programming / J. Duncan, L. Arnston. – The International Psychosocial Evaluation Committee & Save the Children Federation, Inc., 2004. – 131 p.
22. *Eth S.* Developmental perspectives on psychic trauma in childhood / S. Eth, R. Pynoos // *Trauma and its Wake* / Ed. C.R. Figley. – New York : Brunner : Mazel, 1985. – P. 36–52.
23. *Fletcher K.* Childhood PTSD interview – child form / K. Fletcher // *Trauma Assessments: A Clinician’s Guide* / Ed. E. Carlson. – New York : Guilford, 1997. – P. 248–250.
24. *Greenfield E.A.* The effects of childhood family violence on mental and physical health in adulthood: A study of risk and resilience across the life course / E.A. Greenfield. – Madison : The University of Wisconsin, 2007. – 365 p.
25. *Herman J.L., van der Kolk B.A.* Traumatic antecedents of borderline personality disorder // *Psychological Trauma* / Ed. van der Kolk B.A. – Washington, DC: American Psychiatric Press, 1987. – P. 303–327.
26. *Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder* // *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1998. – 52 p.
27. *Santa Barbara J.* Helping Children Affected by War: Introduction // *Medicine, conflict and survival*, Vol. 15, 1999. – P. 352–354.

ПСИХОЛОГО-АКМЕОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ СПОРТСМЕНОВ СИЛОВЫХ ЕДИНОБОРСТВ

Санкт-Петербургский университет государственной противопожарной
службы МЧС России

Введение

В последние годы спортсмены силовых единоборств высшей квалификации (СЕВК) постоянно участвуют в различных ответственных международных соревнованиях, представляя Российскую Федерацию на международном уровне. Эти условия требуют от спортсменов силовых единоборств большого нервно-психического напряжения и самоотдачи в условиях чрезвычайно высоких физических и нервно-психических нагрузок [8]. Соревновательная деятельность спортсменов СЕВК в этот период характеризуется длительным воздействием значительного числа стрессогенных факторов, что определяет высокие требования к психической сфере их личности и психологической готовности к деятельности в экстремальных условиях [3, 9].

Следовательно, выраженные физические и психические нагрузки, воздействие комплекса стресс-факторов предъявляют высокие требования не только к уровню физической подготовленности, но и к психологическим качествам личности, обуславливающим психологическую готовность к деятельности в экстремальных ситуациях.

Психолого-акмеологическая проблема оценки психологической готовности спортсменов СЕВК, особенно при отборе для участия в международных соревнованиях, является крайне значимой для спортивной психологии и адаптивной физической культуры. В связи с этим психолого-акмеологическая оценка, прогноз и формирование психологической готовности к соревновательной деятельности относятся к числу приоритетных задач профотбора, психологической подготовки и психологического обеспечения деятельности спортсменов СЕВК.

Теоретические основы психологии определяют необходимость исследования двух основных типов психологической готовности к деятельности в экстремальных условиях: длительной (долгосрочной) и оперативной (кратковременной, краткосрочной) психологической готовности [1–3, 5]. В рамках таких исследований значительный научно-практический интерес представляет психолого-акмеологический анализ уровней выраженности и структуры основных компонентов длительной психологической готовно-

сти спортсменов СЕВК. Указанная проблема является недостаточно разработанной в акмеологии, адаптивной физической культуре и спортивной психологии.

Актуальность проблемы, ее теоретическая и практическая значимость, а также недостаточная разработанность в психологической практике обусловили выбор цели исследования, посвященного обоснованию психолого-акмеологической концепции, принципов и технологий оценки психологической готовности спортсменов СЕВК к соревновательной деятельности в экстремальных ситуациях.

Методологические аспекты исследования

Нами предложены психолого-акмеологическая концепция и принципы оценки психологической готовности спортсменов СЕВК. В кратком изложении их сущность состоит в следующем:

- во-первых, спортсмен СЕВК рассматривается нами как динамичная саморазвивающаяся личность, важным компонентом психической сферы которой является психологическая готовность к соревновательной деятельности в экстремальных ситуациях;

- во-вторых, мы полагаем, что психологическая готовность спортсменов СЕВК имеет сложную динамическую структуру, включает пять основных компонентов (мотивационный, волевой, когнитивный, регуляторный и типологический) и рассматривается нами как многокомпонентное (долговременное) психолого-акмеологическое образование и оперативное (кратковременное) психическое состояние. Это определяет необходимость реализации психолого-акмеологического подхода к оценке психологической готовности спортсменов СЕВК, а также разработки методик, критериев, уровней и компонентов ее оценки, методических особенностей экстренной коррекции и формирования;

- в-третьих, мы считаем, что психологическая готовность спортсменов СЕВК может быть определена с помощью психодиагностических технологий экспертной и тестовой оценки, предусматривающих психолого-акмеологическую квалиметрию уровней ее выраженности, значимости (вклада) основных компонентов в успешность деятельности, а также детерминирующих ее личностных качеств.

Это определяет необходимость проведения эмпирического исследования с оценкой распределения спортсменов силовых единоборств по уровням психологической готовности к соревновательной деятельности в экстремальных ситуациях, а также выявлению взаимосвязи психологической готовности спортсменов с успешностью их спортивной деятельности и опытом участия в международных соревнованиях. Кроме того, должны быть проведены исследования по выявлению структуры и уровней выра-

женности основных компонентов психологической готовности спортсменов СЕВК к соревновательной деятельности в экстремальных ситуациях, включая оценку их особенностей в общей выборке и у спортсменов с различной успешностью соревновательной деятельности.

Представляется необходимым применение методов многомерного математико-статистического моделирования для оценки вклада основных компонентов психологической готовности спортсменов СЕВК в успешность их деятельности в экстремальных ситуациях, включая анализ в общей выборке и у спортсменов с высоким, средним и низким уровнем успешности соревновательной деятельности в экстремальных ситуациях;

- в-четвертых, мы считаем, что психологическая готовность спортсменов СЕВК существенным образом детерминирована индивидуально-психологическими качествами их личности, которые могут быть сгруппированы в симптомокомплексы личностных свойств и оценены с помощью тестовых психолого-акмеологических методик;

- в-пятых, мы полагаем, что психологическая готовность спортсменов СЕВК требует специальных психолого-акмеологических технологий экстренной коррекции. Это определяет необходимость поиска эффективных психолого-акмеологических методик экстренной коррекции психологической готовности спортсменов СЕВК к соревновательной деятельности в экстремальных ситуациях;

- в-шестых, мы считаем, что психологическая готовность спортсменов СЕВК требует создания специальных психолого-акмеологических условий ее целенаправленного формирования и поддержания.

Однако перечисленные выше концептуальные положения требуют экспериментального подтверждения. В настоящей статье приведены результаты оценки психологической готовности спортсменов СЕВК, обосновывающие первые три положения выдвинутой нами концепции.

Кроме того, нами были обоснованы принципы оценки и формирования психологической готовности спортсменов СЕВК. К числу этих принципов относятся: социально-ориентированный подход, принципы комплексности, целенаправленности, лично-ориентированный подход, принципы объективности, обоснованности, динамичности, практичности, компетентности специалистов, информационного обеспечения.

Таким образом, на основе психолого-акмеологического подхода были выработаны концепция и принципы оценки и формирования психологической готовности у спортсменов силовых единоборств. Для их практической реализации возникла необходимость разработки научно-методического и организационного обеспечения, ее основных компонентов, а также технологий. Это, в свою очередь, определило необходимость проведения комплекса эмпирических исследований, результаты которых приведены ниже.

Материал и методы исследования

Было выполнено эмпирическое исследование, включавшее изучение психологической готовности к деятельности в экстремальных ситуациях и результатов эффективности спортивной деятельности 334 спортсменов СЕВК.

Оценка распределения спортсменов СЕВК по уровню психологической готовности к деятельности в экстремальных ситуациях выполнена у 217 человек, из них у 98 спортсменов выполнен анализ взаимосвязи психологической готовности с опытом международной соревновательной деятельности. Взаимосвязь психологической готовности с успешностью деятельности, а также многомерный анализ вклада основных компонентов психологической готовности выполнен по результатам экспертной оценки этих параметров у 117 спортсменов.

Статистическая обработка данных выполнена с помощью пакета прикладных программ «Statistika 5.0».

Результаты исследований и их анализ

1-й этап исследования был посвящен обоснованию концептуальных основ и методики экспертной оценки уровней выраженности и компонентов долговременной психологической готовности спортсменов СЕВК к соревновательной деятельности в экстремальных ситуациях.

На основе анализа научной литературы по проблеме были проанализированы основные концепции и подходы к оценке и прогнозированию психологической готовности спортсменов к соревновательной деятельности в экстремальных ситуациях, выработаны методика, критерии, уровни и ведущих психолого-акмеологических компонентов ее оценки, с помощью которых были проведены эмпирические исследования.

Оценка распределения спортсменов СЕВК по уровню психологической готовности к деятельности в экстремальных условиях методом компетентных судей показала, что основная часть (36,5 %) спортсменов имеет средний уровень психологической готовности к деятельности в экстремальных ситуациях, 31,6 % спортсменов имеют высокий и выше среднего уровень психологической готовности к деятельности в экстремальных ситуациях. Вместе с тем довольно большая часть (31,9 %) спортсменов имеет минимальный (ниже среднего) и низкий уровень психологической готовности к деятельности в экстремальных ситуациях.

Сравнительная оценка психологической готовности спортсменов СЕВК, лыжников и легкоатлетов показала, что уровень психологической готовности у спортсменов силовых единоборств ($n = 217$) значительно выше, чем среди лыжников ($n = 102$) и легкоатлетов ($n = 102$) (табл. 1). Так,

лиц с высоким и выше среднего уровнем психологической готовности статистически достоверно больше среди спортсменов силовых единоборств.

Это позволяет сделать вывод о том, что необходимо проводить психологическую подготовку спортсменов по формированию психологической готовности при направлении на ответственные соревнования. Вместе с тем эти данные указывают, что среди спортсменов силовых единоборств достаточно высок процент лиц с низким или ниже среднего уровнем психологической готовности, что также определяет необходимость проведения целенаправленных мероприятий по формированию у них психологической готовности.

Таблица 1

Распределение спортсменов различных видов спорта по уровню психологической готовности к деятельности в экстремальных ситуациях (%)

Уровень психологической готовности	Спортсмены		
	легкоатлеты	силовые единоборства	лыжники
высокий	9,5	13,0	10,3
выше среднего	22,1	24,0	29,2
средний	36,5	37,3	31,1
ниже среднего	17,9	14,7	10,8
низкий	14,0	11,0	18,6

Сравнительный анализ психологической готовности к деятельности в экстремальных ситуациях у спортсменов СЕВК с различным опытом участия в международных соревнованиях показал, что с увеличением количества участия в этих соревнованиях возрастает количество спортсменов с высоким уровнем психологической готовности (14 и 21 % при числе соревнований соответственно менее 2 и 3–4) и снижается количество лиц с низким уровнем психологической готовности (соответственно 12 и 9 %).

Однако затем, с повышением опыта участия в международных соревнованиях, отмечается обратная зависимость – при числе соревнований 5-6 или 7 и более резко снижается количество спортсменов с высокой и увеличивается число лиц с низкой психологической готовностью (табл. 2).

По-видимому, это связано с кумуляцией негативных психологических состояний, снижением бдительности за счет приобретенного опыта, своеобразной недооценкой значимости стресс-факторов, завышенной и неадекватной самооценкой.

Таблица 2

Психологическая готовность спортсменов силовых с различным опытом участия в международных соревнованиях (%)

Уровень психологической готовности	Количество международных соревнований			
	1-2	3-4	5-6	7 и более
высокий	14	21	12	11
средний	74	70	73	72
низкий	12	9	15	17

Эти данные свидетельствуют о том, что в «группу риска» по критерию снижения психологической готовности к соревновательной деятельности в экстремальных ситуациях должны быть отнесены спортсмены не только с малым (менее 2), но и с большим (более 5-6) опытом участия в международных соревнованиях. Они требуют дополнительных мероприятий по мобилизации психологического состояния, формирования нового уровня психологической готовности к соревновательной деятельности в экстремальных условиях.

Оценка взаимосвязи психологической готовности спортсменов к деятельности в экстремальных условиях с успешностью их соревновательной деятельности в этих условиях показала, что между психологической готовностью и успешностью спортивной деятельности существует достаточно тесная связь (табл. 3).

Таблица 3

Психологическая готовность и успешность соревновательной деятельности спортсменов силовых единоборств, n (%)

Уровень психологической готовности	Успешность соревновательной деятельности		
	высокая	средняя	низкая
высокий, n = 28	14 (6)	11 (5)	3 (1)
средний, n = 165	60 (28)	81 (38)	24 (11)
низкий, n = 24	–	5 (2)	19 (9)
Всего, n = 217 (100 %)	74 (34)	97 (45)	46 (21)

Анализ компонентов психологической готовности у спортсменов СЕВК позволил отметить, что все компоненты психологической готовности сформированы относительно равномерно (от 3,24 до 4,55 баллов при 5-балльной системе оценок) в группах спортсменов с высокой, средней и низкой успешностью соревновательной деятельности (табл. 4). Наиболее

выражены волевой и типологический компоненты, менее выражены регуляторный, когнитивный и мотивационный.

Таблица 4

Выраженность компонентов психологической готовности у спортсменов с различной успешностью соревновательной деятельности ($M \pm t$)

Компонент психологической готовности	Успешность соревновательной деятельности			p		
	высокая (1)	средняя (2)	низкая (3)	1/2	1/3	2/3
мотивационный	4,38 ± 0,07	4,21 ± 0,07	3,92 ± 0,05	–	0,001	0,01
волевой	4,55 ± 0,08	4,38 ± 0,07	4,13 ± 0,07	–	0,01	0,05
когнитивный	4,11 ± 0,08	4,02 ± 0,07	3,91 ± 0,06	–	0,05	–
регуляторный	3,72 ± 0,06	3,51 ± 0,05	3,24 ± 0,05	0,05	0,001	0,01
типологический	4,47 ± 0,07	4,24 ± 0,07	3,97 ± 0,06	0,05	0,001	0,05

У спортсменов с высоким уровнем успешности деятельности в общей структуре основных компонентов психологической готовности преобладают волевой, когнитивный и типологический компоненты. Наименее выражены в этой группе спортсменов мотивационный и регуляторный компоненты.

У спортсменов со средним и низким уровнем успешности соревновательной деятельности наиболее сформированы волевой и типологический компоненты, тогда как уровень выраженности трех остальных компонентов значительно ниже.

Эти данные указывают на необходимость целенаправленного формирования всех компонентов психологической готовности как важного фактора успешности соревновательной деятельности спортсменов. В этом плане особое внимание следует обратить на регуляторный и мотивационный компоненты психологической готовности.

2-й этап исследования был посвящен многомерной математико-статистической оценке вклада основных компонентов психологической готовности спортсменов силовых единоборств в успешность их соревновательной деятельности в экстремальных ситуациях. Для этого использовались рекомендации и результаты исследований ряда авторов [6, 7, 10].

Были рассчитаны регрессионные модели зависимости успешности соревновательной деятельности от уровня выраженности основных компонентов психологической готовности в общей выборке спортсменов силовых единоборств, а также у спортсменов с высоким, средним и низким уровнем успешности деятельности в сложных, напряженных ситуациях.

Регрессионная модель зависимости успешности соревновательной деятельности от уровня выраженности основных компонентов психологической готовности по общей выборке спортсменов силовых единоборств выглядела следующим образом:

$$Y = 0,211X_1 + 0,228X_2 + 0,185X_3 + 0,153X_4 + 0,223X_5,$$

где X_1 – уровень выраженности мотивационного компонента;

X_2 – уровень выраженности волевого компонента;

X_3 – уровень выраженности когнитивного компонента;

X_4 – уровень выраженности регуляторного компонента;

X_5 – уровень выраженности типологического компонента.

Установлено, что в общей выборке спортсменов силовых единоборств наиболее значимыми были волевой и типологический компоненты психологической готовности, суммарное значение их диагностических коэффициентов регрессии составило 0,451. Эти данные указывают на высокую значимость волевых и типологические черты характера в успешность соревновательной деятельности спортсменов СЕВК.

По данным многомерного анализа, наибольший вклад в обеспечение успешности соревновательной деятельности спортсменов силовых единоборств в экстремальных ситуациях принадлежит мотивационному, волевому и типологическому компонентам, суммарный вклад которых составил 69 % (табл. 5). Следовательно, от того, насколько спортсмены проявляют мотивацию к деятельности, решительность, смелость, волевые качества, познавательную активность в подготовке к предстоящей соревновательной деятельности в экстремальных ситуациях, а также обладают необходимыми знаниями, умениями, навыками, самообладанием и выдержкой, в значительной степени зависит успешность соревновательной деятельности в экстремальных условиях.

Это указывает на высокую задействованность резервов психических функций, так как включение мотивационного, волевого и типологического компонентов является отражением высокого напряжения психической деятельности в период соревновательной деятельности и ведет к быстрому истощению эмоционально-волевой сферы личности и срывам психической деятельности.

Эти данные также указывают на резервы роста профессионализма спортсменов, который может быть повышен за счет совершенствования сформированности когнитивных и регуляторных компонентов психологической готовности, вклад которых по данным базовой регрессионной модели относительно невысок (18 и 13 % соответственно).

Таблица 5

Значимость, уровня выраженности и вклад компонентов психологической готовности в успешность соревновательной деятельности в общей выборке спортсменов

Статистические характеристики компонентов	Компонент психологической готовности					Итого
	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	X ₅	
относительная значимость (диагностический коэффициент)	0,211	0,228	0,185	0,153	0,223	1,0
уровень выраженности (экспертные оценки, балл)	4,22	4,38	4,00	3,54	4,24	4,08
вклад компонента в успешности деятельности, %	22	24	18	13	23	100

X₁–X₅ – компоненты приведенной выше формулы

Многомерная оценка вклада компонентов психологической готовности у спортсменов силовых единоборств с различной успешностью соревновательной деятельности в экстремальных ситуациях показала, что у спортсменов с высоким уровнем успешности деятельности наиболее значимыми (исходя из значений коэффициентов регрессии) были волевой и типологический компоненты, сумма их диагностических коэффициентов составила 0,416, а их суммарный вес (доля в успешности деятельности в экстремальных ситуациях) равен 44 %. Значимость других компонентов психологической готовности несколько ниже, однако эти различия мало выражены.

Следовательно, спортсмены с высокой успешности соревновательной деятельности достигают ее за счет сформированности всех компонентов психологической готовности. Резервы профессионализма у этих спортсменов силовых единоборств состоят в повышении значимости регуляторного и когнитивного компонентов.

У спортсменов силовых единоборств со средним уровнем успешности деятельности также наиболее значимы были волевой и типологический компоненты (0,451), вклад которых в успешность деятельности равен 47 %. Крайне малый вклад в успешность соревновательной деятельности в этой группе спортсменов привносит регуляторный (14 %) компонент.

У спортсменов силовых единоборств с низким уровнем успешности деятельности наиболее задействованы типологический (26 %), мотивационный (22 %) и волевой (24 %) компоненты. Суммарный вес коэффициентов регрессии трех этих компонентов составил 0,705, а их вклад в успешность деятельности в экстремальных ситуациях был равен 72 %.

Следовательно, спортсмены с низким уровнем успешности соревновательной деятельности в экстремальных ситуациях успеха достигают за счет высокой задействованности волевого, типологического и мотивационного компонентов психологической готовности. У этой группы спортсменов силовых единоборств слабо сформированы и имеют малый вклад в успешность деятельности такие компоненты психологической готовности, как когнитивный (16 %) и регуляторный (12 %).

Следовательно, результаты многомерной математико-статистической оценки выраженности пяти основных компонентов психологической готовности к соревновательной деятельности в экстремальных ситуациях указывают на резервы роста профессионализма спортсменов силовых единоборств, находящихся на разных уровнях успешности соревновательной деятельности. Многомерная оценка вклада основных компонентов психологической готовности позволила детализировать значимость и парциальный вклад этих компонентов в успешность соревновательной деятельности спортсменов силовых единоборств.

Заключение

Таким образом, результаты исследования позволяют отметить, что психологическая готовность спортсменов высшей квалификации силовых единоборств к соревновательной деятельности в экстремальных ситуациях должна рассматриваться как многокомпонентное (долговременное) психолого-акмеологическое образование и оперативное (кратковременное) психическое состояние, имеющее сложную динамическую структуру. Она может быть определена с помощью психодиагностических технологий экспертной и тестовой оценки, предусматривающей психолого-акмеологическую квалиметрию уровней ее выраженности.

Литература

1. *Анисимов О.С.* Основы общей и управленческой акмеологии / О.С.Анисимов, А.А. Деркач. – М. : ИНФРА-М, 1995. – 272 с.
2. *Асмолов А.Г.* Психология личности / А.Г. Асмолов. – М. : Изд-во МГУ, 1990. – 367 с.
3. *Ашкинази С.М.* Вопросы теории и практики рукопашного боя в Вооружённых Силах Российской Федерации / С.М. Ашкинази. – СПб. : ВИФК, 2001. – 242 с.
4. *Боровиков В.П.* STATISTICA. Статистический анализ и обработка данных в среде Windows / В.П. Боровиков, И.П. Боровиков. – М. : Филин, 1997. – 608 с.

5. *Деркач А.А.* Методолого-прикладные основы акмеологических исследований / А.А. Деркач. – М., 2000. – 243 с.

6. *Дунин Г.С.* Проблемы квалиметрии и формирования психологической готовности сотрудников органов внутренних дел и военнослужащих внутренних войск к деятельности в чрезвычайных ситуациях / Г.С. Дунин. – СПб. : Копи-Р, 2005. – 125 с.

7. *Кочуров В.Ф.* Прогнозное моделирование системы педагогических умений в ее динамике : автореф. дис. ... канд. пед. наук / Кочуров В.Ф. – Л. : ЛГУ, 1986. – 23 с.

8. *Передельский А.А.* Становление социально-педагогической системы единоборств и ее развитие в современных условиях : дис. ... д-ра пед. наук / Передельский А.А. – М., 2008. – 354 с.

9. *Пуни А.Ц.* Процесс и система звеньев психологической подготовки к соревнованиям в спорте: психологический аспект / А.Ц. Пуни. – Л. : ГДОИФК, 1979. – 51 с.

10. *Рыбников В.Ю.* Психологическое прогнозирование надежности деятельности специалистов экстремального профиля : автореф. дис. ... д-ра психол. наук / Рыбников В.Ю. – СПбГУ, 2000. – 50 с.

РЕФЕРАТЫ

Григорьев Г.И. Православие и духовно ориентированная психотерапия патологических зависимостей // Вестник психотерапии. – 2009. – № 30 (35). – С. 7–24.

Представлены история, методология и методика метода духовно ориентированной психотерапии и психокоррекции на православной основе в форме целебного зорока, разработанного в Международном институте резервных возможностей человека (Санкт-Петербург). До 72 % больных алкоголизмом, пролеченных представленным методом, сохранили состояние ремиссии в течение первого года, 51 % – трехлетнюю ремиссию, 47 % – пятилетнюю, а 30 % – десять лет и более. Продолжительность ремиссии у 33 % героиновых наркоманов – год и более. До 42 % больных никотином и до 43 % больных игроманией сохраняют ремиссию год и более. Установлено, что частота пятилетних ремиссий в группе больных, давших двойной зорок (медицинский и церковный) достоверно ($p < 0,05$) выше, чем в группе больных, давших только медицинский (лечебный) зорок.

Ключевые слова: Международный институт резервных возможностей человека, патологическая зависимость, православие, психотерапия, духовно ориентированная психотерапия.

Леонтьева М.В. Особенности употребления алкоголя и наркотиков школьниками и студентами Архангельской области // Вестник психотерапии. – 2009. – № 30 (35). – С. 25–37.

Проведен мониторинг употребления алкоголя и психоактивных веществ у учащихся 9–11 классов общеобразовательных школ, 1–3 курсов сузов и студентов 1–5 курсов вузов Архангельской обл. В 2005 г. было опрошено 2319 человек, в 2006 г. – 3738 человек. Установлен высокий процент приобщения подростков и молодежи к алкоголю и наркотическими препаратами. Средний возраст первой пробы алкоголя у подростков и молодежи составляет 13–15 лет. Наибольшее распространение получило пиво – у около 93 % мальчиков и у 86 % девочек. Первая проба алкоголя в группе подростков и молодежи, употребляющих ПАВ, происходит в возрасте 12 лет. Средний возраст приобщения к ПАВ составляет 15–17 лет.

Ключевые слова: психоактивные вещества, алкоголь, наркотики, мониторинг наркоситуации.

Семёнов С.П. Аутогенное переключение (Autogenic Switching) // Вестник психотерапии. – 2009. – № 30 (35). – С. 38–67.

Аутогенное переключение является частной технологией подхода, называемого Role Switching, или просто свитчинг. Его базовая концепция была сформулирована автором в начале 1980-х гг. в связи с разработкой так называемого акупунктурного программирования. Это лечебный метод, сочетающий мультимодальную психотерапию и акупунктуру, т. е. иглоукальвание. Изначально он предназначался для лечения психосоматических заболеваний, но позже стал применяться для оказания психотерапевтической помощи и при других расстройствах, в происхождении которых психологические факторы играют основную или существенную роль. Поскольку метод включает в себя физическое воздействие на организм, осуществление его предполагает наличие у специалиста квалификации врача. Однако широкое применение метода показало, что во многих случаях решение той же задачи может осуществляться и без использования какого-либо медицинского инструментария. При этом дело фактически сводится к психологическому вмешательству. Соответствующая технология отлилась в форму аутогенного переключения. Сейчас этот метод с успехом используется при нарушениях пищевого поведения, аддикциях наркологического профиля и ряде других психогений. Данная статья предназначена для ознакомления с ним клинических психологов.

Ключевые слова: психотерапия, аутогенное переключение, психотерапевтическая роль, патогенный психологический паттерн, Role Switching, свитчинг.

Погодин И.А. К генезу и феноменологии эмоциональной жизни человека: психотерапевтический аспект // Вестник психотерапии. – 2009. – № 30 (35). – С. 68–85.

Статья посвящена этиологии и феноменологии некоторых наиболее ранних (имеющих довербальную природу), эмоциональных проявлений: ярости, гнева, ужаса, страха, стыда, зависти, отчаяния и т. д. Рассматривается чрезвычайно важный для понимания психотерапевтического процесса феномен психической боли. Анализируются соответствующие эмоциональной феноменологии ресурсы психотерапии.

Ключевые слова: эмоции, чувства, агрессия, self, творческое приспособление.

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

Описан клинический случай неэффективного лечения больного в кардиологическом стационаре с артериальной гипертензией и с жалобами психовегетативного характера. Психотерапевтом была выявлена взаимосвязь между симптомами и особенностями восприятия пациентом последствий недавнего военного конфликта. Определился классический внутриличностный невротический конфликт. С одной стороны, пациент должен был предпринять активные действия, с другой – не мог рисковать благополучием своей семьи. Симптомы обсессивно-фобического невроза избавляли его от необходимости активного разрешения внутриличностного конфликта. Проведена личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, паническое расстройство, обсессивно-фобический невроз, внутриличностный конфликт, личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия.

Щедренко В.В. О некоторых механизмах нарушений социальной адаптации у лиц молодого возраста при экстремальных психотравмирующих воздействиях в регионе Северного Кавказа // Вестник психотерапии. – 2009. – № 30 (35). – С. 91–94.

Изучалась группа из 57 подростков мужского пола, перенесших непосредственную угрозу для жизни, сопряженную с пребыванием в обстановке боевых действий, наводнения, автокатастроф, терактов. Выявлено, что фактор манифестации энцефалитического синдрома на фоне респираторной вирусной инфекции, возможно, являлся триггерным для проявления всех симптомов, характерных для ПТСР в обследуемой группе. Предполагается, что изменение уровня функционирования нервной системы на фоне энцефалитического синдрома, осложнившего острый период респираторной вирусной инфекции у лиц молодого возраста, наносит ущерб структурам личности, сказываясь в дальнейшем на их адаптационном потенциале.

Ключевые слова: стрессовые ситуации, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), энцефалитический синдром, нарушение сознания, адаптация, подростки.

Кобозев И.Ю. Стресс в профессиональной деятельности руководителя // Вестник психотерапии. – 2009. – № 30 (35). – С. 95–106.

На примере сотрудников органов внутренних дел (ОВД) анализируется проблема стресса в профессиональной деятельности руководителя. Кратко рассматриваются этимология и современное значение понятий «стресс» и «профессиональный стресс». Выделяются две большие группы стрессоров, приводящих к возникновению управленческого стресса. Приводится программа научного исследования типологических, характерологических, личностных особенностей руководителей ОВД, с точки зрения изучения профессионального стресса.

Ключевые слова: стресс, эустресс, дистресс, стресс-фактор, психологический стресс, эмоциональный стресс, профессиональный стресс, управленческий стресс, стресс-преодолевающее (копинг) поведение.

Евдокимов В.И., Губин А.И. Оценка формирования синдрома профессионального выгорания у врачей и его профилактика // Вестник психотерапии. – 2009. – № 30 (35). – С. 106–119.

Изучены проявления синдрома профессионального выгорания (СПВ) у 135 врачей в возрасте ($40,1 \pm 0,9$) года и при стаже работы ($16,0 \pm 0,8$) года. Мужчин было 58 %. На врачей собраны экспертные оценки состояния здоровья и профессиональной эффективности. Средние показатели эмоционального истощения по тесту С. Maslach были ($14,7 \pm 0,6$) балла, деперсонализации – ($9,2 \pm 0,4$), редукции личных достижений – ($33,3 \pm 0,6$) балла, а высокие оценки по указанным шкалам составляли соответственно 4, 21 и 39 %. По тесту В.В.Бойко, общая оценка составила ($108,3 \pm 4,0$) балла, фазы «напряжение» – ($32,0 \pm 1,8$), фазы «резистенция» – ($49,1 \pm 1,7$), фазы «истощение» – ($27,2 \pm 1,3$) балла. Экспертные оценки находились в значимой корреляционной связи с данными психологических тестов. Результаты исследований показывают, что нарушения в состоянии здоровья и ухудшение самочувствия наблюдаются уже при отдельных симптомах СПВ. Снижение профессиональной эффективности происходит при более генерализованных проявлениях СПВ. В данном исследовании таких врачей было около 10 %. У $1/3$ обследованных врачей наблюдались признаки СПВ, эти врачи нуждались в проведении им психогигиенических и профилактических мероприятий.

Ключевые слова: стресс, синдром профессионального выгорания, врачи, профессиональная эффективность.

Алехин А.Н., Егоркина Т.В. Клинико-психологические аспекты вовлеченности детей и подростков в межэтнический конфликт // Вестник психотерапии. – 2009. – № 30 (35). – С. 120–131.

Представлены результаты клинико-психологического обследования сербских и албанских школьников, вовлеченных в межэтнический конфликт на территории края Косово. Выявлены и описаны группы подростков с разной степенью интеграции травматического опыта в систему отношений, предложены направления мероприятий психологической профилактики и коррекции неблагоприятных последствий.

Ключевые слова: посттравматическое формирование личности, межэтнический конфликт, система отношений личности.

Бобрищев А.А. Психолого-акмеологическая оценка психологической готовности спортсменов силовых единоборств // Вестник психотерапии. – 2009. – № 30 (35). – С. 132–142.

Представлены теоретические основы и результаты психолого-акмеологической оценки основных компонентов психологической готовности спортсменов силовых единоборств в успешности их соревновательной деятельности. С помощью метода экспертных оценок были выявлены структура и уровни выраженности основных компонентов психологической готовности спортсменов. Применение регрессионного анализа позволило оценить вклад компонентов психологической готовности спортсменов силовых единоборств в успешность их деятельности.

Ключевые слова: спортсмены силовых единоборств, психологическая готовность, экстремальная деятельность, многомерный математический анализ.

Grigoriev G.I. Orthodoxy and spirit-oriented psychotherapy of pathological dependences // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2009, No. 30 (35), P. 7–24.

The history, methodology and method of orthodoxy-based spirit-oriented psychotherapy and psychocorrection (healing vow) worked out in the International institute of human reserve capabilities (St. Petersburg) are presented. Up to 72 % alcoholism patients treated by this method maintained 1-year remission, 51 % 3-year remission, 47 % 5-year and 30 % 10-year remission and more. Remission duration in 33% heroin abusers is 1 year and more. Up to 42% nicotine patients and up to 43 % gamble abusers maintain remission during one year and more. It was determined, that the rate of 5-year remissions in the group of patients which gave double vow (both medical and spiritual) is statisti-

cally significantly ($p < 0,05$) higher than in the group of patients, who made only medical (healing) vow.

Keywords: International institute of human reserve capabilities, pathological dependence, orthodoxy, psychotherapy, spirit-oriented psychotherapy.

Leonteva M.V. Peculiarities of alcohol and drug consumption in school-children and students in Arkhangelsky region // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2009, No. 30 (35), P. 25–37.

Monitoring of alcohol and other psychoactive substance consumption in students of 9–11 forms of comprehensive schools, 1–3-year students of secondary schools, and 1–5 year college students was performed in Arkhangelsky region. Inquired were 2319 individuals in 2005 and 3738 individuals in 2006. Higher percentage of involvement of adolescents and youth in alcohol and drug consumption was identified. Mean age of the first alcohol consumption is 13–15 years. The widest prevalence of beer consumption was revealed: about 93 % boys and 86 % girls. Adolescents and youth in the group of psychoactive substance abusers consume alcohol for the first time in the mean age of 12 years. Mean age of the first psychoactive substance consumption is 15–17 years.

Keywords: psychoactive substances, alcohol, drugs, narcosituation monitoring.

Semyonov S.P. Autogenic switching // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2009, No. 30(35), P. 38–67.

Autogenic switching is an individual technology of the approach named Role Switching, or simply switching. Its basic concept was formulated by the author in early 1980 in connection with development of so called acupuncture programming. This is a healing method combining multimodal psychotherapy and acupuncture. It was initially designed for treatment of psychosomatic pathology, but then it was used for psychotherapy assistance and in other disorders, where psychology factors play the main or substantial role in the origin. As far as the method includes physical influence on the body, its application assumes professional doctor’s background. However, its wide application demonstrates that in many cases the same problem can be solved without any medical tool. It is virtually reduced to the psychological intervention. Corresponding technology has transformed into autogenic switching. Currently the method is successfully used in eating disorders, narcology addictions and some other psychogenies. This paper is intended for clinical psychologists to get acquainted with.

Keywords: psychotherapy, autogenic switching, psychotherapy role, pathogenic psychological pattern, Role Switching, switching.

Pogodin I.A. About origin and phenomenology of some emotional displays: psychotherapy aspects // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2009, No. 30 (35), P. 68–85.

The article is devoted to etiology and phenomenology of some earliest emotional (preverbal) displays: fury, anger, horror, fear, shame, envy, despair, etc. The phenomenon of the mental pain extremely important for understanding of psychotherapeutic process is considered. The resources of psychotherapy corresponding to emotional phenomenology are analyzed here.

Keywords: affects, feelings, aggression, self, creative adaptation.

Nikolaeva O.V., Baburin I.N., Nikolaev E.L., Dubravina E.A. Crisis? Attack? Neurosis? Clinical case of psychovegetative disorder in cardiology department // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2009, No. 30 (35), P. 86–90.

A clinical case of ineffective treatment in cardiology department is described in patient with arterial hypertension and psychovegetative complaints. Psychotherapist revealed relationship between symptoms and perception of recent military conflict aftermath. The classical intrapersonal neurotic conflict was diagnosed. On the one hand, the patient should perform actively in the situation; on the other hand, he could not run risk of his family well-being. Symptoms of obsessive-phobic neurosis removed from the patient the necessity for being active in solving of intrapersonal conflict. Personality oriented (reconstructive) psychotherapy was performed.

Keywords: arterial hypertension, panic disorder, obsessive-phobic neurosis, intrapersonal conflict, personality oriented (reconstructive) psychotherapy

Schedrenko V.V. Some mechanisms of social adaptation disorders in young people under extreme psychotraumatic influence in the region of Northern Caucasus // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2009, No. 30 (35), P. 91–94.

Studied was a group of 57 male adolescents surviving immediate life threat, associated with stay in the area of combat actions, flow, road accidents, and acts of terror. It was revealed, that a factor of encephalitic syndrome manifestation concurrent with respiratory infection was a possible trigger for occurrence of all the symptoms characteristic for PTSD in the studied group. It is

supposed, that changing in level of nervous system functioning with the preexisted encephalitic syndrome complicated an acute virus respiratory infection in young people affects personality aspects, having a further impact on their adaptation potential.

Keywords: stress settings, posttraumatic stress disorder (PTSD), encephalitic syndrome, impairment of consciousness, adaptation, adolescents.

Kobozev I.Yu. Stress in professional activity of the leader // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2009, No. 30 (35), P. 95–106.

A problem of stress in professional activity of the leader is analyzed by example of officers of authorities of the interior. Etymology and current meaning of terms "stress" and "professional stress" are summarized. Two major groups of stress-factors leading to occurrence of managerial stress are identified. The program of research of typology, disposition, personality characteristics of leaders of authorities of the interior from the point of view of professional stress study is provided.

Keywords: stress, eustress, distress, stress-factor, psychological stress, emotional stress, professional stress, managerial stress, coping behavior.

Evdokimov V.I., Gubin A.I. Assessment of professional burning-out syndrome formation in physicians, and its prevention // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2009, No. 30(35), P. 106–119.

Manifestations of professional burning-out syndrome (PBS) were studied in 135 physicians aged (40.1 ± 0.9) years and with experience of (16.0 ± 0.8) years. There were 58 % men. Expert appraisals of health status and professional efficiency were collected for physicians. Mean parameters of affective exhaustion according to C. Maslach test were (14.7 ± 0.6) points, depersonalization (9.2 ± 0.4) points, personal achievement reduction (33.3 ± 0.6) points, and high estimates on the mentioned scales comprised 4, 21 and 39 %, respectively. According to the V.V. Boiko the total estimate was (108.3 ± 4.0) points, «tension» phase (32.0 ± 1.8), «resistentia» phase (49.1 ± 1.7) points, «exhaustion» phase (27.2 ± 1.3) points. Expert appraisals significantly correlated with psychological test data. Study results show, that health disorders and general state deterioration occur even with individual PBS symptoms. Professional efficiency decreases with more general PBS manifestations. In our study there were about 10 % of these physicians. In $\frac{1}{3}$ of examined physicians the signs of PBS were observed; these physicians needed psychohygiene and prevention measures.

Keywords: stress, professional burning-out syndrome, physicians, professional efficiency.

Alyokhin A.N., Egorkina T.V. Clinical psychological aspects of children and adolescents involvement in interethnic conflict // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2009, No. 30 (35), P. 120–131.

The paper presents data of examination of clinical psychological status in Serbian and Albanian schoolchildren involved in the interethnic conflict in Kosovo. Groups of adolescents with different level of traumatic experience integration in the system of personality attitudes were revealed and described. The study suggests the directions of measures of psychological prevention and correction of possible negative consequences of such involvement.

Keywords: posttraumatic personality development, interethnic conflict, personality attitude system.

Bobrishev A.A. Psychology-acmeology assessment of psychological preparedness in sportsmen of martial arts // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2009, No. 30(35), P. 132–142.

Theoretical basis and results of psychology-acmeology assessment of key components of psychological preparedness and their input in successful competitive activities of sportsmen of martial arts are provided. Using method of expert appraisal there were revealed structure and intensity of key components of psychological preparedness in sportsmen. The regression analysis allowed assessing input of components of psychological preparedness in successful competitive activities of sportsmen of martial arts.

Keywords: sportsmen of martial arts, psychological preparedness, extreme activities, multifactor math analysis.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Алехин Анатолий Николаевич – Российский Государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, заведующий кафедрой клинической психологии, доктор медицинских наук, профессор, 191186, г. Санкт-Петербург, наб. Реки Мойки, д. 48, м.т. 8-904-515-78-57, e-mail: termez59@mail.ru

Бабурин Игорь Николаевич – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, старший научный сотрудник отделения неврозов и психотерапии, кандидат медицинских наук, 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, р.т. (812) 412-33-04

Бобрищев Алексей Александрович – Санкт-Петербургский университет ГПС МЧС России, доцент кафедры физической культуры, кандидат педагогических наук, 192238, г. Санкт-Петербург, Московский пр., д. 140, д.т. (812) 514-25-75

Григорьев Григорий Игоревич – Международный институт резервных возможностей человека, директор; профессор кафедры медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования», Заслуженный врач Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор, 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11, р.т. (812) 513-67-97

Губин Артем Иванович – Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, соискатель кафедры общей гигиены, 394622, г. Воронеж, ул. Студенческая, д. 10, м.т. 8-906-585-76-03

Дубравина Елена Александровна – Психоневрологический диспансер Оренбургской областной клинической психиатрической больницы № 1, участковый врач-психиатр, 460314, г. Оренбург, ул. 9-го Января, д. 63, м.т. 8-912-846-30-72

Евдокимов Владимир Иванович – Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, профессор учебного отдела, доктор медицинских наук, профессор, 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 4/2, м.т. 8-812-933-46-16

Егоркина Таисия Васильевна – Российский Государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, ассистент кафедры клинической психологии, 191186, г. Санкт-Петербург, наб. Реки Мойки, д. 48, м.т. 8-905-283-95-58, e-mail: taiiya_egorkina@rambler.ru

Кобозев Игорь Юрьевич - Санкт-Петербургский Университет МВД России, адъюнкт кафедры юридической психологии факультета подготов-

ки и переподготовки научных кадров, 198264, г. Санкт-Петербург, ул. Летчика Пилютова, д. 1, м.т. 8-951-663-46-77, e-mail: igorkobozev@yandex.ru

Леонтьева Марина Владимировна – Поморский государственный университет им. М.В. Ломоносова, старший научный сотрудник управления аспирантуры, докторантуры и аттестации научно-педагогических кадров, кандидат биологических наук, доцент, 163004, г. Архангельск, пр. Ломоносова, д. 2, р.т. (8182) 23-62-78, e-mail: MarinaArch@yandex.ru

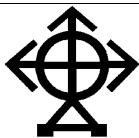
Николаев Евгений Львович – Чувашский государственный университет, профессор кафедры социальной психологии, доктор медицинских наук, 428015, г. Чебоксары, Московский пр., д. 15, р.т. (8352) 58-01-30

Николаева Ольга Владимировна – Республиканский кардиологический диспансер, врач кардиолог, 428018, г. Чебоксары, ул. Сеспеля, д. 8, р.т. (8352) 58-05-59

Погодин Игорь Александрович – Белорусский Институт Гештальта, директор Института Гештальта, доцент кафедры педагогической психологии факультета психологии Белорусского государственного педагогического университета имени М. Танка, кандидат психологических наук, доцент, 220136, Республика Беларусь, г. Минск, ул. Лобанка, д. 14-88, e-mail: pogodpsy@rambler.ru

Семенов Сергей Петрович – Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, преподаватель кафедры психотерапии факультета последипломного образования, 195067, Санкт-Петербург, Пискаревский пр., д. 47. р.т. (812) 412-33-04

Щедренко Виктор Владимирович – ГОУ ВПО «Ставропольская Государственная медицинская академия», ассистент кафедры внутренних болезней №1, 355000, г. Ставрополь, ул. Мира, д. 310, р.т. (8652) 26-14-46, e-mail: vik-shhedrenko@yandex.ru



ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ»

Редакционная коллегия

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

Тел/факс (812) 513-67-97, 592-35-79

e-mail: vestnik-pst@yandex.ru

Уважаемые коллеги!

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

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 года и является научным рецензируемым журналом, имеет **свидетельство о перерегистрации средства массовой информации** ПИ № ФС77-34066 от 07 ноября 2008 г., выданное Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций.

С 2002 года журнал включен в **каталог Роспечати РФ (индекс–15399)** и на всей территории РФ и СНГ проводится его подписка через почтовые отделения. Журнал выпускается 4 раза в год.

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

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

Рукописи рецензируются членами редакционного совета или редакционной коллегии и ведущими специалистами данных областей медицины и психологии. При положительной рецензии поступившие материалы будут опубликованы. Представленные материалы должны быть актуальными, соответствовать профилю журнала, отличаться новизной и научно-практической или теоретической значимостью. Фактический материал должен отражать новейшие данные, быть тщательно проверен и подтвержден статистическими данными или ссылками на источники, которые приводятся в конце статьи. При несоответствии статьи указанным требованиям тексты рукописей не возвращаются.

Плата с аспирантов не взимается.

Телефон/факс (812) – 513-67-97, 592-35-79, 592-14-19 – заместитель директора МИРВЧ, заместитель главного редактора журнала – кандидат психологических наук Мильчакова Валентина Александровна (e-mail: vestnik-pst@yandex.ru), сайт МИРВЧ: www.mirvch.ru, сайт ФГУЗ ВЦЭРМ МЧС России: www.arcerm.spb.ru

Главный редактор журнала – доктор медицинских наук, доктор психологических наук профессор Рыбников Виктор Юрьевич (e-mail: rvikirina@rambler.ru)

Научный редактор журнала – доктор медицинских наук профессор Евдокимов Владимир Иванович (e-mail: evdok@omnisp.ru)

Журнал «Вестник психотерапии» зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 года.

Свидетельство о перерегистрации – ПИ № ФС77-34066 от 7 ноября 2008 г. выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций.

Учредители:

Федеральное государственное учреждение здравоохранения «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (ФГУЗ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России);

Главный редактор – Рыбников Виктор Юрьевич.

Индекс в каталоге Роспечать РФ «Газеты. Журналы» – 15399.

Адрес редакции: 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д.11.

Адрес издательства и типографии: ООО «Политехника-сервис».

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

тираж 1000 экз. цена – свободная

Подписано в печать 22.06.09.

Формат 60×84¹/₁₆. Печать – офсетная.

Тираж 1000 экз. Объем 9,75 п.л.

Бумага офсетная. Заказ № 1023.

Отпечатано в ООО «Политехника-сервис»

с оригинал-макета-заказчика

191023, Санкт-Петербург, ул. Инженерная, 6