

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

---

**ВЕСТНИК  
ПСИХОТЕРАПИИ**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

*Главный редактор В.Ю. Рыбников*

**№ 38 (43)**

Санкт-Петербург  
2011

### **Редакционная коллегия**

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

### **Редакционный совет**

С.С. АЛЕКСАНИН (Санкт-Петербург); А.А. АЛЕКСАНДРОВ (Санкт-Петербург); Г.В. АХМЕТЖАНОВА (Тольятти); Р.М. ГРАНОВСКАЯ (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, 592-35-79

**ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ**

*Научно-практический журнал*

- © Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, 2011
- © Международный институт резервных возможностей человека, 2011

**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 38 (43)**

St. Petersburg  
2011

### **Editorial Board**

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

### **Editorial Council**

S.S. ALEKSANIN (St. Petersburg); A.A. ALEKSANDROV (St. Petersburg);  
G.V. AKHMETZHANOVA (Togliatti); R.M. GRANOVSKAYA (St.  
Petersburg); G.I. GRIGORJEV (St. Petersburg); O.F. 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, 592-35-79

**BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY**

Research & clinical practice journal

© (A.M. Nikiforova All-Russian Centre of Emergency  
and Radiation Medicine of the EMERCOM of Russia), 2011  
© (International Institute of Human Potential Abilities), 2011

## СОДЕРЖАНИЕ

### МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОДИАГНОСТИКА

<i>Афанасьева Е.Д.</i> Материнство ВИЧ-инфицированных женщин: клинико-психологический аспект .....	9
<i>Колотильщикова Е.А., Бабурин И.Н., Караваева Т.А.</i> Сравнительное исследование актуального психического состояния у больных с невротическими и невротоподобными расстройствами .....	31
<i>Билый А.М.</i> Тип личности по системе ЭСКАЛ и уровень внутреннего напряжения при выполнении деятельности .....	41
<i>Малкова Е.Е.</i> Роль этнокультуральных факторов в психологической диагностике и коррекции эмоционально-поведенческих расстройств у детей и подростков .....	47
<i>Харькова О.А., Ляшенко А.А.</i> Клинико-биологический и социально-психологический подходы к изучению табакокурения (обзор литературы) .....	58

### ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

<i>Бартош О.П., Бартош Т.П.</i> Оценка влияния социально-психологического тренинга на функциональное состояние женщин в малой группе .....	66
<i>Федотова Л.А., Соловьев А.Г.</i> Коррекция психоэмоциональной сферы детей младшего школьного возраста с использованием программированного цветового игротренинга .....	76
<i>Цыганков В.Н., Григорьев Г.И., Мизерене Р.</i> Борьба с помыслами как центральный элемент духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей .....	81

### ПСИХИАТРИЯ И ПАТОПСИХОЛОГИЯ

<i>Шамрей В.К., Колов С.А., Дрига Б.В.</i> Отдаленные последствия боевого стресса с позиции биопсихосоциального подхода .....	104
<i>Краснов А.А., Кобозова К.А.</i> Соматическая заболеваемость у военнослужащих с отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы .....	111

## НАУКОВЕДЕНИЕ

<i>Евдокимов В.И., Горячкина Т.Г., Эриванцева Т.Н., Чехлатый Е.И.</i> Анализ патентов на изобретения в сфере психотерапии в России (1994–2010 гг.) .....	118
Рефераты .....	135
Сведения об авторах .....	145
Информация о журнале .....	148

## CONTENTS

### MEDICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS

<i>Afanasieva E.L.</i> Maternity of HIV-infected women: clinical psychological aspects .....	9
<i>Kolotilschikova E. A., Baburin I. N., Karavaeva T. A.</i> A comparative study of actual mental state in patients with neurotic and neurosis-like disorders .....	31
<i>Bilyi A.M.</i> Personality type according to the ESCPA system and a level of inner tension at performance .....	41
<i>Malkova E.E.</i> The role of psychological factors in ethnocultural diagnosis and correc- tion of emotional and behavioral disorders in children and adolescents .	47
<i>Kharkova O.A., Lyashenko A.A.</i> Clinical-biological and social-psychological approach to tobacco smok- ing study (survey of literature) .....	58

### CORRECTIVE PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY

<i>Bartosh O.P., Bartosh T.P.</i> The influence of social-psychological training on women's functional state under a little group conditions .....	66
<i>Fedotova L.A., Soloviev A.G.</i> Correction of junior schoolchildren psychoemotional sphere using pro- grammed color game-training .....	76
<i>Tsygankov V.N., Grigoriev G.I., Mizerene R.</i> Fighting with bad intentions as a key element of spirit-oriented psycho- therapy in pathological addictions .....	81

### PSYCHIATRY AND PATHOPSYCHOLOGY

<i>Shamrey V.K., Kolov S.A., Driga B.V.</i> Long-term aftereffects of combat stress from the biopsychosocial point of view .....	104
<i>Krasnov A.A., Koboseva K.A.</i> Somatic disease incidence in military men with remote consequences of craniocerebral trauma .....	111

## SOCIOLOGY OF SCIENCE

<i>Evdokimov V.I., Goryachkina T.G., Erivantseva T.N., Chekhlatyi E.I.</i> An analysis of patents for inventions in the psychotherapy domain in Russia (1994–2010) .....	118
Abstracts .....	135
Information about authors .....	145
Information about the Journal .....	148



# МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОДИАГНОСТИКА

УДК [159.9 : 616-055.26] : 616-097

*Е.Д. Афанасьева*

## МАТЕРИНСТВО ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

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

### *Введение*

В настоящее время заболевание ВИЧ/СПИД является одной из актуальных проблем здравоохранения, что обусловлено высокой распространенностью, низкой излечимостью заболевания, социальными последствиями и рисками, связанными с инфицированием. В Российской Федерации, по данным Федерального центра по профилактике и борьбе со СПИДом, к концу 2009 г. официально зарегистрировано 474,6 тысяч случаев ВИЧ-инфекции [11]. Наблюдается эпидемиологический подъем заболеваемости среди женщин и тенденция к увеличению частоты и доли полового пути передачи ВИЧ [5, 11]. Использование антиретровирусной (АРВ) терапии позволяет существенно увеличить продолжительность и улучшить качество жизни ВИЧ-инфицированных лиц [5, 14, 18].

Современные методы снижения вертикальной передачи ВИЧ эффективно предупреждают заражение детей ВИЧ-инфекцией, позволяя снизить риск для ребенка до 1–2 % [1, 14]. В связи с этим отмечается, что женщины, инфицированные ВИЧ, ранее преимущественно отказывались заводить ребенка, а в последние годы чаще планируют беременность и рожают детей [1, 27]. Перечисленные условия указывают на актуальность вопроса естественного продолжения жизненного цикла женщин, рождения и воспитания детей в условиях хронического заболевания, требующего лечения.

Несмотря на то что период младенческого и раннего возраста ребенка является чрезвычайно важным для становления материнского отношения [19] и мать играет определяющую роль в формировании базовых образований личности ребенка [3, 4, 13, 16], изучению адаптации к материнству ВИЧ-инфицированных женщин в научных исследованиях уделяется недостаточно внимания.

Большинство отечественных исследований посвящены вопросам профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку, обследования и установления факта ВИЧ-инфекции у ребенка [1, 5, 18]. Российскими специалистами были изучены мотивы принятия решения о сохранении беременности [6], особенности эмоциональной сферы ВИЧ-инфицированных женщин в период беременности [8], закономерности формирования здоровья их детей [9].

Зарубежные исследователи особое внимание уделяют сложностям переживания женщинами известия о болезни в период беременности [22], влиянию других источников стресса [21, 24], факторам приверженности матерей к лечению [25], эмоциональному реагированию матерей на длительную неопределенность статуса ребенка (по ВИЧ) [26], проблемам воспитания ВИЧ-инфицированными матерями детей дошкольного и школьного возраста [24].

При этом отсутствуют работы, посвященные целостному описанию процесса адаптации ВИЧ-инфицированных женщин к материнству с учетом трансформации системы отношений в условиях болезни. В большинстве исследований констатируется пониженное качество жизни ВИЧ-инфицированных матерей, повышенный риск психиатрической коморбидности, социальной фрустрированности, психического дистресса в связи с материнством, но недостаточно изучена специфика их функционирования в роли матери, что имеет непосредственное значение для прогноза психического развития их детей и задач раннего вмешательства.

Уточнение особенности взаимодействия ВИЧ-инфицированных матерей с детьми, влияния актуального эмоционального статуса, личностных особенностей и болезни на материнское отношение позволило бы обосновать направления психологического сопровождения ВИЧ-инфицированных женщин на начальных этапах материнства.

Изложенное выше определило цель исследования: анализ особенностей психической адаптации ВИЧ-инфицированных женщин к рождению ребенка в связи с задачей обоснования психологического сопровождения на послеродовом этапе.

### ***Материалы и методы***

В рамках комплексного медико-психологического исследования было обследовано 135 матерей в возрасте от 18 до 36 лет. 1-ю группу составили 93 ВИЧ-инфицированные матери, воспитывающие детей в возрасте до 2 лет, состоящие на амбулаторном наблюдении в Санкт-Петербургском

центре по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями. 2-ю (контрольную) группу составили 42 условно здоровые женщины, воспитывающие детей в возрасте до 2 лет; их дети наблюдаются в детской поликлинике.

Исследование проводилось с информированного согласия матерей, индивидуально. Применялись клинико-психологический метод (психодиагностическая беседа, наблюдение за взаимодействием матери и ребенка в ситуациях отношений во время прогулки, кормления и других видов совместной деятельности, изучение медицинских карт ВИЧ-инфицированных матерей) и экспериментально-психологический метод:

– «Интегративный тест тревожности» (ИТТ) [2], шкала депрессии А. Бека [10] для оценки выраженности эмоциональных нарушений;

– модифицированная проективная методика «Незаконченные предложения», «Методика для исследования типа отношения к болезни» (ТОБОЛ) для изучения особенностей системы отношений личности [17];

– опросник PARI Schaefer E.S. (адаптирована Т.В. Нещерет) для оценки родительских установок [20];

– опросник SF-36 для исследования качества жизни [7].

Для статистической обработки данных использовались: методики описательной статистики; непараметрические критерии Манна – Уитни, Хи-квадрат, угловое преобразование Фишера для сопоставления групп по выраженности и частоте встречаемости отдельных признаков. Для статистического анализа использовался пакет прикладной программы SPSS (версия 17). В таблицах представлены средние арифметические величины и среднее квадратическое отклонение средней величины ( $M \pm \sigma$ ).

### ***Результаты***

По данным беседы и изучения социального анамнеза ВИЧ-инфицированные женщины имеют более низкий уровень образования, реже работают до беременности, чаще являются незамужними и занимают более низкое социально-экономическое положение, чем условно здоровые женщины. Большая часть ВИЧ-инфицированных женщин узнали о своем диагнозе до периода беременности.

По результатам анализа медицинских карт 60,8 % ВИЧ-инфицированных женщин имеют III субклиническую стадию развития заболевания, у остальных 39,2 % женщин – IV стадия развития вторичных заболеваний. В 4 случаях женщины не получали АРВ-терапию в период беременности с целью профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку.

### *Периоды адаптации к материнству*

Под психической адаптацией к материнству понимается процесс формирования отношений личности женщины в системе «мать – ребенок», обеспечивающих оптимальное поведение матери во взаимодействии с ребенком.

Выделение форм общения детей со взрослыми М.И. Лисиной [13] и описание этапов взаимодействия матери с ребенком [19] позволили рассматривать возраст детей как стаж активного материнства женщин. Были выделены периоды адаптации к материнству и проведено сравнение психологических проявлений ВИЧ-инфицированных женщин (1-я группа) с группой условно здоровых матерей (2-я группа).

1. Начальный период (до 2 мес). Происходит освоение операционального элемента ухода за ребенком, формирование окончательного содержания потребности в материнстве и заботе о ребенке. Отличительной особенностью ВИЧ-инфицированных матерей является ухудшение самочувствия, повышенная конфликтность к материнству и своей матери. Родительские установки отличаются излишней концентрацией на ребенке, по сравнению с условно здоровыми матерями, имеющими детей того же возраста (табл. 1).

*Таблица 1*  
*Психологические особенности женщин на начальном этапе адаптации к материнству, балл*

Параметр	Группа		p <sub>1-2</sub> <
	1-я	2-я	
Качество жизни (по опроснику SF-36)			
Самочувствие	52,0 ± 18,2	60,8 ± 17,6	0,050
Внутриличностные конфликты (по методике «Незаконченные предложения»)			
Отношение к материнству	1,5 ± 1,1	0,3 ± 0,5	0,006
Нереализованные возможности	1,6 ± 0,8	0,3 ± 0,4	0,001
Страхи и опасения	2,4 ± 0,8	1,4 ± 0,8	0,006
Отношение к друзьям	0,8 ± 0,9	0,1 ± 0,2	0,022
Отношение к семье	1,8 ± 1,2	0,7 ± 0,5	0,008
Отношение к образу жизни	1,9 ± 0,8	0,6 ± 0,8	0,004
Отношение к матери	1,9 ± 1,4	0,8 ± 1,1	0,049
Чувство вины	2,4 ± 1,1	0,7 ± 0,8	0,002
Родительские установки (по методике PARI)			
Подавление воли ребенка	15,2 ± 1,5	13,9 ± 1,9	0,033
Стремление ускорить развитие ребенка	13,1 ± 2,4	10,8 ± 1,6	0,031

2. Период эмоционального общения (от 2 до 6 мес). Происходит формирование адекватной реакции на проявления ребенка, личностное эмоциональное включение во взаимодействие с ребенком. Отличительной особенностью ВИЧ-инфицированных матерей является низкое качество жизни, актуализация внутрличностных противоречий, связанных с отношением к мужу. В родительской позиции отмечается нарушение семейного функционирования (табл. 2).

Таблица 2

*Психологические особенности женщин на этапе эмоционального общения с ребенком, балл*

Параметр	Группа		p <sub>1-2</sub> <
	1-я	2-я	
Качество жизни (по опроснику SF-36)			
Физическая активность	83,0 ± 17,5	97,6 ± 3,1	0,027
Боль	64,8 ± 26,8	87,1 ± 15,2	0,044
Оценка здоровья	48,1 ± 22,7	76,1 ± 9,4	0,005
Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	57,9 ± 31,6	81,6 ± 16,9	0,042
Внутриличностные конфликты (по методике «Незаконченные предложения»)			
Страхи и опасения	2,6 ± 0,5	1,6 ± 1,1	0,036
Отношение к прошлому	1,5 ± 0,8	0,2 ± 0,5	0,003
Отношение к мужу (отцу ребенка)	2,4 ± 1,1	1,0 ± 0,7	0,017
Отношение к семье	1,8 ± 1,3	0,4 ± 0,6	0,020
Отношение к образу жизни	2,1 ± 1,2	0,8 ± 0,8	0,042
Чувство вины	2,7 ± 0,7	1,0 ± 0,7	0,001
Родительские установки (по методике PARI)			
Несамостоятельность матери	15,2 ± 2,0	11,9 ± 3,9	0,036
Супружеские конфликты	14,3 ± 2,2	12,0 ± 1,9	0,036

3. Период ситуативно-делового общения и довербальной коммуникации ребенка (от 6 мес до года). Происходит обеспечение привязанности и включение матери в предметно-манипулятивную деятельность ребенка.

ВИЧ-положительные матери данного периода адаптации отличаются внутрличностными конфликтами и крайностью родительских установок, связанных с излишней концентрацией на ребенке и эмоциональной дистанцией (табл. 3).

Таблица 3

*Психологические особенности женщин на этапе ситуативно-делового общения и вербальной коммуникации ребенка, балл*

Параметр	Группа		$p_{1-2} <$
	1-я	2-я	
Внутриличностные конфликты (по методике «Незаконченные предложения»)			
Отношение к материнству	$1,2 \pm 1,0$	$0,5 \pm 0,7$	0,023
Страхи и опасения	$2,5 \pm 1,0$	$1,4 \pm 0,9$	0,008
Отношение к прошлому	$1,6 \pm 1,0$	$1,0 \pm 0,8$	0,043
Отношение к образу жизни	$2,0 \pm 1,0$	$1,0 \pm 1,0$	0,015
Чувство вины	$2,4 \pm 0,8$	$1,2 \pm 1,2$	0,008
Родительские установки (по методике PARI)			
Раздражительность	$12,9 \pm 2,1$	$10,8 \pm 2,2$	0,035
Чрезмерная забота	$14,1 \pm 2,5$	$11,7 \pm 1,7$	0,008
Зависимость ребенка от матери	$14,7 \pm 2,2$	$12,8 \pm 1,9$	0,048

4. Период ситуативно-делового общения и вербальной коммуникации ребенка (от 1 года до 2 лет). Происходит включение в деятельность ребенка, организация его активности, развитие интереса к внутренней субъективной жизни ребенка, без ущемления собственных интересов, которые становятся более явными. Отличительной особенностью ВИЧ-положительных матерей на данном этапе является низкая физическая активность, внутриличностная конфликтность, включая область отношения к ребенку, крайность родительских установок и отрицательное отношение к исполняемой семейной роли (табл. 4).

Результаты, полученные на основе небольшого объема выборки, позволяют рассмотреть особенности адаптации ВИЧ-инфицированных женщин к материнству на разных периодах, в рамках тенденций. Низкое качество жизни отличает ВИЧ-инфицированных женщин со стажем материнства от 2 до 6 мес в период эмоционального общения с ребенком. Во всех периодах адаптации отмечается высокая внутриличностная конфликтность, в содержание которой включается ребенок на этапе ситуативно-делового общения, у женщин со стажем материнства от 1 года до 2 лет. Крайности родительских установок по отношению к ребенку и отрицательная оценка семейной роли отмечаются после 6 месяцев активного материнства.

Таблица 4

*Психологические особенности женщин на этапе ситуативно-делового общения и вербальной коммуникации ребенка, балл*

Параметр	Группа		p <sub>1-2</sub> <
	1-я	2-я	
Качество жизни (по опроснику SF-36)			
Физическая активность	82,7 ± 14,6	96,9 ± 3,5	0,013
Внутриличностные конфликты (по методике «Незаконченные предложения»)			
Нереализованные возможности	0,8 ± 1,0	0,8 ± 0,7	0,006
Отношение к ребенку	1,1 ± 0,8	0,2 ± 0,4	0,002
Отношение к семье	1,5 ± 1,2	0,5 ± 0,8	0,013
Отношение к образу жизни	1,8 ± 1,0	0,7 ± 0,9	0,005
Отношение к матери	1,8 ± 1,4	0,5 ± 0,5	0,005
Чувство вины	2,7 ± 0,8	1,4 ± 0,8	0,001
Родительские установки (по методике PARI)			
Излишняя строгость	13,4 ± 3,9	10,5 ± 2,2	0,023
Стремление ускорить развитие ребенка	11,5 ± 2,6	9,3 ± 1,8	0,030
Безучастность мужа	14,0 ± 2,4	11,5 ± 2,0	0,009
Неудовлетворенность ролью в семье	13,4 ± 2,8	10,2 ± 1,9	0,004

*Отзывчивость матери к потребностям ребенка  
как индикатор психологической адаптации к материнству*

В настоящем исследовании в качестве индикатора адаптации к материнству рассматривается характер отзывчивости матери на поведение ребенка, в частности реагирование на плач. Поскольку плач выражает потребности ребенка, являясь сигналом о неблагополучии [12, 19], дифференциация интонаций плача возможна только при наличии между матерью и ребенком тесной эмоциональной связи [15]. Под отзывчивостью на поведение ребенка понимается адекватная активность матери, направленная на удовлетворение его потребностей.

Характер поведенческой реакции матери на плач определялся в процессе беседы и наблюдения за ее взаимодействием с ребенком, а также по результатам применения методики «Незаконченные предложения».

На основании указанных данных в объединенной выборке здоровых и ВИЧ-инфицированных женщин были выделены следующие подгруппы матерей:

● А – *отзывчивые на потребностям ребенка матери* (36,9 %) отмечают, что ребенок без причины не плачет, обычно сразу понимают причину дискомфорта, в ответ стараются удовлетворить потребности ребенка.

● Б – *недостаточно отзывчивые на потребностям ребенка матери* (63,1 %) ссылаются на то, что не сразу понимают, почему плачет ребенок, не различают его интонацию.

Поведенческая реакция женщин на плач ребенка в этой группе:

– удовлетворяющая потребности ребенка (матери пытаются выяснить причину плача, берут ребенка на руки, стараются успокоить его и устранить дискомфорт);

– отвергающая потребности ребенка (не понимают, почему ребенок плачет, в ответ испытывают раздражение, начинают кричать или интенсивно качать ребенка);

– игнорирующая потребности ребенка (оправдываются тем, что ребенок часто плачет «назло», «капризничает», не берут на руки ребенка, так как считают, что этим избалуют его, стараются не реагировать или уйти в другую комнату).

В табл. 5 представлены результаты распределения матерей с разной чувствительностью к детскому плачу и внимательностью к потребностям ребенка. Как следует из табл. 1, чувствительность матери к дискомфорту, дифференцирование интонации плача и удовлетворение потребностей ребенка отмечается у ВИЧ-инфицированных женщин (1-я группа) достоверно реже, чем у условно здоровых (2-я группа) ( $p = 0,01$ ). Кроме того, по данным проективной методики «Незаконченные предложения» ВИЧ-инфицированные женщины, недостаточно отзывчивые к ребенку, отличались использованием грубых определений: «орет», «скулит», «хнычет», что указывает на враждебную эмоциональную реакцию.

Таблица 5

*Распределение обследованных женщин по отношению к потребностям ребенка, %*

Группа / подгруппа	Б			
	А	Удовлетворяющие потребности	Отвергающие потребности ребенка	Игнорирующие потребности
1-я	29,5	45,5	12,5	12,5
2-я	52,4	35,7	7,1	4,8



*Отзывчивость к потребностям ребенка и отношение к материнству у ВИЧ-инфицированных женщин*

Статистический анализ клинико-психологических характеристик, в разной мере отзывчивых ВИЧ-инфицированных матерей, позволил выявить ряд различий (см. табл. 6).

Таблица 6  
*Отношение к ребенку и материнству у ВИЧ-инфицированных матерей, %*

Параметр		Подгруппа		p <sub>A-B</sub> <
		А	Б	
<b>Отношение к материнству</b>				
Отношение к себе в период беременности	Положительное	92,4	62,9	0,018
	Нейтральное	3,8	29	
	Отрицательное	3,8	8,1	
Дефицит ресурсов для повышения успешности собственного материнства	Время, материальные ценности	53,8	37,1	0,024
	Личностные качества	23,1	32,3	
	Поддержка семейного окружения	7,7	9,7	
	Опыт, знания	15,4	17,7	
	«Всего достаточно»	0	3,2	
Внутренняя конфликтность по отношению к материнству, балл		0,8 ± 1,0	1,5 ± 1,1	0,007
Неудовлетворенность занимаемой ролью в семье, балл		12,0 ± 2,4	13,6 ± 2,9	0,034
<b>Отношение к ребенку</b>				
Субъективная оценка сложностей в общении с ребенком	Сложности отсутствуют	80,8	54,8	0,026
	Существуют вопросы	19,2	25,8	
	Присутствуют многочисленные сложности	0	19,4	
Воспитательные установки	Сформированы	53,9	24,2	0,024
	Формируются	30,8	30,6	
	Неопределенные	11,5	37,1	
	Не сформированы	3,8	8,1	
Планы на будущее ребенка	Конкретные	61,6	38,7	0,034
	Сознательно не планируется	30,8	22,6	
	Расплывчатые, не соответствующие реальности	3,8	27,4	
	Отсутствуют	3,8	11,3	

Параметр	Подгруппа		p <sub>A-B</sub> <	
	А	Б		
Конфликтное отношение к ребенку, балл	0,5 ± 0,7	1,0 ± 0,8	0,013	
Излишняя строгость родительских установок, балл	11,5 ± 2,3	13,6 ± 3,0	0,003	
Взаимодействие матери с ребенком				
Использование особо интонированной «детской речи»	Явно выражено	80,8	39,6	0,002
	Неявно выражено	19,2	49,1	
	Отсутствует	0	11,3	
Реагирование на дискомфорт ребенка (плач)	Явно выражено	96,2	49	0,000
	Неявно выражено	3,8	47,2	
	Отсутствует	0	3,8	
Проявление раздражения, враждебности по отношению к ребенку	Явно выражено	0	5,6	0,034
	Неявно выражено	11,5	34,0	
	Отсутствует	88,5	60,4	
Комментирование состояния, настроения, действий ребенка для него самого	Явно выражено	65,4	30,2	0,002
	Неявно выражено	34,6	45,3	
	Отсутствует	0	24,5	
Увлечение ребенка взаимодействием	Явно выражено	84,6	49,1	0,007
	Неявно выражено	15,4	37,7	
	Отсутствует	0	13,2	
Расширение вокализаций и действий ребенка в обучающим стиле	Явно выражено	57,7	22,6	0,005
	Неявно выражено	38,5	56,6	
	Отсутствует	3,8	20,8	
Поощрение независимого исследования ребенком окружающей среды	Явно выражено	80,8	41,5	0,003
	Не явно выражено	19,2	47,2	
	Отсутствует	0	11,3	
Реакция на все инициативы, сигналы ребенка	Явно выражено	88,5	50,9	0,004
	Неявно выражено	11,5	39,7	
	Отсутствует	0	9,4	
Использование игрушек, привлечение внимания, включение во взаимодействие	Явно выражено	92,3	66	0,034
	Неявно выражено	7,7	30,2	
	Отсутствует	0	3,8	
Положительная оценка, использование ласковых обращений к ребенку	Явно выражено	80,8	47,1	0,016
	Неявно выражено	19,2	49,1	
	Отсутствует	0	3,8	
Доминирование матери во взаимодействии	Явно выражено	3,8	28,3	0,002
	Неявно выражено	23,1	37,7	
	Отсутствует	73,1	34	

*ВИЧ-инфицированные матери, отзывчивые к сигналам ребенка*, удовлетворяющие его потребности ( $n = 27$ ), отличаются положительным отношением к себе в период беременности («гордилась собой», «берегла себя»). Женщины данной группы среди препятствий к более успешному материнству отмечают неудовлетворительные материальные условия. Для них не характерна внутренняя конфликтность по отношению к материнству, наиболее распространенными высказываниями в связи с исполнением роли матери являются: «Материнство – это... счастье», «Если бы я только захотела... сделала бы своих детей счастливыми и здоровыми», «Если бы я не была матерью, то... стала бы ей», «Думаю, что я как мать... состоялась». У женщин выявлена наибольшая удовлетворенность собственной позицией в семье. Матери этой группы отмечают отсутствие сложностей в общении с ребенком, воспитательные стратегии чаще применяются осознанно и систематично. Женщины планируют ближайшее будущее детей, в их родительских установках нет излишней строгости по отношению к ребенку. Отсутствует конфликтность переживаний по отношению к ребенку. Типичные высказывания: «Дети – это... радость», «Я и мой ребенок... одно целое», «Меня беспокоит в моем ребенке... нет такого, когда как», «Мне трудно оставаться спокойной, когда мой ребенок... болеет».

При взаимодействии с ребенком матери этой группы сразу реагируют на дискомфорт и на инициативы ребенка, не испытывают по отношению к нему раздражения. При общении с ребенком ими используется специально интонированная речь, в большинстве случаев с комментариями о состоянии и действиях ребенка, расширением его вокализаций и действий в обучающем стиле. Женщины этой группы чаще используют игрушки, соответствующие возрасту ребенка, и поощряют независимое исследование окружающей среды. В процессе взаимодействия матери преимущественно не доминируют и предпочитают положительные оценки в отношении поведения ребенка.

*ВИЧ-инфицированные матери, недостаточно отзывчивые к сигналам ребенка* ( $n = 66$ ), в большинстве случаев отмечают, что отношение к себе в период беременности не изменилось, а в некоторых случаях ухудшилось («чувствовала себя виноватой», «не нравилась себе»). Среди элементов, недостающих для большей успешности, женщины чаще выделяют личностные особенности («Надо научиться... быть спокойнее, терпеливее», «Хорошая мать... не должна пить»). Женщины этой группы отличаются конфликтным отношением к материнству. Типичными высказываниями являются: «Думаю, что материнство – это... чувствовать большую

ответственность», «Если бы как мать я только захотела... я бы ничего не смогла», «Если бы я не была матерью, я бы... закончила плохо», «Думаю, что я как мать... очень беспокойная». ВИЧ-инфицированные женщины этой группы отличаются большей неудовлетворенностью занимаемой ролью в семье.

В половине случаев женщины отмечают сложности в общении и взаимодействии с ребенком. Воспитательные стратегии у этой группы матерей отличаются неопределенным содержанием («все будет, не как у меня», «будет всегда чем-то занят»). Женщины не планируют ближайшее будущее ребенка, чаще говорят о далеких перспективах («высшее образование», «хорошая работа»). По отношению к ребенку отмечается повышенная конфликтность переживаний. Так, наиболее распространенными высказываниями являются: «Дети – это... много забот», «Я и мой ребенок... постоянно вместе», «Меня беспокоит в моем ребенке... повышенная активность», «Мне трудно оставаться спокойной, когда мой ребенок... истерит».

При взаимодействии с ребенком большинство матерей не сразу реагируют на дискомфорт ребенка или не реагируют совсем. При этом на другие инициативы ребенка реакция матерей в половине случаев неявно выражена или отсутствует. В части случаев наблюдаются неявно и отчетливо выраженные проявления раздражения по отношению к ребенку. При общении с ребенком матери редко используют специально интонированную речь, почти не комментируют состояние и действия ребенка для него самого, не всегда расширяют вокализации, действия ребенка в обучающем стиле. Матери данной группы редко используют игрушки, не всегда сами вовлекаются во взаимодействие с ребенком. Они редко поощряют независимое исследование окружающей среды ребенком, дают ему как положительные, так и негативные оценки, в большинстве случаев нерезко или отчетливо доминируют в процессе взаимодействия.

Достоверные различия в контрольной группе ( $p < 0,05$ ) отражены в табл. 7. В группе условно здоровых матерей различия между подгруппами с разной степенью отзывчивости ребенку касаются преимущественно ожиданий, оценки собственной успешности в роли матери, а также приоритетов в уходе за ребенком. Несмотря на критическое отношение к своей способности исполнять материнские функции, условно здоровые женщины, недостаточно восприимчивые к потребностям ребенка, не проявляют нарушения взаимодействия с ним и негативных родительских установок, что характерно для ВИЧ-инфицированных женщин.

Таким образом, реакция на плач как отражение отзывчивости к ребенку наиболее четко дифференцировала подгруппы с разным качеством адаптации к материнству именно среди ВИЧ-инфицированных матерей.

Таблица 7

*Отношение к ребенку и материнству у здоровых матерей, %*

Параметр		Подгруппа		р <sub>А-Б</sub> <
		А	Б	
Отношение к материнству				
Ожидания после рождения ребенка	Оправдались	86,4	50	0,030
	Частично оправдались	13,6	40	
	Не оправдались	0	10	
Самооценка успешности в роли матери	Успешна	77,3	30	0,002
	Не во всем успешна	22,7	70	
	Не успешна	0	0	
Отношение к ребенку				
Важное в уходе за ребенком	Внимание и любовь к ребенку	81,8	45	0,045
	Режим и уход	9,1	25	
	Все вышеперечисленные	9,1	30	
Сложности в общении с ребенком	Отсутствуют	86,4	30	0,000
	Присутствуют вопросы	13,6	25	
	Присутствуют многочисленные сложности	0	45	
Воспитательные установки	Сформированы	90,9	55	0,026
	Формируются	9,1	35	
	Не сформированы	0	10	
	Отсутствуют	0	0	
Взаимодействие матери с ребенком				
Доминирование матери	Отсутствует	81	47,3	0,048
	Не явно выражено	14,3	21,1	
	Явно выражено	4,7	31,6	

*Отзывчивость на потребности ребенка  
и качество жизни ВИЧ-инфицированных матерей*

Достоверные различия между выделенными подгруппами ВИЧ-инфицированных матерей отмечаются по характеристикам эмоционального статуса: для женщин, недостаточно чувствительных к потребностям ребенка, характерна большая эмоциональная напряженность, сниженный

фон настроения. Качество жизни, по субъективным оценкам этих женщин, ниже: они отмечают снижение жизненного тонуса, трудности социального функционирования и эмоциональную неустойчивость, для них более актуальны болевые симптомы. В отношении к болезни у женщин данной группы менее выражен гармоничный компонент, отражающий тенденцию к трезвой оценке своего состояния и медицинского прогноза, стремление содействовать успеху лечения. При оценке влияния заболевания на собственную жизнь большинство женщин отметили отрицательный характер изменений, который выражается в нарушении отношений с семейным окружением, с мужчинами, влиянием стигматизации со стороны общества и отсутствием интереса к жизни. Женщины же более внимательные к ребенку, оценивая влияние заболевания на собственную жизнь, отметили как отрицательные, так и положительные изменения, связанные с трансформацией отношения к себе, к здоровью, к жизни. Результаты отражены в табл. 8.

Таблица 8

Клинико-психологические характеристики ВИЧ-инфицированных матерей, %

Параметр		Подгруппа		p <sub>A-B</sub> <
		А	Б	
Преморбидные особенности				
Репродуктивное поведение	Отсутствует опыт искусственного прерывания беременности	42,4	46,8	0,002
	Единичный опыт прерывания беременности	42,3	9,7	
	Два раза прерывалась беременность	3,8	25,8	
	Более двух раз прерывалась беременность	11,5	17,7	
Употребление наркотических веществ	Отсутствует опыт употребления ПАВ	57,7	24,2	0,002
	Присутствует опыт употребления ПАВ	42,3	75,8	
Клинические особенности				
Сопутствующие инфекционные заболевания	Отсутствуют	50	16,1	0,002
	Гепатит С	34,6	66,1	
	Гепатит С и оппортунистические инфекции	15,4	16,1	
	Оппортунистические инфекции	0	1,7	

Параметр		Подгруппа		p <sub>A-B</sub> <
		А	Б	
Жалобы на самочувствие				
Слабость, упадок сил	Отсутствуют	46,2	21	0,021
	Эпизодически	34,6	32,2	
	Регулярно	19,2	46,8	
Подавленность	Отсутствуют	80,8	32,3	0,000
	Эпизодически	15,4	38,7	
	Регулярно	3,8	29	
Снижение интереса	Отсутствуют	80,8	51,6	0,031
	Эпизодически	15,4	29	
	Регулярно	3,8	19,4	
Беспричинное беспокойство	Отсутствуют	69,3	21	0,000
	Эпизодически	26,9	30,6	
	Регулярно	3,8	48,4	
Качество жизни, балл				
Боль		87,6 ± 19,3	69,5 ± 28,5	0,007
Жизнеспособность		62,9 ± 17,7	52,6 ± 19,4	0,032
Социальная активность		85,4 ± 13,1	72,0 ± 20,7	0,007
Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности		73,6 ± 32,6	53,3 ± 36,2	0,032
Психическое здоровье		69,2 ± 15,8	57,5 ± 16,5	0,004
Отношение к болезни				
Субъективная оценка влияния болезни на жизнедеятельность	Влияние отсутствует	42,3	35,5	0,018
	Улучшилось отношение к себе, более внимательное отношение к здоровью	26,9	8,1	
	«Хочется жить»	23,2	11,3	
	Испортились отношения с близкими людьми	0	21	
	Ухудшилось отношение окружающих людей	3,8	16,1	
	Усложнились отношения с противоположным полом,	3,8	4,8	
	«Стало грустно жить»	0	3,2	
Гармоничный тип отношения к болезни, балл		19,6 ± 16,6	9,8 ± 14,6	0,011
Эмоциональный статус, балл				
Депрессия		9,0 ± 8,2	13,6 ± 8,5	0,008
Ситуативная тревожность общая		3,5 ± 2,2	4,8 ± 2,7	0,041
Эмоциональный дискомфорт в структуре ситуативной тревожности		2,6 ± 2,7	4,6 ± 2,6	0,005

Среди здоровых матерей (табл. 9) различия между подгруппами с разным уровнем восприимчивости к сигналам ребенка затрагивают существенно меньше параметров качества жизни. Здоровые женщины, недостаточно сензитивные к сигналам ребенка, испытывают более выраженные ограничения жизнедеятельности в связи с плохим самочувствием, в целом ниже оценивают состояние своего здоровья и более эмоционально лабильны (имеют более высокие показатели эмоционального дискомфорта в структуре личностной тревожности).

Таблица 9

*Эмоциональный статус и качество жизни здоровых женщин, балл*

Параметр	Подгруппа		p <sub>A-B</sub> <
	А	Б	
Качество жизни			
Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	89,1 ± 22,3	52,8 ± 44,1	0,007
Оценка здоровья	79,7 ± 11,6	66,0 ± 10,2	0,032
Эмоциональный статус			
Эмоциональный дискомфорт в структуре личностной тревожности	6,5 ± 1,7	7,3 ± 1,7	0,008

*Социальные и клинические факторы формирования отзывчивости к потребностям ребенка у ВИЧ-инфицированных женщин*

Сравнение рассматриваемых групп ВИЧ-инфицированных женщин позволяет выявить достоверные различия и описать социальные и клинические факторы, участвующие в формировании отзывчивости к ребенку (см. табл. 8). Группа недостаточно отзывчивых ВИЧ-инфицированных женщин отличается большим числом эпизодов прерывания беременности в анамнезе, в этой группе достоверно больше доля употреблявших наркотические вещества и имеющих сопутствующие инфекционные заболевания (хотя в целом процент женщин с отягощенным анамнезом высок и в группе отзывчивых матерей).

Достоверных различий по клиническим и социальным характеристикам в подгруппах здоровых женщин с разной степенью восприимчивости к потребностям ребенка обнаружено не было.



### *Обсуждение*

Настоящее исследование было направлено на анализ особенностей адаптации ВИЧ-инфицированных женщин к материнству и отзывчивости на сигналы ребенка (реакции на плач и дискомфорт ребенка).

Сравнение с группой условно здоровых женщин позволило выявить особенности адаптации к материнству у ВИЧ-инфицированных женщин. Период становления операционного компонента ухода за ребенком и окончательного формирования потребности в материнстве у ВИЧ-инфицированных женщин характерен ухудшением самочувствия и высокой внутриличностной конфликтностью по отношению к материнству. Этап эмоционального общения с ребенком ВИЧ-инфицированных матерей отличается отсутствием удовлетворения семейным функционированием. Период, в котором особенно актуально обеспечение привязанности, связан с формированием крайности родительских установок. Этап, характеризующийся активным включением в деятельность ребенка, связан с внутриличностной конфликтностью по отношению к ребенку.

В структуре адаптации ВИЧ-инфицированных женщин к материнству отмечается реакция нарастания внутреннего напряжения и противоречия в ответ на развитие ребенка и изменение его потребностей. При этом отсутствие направленности по отношению к ребенку в первые полгода (женщина больше озабочена собственным самочувствием и семейными взаимоотношениями) приводит к противоречивости родительских установок и внутренней конфликтности по отношению к ребенку при возрастании его активности.

В исследовании на основании данных наблюдения, беседы и психодиагностических тестов установлено, что ВИЧ-инфицированные женщины в целом испытывают большие затруднения, чем здоровые, в дифференцировании интонации плача и удовлетворении потребностей ребенка. Однако в этой группе выделялась подгруппа женщин (29,5 %), способных, несмотря на болезнь, эффективно заботиться о ребенке, проявляя эмоциональную отзывчивость, чувствительность к сигналам дискомфорта младенца.

Сравнительный анализ социальных и клинических характеристик, эмоционального статуса и качества жизни ВИЧ-инфицированных женщин с разным уровнем отзывчивости на потребности ребенка показал, что данный параметр сопряжен не только с проявлениями отношения к материнству и ребенку, но и с комплексом характеристик, отражающих психический статус и степень удовлетворенности актуальных потребностей самих женщин. В целом данные характеристики можно обобщить как эмоцио-

нальные и поведенческие нарушения, сформировавшие сам риск заражения (рискованное репродуктивное поведение, употребление психоактивных веществ – ПАВ). Изначально сниженная адаптивность женщин, отражавшаяся в указанных поведенческих девиациях, определила и проблемы в принятии материнской роли и освоении навыков эффективного взаимодействия с ребенком. Стрессогенность ситуации болезни и материнства оказывается для этих женщин труднопреодолимой. При этом признаками нарушенной адаптации выступают сниженный эмоциональный фон, аффективная напряженность, разнообразные проявления эмоционального и физического дискомфорта, пониженное качество жизни (по самоотчетам). Из беседы, наблюдения и психодиагностической оценки следует также, что исполнение материнских функций становится для этих женщин более фрустрирующим, чем собственно сам факт болезни, которая, по-видимому, более естественно вписывается в контекст их биографии, отягощенной проблемами наркотизации. Личностный смысл материнства для этих женщин носит преимущественно конфликтный характер: попытки положительного осмысления ситуации материнства сочетаются с переживанием фрустрированности и беспомощности в роли матери, восприятие ребенка как спасения и единственного смысла жизни сменяется ощущением тяжелой ноши и непреодолимого препятствия. Поглощенность женщин собственными переживаниями на фоне общей эмоциональной нестабильности приводит к невозможности сосредоточиться на потребностях ребенка, восприятию его естественных сигналов дискомфорта как неоправданных претензий на внимание.

Примечательно, что отзывчивость матерей, характер реагирования на дискомфорт ребенка оказались независимыми от социального статуса, что указывает на ведущую роль личностных тенденций в процессе психологической адаптации к материнству. Важно, что клиническая характеристика заболевания, стадия течения ВИЧ-инфекции, прием лекарственной терапии не связаны со способностью женщины эффективно откликаться на потребности ребенка, тогда как сопутствующие инфекционные заболевания и оппортунистические инфекции нарушают адаптацию женщин к материнству. Можно предположить, что наличие сопутствующих инфекций сказывается на самочувствии женщин, еще более осложняя для них исполнение материнских функций. С другой стороны, наличие сопутствующих инфекций может рассматриваться как устойчивый коррелят употребления ПАВ и девиантного репродуктивного поведения, как отмечалось, более

распространенных среди женщин с низкой чувствительностью к потребностям ребенка.

Среди условно здоровых женщин различия между подгруппами с разной степенью отзывчивости к ребенку оказались менее значительными. Можно предположить, что это объясняется меньшей численностью контрольной группы, однако следует также отметить качественное своеобразие выявленных различий. У условно здоровых женщин низкая отзывчивость на потребности ребенка связана преимущественно с субъективным переживанием недостаточной компетентности в роли матери и не оправдавшимися ожиданиями, но не с объективно проблемным характером взаимодействия с ребенком. Кроме того, сравнительный анализ позволяет предположить, что в формировании недостаточной отзывчивости здоровых женщин большую роль играет повышенная утомляемость и субъективный физический дискомфорт, в то время как у ВИЧ-инфицированных матерей ведущую роль играют эмоциональные нарушения, проявляющиеся пониженным эмоциональным фоном, эмоциональной несдержанностью, лабильностью, напряженностью.

В целом полученные результаты свидетельствуют о том, что предпосылки для проблемного материнского поведения формируются у ВИЧ-инфицированных женщин задолго до беременности и связаны с общим фактором поведенческих девиаций и низкой адаптивностью. Этим фактором, по-видимому, определяются и склонность к употреблению ПАВ, и неосторожное репродуктивное поведение, и трудности в исполнении материнских функций. Решение проблемы формирования навыков эффективного взаимодействия с ребенком, таким образом, становится частью общей проблемы дезадаптации данных женщин и невозможно без учета факторов, определяющих девиантное поведение и нарушения социального функционирования. Очевидно, что женщины, затрудняющиеся в исполнении материнских функций, нуждаются в повышенном внимании специалистов как психологического, так и медицинского, социально-педагогического профиля. Усилия специалистов должны быть направлены как на помощь в формировании адекватных материнских установок, так и в преодолении устойчивых стереотипов, связанных с аддиктивным поведением (даже при отсутствии актуального злоупотребления ПАВ), в коррекции эмоциональных нарушений с учетом их генеза.

### ***Выводы***

1. Процесс адаптации ВИЧ-инфицированных женщин к материнству, в соответствии с возрастными потребностями ребенка, отличается внутрилличностной конфликтностью, противоречивостью родительских установок на фоне отрицательной оценки семейного функционирования.

2. Отзывчивость матери на сигналы ребенка, выражающаяся в различении интонации его плача и удовлетворении потребностей, может рассматриваться как индикатор качества психологической адаптации ВИЧ-инфицированных женщин к материнству.

3. Для ВИЧ-инфицированных женщин трудности в распознавании сигналов ребенка и конструктивном реагировании на них характерны в большей мере, чем для условно здоровых матерей.

4. У ВИЧ-инфицированных матерей низкая отзывчивость к потребностям ребенка представлена в комплексе других проявлений неэффективного материнского поведения, в то время как у условно здоровых женщин она связана преимущественно с субъективным переживанием недостаточной компетентности в роли матери.

5. ВИЧ-инфицированные матери с низкой отзывчивостью к сигналам ребенка характеризуются эмоциональными нарушениями (сниженным фоном настроения, эмоциональной возбудимостью, лабильностью) и пониженным качеством жизни, преимущественно за счет явлений психологического дискомфорта.

6. Предпосылки к сложностям во взаимодействии с ребенком у ВИЧ-инфицированных женщин формируются еще до периода беременности, проявляются на протяжении беременности и после рождения ребенка и отражают общий фактор психосоциальной дезадаптации.

### ***Литература***

1. *Беляева В.В.* Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку / В.В. Беляева, Н.В. Козырина, В.И. Шахгильдян [Электронный ресурс]. – М., 2009 // URL: <http://www.hivrussia.ru/pub/2009/index.shtml> (дата обращения: 15.03.2011 г.).

2. *Бизюк А.П.* Применение интегративного теста тревожности (ИТТ) : метод. рекомендации / А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев. – СПб. : Изд-во Психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева, 2003. – 16 с.

3. *Боулби Дж.* Создание и разрушение эмоциональных связей : пер. с англ. / Дж. Боулби. – 2-е изд. – М. : Акад. проект, 2004. – 232 с.

4. *Винникотт Д.В.* Маленькие дети и их матери / Д.В. Винникотт. – М. : Класс, 1998. – 123 с.

5. Вирус иммунодефицита человека – медицина / под ред.: Н.А. Белякова, А.Г. Рахмановой. – СПб. : Балт. мед. образоват. центр, 2010. – 752 с.

6. *Докучаева С.Е.* Эпидемиологическое значение социальных и психоэмоциональных факторов в вертикальной передаче ВИЧ-инфекции : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Докучаева С.Е. ; [Рос. науч.-исслед. противочум. ин-т «Микроб»]. – Саратов, 2005. – 24 с.

7. *Евдокимов В.И.* Качество жизни: оценка и системный анализ / В.И. Евдокимов, И.Э. Есауленко, О.И. Губина. – Воронеж : Истоки, 2007. – 242 с.

8. *Жданова Т.Н.* Особенности эмоционально-личностной сферы наркозависимых и ВИЧ-инфицированных женщин в период беременности : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Жданова Т.Н. ; [С.-Петерб. гос. ун-т.]. – СПб., 2004. – 19 с.

9. *Кабанова Н.П.* Формирование здоровья детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Кабанова Н.П. ; [Самар. гос. мед. ун-т]. – Самара, 2007. – 24 с.

10. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери. – СПб. [и др.] : Питер, 2003. – 304 с.

11. Количество людей, живущих с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция, и количество новых случаев ВИЧ-инфекции в регионах РФ на 100 000 населения на 31.12.2009 г. [Федер. науч.-метод. центр по профилактике и борьбе со СПИДом]. – URL <http://www.hivrussia.ru/>.

12. *Кушнир Н.Я.* Плач как показатель психического развития младенца в первые месяцы жизни / Н.Я. Кушнир // *Вопр. психологии.* – 1993. – № 3. – С. 17–23.

13. *Лисина М.И.* Формирование личности ребенка в общении / М.И. Лисина. – СПб. [и др.] : Питер, 2009. – 320 с.

14. *Малый В.Н.* ВИЧ/СПИД / В.Н. Малый. – М. : Эксмо, 2009. – 670 с.

15. *Микиртурмов Б.Е.* Клиническая психиатрия раннего детского возраста / Б.Е. Микиртурмов, А.Г. Кошавцев, С.В. Гречаный. – СПб. [и др.] : Питер, 2002. – 256 с.

16. *Мухамедрахимов Р.Ж.* Мать и младенец: психологическое взаимодействие / Р.Ж. Мухамедрахимов. – СПб. : Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2001. – 288 с.

17. Психологическая диагностика отношения к болезни : пособие для врачей / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс. – СПб. : Изд-во Психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева, 2005. – 31 с.
18. *Сухих Г.Т.* Репродуктивное здоровье и ВИЧ-инфекция / Г.Т. Сухих, И.И. Баранов. – М. : Трида, 2009. – 206 с.
19. *Филиппова Г.Г.* Психология материнства / Г.Г. Филиппова. – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. – 240 с.
20. *Эйдемиллер Э.Г.* Семейный диагноз и семейная психотерапия / Э.Г. Эйдемиллер, И.В. Добряков, И.М. Никольская. – СПб. : Речь, 2003. – 336 с.
21. *Desclaux A.* Women, Mothers and HIV Care in Resource Poor Settings / A. Desclaux, P. Msellatib, S. Walentowitzd // *Social Science & Medicine*. – 2009. – Vol. 69. – P. 803–806.
22. Determinants of depression and HIV-related worry among HIV-positive women who have recently given birth / A. Bennettsa, C. Manopai-boona, P. Chaiyakulc [et al.] // *Social Science & Medicine*. – 1999. – Vol. 49. – P. 737–749.
23. *Murphy A.* HIV Disease Impact on Mothers: What They Miss During Their Children’s Developmental Years / A. Murphy, K. Roberts, D. Herbeck // *J of Child and Family Studies*. – 2010. – Vol. 1. – P. 191–202.
24. Not Linked to HIV Disease High Rates of Behavioral Problems in Perinatally HIV-Infected Children Are Not Linked to HIV Disease / M. Brouwers, C. Chase, I. Blasini [et al.] // *Pediatrics*. – 2003. – Vol. 111. – P. 384–393.
25. Psychological distress, substance use, and adjustment among parents living with HIV / R. Goldstein, M. Johnson, M. Rotheram-Borus [et al.] // *J Am Board Fam Pract*. – 2005. – Vol. 18. – P. 363–373.
26. *Shannon M.* HIV-infected mothers’ perceptions of uncertainty, stress, depression and social support during HIV viral testing of their infants / M. Shannon, K. Lee // *Womens Ment Health*. – 2008. – Vol. 11. – P. 259–267.
27. Understanding High Fertility Desires and Intentions Among a Sample of Urban Women Living with HIV in the United States / S. Finocchario-Kessler, M. Sweat, J. Dariotis [et al.] // *AIDS Behav*. – 2010. – Vol. 14. – P. 1106–1114.

## **СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ АКТУАЛЬНОГО ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ И НЕВРОЗОПОДОБНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

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

Для теории и практики медицины в последние десятилетия характерно повышение внимания к изучению нервно-психических заболеваний, это связано с увеличением в структуре заболеваемости населения удельного веса болезней, в возникновении и течении которых существенную роль играет фактор нервно-психического перенапряжения, к их числу относятся и невротические расстройства [1, 2].

Существенные трудности возникают при дифференциации невротических и неврозоподобных нарушений, что с учетом уменьшения числа так называемых чистых невротических расстройств является весьма актуальным. В решении этой проблемы все большее значение приобретают клинико-психологические методы исследования, помогающие прояснить различные аспекты непосредственно наблюдаемой клинической картины, которая у больных с невротическими и неврозоподобными расстройствами полиморфна, размыта и при этом во многом сходна.

Цель работы – изучить актуальное психическое состояние пациентов с невротическими и неврозоподобными расстройствами.

### ***Материалы и методы***

Актуальное психическое состояние пациентов с невротическими и неврозоподобными расстройствами изучали с помощью клинико-психологических тестов:

– симптоматического опросника Александровича [1]. Опросник содержит 138 утверждений, сгруппированных в 14 шкал: 1-я – «Страх, фобии», 2-я – «Депрессивные расстройства», 3-я – «Беспокойство, напряжение», 4-я – «Нарушение сна», 5-я – «Истерические расстройства», 6-я – «Неврастенические расстройства», 7-я – «Сексуальные расстройства», 8-я – «Дереализация», 9-я – «Навязчивости», 10-я – «Трудности в социальных контактах», 11-я – «Ипохондрические расстройства», 12-я – «Психастени-

ческие нарушения», 13-я – «Соматические нарушения», 14-я – «Уровень невротичности»;

– опросника выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R) [4], ответы на 90 утверждений которого сформировали 13 шкал: соматизация (SOM), обсессивность – компульсивность (O–C), межличностная сензитивность (INT), депрессивность (DEP), тревожность (ANX), враждебность (HOS), фобическая тревожность (PHOB), паранойяльность (PAR), психотизм (PSY), шкала дополнительных значений (DOP), общий симптоматический индекс (GSI), индекс проявлений симптоматики (PSI), индекс выраженности дистресса (PDSI).

Исследование провели в группе больных, которая включала 625 человек, находящихся на стационарном лечении в отделении неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского института им. В.М. Бехтерева, из них 1-ю группу составили пациенты с невротическими (n = 586) и 2-ю группу – с неврозоподобными (n = 39) расстройствами. Обследование проводилось в течение первых 10 дней после поступления в стационар.

Статистическую обработку результатов провели с помощью пакета программ SPSS. Проверка распределения изучаемых показателей на соответствие нормальному закону с помощью критерия Колмогорова – Смирнова показала, что эмпирическое распределение большинства параметров отличается от нормального. В связи с этим достоверность различий экспериментальных показателей между двумя группами испытуемых оценивалась по U-критерию Mann – Whitney. В табл. 2–4 в качестве меры центральной тенденции приведены выборочные средние показатели ( $M \pm m$ ) для наглядности изложения описываемых данных.

### ***Результаты и их анализ***

По данным опросника Александровича, у больных с невротическими и неврозоподобными расстройствами наблюдались статистически достоверные различия по шкалам «Страх, фобии», «Ипохондрические расстройства» и «Нарушение сна» (табл. 1).

Шкала «Страх, фобии» содержит как вопросы, касающиеся наличия состояния тревоги с характерными для нее чувством внутренней напряженности, беспокойства, немотивированностью и неопределенностью страха, так и присутствия различных фобий, представляющих собой навязчивые переживания страха с четкой фабулой. У пациентов с невротиче-



скими расстройствами все симптомы, составляющие описываемый параметр, выражены значительно сильнее по сравнению с больными с невротоподобными нарушениями (табл. 2). Значимые различия найдены по утверждениям № 4, 21, 41, 44, 71, 81, 101 и 104.

Исследованные пациенты в обеих группах в качестве наиболее интенсивных отмечали у себя следующие вопросы, входящие в структуру 1-й шкалы: № 104, 4, 121, а также 84 и 44.

*Таблица 1*

*Показатели опросника Александровича у больных с невротическими (n = 89) и невротоподобными (n = 31) расстройствами*

Шкала опросника	Группа				p <
	1-я		2-я		
	Средний ранг	Сумма рангов	Средний ранг	Сумма рангов	
1-я	66,04	5878	44,58	1382	0,003
2-я	62,44	5557,5	54,92	1702,5	
3-я	60,42	5377	60,74	1883	
4-я	64,23	5716,5	49,79	1543,5	0,046
5-я	60,21	5359	61,32	1901	
6-я	61,99	5517	56,23	1743	
7-я	62,63	5574,5	54,37	1685,5	
8-я	59,88	5329	62,29	1931	
9-я	60,37	5373	60,87	1887	
10-я	63,63	5663,5	51,50	1596,5	
11-я	64,97	5782	47,68	1478	0,017
12-я	62,57	5569	54,55	1691	
13-я	62,69	5579	54,23	1681	
Уровень невротичности	62,84	5593	53,77	1667	
Общий балл	63,09	5615	53,06	1645	

Больные с невротическими расстройствами как наименее выраженные отмечали у себя такие утверждения шкалы, как № 124 и 1, а пациенты с невротоподобными нарушениями – № 124, 71 и 101 (см. табл. 2).

Таким образом, у обследованных нами больных с невротическими и невротоподобными расстройствами преобладает состояние общей тревоги, а не конкретные страхи, фобии, характеризующиеся предметной определенностью феномена тревоги. Это положение подтверждается результата-

ми, полученными с помощью Опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R, где данные аффективные нарушения разделены и представлены в виде отдельных параметров – ANX и РНОВ. Средние значения шкалы ANX ( $1,9 \pm 0,04$ ) и ( $1,2 \pm 0,1$ ) балла выше, чем параметра РНОВ ( $1,1 \pm 0,04$ ) и ( $0,8 \pm 0,2$ ) балла в двух исследованных группах.

Таблица 2

*Выраженность утверждений шкалы «Страх, фобии»  
опросника Александровича, балл*

Утверждение шкалы	Группа		p <
	1-я	2-я	
1. Страх, постоянно появляющийся во время пребывания на балконах, мостах, на высоте и т. д.	$1,9 \pm 0,3$	$1,5 \pm 0,4$	
4. Постоянное чувство беспричинной тревоги	$4,6 \pm 0,3$	$2,9 \pm 0,5$	0,017
21. Страх или другие неприятные переживания, постоянно возникающие, когда вокруг нет людей (например, в пустой квартире)	$2,9 \pm 0,3$	$1,7 \pm 0,4$	0,036
24. Парализующий необъяснимый страх, делающий невозможным какое-либо действие	$2,6 \pm 0,3$	$1,6 \pm 0,4$	
41. Страх, постоянно возникающий при нахождении в движущемся транспорте	$2,6 \pm 0,3$	$1,1 \pm 0,4$	0,010
44. Приступы панического ужаса	$3,2 \pm 0,3$	$1,7 \pm 0,4$	0,013
61. Страх, появляющийся всегда во время нахождения на открытом пространстве, например на большой площади	$2,2 \pm 0,3$	$1,3 \pm 0,4$	
71. Страх и (или) другие неприятные переживания, появляющиеся только во время пребывания в закрытых помещениях	$2,1 \pm 0,3$	$0,9 \pm 0,3$	0,031
81. Чувство страха, возникающее при нахождении в толпе	$2,8 \pm 0,3$	$1,6 \pm 0,4$	0,048
84. Необоснованное чувство опасности, угрозы	$3,2 \pm 0,3$	$2,4 \pm 0,4$	
101. Сильный страх предметов, животных или мест, бояться которых нет причины	$2,2 \pm 0,3$	$0,9 \pm 0,4$	0,009
104. Чувство тревоги, беспокойства перед какими-то событиями, встречами и т. д.	$5,4 \pm 0,2$	$4,3 \pm 0,4$	0,005
121. Тревога за близких людей, которым в действительности ничто не угрожает	$3,3 \pm 0,3$	$2,9 \pm 0,5$	
124. Страх, что с Вами что-то произойдет или Вы сами сделаете себе что-либо ужасное (например, выброситесь из окна или произойдет какая-то катастрофа и т. п.)	$1,6 \pm 0,3$	$0,8 \pm 0,3$	

У большинства больных довольно редко встречались такие фобии, как страх потери контроля над собственными действиями, клаустрофобия – боязнь закрытых помещений, гипсофобия – навязчивый страх высоты и др.

При этом, как следует из содержания вопросов, преобладает когнитивная компонента тревоги. Типичными являются мысли о возможных угрожающих обстоятельствах, представляющих опасность как для самих больных, так и для их родных и близких, а также когниции о недостаточной контролируемости этих ситуаций, особенно сомнения насчет способности справиться с проблемами собственными силами. Таким образом, содержание тревожных переживаний у больных с невротическими и невротоподобными нарушениями в целом одинаковое, речь идет о степени интенсивности имеющихся симптомов, которая выше у пациентов с невротическими расстройствами.

Шкала «Ипохондрические расстройства» содержит вопросы, касающиеся чрезмерной заботы о своем физическом здоровье, тенденции к постоянному контролю над деятельностью внутренних органов. Такая поглощенность вниманием собственными соматическими процессами более характерна для больных с невротическими расстройствами, чем для пациентов с невротоподобными нарушениями. Среди отдельных утверждений, составляющих данный параметр, преобладают № 77 и 57, а в наименьшей степени выражен № 37 (табл. 3).

Таблица 3

*Выраженность утверждений шкалы «Ипохондрические расстройства» опросника Александровича, балл*

Утверждение шкалы	Шкала		p <
	1-я	2-я	
17. Обнаружение у себя признаков различных серьезных заболеваний	2,4 ± 0,3	2,3 ± 0,5	
37. Отнимающие много времени действия и процедуры (ритуалы), целью которых является избежать болезни	1,8 ± 0,3	0,8 ± 0,4	
57. Постоянная концентрация внимания на телесных функциях (например, на работе сердца, пульсе, пищеварении и т. д.)	3,5 ± 0,3	2,1 ± 0,5	0,019
77. Опасение за свое здоровье (страх заболеть каким-либо серьезным заболеванием)	4,0 ± 0,3	2,5 ± 0,5	0,019
97. Чувство, что ты болен какой-то тяжелой, угрожающей твоей жизни болезнью	2,5 ± 0,3	2,1 ± 0,5	
117. Неопределенные, «блуждающие» боли	2,2 ± 0,3	1,1 ± 0,4	

В исследованных группах имеет место не столько организация поведения, ориентированного на заботу о здоровье, сколько собственно беспокойство о своем соматическом состоянии, вызванное страхом заболеть ка-

кой-либо тяжелой, опасной болезнью (без четкой определенности, характерной для нозофобий).

Все утверждения, входящие в 4-ю шкалу, отражающие разнообразные симптомы, сопутствующие диссомнии, несколько более выражены у больных с невротическими расстройствами по сравнению с пациентами с неврозоподобными нарушениями, несмотря на то что различия не достигают статистически значимого уровня (табл. 4). При этом, как следует из табл. 4, структура симптомов, составляющих описываемый параметр, в обеих группах идентична. Наиболее часто исследованные больные отмечают утверждение № 39, а реже всего – № 19.

Таблица 4

*Выраженность утверждений шкалы «Нарушение сна»  
опросника Александровича, балл*

Утверждение шкалы	Группа	
	1-я	2-я
19. Страшные сны, ночные кошмары	2,3 ± 0,3	1,5 ± 0,4
39. Трудности засыпания	4,2 ± 0,3	3,8 ± 0,5
79. Частое пробуждение ночью	3,7 ± 0,3	2,8 ± 0,5
99. Бессонница	3,9 ± 0,3	2,9 ± 0,5
119. Чувство сонливости в течение дня, которое трудно преодолеть и которое вынуждает засыпать хотя бы на какое-то время, независимо от обстоятельств	3,5 ± 0,3	2,7 ± 0,5

Симптоматический профиль в исследованных группах во многом сходен – преобладают жалобы, относящиеся к 6-й шкале ( $53,9 \pm 3,1$ ) и ( $49,6 \pm 3,9$ ) балла соответственно, включающие астенический компонент (повышенная утомляемость, ощущение слабости, вялости и пр.) и субъективно переживаемые когнитивные нарушения (трудности в концентрации, сосредоточении внимания, снижение быстроты мышления, снижение памяти). Кроме того, у больных с невротическими расстройствами диагностирован высокий уровень выраженности симптомов, составляющих параметры 4-й ( $50,3 \pm 2,9$ ) балла, 2-й ( $43,1 \pm 2,9$ ), 10-й ( $41,4 \pm 2,9$ ) и 1-й ( $41,1 \pm 2,6$ ), а у пациентов с неврозоподобными нарушениями – 5-й ( $39,5 \pm 4,3$ ), 4-й ( $38,5 \pm 4,7$ ), 2-й ( $36,9 \pm 4,4$ ) и 3-й ( $34,9 \pm 3,1$ ) балла.

Итак, структура субъективно отмечаемых больными с невротическими и неврозоподобными расстройствами жалоб, определяемая с помощью симптоматического опросника Александровича, во многом тождественна.

венна и включает в себя астенические симптомы, связанные с ними познавательные затруднения, диссомнии, депрессивные тенденции. При этом у пациентов с невротоподобными нарушениями, в отличие от больных с невротическими расстройствами, значительно меньше выражены тревожные опасения преимущественно малодифференцированного характера; ипохондрические тенденции, вызванные опять же во многом неопределенным страхом заболеть какой-либо тяжелой, опасной для жизни болезнью, а также нарушения сна – в основном пресомнические расстройства.

При сопоставлении степени выраженности психопатологической симптоматики, определяемой с помощью шкалы SCL-90-R, у больных с невротическими и невротоподобными расстройствами выявлены высоко значимые на статистическом уровне различия по следующим параметрам: DEP, DOP, ANX, GSI, O-C, PHOB, PDSI, PSI и INT (табл. 5).

Таблица 5

Показатели SCL-90-R у больных с невротическими ( $n = 586$ )  
и невротоподобными ( $n = 39$ ) расстройствами

Шкала теста	Группа				p <
	1-я		2-я		
	Средний ранг	Сумма рангов	Средний ранг	Сумма рангов	
Соматизация (SOM)	314,78	184461	286,26	11164	
Обсессивность – компульсивность (O-C)	319,12	187005,5	221,01	8619,5	0,001
Межличностная сензитивность (INT)	316,70	185271,5	249,45	9728,5	0,024
Депрессивность (DEP)	322,66	189079,5	167,83	6545,5	0,000
Тревожность (ANX)	320,81	187997	195,59	7628	0,000
Враждебность (HOS)	315,67	184983	272,87	10642	
Фобическая тревожность (PHOB)	318,17	186448,5	235,29	9176,5	0,005
Паранойальность (PAR)	312,46	183104	321,05	12521	
Психотизм (PSY)	314,30	184179,5	293,47	11445,5	
Шкала дополнительных значений (DOP)	319,04	185046	175,49	6844	0,000
Общий симптоматический индекс (GSI)	320,35	187727	202,51	7898	0,000
Индекс проявлений симптоматики (PSI)	317,79	186224	241,05	9401	0,010
Индекс выраженности дистресса (PDSI)	317,88	186279	239,64	9346	0,009

Полученные результаты в целом согласуются с данными описанного ранее симптоматического опросника Александровича, а также дополняют их и выявляют некоторые новые аспекты. Как уже указывалось выше,

шкала «Страх, фобии» опросника Александровича в методике SCL-90-R разделена на два отдельных параметра ANX и PНОВ, что соответствует описаниям этих синдромов, существующим в МКБ-10.

У больных с невротическими расстройствами средние значения шкал ANX и PНОВ были выше, чем у пациентов с невротоподобными нарушениями –  $(1,9 \pm 0,04)$  и  $(1,2 \pm 0,1)$ ,  $(1,1 \pm 0,04)$  и  $(0,8 \pm 0,2)$  балла соответственно. Это означает, что такие общие признаки тревоги, как нервность и напряжение, а также когнитивные компоненты, включающие чувства опасности, опасения и страха и некоторые соматовегетативные корреляты тревожности субъективно значительно сильнее переживаются больными первой группы. Помимо этого, у них более выражены симптомы, соответствующие агорафобии.

Показатели шкалы DOP, которые также выше у пациентов с невротическими расстройствами –  $(1,5 \pm 0,04)$  и  $(0,8 \pm 0,1)$  балла соответственно, отражают наличие высокой выраженности таких симптомов, как «То, что вам трудно заснуть», «Отсутствие сна в ранние утренние часы» и «Беспокойный и тревожный сон». То есть полученная разница средних значений по этому параметру сопоставима с различиями шкалы «Нарушение сна» симптоматического опросника Александровича.

У больных с невротоподобными нарушениями определяются достоверно более низкие средние баллы по параметру DEP  $(1,8 \pm 0,03)$  и  $(1,1 \pm 0,1)$  балла соответственно. Качественный анализ ответов показывает, что эта разница определяется тем, что у них в меньшей степени субъективно выражены такие признаки, как недостаток мотивации, побудительных мотивов к деятельности, а также разнообразные когнитивные корреляты депрессии. В то же время чувства безнадежности, отчаяния, мысли о суициде и соматические составляющие этого синдрома были минимально представлены в обеих группах.

Подробное рассмотрение вопросов, входящих в шкалу O–C, позволило качественно оценить различия в значениях, полученных у больных с невротическими и невротоподобными расстройствами  $(1,4 \pm 0,04)$  и  $(0,9 \pm 0,1)$  балла. Показатели выше средненормативных  $(0,8 \pm 0,04)$  балла в изученных группах вызваны большой выраженностью симптомов, касающихся общих когнитивных нарушений, сопутствующих obsessions (например, «Проблемы с памятью» или «То, что вам трудно сосредоточиться»), тогда как вопросы о мыслях, импульсах и действиях, переживаемых как непрерывные, непреодолимые и чуждые «Я», получали невысокие оценки.

Средние значения по шкале INT также оказались выше у больных с

невротическими расстройствами –  $(1,1 \pm 0,04)$  и  $(0,9 \pm 0,1)$  балла соответственно). Это указывает на то, что у них субъективно более выражены ощущения личностной неадекватности и неполноценности, возникающие при сравнении себя с другими, негативные ожидания относительно межличностного взаимодействия с окружающими по сравнению с пациентами с невротоподобными нарушениями.

Наконец, показатели трех обобщенных индексов опросника SCL-90-R также оказались значительно более высокими в группе больных с невротическими расстройствами: GSI –  $(1,3 \pm 0,03)$  и  $(0,9 \pm 0,1)$  балла соответственно, PSI –  $(50,7 \pm 0,7)$  и  $(42,6 \pm 2,9)$  балла, PDSI –  $(1,9 \pm 0,04)$  и  $(1,7 \pm 0,1)$  балла. «Общий симптоматический индекс» включает информацию о количестве симптомов и интенсивности переживаемого дистресса, он указывает на то обстоятельство, что у пациентов с невротоподобными нарушениями общая интенсивность измеряемых психопатологических явлений ниже, чем у больных с невротическими расстройствами. «Индекс проявлений симптоматики» – это количество жалоб-вопросов, на которые пациенты дают положительные ответы, то есть выше нулевого уровня. В первой группе 51 симптом больные оценили как значимые, во второй – 43. «Индекс выраженности дистресса» является индикатором типа реагирования пациентов на имеющийся у них дискомфорт, он показывает, что больные с невротическими расстройствами более склонны усиливать симптоматический дистресс при ответах по сравнению с пациентами с невротоподобными нарушениями.

Общая структура профиля, полученного с помощью опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) у больных с невротическими и невротоподобными расстройствами во многом идентична: наиболее выражены показатели по шкалам ANX  $(1,9 \pm 0,04)$  и  $(1,2 \pm 0,1)$  при норме  $(0,5 \pm 0,03)$  балла и DEP  $(1,8 \pm 0,03)$  и  $(1,1 \pm 0,1)$  при норме  $(0,6 \pm 0,04)$  балла. Кроме того, у пациентов с невротическими расстройствами значительно повышены значения параметра O–C  $(1,4 \pm 0,04)$  при норме  $(0,8 \pm 0,04)$  балла, а у больных с невротоподобными нарушениями – показатели по шкале SOM  $(1,04 \pm 0,1)$  при норме  $(0,4 \pm 0,03)$  балла. Как наименее выраженные пациенты исследованных групп отмечали симптомы, составляющие параметры PSY  $(0,6 \pm 0,02)$  и  $(0,5 \pm 0,1)$  при норме  $(0,3 \pm 0,03)$  балла, PAR  $(0,7 \pm 0,03)$  и  $(0,7 \pm 0,1)$  при норме  $(0,5 \pm 0,04)$  балла и NOS  $(0,9 \pm 0,03)$  и  $(0,7 \pm 0,1)$  при норме  $(0,6 \pm 0,04)$  балла.

## ***Выводы***

По результатам исследования актуального психического состояния у больных с невротическими и неврозоподобными расстройствами с помощью симптоматического опросника Александровича и шкалы Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R можно сделать следующие выводы:

1. На момент исследования (в течение первых 10 дней после поступления в стационар) общая выраженность психопатологической симптоматики, уровень переживаемого психического дистресса, широта диапазона жалоб в двух обследованных группах были значительно выше, чем средненормативные показатели. При этом у больных с невротическими расстройствами отмечены достоверно более высокие показатели этих интегративных, обобщенных характеристик, по сравнению с пациентами с неврозоподобными нарушениями;

2. Общая структура жалоб у пациентов обеих исследованных групп преимущественно одинакова и включает в себя основные невротические синдромы: астенический, фобический, депрессивный и нарушения сна. Различия заключаются в интенсивности переживаемого дискомфорта, вызванного наличием психопатологических симптомов, который у больных с невротическими расстройствами выше, чем у пациентов с неврозоподобными нарушениями;

3. Представляется обоснованным разделение симптомов, объединяемых в общий показатель тревожно-фобический синдром на собственно тревогу и фобии. Как показал качественный анализ вопросов, составляющих шкалу «Страх, фобии» опросника Александровича, а также параметров «Тревожность» и «Фобическая тревожность» методики SCL-90-R, у больных с невротическими и неврозоподобными расстройствами значительно выражены именно симптомы общей, неопределенной и мало дифференцированной тревоги, а не конкретные фобические переживания. То есть на момент исследования только у небольшой части пациентов сформирована стойкая реакция страха на определенных людей, места, объекты или ситуации, которая характеризуется как иррациональная и неадекватная по отношению к стимулу, ведущая к избегающему поведению;

4. У больных с невротическими расстройствами по сравнению с пациентами с неврозоподобными нарушениями значительно более высок субъективный уровень таких психопатологических явлений, как депрессивные переживания, тревожные и фобические симптомы, диссомнии, ипохондрические тенденции, когнитивные расстройства, сопутствующие обсессивно-компульсивным нарушениям, а также дискомфорт, вызывае-



мый неадекватным межличностным функционированием. При этом степень выраженности тревожного состояния позволяет наиболее точно и достоверно дифференцировать эти две клинические группы.

### *Литература*

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский. – М. : Медицина, 2000. – 496 с.
2. Карвасарский Б.Д. Неврозы / Б.Д. Карвасарский. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 1990. – 576 с.
3. Клиническая психология / под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд. – СПб. [и др.] : Питер, 2008. – 960 с.
4. Психология посттравматического стресса : практикум / под ред. Н.В. Тарабриной. – СПб. [и др.] : Питер, 2001. – 272 с.

УДК 159.923

*А.М. Билый*

## **ТИП ЛИЧНОСТИ ПО СИСТЕМЕ ЭСКАЛ И УРОВЕНЬ ВНУТРЕННЕГО НАПРЯЖЕНИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

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

### *Введение*

Стресс рассматривается с различных позиций и считается самым неточным словом в научном словаре. Стрессом называют ситуацию с присущими ей риск-факторами, требующими мобилизации ресурсов и изменения поведения; состояние человека, включающее целую палитру физиологических и психологических проявлений, а также отсроченные негативные последствия нагрузок и переживаний, нарушающих дееспособность и здоровье человека.

Негативное влияние факторов стресса на работе привело к тому, что в настоящее время профессиональный стресс выделен в Международной классификации болезней и расстройств поведения 10-го пересмотра (МКБ-10) в отдельную рубрику Z73 «Проблемы, связанные с трудностями управления своей жизнью».

Неблагоприятное разрешение стресса на рабочем месте, приводящее к эмоциональному, умственному и физическому истощению, связанному с работой и профессиональными обязанностями, получило название синдрома профессионального выгорания (ПВ) – понимаемого как процесс развития хронического профессионального стресса умеренной интенсивности, вызывающий деформацию личности профессионала (Z73.0 – «выгорание» (burnout) МКБ-10). Наибольшую известность получила трехфакторная модель ПВ, разработанная Кристиной Маслач (С. Maslach). Она и ее коллеги рассматривали ПВ в совокупности выраженности эмоционального истощения, деперсонализации и редукации личностных достижений [9].

Развитие ПВ характерно в первую очередь для представителей профессий, работа которых связана с субъект-субъектными отношениями, с эмоциональной нагрузкой, высокой ответственностью и неопределенными критериями успеха. Такие специалисты находятся в интенсивном и тесном общении с клиентами, в эмоционально напряженной атмосфере при выполнении своих обязанностей.

Так, при оценке ПВ у средних медицинских работников количественно-качественный анализ тестов оценки ПВ показал, что, несмотря на невысокие средние количественные показатели, сформированное профессиональное выгорание отмечается у 15 %, а формирующиеся признаки – еще у около 25 % средних медицинских работников [3].

Какие работники составляют группу риска в том случае, когда речь идет о ПВ? Первая группа – это сотрудники, которые по роду службы вынуждены много и интенсивно общаться (руководители, менеджеры, врачи, консультанты, педагоги). Вторая группа – люди, испытывающие внутриличностный конфликт в связи с работой. Третья группа – работники, профессиональная деятельность которых проходит в условиях острой нестабильности и страха потери рабочего места. Четвертая группа – сотрудники, которые в новой, непривычной обстановке должны проявить высокую эффективность при нехватке компетенции. В этом случае симптомы могут проявиться у молодого специалиста уже после шести месяцев работы. Наконец, пятая группа – жители крупных городов, которые находятся в условиях навязанного общения и взаимодействия с большим количеством незнакомых людей в общественных местах.

Существующие результаты исследований позволяют назвать конкретные факторы, способствующие развитию и формированию ПВ. К организационным факторам можно отнести те, которые порождаются содержанием и условиями самой работы или неправильной ее организацией.

Среди них, в свою очередь, можно выделить факторы, связанные с организацией физических условий работы и с организацией психологических условий работы. Это постоянные высокие нагрузки, монотонность труда, несоблюдение санитарно-гигиенических норм труда, недостаточная материальная база (технические средства труда не соответствуют поставленным задачам и реальным нагрузкам), а также отсутствие положительного стимулирования работников со стороны начальства (материального и морального вознаграждения, адекватного затратам), неблагоприятный психологический климат в коллективе (конфликты, недоверие, «подсиживание», разобщенность), отсутствие поддержки со стороны более опытных коллег, отсутствие информации о результатах своего труда (то есть отсутствие обратной связи).

К индивидуальным факторам относятся социально-демографические характеристики (стаж работы 3–5 лет – к этому времени специалист уже достаточно информирован о профессии и получил определенный опыт, который позволяет вынести суждение о степени удовлетворенности условиями деятельности) и психологические особенности человека (очень низкая или очень высокая эмоциональная чувствительность к состояниям и проблемам других людей, высокие требования к себе: внешний локус контроля).

Выгорание характеризуется низким качеством исполнения работы, утомлением, сопротивлением любым изменениям, уменьшением числа контактов с окружающими, физическим недомоганием, отсутствием энтузиазма, цинизмом и эмоциональным истощением. Замечено, что симптоматика ПВ может быть «инфекционной» и проявляться не только у отдельных работников. Нередко встречается выгорание организаций, которое выражается в том, что у большинства сотрудников присутствует внутреннее физическое и эмоциональное состояние с одними и теми же симптомами. Работники становятся неестественно похожими, «на одно лицо». У них нет веры в позитивные перемены на работе и возможность что-то изменить собственными усилиями.

Как для отдельного работника, так и для организации состояние ПВ может быть неосознанным или неправильно понятым и оцененным. Собственное неблагополучное состояние как человеку, так и организации трудно, практически невозможно увидеть со стороны. Однако есть диагностические инструменты, помогающие определить не только наличие синдрома, но и стадию, на которой находится «сгорающий» работник [4].

Все вышеперечисленные факторы могут способствовать развитию профессиональной дезадаптации и в ряде случаев психогенно обусловленных расстройств. Для профилактики развития психогенно обусловленных расстройств в деятельности человека необходимо, чтобы человек получал удовлетворение от выполняемой работы. Такое удовлетворение будет возникать, если человек занят видом деятельности, который ему максимально подходит, является наиболее результативным, при выполнении которого возникает минимальное внутреннее напряжение и происходят минимальные внутренние затраты. Такой случай возникает тогда, когда свойства и качества личности максимально соответствуют профессионально важным качествам (ПВК) деятельности.

### *Материал и методы*

Для оценки степени соответствия качеств и свойств личности профессионально важным качествам деятельности была разработана система ЭСКАЛ – экспертная система комплексного анализа личности [1, 2]. Система основана на теории о типах темперамента [6, 8], развитой в трудах о типах личности Л.Н. Собчик [7]. Система позволяет оценить внутреннее напряжение, которое возникает при работе личности.

Для подтверждения гипотезы о том, что определяемый уровень внутреннего напряжения может прогнозировать развитие психосоматических нарушений и расстройств, были проведены исследования на кафедре нервных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова.

Изучались больные в возрасте 25–50 лет с диагнозом «Астено-невротическое состояние» (F48.0 по МКБ-10). Всего было изучено 32 больных. Стаж работы изучаемых был от 8 до 37 лет, основные профессиональные группы: документооборот и делопроизводство, преподаватели, бухгалтерский учет. Больные были разделены на 2 группы:

1-я (n = 23) – у которых астено-невротическое состояние было вызвано преимущественно факторами профессиональной деятельности, а именно несоответствием качеств и свойств личности предъявляемым ПВК деятельности, что было установлено в ходе беседы и анализа анкетных данных;

2-я (n = 8) – у которых астено-невротическое состояние связывалось с другими факторами, например неверными мотивационными установками, тяжелым течением основного заболевания («контрольная группа»).

Изучению подвергались: истории болезни, экспертное мнение лечащего врача и заведующего отделением. Выполнялись следующие методи-

ки: «ЭСКАЛ – оценка личности», «ЭСКАЛ – оценка деятельности», специально разработанная «Анкета для изучения условий повседневной деятельности». С помощью системы ЭСКАЛ оценивался уровень внутреннего напряжения, возникающий у личности при повседневной деятельности. В качестве внешнего критерия использовались оценки лечащего врача и заведующего отделением, а также результаты оценки анкеты.

Оценивался уровень внутреннего напряжения (так называемая физиологическая стоимость), возникающий у личности при выполнении условий деятельности. Уровень внутреннего напряжения определялся следующим образом: строились профиль оценки респондента и профиль оценки деятельности по шкалам «Координирующий», «Стимулирующий», «Содействующий», «Контролирующий», затем оценивалась близость профилей. В результате установлено: чем ближе профили оценки респондента и оценки деятельности, тем меньше напряжение возникает у респондента при выполнении условий деятельности (уровень соответствия качеств и свойств личности ПВК деятельности стремится к «1»); чем дальше расположены профили оценки респондента и оценки деятельности, тем выше уровень напряжения у респондента при выполнении условий деятельности (уровень соответствия качеств и свойств личности ПВК деятельности стремится к «-1»). Таким образом, уровень внутреннего напряжения обратно пропорционален степени близости профилей оценки личности и деятельности.

### *Результаты и их обсуждение*

По t-критерию Стьюдента произвели оценку различий уровня внутреннего напряжения у групп больных, возникающего при выполнении условий повседневной деятельности. Уровень внутреннего напряжения измерялся в относительных единицах от 1 (максимальное напряжение) до -1 (минимальное напряжение).

Для больных 1-й группы был характерен более высокий уровень внутреннего напряжения ( $0,25 \pm 0,33$ ) балла, по сравнению со 2-й ( $-0,72 \pm 0,13$ ) балла. Различия статистически значимые при  $p < 0,001$ .

Оцениваемое по системе ЭСКАЛ внутреннее напряжение, возникающее у личности для реализации необходимого типа поведения, отражает степень соответствия качеств и свойств личности ПВК деятельности. Чем меньше свойства и качества личности соответствуют ПВК деятельности, тем значительнее выражено внутреннее напряжение у личности, которое направлено на реализацию требований деятельности. Со временем такое напряжение может приводить к снижению работоспособности, эффек-

тивности деятельности, более быстрому формированию ПВ специалистов. При дальнейшем сохранении такой ситуации на фоне снижения функциональных резервов организма могут развиваться психогенно обусловленные расстройства и уменьшаться профессиональное долголетие.

### *Заключение*

Выявление взаимосвязи между ПВК деятельности и типом личности позволит улучшить сопровождение деятельности специалистов, а также проводить более эффективную профилактику формирования ПВ и снижения функциональных резервов организма. Исследования по соотношению показателей ПВ и данных, оцениваемых по системе ЭСКАЛ, планируется продолжить.

### *Литература*

1. *Бильый А.М.* Оценка преимущественного типа личности по системе ЭСКАЛ и темперамент / А.М. Бильый // Вестн. психотерапии. – 2010. – № 36 (42). – С. 69–79.
2. *Бильый А.М.* Разработка системы для определения преимущественного типа личности / А.М. Бильый // Вестн. психотерапии. – 2010. – № 35 (40). – С. 102–110.
3. *Евдокимов В.И.* Методические проблемы оценки синдрома профессионального выгорания у врачей-травматологов / В.И. Евдокимов, А.И. Губин // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2009. – № 3. – С. 85–91.
4. *Климова А.* Стресс на работе и профессиональное выгорание [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.volbusiness.ru/psychology/stress> (дата обращения 20.04.2011).
5. *Мерлин В.С.* Очерк теории темперамента / В.С. Мерлин. – Пермь : Кн. изд-во, 1973. – 291 с.
6. *Русалов В.М.* Взаимосвязь характера и темперамента в структуре индивидуальности / В.М. Русалов, О.Н. Манолова // Психол. журн. – 2005. – Т. 26, № 3. – С. 65–73.
7. *Собчик Л.Н.* Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. – СПб. : Речь, 2005. – 623 с.
8. *Шостак В.И.* Психофизиология / В.И. Шостак, С.А. Лытаев, М.С. Березанцева. – 2-е изд. – СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2009. – 352 с.
9. *Maslach C.* The truth about burnout: How organization cause personal stress and what to do about it / С. Maslach, М.Р. Leiter. – San Francisco: Jossey-Bass, 1997. – 186 p.

**РОЛЬ ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ  
В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ И КОРРЕКЦИИ  
ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ  
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

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

В настоящее время в России происходят ускоренные глобальные социокультуральные перемены. Некоторые из них отрицательно сказываются на психическом здоровье населения. Особенно резко меняется содержание патологических переживаний, в основе которых лежит глубокая деформация духовного здоровья общества, его целей, культуры, морали, системы ценностей [12].

В последнее время все чаще прослеживается обращение научных исследований к проблемам кросскультуральной (транскультуральной, этнокультуральной) психиатрии с целью достижения наиболее полного понимания роли этнических и социокультуральных факторов в развитии нарушений психического здоровья у человека. Этнокультуральные исследования психического здоровья в настоящее время являются одними из наиболее актуальных и перспективных направлений в социальной психиатрии и эпидемиологии психических расстройств [2, 5, 11].

Исследования отечественных [6, 7, 10] и зарубежных [21, 23, 27, 30, 31] ученых свидетельствуют о наличии тесной взаимосвязи между различными этническими и социокультуральными характеристиками, клинической структурой и динамикой психических расстройств. Все это обуславливает насущную необходимость разработки дифференцированных подходов к диагностике и лечению психических заболеваний с учетом этнокультуральных факторов.

Поскольку именно психическое здоровье детей определяет здоровье нации в будущем, то изучение проблем, связанных с его сохранением, занимает одно из ведущих мест в профилактике патологии психического здоровья во всем мире. Вместе с тем, в России подобные исследования ранее практически не проводились и только в последнее время начинают развиваться. Особую значимость этно- и социокультуральные исследования приобрели в связи с ростом национального самосознания, возрожде-

нием культурных и религиозных традиций. Немногочисленные исследования в области этнической толерантности и идентичности человека, позитивного или негативного определения себя, себя в этносе, этноса в обществе подчеркивают их влияние на риск возникновения, развитие и клиническую картину пограничных психических расстройств как у взрослых, так и у детей [8, 19, 20, 28].

Вместе с тем, к настоящему времени достоверной и полной информации о распространенности невротических расстройств среди этнических групп не существует. Нет и однозначных сведений о вкладе конкретных культуральных особенностей в их полиморфизм и клиническое своеобразие, вследствие чего отсутствуют этнокультурально обоснованные дифференцированные подходы к системе диагностики и оказания психологической помощи детям и подросткам.

Существующая в России уникальная этносоциальная и конфессиональная ситуация делает изучение этнопсихологической проблематики весьма актуальным. «Россия с ее сложным этническим составом населения, с разнообразием культурных уровней и характеров населяющих ее национальностей и народов предоставляет особенно благоприятные условия для разработки науки этнической и социальной психологии», – писали ученые еще в 1920 г. [17]. В настоящее время актуальность исследования определяется рядом факторов: межгосударственными и локальными этнополитическими конфликтами; возрождением этнорелигиозных традиций, обычаев, этнонормативной культуры; расширением общественных функций этноязыка, ранее игнорировавшегося в полиэтническом обществе СССР, ориентированном на унификацию и интернационализацию общественной жизни человека.

С.А. Домишкевич [3] и Е.Л. Инденбаум [4] подтверждают, что в процессе исторического развития возникает социально-культурное, экономическое и другие варианты расслоения общества, которое приводит к образованию ранее не существовавших популяционных субгрупп, представители которых характеризуются особым сочетанием психофизических и социально-психологических особенностей. Для них свойственны признаки общей социокультуральной депривации, оборачивающейся для детей социокультуральной запущенностью, а для части их – задержкой психического развития биосоциокультурального геноза.

В частности, случаи из нашей практики показывают огромную необходимость в специально ориентированной подготовке клинических психологов, способных качественно оказывать необходимую диагностическую и



консультативную помощь детям с учетом этнокультуральных факторов воспитания и развития. Так, в практике автора статьи был случай с ребенком из украинской семьи, который проходил из года в год медико-психолого-педагогическое освидетельствование как значительно отстающий в психо-речевом развитии. На момент нашей встречи ребенку было 7,5 лет. На соответствующей комиссии стоял вопрос о квалификации степени задержки его развития в плане способности к обучению, то есть о постановке дифференциального диагноза между «обучаемой и необучаемой имбецильностью».

Из сопроводительных документов следовало, что мальчик «плохо понимает обращенную к нему речь, не может справиться с элементарными заданиями, речь смазана, звукопроизношение малодифференцировано» и т. п. Родители мальчика, вполне адекватные люди, свободно говорящие на русском языке, в силу недостатка образованности и низкого культурного уровня «тупо выполняли все рекомендации специалистов» и не сомневались в их оценках. В процессе исследования выяснилось, что ребенок, свободно владея украинским языком (в частности, западно-украинским наречием), практически не воспринимает русскую речь. При переходе психолога на родной язык испытуемого ребенок демонстрировал довольно высокий уровень психического развития, характеризовавшийся устойчивым вниманием, способностью к переключениям, достаточным объемом кратковременной, оперативной и долговременной памяти, соответствующим возрасту уровнем развития мышления и хорошо развитой эмоционально-волевой активностью. В то же время даже в «родном» языке наблюдались некоторые нарушения звукопроизношения, в целом не влияющие на общую оценку развития.

Из беседы с родителями стало ясно, что ежегодные медико-психолого-педагогические освидетельствования проводились, как правило, в начале учебного года, практически сразу после летнего отдыха, который ребенок неизменно проводил в глухой западно-украинской деревне у бабушки. Родителям данного ребенка было рекомендовано отдать ребенка в общеобразовательную школу на родине у бабушки, либо потратить этот год на восполнение «языкового пробела» посредством «погружения» его в русскоязычную языковую среду (дома, в детском саду, на дополнительных занятиях с логопедом).

Помимо языковых проблем, огромное значение для качественной психологической диагностики состояния и возможности оказания квалифицированной помощи имеет еще и собственно этническая специфика, ко-

торая концентрируется в историческом опыте каждого народа, ассимилирующемся в процессе социализации индивида.

Особого внимания в этом плане заслуживают этнокультуральные факторы. В последние годы их роль применительно к психическим расстройствам активно изучается рядом отечественных психиатров [2, 11, 13–15]. Это определило понятие «этнокультуральная психиатрия» в качестве самостоятельного раздела социальной психиатрии, изучающего этнокультуральные особенности психических расстройств у различных народов [2].

Важной особенностью определения понятия «этнос» следует считать этнокультуральные стереотипы поведения людей, которые разделяют на автостереотипы и гетеростереотипы. Первые из них отражают самооценку этнической или культуральной группы, вторые – оценку «со стороны». К составляющим этностереотипов относят: общий стиль поведения, общий стиль деятельности, отношение к людям, отношение к себе, волевые качества, качества ума, эмоциональные качества, социальное поведение, ментальные характеристики [9].

Как уже указывалось выше, этнокультуральные стереотипы поведения формируются в процессе социализации, что приводит к становлению феномена, называемого национальным характером. Под ним понимается совокупность типичных и повторяющихся у лиц определенной национальности черт характера в виде манер, стиля поведения, способов осмысления действительности. В процесс воспитания такого характера гармонично включается и формирование значимых для этноса и национальности черт, считающихся нормативными. Таким образом, этнокультуральный подход к оценке психического развития и поведения подразумевает, что девиации следует рассматривать сквозь призму этнокультуральных стереотипов поведения.

В связи с этим вспоминается еще один случай. За консультативной помощью обратилась заведующая дошкольного образовательного учреждения (ДОУ) в связи со странностями поведения мальчика, ребенка 3 лет 7 мес из азербайджанской семьи, который не общается с другими детьми в группе, не участвует в коллективных играх и занятиях, не реагирует на обращенную к нему речь. Взаимодействие персонала ДОУ с мальчиком осуществлялось исключительно посредством тактильного контакта. Речь ребенка состояла из нечленораздельных звуков, навыками самообслуживания ребенок владел частично (одевался, раздевался с помощью), при этом навык опрятности был сформирован в полном объеме. Со слов персонала, приводила и забирала из садика ребенка мама, которая была «любезна, но

мало что говорила по существу», а все замечания, просьбы и комментарии по поводу поведения ребенка просила передавать его отцу, который, в свою очередь, появлялся в ДОО крайне редко, однако был более словоохотлив и участлив.

В процессе наблюдения за общением родителей с ребенком можно было видеть достаточно активный речевой контакт. Ребенок был эмоционально синтонен, много говорил, причем можно было заметить, что не только родители хорошо понимали его речь, но и он сам их хорошо понимал. Единственное «но» – они говорили на родном языке. Используя «языковую» помощь родителей удалось исследовать особенности психоречевого развития мальчика, которое оказалось в пределах возрастной нормы. В то же время, со слов отца (единственного в семье человека, владеющего русским), выяснилось, что члены данной семьи исповедовали ислам и отношения в ней строго определялись этнокультуральными особенностями взаимодействия ее членов. В частности, зарабатывание денег, покупка продуктов и необходимых вещей относились к непосредственным «мужским обязанностям», и знание языка являлось, соответственно, условием его успешности как мужчины и главы семейства. Роль женщины ограничивалась содержанием дома и воспитанием детей. Взаимодействие с «внешним миром» было строго ограничено. По словам отца семейства, «женщина должна заниматься домом и детьми», знание языка ей не требуется, поскольку «нечего делать на улице, все, что нужно, я принесу сам». Кроме прочего, данная тенденция к изоляции распространялась на женщин и девочек на всю жизнь, а мальчики, до 7 лет общаясь только с женщинами и детьми, приобщались к миру взрослых мужчин только по достижении этого возраста. А именно, с 7 лет мальчики «передавались на воспитание» отцам или старшим мужчинам в доме. Несмотря на высказанные опасения психолога относительно возможностей развития и обучения сына в других социокультурных условиях (русскоязычных), отец оставался непреклонным в плане невозможности участия его в воспитании мальчика до 7 лет (данным предложением он был оскорблен), а тем более возможности приобщения сына или жены к русскому языку, хотя бы в условиях дома. Приведенный пример, безусловно, относится к крайним вариантам негативного влияния на психическое здоровье ребенка этнокультуральных факторов, являющихся для данной этнической группы нормативной, но входящей в диссонанс с нашей. Однако он наиболее ярко показывает, насколько сильно могут влиять обычаи и социальное поведение на процесс социализации и развития индивида.

В связи с этим особого внимания заслуживает диагностический аспект современной этнокультуральной специфики пограничных нервно-психических расстройств, который связан с выработкой и описанием строгих диагностических критериев, отграничением психопатологической симптоматики от этнокультуральных стереотипов поведения, традиционных верований, мировоззрения, паттернов мышления и речевой практики. Особое значение диагностический аспект приобретает в условиях межэтнических и межкультуральных взаимодействий, когда диагност и пациент оказываются представителями различных культур, субкультур, вероисповеданий, рас, национальностей или сексуальных сообществ. На сегодняшний день среди специалистов в области психического здоровья насчитывается лишь небольшой процент представителей этнических меньшинств. Это означает, что и в прямом и в переносном смысле они не могут говорить на языке своих пациентов. Следовательно, выполнение таких необходимых условий психологической помощи, как установление с пациентом хорошего контакта и понимание его точки зрения, является специфической проблемой и требует особой подготовки.

Процессы интеграции и геополитическая позиция объективировали Россию как транскультуральный перекресток нескольких потоков миграции, в некоторой степени предопределив качественный и количественный состав обращающихся за медико-психологической помощью [1, 14, 16]. Сегодня миграционные потоки формируют не только новую социально-культурную карту России, но и актуализируют сферу межэтнических контактов, ценности этнокультурального многообразия и этнического опыта. Дети из групп этнических меньшинств подвергаются воздействию ряда культурноспецифических стрессоров, потенциал которых должен оцениваться с точки зрения повышения риска возникновения у ребенка психических нарушений. К таковым, безусловно, относятся миграция и аккультурация, предрассудки и расизм, а также языковые проблемы.

Изучение этнокультуральных особенностей проявления эмоций и поведения особенно актуально в многонациональной России, где проживает более 150 наций и народностей, отличающихся выраженным культуральным своеобразием. Решение задачи по оказанию квалифицированной психологической помощи детям из этнических групп осложняется недостаточностью исследований по этому вопросу на современном этапе развития России. В Международной классификации психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра (МКБ-10) в рубрике «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», в частности, ука-

зывается, что культурально специфические расстройства, такие, например, как коро, амок, лата, в настоящее время не могут рассматриваться как самостоятельные. Предполагается, что они являются культурально специфическими вариантами известных синдромов тревоги, депрессии, соматоформных расстройств или нарушений адаптации. Незнание нормативов в этнических стереотипах поведения способно привести к ошибочной оценке невротических расстройств в тех случаях, в которых их фактически нет.

Этиопатогенетический аспект этнокультурных исследований в области клинической психологии направлен на оценку роли этнических и культуральных особенностей человека в возникновении и развитии пограничных нервно-психических расстройств. Ряд исследований последних лет и изменение ракурса анализа известных научных фактов приводит к мысли о том, что этнокультуральные параметры могут выходить за рамки патопластических и способны создавать условия для возникновения и формирования пограничных нервно-психических расстройств. Изучение отклоняющегося поведения на базе невротических симптомов в современной клинической психологии справедливо обращается к таким сложным и многогранным психологическим образованиям, как личность и индивидуальность. Анализу подвергаются их различные стороны: характерологические особенности, темперамент, способности, самосознание и самооценка, система ценностей и т. д. При этом нередко упускается из виду, что индивид, личность являются составной и существенной частью этноса и именно этнические и культуральные стереотипы поведения, выраженные в традициях, верованиях, обычаях, обрядах, стиле мышления и ценностной организации жизни, формируют базовые психологические особенности человека. В связи с этим высоко вероятным представляется их роль в формировании невротических расстройств. В то же время немногочисленные кросс-культурные исследования взаимосвязи между культурально-этническими факторами и возникновением тревожных расстройств в детском возрасте не позволяют сделать определенных выводов. Наряду с этим К.А. Ingman, Т.Н. Ollendick, А. Akande [24] указывают на определенную связь культурных факторов, влияющих на проявление симптомов и особенности протекания тревожных расстройств. Так, культуры, ценящие соблюдение запретов, уступчивость и послушание, увеличивают число страхов у детей [25]. Кроме того, было установлено, что распространенность депрессивного расстройства сильно варьирует в разных районах земного шара [26]; однако было проведено слишком мало исследований, для того чтобы изучить

этнические и культурные различия среди детей и подростков в связи с возникновением у них большого депрессивного расстройства.

При продолжении кросскультурального экскурса в особенности диагностики пограничных нервно-психических расстройств у детей обращают на себя внимание оценки распространенности гиперактивного расстройства с дефицитом внимания (ГРДВ), которые чаще всего оказываются связанными с культуральными нормами детского поведения и отношением взрослых к проявлению симптомов этого расстройства. Так, к примеру, в культурах, где ценится сдержанное и спокойное поведение ребенка (например, в Таиланде), симптомы ГРДВ фиксируются реже, чем в США, поскольку учителя в Таиланде рассматривают их проявление как более широкую культурную проблему, связанную с воспитанием детей [18, 31]. Что же касается непосредственно патологических проявлений, связанных с агрессивным поведением, то в разных культурах оно проявляется по-разному. В определенных культурах агрессивная социализация детей обуславливает высокую вероятность агрессивных актов, таких как убийство или нападение. К примеру, кросс-культуральное исследование, проведенное С.Р. Ember и М. Ember [22] показало, что воспитание агрессии у мальчиков-капауку из Западной Гвинеи ориентировано на то, чтобы они становились «смелыми воинами», что приводит к частоте убийств в данной этнической группе в 20 раз большей, чем в не самой благополучной по этим показателям развитой стране – США. В то же время, характерное воспитание «хороших» детей-лепча из Гималаев, прислушивающихся к поучениям старших, помогающих пожилым и ведущих себя спокойно, обуславливают тот факт, что единственное убийство в их культуре произошло около 200 лет назад.

В настоящее время формы психологического вмешательства совершенствуются, и вместе с этим растет понимание того, что следует уделять большее внимание культурной среде, окружающей ребенка и семью. Родительские ценности и методы воспитания детей у различных этнических меньшинств разные, и все больше разновидностей вмешательств, включая родительское воспитание и подготовку, становятся чувствительными к этим культурным вариациям.

Однако, как мы отмечали выше, обобщенный взгляд на поведение и убеждения может не охватывать разнообразия, существующего внутри этнических групп, поэтому мы должны быть очень осторожны и не стереотипизировать индивидов, принадлежащих к различным культурам. Помимо повышения эффективности клинической практики, изучение этниче-

ских меньшинств помогает развеять эгоцентрические представления о том, что «наш образ жизни» (то есть образ жизни какого-либо народа) является единственно возможным и лучшим. На самом деле существует много подходов к воспитанию детей и систем ценностей, и каждая из них имеет свои достоинства и недостатки. Детские клинические психологи уже начинают усваивать этот урок применительно к индивидуумам.

Наиболее адекватными направлениями этнокультурально ориентированных дифференцированных программ медико-психологической помощи больным с пограничными психическими расстройствами в данный момент нам представляются:

- разработка адресных программ первичной профилактики, которые должны учитывать национальность, особенности культур народа, национальные традиции воспитания и взаимоотношений в семье, пол, возраст, образовательный уровень и профессиональную принадлежность;

- акцентирование внимания на ознакомлении населения с факторами, отрицательно влияющими на их психическое здоровье, в частности имеющими этнокультуральную окраску;

- подготовка врачей-психиатров и медицинских психологов должна осуществляться с учетом знания этнокультуральных особенностей психологии и психического здоровья наиболее часто встречающихся или компактно проживающих в регионе этнических групп населения. Особенно продуктивным видится здесь привлечение к работе специалистов различных национальностей.

Следовательно, для психологической диагностики и коррекции эмоционально-поведенческих нарушений у детей необходимо не только уделять внимание выявлению симптомов, но и учитывать определенные ценности, нормы и ожидания, которые поддерживаются разными социальными классами и внутри разных культур, а также рассматривать религиозные убеждения и практику каждой семьи и прочие обстоятельства, которые могут сделать для одной семьи психологическую помощь эффективной, а для другой оказаться безрезультатной.

### *Литература*

1. Гуревич А.М. Мотивация эмиграции / А.М. Гуревич. – СПб., 2005. – 272 с.

2. Дмитриева Т.Б. Этнокультуральная психиатрия / Т.Б. Дмитриева, Б.С. Положий. – М. : Медицина, 2003. – 448 с.

3. *Домишкевич С.А.* Функционально-уровневый подход в психологической диагностике отклонений развития у младших школьников / С.А. Домишкевич // Спец. психология. – 2007. – № 4 (14). – С. 13–27.

4. *Инденбаум Е.Л.* Становление познавательной деятельности детей с легким психическим недоразвитием в разных психолого-педагогических условиях : сообщение 1 / Е.Л. Индельбаум // Дефектология. – 2008. – № 5. – С. 4–10.

5. *Карвасарский Б.Д.* Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / Б.Д. Карвасарский, С.М. Бабин, В.В. Бочаров // под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. – СПб. : Ин-т им. В.М. Бехтерева, 2003. – 438 с.

6. *Менделевич В.Д.* Этнокультуральные особенности невротических расстройств : гл. 5 [Электронный ресурс] / В.Д. Менделевич, С.Л. Соловьева // Неврология и психосоматическая медицина. – М. : МЕДпресс-информ, 2002. – URL: [http://www.psychol-ok.ru/lib/mendelevich/pikont/pikont\\_07.html](http://www.psychol-ok.ru/lib/mendelevich/pikont/pikont_07.html).

7. *Николаев Е.Л.* Кросскультурный диалог в современной психотерапии [Электронный ресурс] / Е.Л. Николаев // Обозр. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 2005. – Т. 3, № 3. – URL: [http://old.consilium-medicum.com/media/bechter/05\\_03/8.shtml](http://old.consilium-medicum.com/media/bechter/05_03/8.shtml).

8. *Образы прошлого и коллективная идентичность в Европе до начала нового времени* / под ред. Л.П. Репиной. – М. : Кругъ, 2003. – 408 с.

9. *Панферов В.Н.* Психология человека : учеб. пособие / В.Н. Панферов. – СПб., 2000. – 160 с.

10. *Положий Б.С.* Этнокультуральные особенности распространности, клиники и терапии психических расстройств : пособие для врачей. / Б.С. Положий, И.О. Хруленко-Варницкий, М.В. Осетров. – М., 1998. – 32 с.

11. *Положий Б.С.* Этнокультуральные особенности распространности, формирования, клиники и профилактики основных форм психических расстройств / Б.С. Положий, А.А. Чуркин. – М., 2001. – 25 с.

12. *Пронина Л.А.* Эпидемиология психических расстройств у детей. [Электронный ресурс] / Л.А. Пронина. – URL: <http://www.otrok.ru/medbook/listmed/epid.htm>.

13. *Семке В.Я.* Реалии и перспективы транскультуральной наркологии / В.Я. Семке // Наркология. – 2003. – № 1. – С. 44–48.

14. *Сидоров П.И.* Этнонаркологическая превентология / П.И. Сидоров // Наркология. – 2003. – № 6. – С. 21–31.



15. Транскультуральная наркология и психотерапия / В.Я. Семке, Л. Эрдэнэбаяр, Н.А. Бохан, А.В. Семке. – Томск, 2001. – 162 с.

16. *Чепурных Е.Е.* Оценка наркоситуации в среде детей, подростков и молодежи / Е.Е. Чепурных // Наркология. 2004. – № 3. – С. 23–31.

17. *Шпет Г.* Докладная записка об учреждении кабинета этнической и социальной психологии / Г. Шпет, В. Поржезинский, Г. Челпанов // Вопр. психологии. – 1990. – № 4. – С. 159–160.

18. A multimethod study of problem behavior among Thai and American children in school: Teacher reports versus direct observations. / J.R. Weisz, W. Chaiyasit, B. Weiss, K.L. Eastman // *Child Development*. – 1995. – Vol. 66. – P. 402–415.

19. *Antinucci G.* Another language, another place: to hide or be found? / G. Antinucci // *J Psychoanal*. – 2004. – Vol. 85, N 5. – P. 1157–1173.

20. *Comas-Diaz L.* Ethnocultural identification in psychotherapy / L. Comas-Diaz, F.M. Jacobsen // *Psychiatry*. – 1987. – Vol. 50, N 3. – P. 232–241.

21. *Dech H.* Social change, globalization and transcultural psychiatry—some considerations from a study on women and depression. / H. Dech, D.M. Ndetei, W. Machleidt // *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. – 2003. – Vol. 105, N 1. – P. 17–27.

22. *Ember C.R.* War, Socialization and Interpersonal Violence: A Cross-Cultural Study / C.R. Ember, M. Ember // *The Journal of Conflict Resolution*. – 1994. – Vol. 38, N 4. – P. 620–646.

23. *Hall G.C.* Psychotherapy research with ethnic minorities: empirical, ethical, and conceptual issues / G.C. Hall // *J Consult Clin Psychol*. – 2001. – Vol. 69, N 3. – P. 502–510.

24. *Ingman K.A.* Cross-cultural aspects of fears in African children and adolescents. / K.A. Ingman, T.H. Ollendick, A. Akande // *Behaviour Research and Therapy*. – 1999. – Vol. 37, N 4. – P. 337–345.

28. Fears in American, Australian, Chinese, and Nigerian children and adolescents: a cross-cultural study. / T.H. Ollendick, B. Yang, N.J. King, Q. Dong, A. Akande // *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. – 1996. – Vol. 37, N 2. – P. 213–220.

25. *Kistner J.A.* Ethnic and Sex Differences in Children's Depressive Symptoms: Mediating Effects of Perceived and Actual Competence / J.A. Kistner, F.D. Corinne, B.A. White // *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. – 2003. – Vol. 32. – P. 341–350.

26. *Lin K.M.* Mental health issues for Asian Americans. / K.M. Lin, F. Cheung // *Psychiatr Services*. – 1999. – Vol. 50, N 6. – P. 774–780.

27. *Maramba G.G.* Meta-analyses of ethnic match as a predictor of drop-out, utilization, and level of functioning. / G.G. Maramba, G.C. Hall // *Cultur. Divers. Ethnic Minor Psychol.* – 2002. – Vol. 8, N 3. – P. 290–297.

29. *Sayed M.A.* Conceptualization of mental illness within arab cultures: meeting challenges in cross-cultural settings. / M.A. Sayed // *Soc Behav Person.* – 2003. – Vol. 31, N 4. – P. 333–342.

30. *Stein D.* Between innovation and tradition: the paradoxical relationship between eye movement desensitization and reprocessing and altered states of consciousness. / D. Stein, C. Rousseau, L. Lacroix // *Transcult Psychiatry.* – 2004. – Vol. 41, N 1. – P. 5–30.

31. *Sue D.W.* Multicultural counseling competencies and standards: A call to the profession. / D.W. Sue, P. Arredondo, R.J. McDavis // *J Counsel Devel.* – 1992. – Vol. 70. – P. 477–486.

УДК 616.89 : 159.9

*О.А. Харьковская, А.А. Ляшенко*

## **КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЙ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ТАБАКОКУРЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

Институт ментальной медицины Северного государственного  
медицинского университета, Архангельск;  
Челябинская государственная медицинская академия

### ***Введение***

Табакокурение – процесс курения табака, сопровождающийся либо формированием «вредной привычки», либо дальнейшим развитием никотиновой зависимости (НЗ). Однако привычка к табакокурению наблюдается только у 7,0 % курильщиков [12] и при этом граница перехода «привычки» в болезнь настолько тонка, что не каждый курильщик может ее осознать и воспринять. На этапе привыкания, становления НЗ курильщики думают, что с этой «привычкой» они смогут легко справиться самостоятельно. При подобном отношении к курению болезненные, скрытые механизмы продолжают свое развитие с неуклонным усугублением и формированием НЗ [7].

В научно-практической деятельности, как за рубежом, так и в России, существуют различные подходы к описанию нозологической классификации, феноменологии, типологии и динамики развития табакокурения [9], что и обусловило необходимость их обобщения.

Целью работы явилась динамическая систематизация зарубежных и отечественных подходов к изучению табакокурения.

### *Методические аспекты исследования*

Анализ рассматриваемых в данной работе подходов по изучению различных аспектов табакокурения позволил условно разделить их на два типа: клинико-биологический и социально-психологический.

Основой *клинико-биологического подхода* является констатация наличия наркологического недуга. Представители этого подхода за последние десятилетия использовали в своих работах термины «никотинизм», «табачная зависимость», «никотиновая зависимость» в связи с тем, что имеет место изменение толерантности, обсессивное влечение к табаку, абстиненция, интоксикация и пр. [2, 4, 6, 8, 13, 15].

Более полувека назад А.Г. Стойко [8] образно описал механизмы действия табакокурения на организм человека как легкой степени отравления: «...обычно головокружения носят характер приступов и иногда достигают большой интенсивности; при этом вначале появляется как бы чувство пустоты, теряется способность сосредоточения, появляется ощущение потери сознания; все предметы кажутся движущимися, а если закрыть глаза, появляется чувство кружения собственного тела», так и тяжелой: «...военнослужащий 42 лет, привыкший выкуривать 3-4 трубки табака в день, выкурил на пари 25 трубок, после чего почувствовал сильную слабость, тошноту, началась рвота, наконец последовала потеря сознания; пострадавший выздоровел, но в течение более полутора лет страдал головными болями».

Представление табакокурения как «никотиновой наркомании» позволило классифицировать ее с учетом выделения трех стадий [1]:

I (бытовое курение) – несистематическое курение (до 5 сигарет в день), никотиновой абстиненции нет, вегето-соматические нарушения отсутствуют или выражены слабо, полностью обратимы;

II (привычное курение) – курение постоянное (5–15 сигарет в день), зависимость отчасти физическая, толерантность повышена, абстиненция, поражения внутренних органов незначительны, в определенной степени обратимы после прекращения курения;

III (пристрастное курение) – толерантность к курению высокая, абстиненция тяжелая, зависимость чисто физическая, влечение непреодолимое (человек курит не менее 1–1½ пачек папирос или сигарет в день), выработалась привычка курить натошак и сразу после еды, а также среди ночи; имеют место значительные поражения внутренних органов и нервной системы.

Комплексное рассмотрение табакокурения с психиатрических и наркологических позиций [4] привело к выделению трех групп курильщиков с соответствующей симптоматикой:

- у лиц 1-й группы расстройства невротического уровня традиционно относят к интоксикационным или психоорганическим вследствие хронической интоксикации. Выраженных собственно астенических расстройств в периоды интоксикации, склонности к параксизмальности и асимметрии, а также устойчивых головных болей, фобий и других проявлений не наблюдается. В обобщенном плане можно отметить родство между длительно протекающими расстройствами невротического уровня и хронической никотинизацией. В случаях прекращения последней их выраженность нарастает, при ее возобновлении – редуцируется, поэтому допустимо эти нарушения расценить как вариант сочетанной («микстовой») патологии;

- у лиц 2-й группы (никотинизм по типу пароксизмов) фигурируют жалобы собственно астенического характера. Отдых в течение 1-2 сут. приносит только облегчение самочувствия. При обследовании отмечается вялость, повышенная отвлекаемость, стабильные вегетативные отклонения в виде периферического гипергидроза и дистального акроцианоза, лабильность пульса. В анамнезе имеют место указания на патологию беременности и родов; перенесенные в разные возрастные периоды травмы головы, подозрения на менингоэнцефалиты. При неврологическом осмотре часто констатируется горизонтальный нистагм, синдром Маринеску – Радовичи и другие знаки церебральной дефицитарности. Никотинизация по времени совпадает с усилением головных болей, с нарастанием вегетативных отклонений и с их тенденцией к асимметрии, с развитием фобических, депрессивных и даже рудиментарных дисфорических нарушений. Резкое уменьшение никотинизации совпадает с редукцией этих отклонений. Есть основания генез этих нарушений отнести в рамки психоорганического, а собственно никотинизацию считать дополнительным фактором в клинической картине;

• у лиц 3-й группы можно отметить эпизоды неврастенических, истерических и других форм реагирования. Но все они четко связаны с реально значимой психотравмирующей ситуацией, редуцируясь после ее разрешения. Именно в такие периоды отмечается увеличение никотинизации.

Собственно никотинизм как прогрессирующая форма НЗ развивается при наличии хронических невротических расстройств. Само табакокурение в значительной мере редуцирует эмоциональные отклонения и, вместе с тем, приносит другие расстройства здоровья.

По мнению В.К. Смирнова [6], систематическое курение табака сопровождается становлением и формированием двух основных клинических разновидностей курения – привычки и зависимости. НЗ, в свою очередь, определяется тремя основными формами: идеаторной, диссоциированной и психосоматической, которые отличаются друг от друга разными темпами становления и формирования, типами влечения, клинической неоднозначностью состояний, возникающих при отказе от курения табака, разными видами ремиссий и их длительностью.

У человека с раннего возраста прослеживаются три формы конституционного реагирования целостного организма на первичное вдыхание табачного дыма [7]:

1) целостная единоотрицательная, определяемая клинически как табачная интоксикация, вследствие чего отсутствует курение в течение всей жизни;

2) расщепленная, при которой отмечается сочетание отрицательной соматической реакции с переживанием психического комфорта. В среде с пассивным курением и на этапе эпизодического курения психический комфорт от вдыхания табачного дыма усиливается, а отрицательная соматическая реакция постепенно исчезает;

3) целостная ареактивная, переживаемая субъектом как психически комфортное состояние без отрицательных ощущений соматического неблагополучия. Наблюдается у каждого седьмого курильщика, где первое знакомство с табачным дымом сопровождается мгновенным возникновением у них синдрома патологического влечения к курению табака.

Ключевым для всех клинических форм табачной зависимости, согласно В.К. Смирнову, является наличие синдрома патологического влечения к табаку [6] – клинического симптомокомплекса психосоматической структуры, характеризующегося следующими компонентами: идеаторным, в виде непроизвольно возникающего и последовательно сменяющегося друг друга состояния припоминания – воспоминания – представления –

желания курения табака, с вегетативно-сосудистым и психическим компонентом на невротическом уровне.

К. Фагерстрем [15] проанализировал биохимические показатели табакокурения и сопоставил их с разработанным опросником толерантности. Оказалось, что наиболее сильная взаимосвязь степени НЗ была отмечена с первым вопросом: «Через какое время после утреннего пробуждения вы закуриваете сигарету?». В случае, если курильщик выкуривает сигарету в течение 5 мин после пробуждения, это расценивается как признак высокой степени НЗ.

Американской ассоциацией психиатров составлено диагностическое и статистическое руководство по ментальным расстройствам – DSM-IV, где отражены критерии для диагностики НЗ [12]; причем первые пять соотносятся с критериями МКБ-10 [5]:

- способность переносить высокие дозы никотина и потребность увеличения дозы для получения желаемого эффекта;
- симптомы абстиненции при внезапном прекращении курения;
- продолжение курения, несмотря на осознание угрозы для здоровья;
- постоянное желание (потребность) курить вопреки попыткам снизить потребление;
- прекращение работы, общественных или личных дел, чтобы покурить;
- устойчивое желание бросить курить сочетается с неудачными попытками;
- значительные затраты времени на курение.

Присутствие трех критериев из семи в анамнезе респондента (пациента) свидетельствует о наличии у него НЗ.

Итак, вышеописанный клинико-биологический подход к табакокурению в большей степени ориентирован на поиски патологического влечения, обусловленного физической (химической) зависимостью.

*Социально-психологический подход* основывается на поведенческой реакции человека в рамках его деятельности в условиях микро- и макросоциума. В основу теории классификации курящих людей в середине прошлого столетия были положены мотивационные факторы табакокурения [16], в результате чего выделены четыре типа курильщиков:

- ◆ курильщики «с позитивным эффектом» образуют два подтипа:
  - курение как стимулятор, то есть курят для получения возбуждающего эффекта;

– курение с целью релаксации, то есть курят для получения наслаждения, удовольствия;

♦ курильщики «с негативным эффектом» курят для создания седативного эффекта, для снижения дистресса, элиминации страха и т. д.;

♦ аддиктивные курильщики применяют систематическое табакокурение для достижения как позитивного, так и негативного эффекта; причем осознание прикуривания сигареты, как правило, отсутствует;

♦ «табакокурение как привычка» – это наиболее легкая форма курения, так как носит эпизодический характер и применяется для сиюминутного снижения негативных эмоций или получения позитивных.

Позднее М.А. Расселлем [14] была представлена типология курильщиков, базирующаяся на трех главных мотивах табакокурения: психосоциальном, сенсорном и фармакологического вознаграждения. В итоге выделено пять типов табакокурения:

▼ «психосоциальное» курение, характерное для подросткового периода. Это первые пробы табакокурения, которые являются прерывистыми и встречаются довольно редко, например в кругу друзей. Желание курить как таковое отсутствует. Данный тип может существовать несколько лет, после чего возникает другой мотив и формируется другой тип;

▼ «потакающее» курение, или табакокурение для удовольствия. Может встречаться во многих ситуациях: при просмотре телевизора, отдыхе после работы и т. д. Данный тип не предполагает регулярного потребления табака;

▼ «курение для успокоения» используется для седативного эффекта, так как помогает в облегчении беспокойства и напряжения. Частота табакокурения здесь зависит от эмоционального состояния;

▼ «курение для стимуляции» применяется для снижения усталости и при выполнении монотонной работы, его частота зависит от специфических ситуаций;

▼ «аддиктивное» курение, при котором курильщики испытывают синдром отмены уже через 20–30 мин после последней выкуренной сигареты, поэтому они курят для того, чтобы облегчить дистрессовое состояние, вызванное абстиненцией. Как правило, курильщик начинает употреблять табак сразу же после утреннего пробуждения, а завершает непосредственно перед сном или ночью.

Описаны шесть факторов мотивации к курению [11]: «использование курения как поддержки при нервном напряжении», «психологическая зависимость», «привычка», «потребность манипулировать сигаретой», «же-

ление получить расслабляющий эффект» и «желание получить стимулирующий эффект от курения».

В основе методики выяснения мотивации к отказу от табака В.Ф. Левшина [3] лежат вопросы, отражающие, как правило, поведенческие реакции респондентов: о предшествующих попытках отказа от табакокурения, о желании бросить курить полностью или частично и т. д.

Экспериментально выделены и описаны детерминанты табакокурения во время гестационного периода. Установлено, что составляющими психофизиологического фактора табакокурения во время беременности являются ригидность, импульсивность, эмоциональная неустойчивость, раздражительность, экстраверсия; психологического – экстернальный locus контроля в области достижений и семейных отношений, тревожный и депрессивный элементы в психологической компоненте гестационной доминанты, «неадекватный стиль переживания беременности»; социального – социализация в курящей семье, табакокурение друзей, мужа (партнера), низкий уровень образования, профессионального и экономического статуса и пр. [10].

### *Заключение*

Таким образом, динамическая систематизация зарубежных и отечественных подходов к изучению табакокурения позволила разделить их условно на две группы: клинко-биологический и социально-психологический. Выделенные подходы взаимно дополняют друг друга и способствуют мультидисциплинарному рассмотрению данного вида химической аддикции. Знание типологий проявлений табакокурения необходимо при планировании исследований в области изучения и анализа химических зависимостей у различных социальных групп и разработке профилактических антитабачных программ.

### *Литература*

1. *Аграновский М.Л.* Психологические методы воздействия на табачную зависимость / М.Л. Аграновский, В.М. Аграновский // *Вопр. психологии.* – 2003. – № 4. – С. 144–145.
2. *Андрух Г.П.* Клиника и психотерапия никотинизма : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Г.П. Андрух. – Харьков, 1979. – 18 с.
3. *Левшин В.Ф.* Исследование закономерностей в развитии и распространении табакокурения / В.Ф. Левшин, Т.П. Федичкина // *Врач.* –2001. – № 7. – С. 26–28.



4. *Макаров В.В.* Избранные лекции по психотерапии / В.В. Макаров. – М. : Акад. проект ; Екатеринбург : Деловая книга. – 1999. – 416 с.
5. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр (МКБ-10). – М. : Медиа Сфера, 2008. – 36 с.
6. *Смирнов В.К.* Клиника и терапия табачной зависимости / В.К. Смирнова. – М., 2000. – 96 с.
7. *Смирнов В.К.* Клинико-психопатологические аспекты проблемы табачной зависимости / В.К. Смирнов, О.И. Ермолова, О.И. Сперанская // Наркология. – 2004. – № 5. – С. 42–45.
8. *Стойко А.Г.* Хронический никотинизм и его лечение / А.Г. Стойко. – М. : Медгиз, 1956. – 64 с.
9. *Теперик Р.Ф.* Психологические механизмы функционирования и трансформации курения : автореф. дис ... канд. психол. наук / Р.Ф. Теперик. – М., 1997. – 23 с.
10. *Харькова О.А.* Клинико-психологические и социальные характеристики беременных женщин с никотиновой зависимостью : автореф. дис. ... канд. психол. наук / О.А. Харькова. – СПб., 2010. – 21 с.
11. *Чучалин А.Г.* Практическое руководство по лечению табачной зависимости / А.Г. Чучалин, Г.М. Сахарова, К.Ю. Новиков ; Всерос. науч. о-во пульмонологов, НИИ пульмонологии Минздрава РФ. – М., 2001. – 14 с.
12. *Шарахов Ю.А.* Психотерапия в комплексном лечении табачной зависимости / Ю.А. Шарахов. – М., 1999. – 31 с.
13. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV / American Psychiatric Association. – 4th edn. – Washington DC, 1994. – 886 p.
14. *Russell M.A.H.* Cigarette Dependence: I-Nature and Classification / M.A.H. Russell // British Medical Journal. – 1971. – N 2. – P. 330–331.
15. The Fagerstroöm Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstroöm Tolerance Questionnaire / T.F. Heatherton, L.T. Kozlowski, R.C. Frecker, K.O. Fagerstrom // Br J Addict. – 1991. – N 86. – P. 1119–1127.
16. *Tompkins S.S.* Psychological model for smoking behavior / S.S. Tompkins // Amer. J. Pub. Health. – 1966. – N 56. – P. 17–20.

# ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 615.851-07 : 159.962

*О.П. Бартош, Т.П. Бартош*

## ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТРЕНИНГА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИН В МАЛОЙ ГРУППЕ

Научно-исследовательский центр «Арктика» ДВО РАН, Магадан

### *Введение*

В последнее время интерес к психологическим тренингам все больше занимает внимание исследователей. Специалисты указывают на эффективность применения социально-психологического тренинга для регуляции психических состояний личности, тревожности, улучшения психосоматического здоровья, развития способностей, личностных качеств, умений и навыков [8, 10, 11]. Такая форма психокоррекции создает условия для получения личностного опыта, облегчает процесс самоисследования и развитие самосознания личности. Особенно актуальны психопрофилактические мероприятия в условиях проживания на Севере, где особые природно-климатические, социально-экономические условия негативно влияют на психофизиологическое состояние человека, которое сопровождается низким уровнем психосоциального комфорта, социальной успешности и социального интереса [7].

Тенденция к формированию у северян депрессивных состояний подтверждена рядом исследований [2, 7]. Эмоциональные сдвиги и изменения в динамике психических процессов выявлены практически у всех людей, мигрирующих на Север [2]. Риск развития эмоциональных нарушений особенно высок среди женщин. По данным В.А. Лобовой [7], депрессивные состояния выявлены у  $\frac{2}{3}$  жителей Крайнего Севера. Максимальная распространенность депрессии приходится на средний и старший возраст и тесно связана с длительностью проживания в северных регионах.

К настоящему времени накоплено большое количество данных о взаимосвязи психической сферы и сердечно-сосудистой системы при посредстве вегетативной нервной системы. В свою очередь, функциональная

активность сердечно-сосудистой системы является ведущим звеном в адаптационно-приспособительной деятельности человека [1]. Избыточная реактивность на психическое напряжение является важным маркером возникновения и прогрессирования артериальной гипертензии, поэтому система кровообращения может рассматриваться как чувствительный индикатор адаптационных реакций целостного организма. При этом параметры сердечно-сосудистой системы могут выступать как связующее звено, отражающее вклад в состояние здоровья физиологических и психологических составляющих, поскольку эта система является самым чувствительным эффекторным органом, отражающим психическое состояние человека [2].

Индикатором стресса является функциональное состояние организма. Эмоционально-опосредованное нарушение тонуса вегетативной нервной системы, контролирующей деятельность внутренних органов, приводит к уменьшению функциональных резервов, функциональным дезадаптациям со стороны соматических систем организма и психической сферы человека.

Известно, что на Севере отмечаются сезонные колебания эмоционального состояния человека, показателей самочувствия, активности, настроения [2]. Наличие тревожности, неуверенности в себе, снижение самооценки, фрустрированность препятствуют формированию адаптивного поведения и приводят к нарушению поведенческой интеграции, дезорганизации психики человека. В этих условиях применение профилактических и коррекционных мер по оптимизации процесса социально-психологической адаптации человека в условиях Севера является актуальным.

Важными факторами, улучшающими психическую адаптацию и эффективность деятельности, являются социальная сплоченность, способность строить межличностные отношения, эмоциональная поддержка, расширение сферы самосознания, возможность открытой коммуникации. Одним из методов психологической коррекции является социально-психологический тренинг (СПТ), который представляет собой наиболее эффективный способ самопознания личности, построения межличностных отношений в специально создаваемых малых группах [8, 11]. Группа в значительной мере облегчает самоанализ и самораскрытие каждого члена этого временного социального объединения. СПТ обеспечивает высокую познавательную активность участников в овладении коммуникативными навыками, которые помогают эффективно осваивать сложные реалии мира межличностных отношений.

До сих пор не существует единой системы оценки эффективности тренинга, так как в соответствии с целями и задачами тренинга участие в СПТ может оказывать различное влияние на человека, а также зависеть от индивидуально-психологических особенностей участников, характера деятельности и образа жизни. По мнению многих авторов, эффекты, возникающие в процессе тренинга на уровне личности, являются основой оптимизации психического состояния и поведенческих паттернов участников группы, поэтому рассмотрение эффективности тренинга на уровне личностных изменений является приоритетным [5, 16]. Кроме того, необходимо учитывать отсроченный эффект СПТ, на важность которого указывал Ю.Н. Емельянов [4], так как воздействие на личность может проявиться не сразу после тренинга, а через какое-то время.

Цель исследования – изучить влияние СПТ на функциональное и психоэмоциональное состояние участников группы. Были поставлены следующие задачи:

1) исследовать влияние СПТ на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и психоэмоциональные показатели женщин, участвующих в тренинге, непосредственно до и после занятий;

2) сравнить изменение свойств личности, самосознания, уровень тревожности и социальной фрустрированности в результате тренинга (оценка до и после тренинга);

3) оценить долгосрочную эффективность тренинга.

### ***Материалы и методы***

Объектом исследования были 12 женщин в возрасте от 25 до 44 лет. Длительность проживания на Севере более 15 лет. В основу комплектации группы легли следующие положения:

– подбирались участники по принципу добровольности и заинтересованности в самоактуализации личности, с одинаковым уровнем коммуникативности и морально-этическими представлениями;

– учитывалась гомогенность уровня образования: все участники тренинга имели высшее образование различного профиля;

– все женщины являлись условно здоровыми, длительное время не обращались в поликлинику по поводу каких-либо хронических заболеваний, в том числе психических.

Женщины посещали СПТ личностного роста, целью которого являлось самопознание, задачей – научить человека адаптивным способам поведения (когнитивно-поведенческий подход) и оказать помощь в самораз-

вители [8, 11]. Всего было проведено 18 тренинговых встреч продолжительностью 1–1½ ч с периодичностью 2 раза в неделю: во вторник вечером, после рабочего дня и в субботу утром. СПТ проходил в весенний период в течение 2½ мес (март–май). В процессе работы с группой использовали методические приемы: дискуссионные, игровые, психорисунок, психогимнастические упражнения. Основная позиция участников – размещение по кругу.

В тренинговом кабинете проводили оценку функционального состояния сердечно-сосудистой системы участников тренинга до и после каждого проведенного занятия. Измеряли частоту сердечных сокращений (ЧСС) и показатели артериального давления – систолического (САД) и диастолического (ДАД) с помощью электронного тонометра в состоянии покоя. На основании полученных данных рассчитывали вегетативный индекс Кердо (ВИК), характеризующий вегетативный баланс по формуле  $VIK = (1 - ДАД / ЧСС) \times 100$ . Значение этого индекса больше нуля свидетельствует о преобладании возбуждающих влияний в деятельности вегетативной нервной системы, то есть преобладание тонуса симпатической нервной системы. Индекс меньше нуля говорит о преобладании тормозных влияний, или о преобладании тонуса парасимпатической нервной системы. Если значение равно нулю, то регистрируется функциональное равновесие [6]. Косвенным энергетическим показателем деятельности сердца является коэффициент экономизации кровообращения (КЭК), который отражает выброс крови за 1 мин. Он вычисляется по формуле  $КЭК = ЧСС \times (САД - ДАД)$  [6]. У здорового человека КЭК находится на уровне 2600 усл. ед. Увеличение коэффициента указывает на затруднение работы сердечно-сосудистой системы.

Для оценки эффективности группового тренинга использовались стандартизированные методики:

- опросник САН – для оперативной оценки самочувствия, активности, настроения. Динамика этих показателей позволяет субъективно оценить функциональное состояние человека в индивидуальном сознании;
- личностный дифференциал (ЛД) [3]. Шкалы ЛД заполнялись испытуемыми с инструкцией оценить самих себя по отобранным чертам личности. Методика позволяет выявить уровень самооценки по трем факторам: 1) фактор оценки – уровень самопрятия, самоуважения, 2) фактор силы – уверенность в себе, независимость, способность к достижению цели и преодоление трудностей; 3) фактор активности – оценка своей активности и общительности;

- шкала Спилбергера – Ханина – для оценки уровня ситуативной тревожности (СТ) и личностной тревожности (ЛТ). Результаты оценивали следующим образом: до 30 баллов – низкая тревожность; 31–45 – умеренная тревожность, 46 и более баллов – высокая тревожность;

- уровень социальной фрустрированности (УСФ). Методика включает 20 аспектов личностно-социальных взаимоотношений, удовлетворенность которыми испытуемый оценивает по пятибалльной шкале [3];

- опросник обратной связи. В основе опросника использовалась модель оценки тренинга К. Торнса и Д. Маккей [15];

С учетом поставленных задач исследование проводили по следующей схеме: психоэмоциональное состояние участников тренинга определяли с помощью методики САН до и после каждого тренингового занятия на протяжении 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> мес. До начала тренингового курса, по его окончании, а также спустя год у женщин определяли показатели СТ, ЛТ, ЛД, УСФ. По окончании тренинга и через год участники заполняли опросник обратной связи, где их просили отметить, что дал им тренинг и какие изменения произошли, по их мнению, в результате посещения данного тренинга.

Полученные данные были статистически обработаны на компьютере с помощью программ «Excel» и «Statistica». Достоверность различий оценивали по U-критерию Манна – Уитни и t-критерия Стьюдента [13].

### ***Результаты и их анализ***

Анализ показателей сердечно-сосудистой системы у обследуемых женщин показал значимое увеличение ДАД, снижение ЧСС и пульсового давления при неизменном САД после каждого тренингового занятия (табл. 1). При определении КЭК у участников тренинга показатель до начала занятий свидетельствовал о напряженном функционировании сердечно-сосудистой системы. По завершении тренингового курса значение КЭК достоверно снизилось на 20 %, что соответствует нормам здорового человека и может рассматриваться как проявление нормализации функционирования сердечно-сосудистой системы.

Расчет ВИК показал, что в обследуемой тренинговой группе было 2 нормотоника, 4 парасимпатикотоника и 6 человек с выраженной симпатикотонией. После каждого занятия у всех участников ВИК изменялся в сторону нормотонии и парасимпатикотонии (см. табл. 1). Так, например, у участницы тренинга М. (38 лет) до тренинга показатель ВИК был 20 %, а после тренинга – минус 10 %, у К. (35 лет) до тренинга – 16 %, после – минус 21 %. У некоторых женщин данный индекс достигал значений от (–23 %)

до (– 35 %). Полученные результаты свидетельствуют о снижении тонуса симпатического отдела и повышении парасимпатического. Таким образом, эффект тренировочных занятий по реакции организма близок к любой релаксации, в результате которой сопутствующая вегетативная реакция ведет к преобладанию трофотропных, энергонакопительных и восстановительных процессов [11]. Физиологический смысл релаксации связан с высвобождением веществ, которые обладают антистрессовым действием и стимулируют центры удовольствия мозга – выделение эндорфинов [9]. Считается, что ваготропный тип реакции сердечно-сосудистой системы указывает на высокую приспособляемость, а симпатотропный – на низкие адаптационные резервы [1].

*Таблица 1*

*Параметры сердечно-сосудистой системы  
и психоэмоционального состояния у женщин ( $M \pm m$ )*

Параметр	До занятия	После занятия	$p <$
САД, мм рт. ст.	115,0 ± 1,2	114,0 ± 1,2	-
ДАД, мм рт. ст.	73,0 ± 1,1	76,0 ± 0,9	0,05
ЧСС, уд./мин	76,0 ± 1,4	68,0 ± 1,2	0,05
ВИК, %	3,0 ± 2,0	-13,0 ± 2,0	0,05
КЭК, усл. ед.	3213,0 ± 91,4	2628,0 ± 80,1	0,05
Методика САН, балл			
самочувствие	4,8 ± 0,15	5,5 ± 0,1	0,05
активность	4,4 ± 0,15	5,0 ± 0,1	0,05
настроение	5,2 ± 0,15	5,8 ± 0,1	0,05

Исследование психоэмоциональной сферы выявило (см. табл. 1), что показатели самочувствия, активности, настроения достоверно увеличивались после участия в тренинге ( $p < 0,05$ ): например, по шкале самочувствия, которая в интегративной форме отражает функциональное состояние организма, – на 15 %; по шкале активность, которая выявляет актуальный энергетический потенциал, – на 14 %; по шкале настроение, отражающей эмоциональное отношение к внутренним и внешним условиям жизнедеятельности, – на 12 %. Это свидетельствует о позитивном воздействии занятий на психоэмоциональное состояние женщин.

Анализ данных показал, что самооценка участников тренинга по шкалам ЛД имела индивидуальные вариации в пределах от –3 до 19 бал-

лов. Значения шкал оценки, силы и активности ЛД до начала тренинга у всех участниц были положительные – от 1 до 19 баллов, кроме одной участницы Л. (42 года), у которой показатель шкалы активности составлял –3 балла. Таким образом, большинство женщин группы обладали сопоставимым уровнем самоуважения, самооценки, самоконтроля, коммуникативности и имели достаточный уровень принятия себя. После завершения тренинга регистрировалось увеличение шкал силы и активности (табл. 2). Соответственно, у участников после тренинга появилось большее удовлетворение собой, склонность осознавать себя носителем социально желательных характеристик.

*Таблица 2*  
*Самооценка личности и показатели СТ, ЛТ и уровня УСФ, (M ± m)*

Параметр, балл	До тренинга	После тренинга	
		через 2,5 мес	через 1 год
Шкала оценки ЛД	14,4 ± 1,5	15,3 ± 1,2	15,6 ± 1,3
Шкала силы ЛД	8,13 ± 1,6	9,8 ± 2,5	13,0 ± 1,6*
Шкала активности ЛД	7,8 ± 2,4	10,4 ± 1,2*	10,4 ± 1,5*
СТ	40,0 ± 3,1	43,0 ± 4,0	-
ЛТ	41,6 ± 3,0	43,0 ± 1,3	50,4 ± 1,0*
УСФ	2,5 ± 0,1	-	2,0 ± 0,1*

\* – по сравнению с показателями до тренинга,  $p < 0,05$ .

По шкале силы ЛД отмечается повышение уверенности в себе, независимости, уровня самоконтроля. Достоверное увеличение шкалы активности ЛД указывает на повышение социальной активности личности, общительности. Например, у участницы Т. (35 лет) до тренинга шкала активности составляла 1 балл, после тренинга показатели выросли до 5 баллов, а у участницы Л. (42 года) отрицательный результат (–3) по шкале активности после участия в тренинге увеличился до 15 баллов. Это указывает на то, что испытуемые субъективно осознают свою большую общительность и активность. Таким образом, в процессе тренинговых занятий у участников происходит перестройка самоотношения под влиянием нового знания о себе. Принятие участника тренинга группой способствует развитию сотрудничества, повышает степень самоуважения, активность, ответственность [11].



Очень важным моментом исследования является то, что через год после тренинга самооценка у всех участниц СПТ осталась стабильной (см. табл. 2) и даже выросла по шкале силы ЛД. Так, по шкале оценки ЛД достоверных изменений нет. Он остался высоким. По шкале активности ЛД результат остался стабильным, что тоже является хорошим эффектом тренинговых занятий. По шкале силы ЛД значение выросло с 9,8 до 13,0 баллов и достоверно отличается от результатов до начала тренинга. Можно смело говорить, что у участниц тренинга произошли существенные изменения в самосознании и эти данные свидетельствуют о повышении уверенности в себе, независимости от внешних обстоятельств и оценок.

Наши данные показали (см. табл. 2), что в тренинге принимали участие женщины в основном с умеренным уровнем СТ и ЛТ (31–45 баллов). После курса СПТ уровень тревожности остался неизменным. Между тем, наши предположения, что показатель ЛТ через 1 год останется прежним, не оправдались. Наоборот, показатель ЛТ повысился и из категории умеренной перешел в высокую.

Работы некоторых авторов [12, 14] указывают на снижение уровня СТ и ЛТ после проведения психокоррекционных воздействий, которые включали в себя психорелаксационный тренинг, аутогенную тренировку, дыхательную гимнастику и функциональное биоуправление. Возможно, что наряду с техниками личностного роста необходимо делать больший акцент на упражнениях по саморегуляции и аутотренингу для самостоятельного использования данных приемов в дальнейшем. Можно предположить, что у участников нашего тренинга личностного роста повысился уровень притязаний, требований к себе и ответственность, но в то же время повышенная ответственность и неспособность к саморегуляции привела к усилению тревожных реакций.

Результаты исследований показали, что значения УСФ до тренинга соответствовали умеренному уровню фрустрированности (2,5–2,9 балла) (см. табл. 2), а через 1 год после тренинга показатель УСФ достоверно снизился ( $p < 0,05$ ) до 2 баллов. Следовательно, у женщин через 1 год после тренинга снизилась степень неудовлетворенности социальными достижениями в основных аспектах жизнедеятельности, а также повысилась личностная самооценка.

По окончании тренинга был предложен опросник обратной связи, а также устная обратная связь, которая обладает большим преимуществом по сравнению с письменной, несмотря на то что ее реализация предполагает значительные временные и энергетические затраты со стороны комму-

никатора [10, 12]. На заключительном занятии высказывания (рефлексия) участников были более развернутыми по сравнению с первоначальными, испытуемые пытались донести свое состояние до других, уменьшилось количество стереотипных, защитных и ситуативных высказываний. Высказываний с отрицательным содержанием не было, сами участники отмечали позитивные сдвиги и собственный личностный рост. Большинство участников отметили повышение уверенности в себе, оптимизм, терпимость к окружающим и любовь к себе. Эти результаты подтверждают положительный, развивающий эффект СПТ.

На встрече через 1 год после тренинга женщины отметили изменения в личной и социальной жизни, именно благодаря тренингу. Так, участницы И. (43 года) и Т. (44 года) вышли замуж; Г. (38 лет) развелась; Т. (35 лет) получила повышение по службе; А. (27 лет) стала индивидуальным предпринимателем. Эти изменения могли быть основанием для повышения ЛТ, которое мы наблюдаем через 1 год после тренинга, что еще раз подтверждает необходимость обучению техникам саморегуляции в процессе СПТ.

### *Заключение*

Анализ ряда приведенных показателей функционального и психоэмоционального состояний (ЧСС, КЭК, ВИК, САН) свидетельствует о положительном влиянии СПТ на участников, которое выражается в нормализации функционирования сердечно-сосудистой системы, понижении уровня активации ЦНС, проявляющееся в снижении напряжения регуляторных систем, сдвиге вегетативного баланса в сторону преобладания активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Этот факт является косвенным подтверждением гармонизации нервных процессов в организме в процессе тренинговых занятий. Субъективные оценки участников после окончания СПТ и через 1 год после тренинга позволяют считать, что проведение подобных тренингов способствуют успешному личностному и профессиональному развитию, раскрытию личного потенциала в преодолении жизненных ситуаций, а также формированию адаптивного поведения. Переживание в группе положительных эмоций, помимо снятия нервно-психической напряженности, способствует коррекции психоэмоционального состояния и профилактике функционального состояния сердечно-сосудистой системы.

Сегодня особенно возрастает актуальность форм и методов групповой психологической работы, которые снимают внутреннее напряжение, увеличивают уверенность в себе, способствуют более адекватному воспри-

ятию себя и окружающих и тем самым полноценному общению, особенно в северных регионах с гипокомфортными социально-экономическими условиями, где проживание людей в условиях затяжной зимы усугубляется метеотропными колебаниями, гиподинамией, что, в целом, может приводить к психофизиологическому дискомфорту. Приобретенный опыт в группе личностного роста вырабатывает определенный социально-психологический «иммунитет», помогающий решать сложные проблемы, возникающие в межличностном общении практически у каждого человека.

### *Литература*

1. *Баевский Р.М.* Введение в донозологическую диагностику / Р.М. Баевский, А.П. Берсенева. – М. : Слово, 2008. – 216 с.
2. *Березин Ф.Б.* Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф.Б. Березин. – М., 1988. – 268 с.
3. *Вассерман Л.И.* Медицинская психодиагностика: теория, практика, обучение / Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. – СПб. : Академия, 2003. – 765 с.
4. *Емельянов Ю.Н.* Активное социально-психологическое обучение / Ю.Н. Емельянов. – Л. : Лен. гос. ун-т, 1985. – 166 с.
5. *Жуков Ю.М.* Эффективность делового общения / Ю.М. Жуков. – М.: Знание, 1988. – 64 с.
6. *Кольшкн В.В.* Психофизиологическая диагностика функциональных состояний человека : лаб. практикум : ч. 1 / В.В. Кольшкн. – Новосибирск, 1995. – 165 с.
7. *Лобова В.А.* Психо-вегетативные проявления депрессивных расстройств / В.А. Лобова О.А. Морозова, Т.В. Мальцева // Экология человека. – 2006. – № 4 (2). – С. 191–193.
8. *Марасанов Г.И.* Социально-психологический тренинг / Г.И. Марасанов. – М. : Когнито-Центр, 2001. – 251 с.
9. *Меерсон Ф.Э.* Адаптация к стрессовым ситуациям и физическим нагрузкам / Ф.Э. Меерсон, М.Г. Пшеничникова. – М. : Медицина, 1988. – 253 с.
10. *Петровская Л.А.* Компетентность в общении. Социально-психологический тренинг / Л.А. Петровская. – М. : Мос. гос. ун-т, 1989. – 216 с.
11. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб. [и др.] : Питер, 2002. – 1024 с.
12. *Пяткова О.А.* Способы оценки эффективности социально-психологического тренинга / О.А. Пяткова // Вестн. Бурят. ун-та. Сер. 10 : Психология. – 2006. – Вып. 7. – С. 191–197.

13. *Сидоренко Е.В.* Методы математической обработки в психологии / Е.В. Сидоренко. – СПб. : Соц.-психол. центр, 1996. – 346 с.

14. *Смекалкина Л.В.* Применение акустической биологической обратной связи в комплексном восстановительном лечении пациентов с нарушением адаптации / Л.В. Смекалкина // Вестн. новых мед. технологий. – 2010. – № 1. – С. 93–94.

15. *Торн К.* Тренинг. Настольная книга тренера / К. Торн, Д. Маккей. – СПб. [и др.] : Питер, 2002. – 208 с.

16. *Чанько А.Д.* Социально-психологический тренинг как метод воздействия на группу в организации : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Чанько А.Д. ; [С-Петербург. гос. ун-т] – СПб., 2004. – 22 с.

УДК 159.942 : 615.851

*Л.А. Федотова, А.Г. Соловьев*

## **КОРРЕКЦИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОГРАММИРОВАННОГО ЦВЕТОВОГО ИГРОТРЕНИНГА**

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

### ***Введение***

У детей с отклонениями в развитии и нарушениями речи отмечаются различные психоэмоциональные отклонения (аффекты, депрессия, тревожность, робость и др.), в связи с чем для достижения более эффективных практических результатов показана комплексная психолого-логопедическая коррекция [1]. В работе с детьми получили распространение такие нетрадиционные методы, как фитотерапия, ароматерапия, музыкотерапия, хромотерапия (цветотерапия) и т. д. Последняя включает терапевтическое действие цвета на организм человека, при котором, изменяя цветовой режим, можно воздействовать на функции вегетативной нервной системы, эндокринных желез и др. [3].

Выделены физиологическая и психологическая составляющие влияния цвета на человека, имеющие непосредственную близость к эмоциям. Разные эмоциональные состояния вызывают соответствующие изменения в теле: ускорение или замедление пульса, изменение ритма дыхания, ско-

рости реакции и т. п. Воздействуя через органы восприятия, можно модифицировать психофизиологические процессы, а следовательно, и целенаправленно изменять функциональное состояние всего организма. Механизм действия цветотерапии основан на том, что цветовое восприятие человека опосредовано реакциями диэнцефальной области мозга и гипофиза и оказывает влияние на его эмоциональное состояние, а также характеристики вегетативного тонуса [4].

Младший школьный возраст считается периодом, когда у детей уже сформированы такие важные социальные умения, как способность устанавливать контакт, сотрудничать со сверстниками. Несформированность или нарушения эмоционально-волевых качеств вызывают у ребенка затруднения адекватно реагировать на эмоциональное состояние и поведение другого. Роль эмоций важна в организации процесса обучения и воспитания детей. На положительном эмоциональном фоне дети легче усваивают учебный материал, вырабатывают новые умения и качества [5].

Целью данной работы явилось обоснование возможности коррекции психоэмоциональной сферы у младших школьников с помощью программированного цветового игротренинга.

### ***Материалы и методы***

Под нашим наблюдением находились 28 детей общеобразовательной школы № 32 г. Архангельска в возрасте от 7 до 9 лет с нарушениями психоэмоциональной сферы. Учащихся разделили на две группы: 1-я – 13 детей (48 %), которым цветовая коррекция не проводилась, 2-я – 15 школьников (52 %), которым проводилась коррекция психоэмоциональной сферы с помощью компьютерного цветового игротренинга.

Психофизиологические показатели изучали во время объективного обследования в начале (сентябрь) и конце учебного года (май). Для исследования самооценки психических состояний использовали тесты Айзенка [6], Шульте [2], с помощью которых оценивали свойства внимания и уровень работоспособности. Занятия проводили в течение всего учебного года, 2 раза в неделю, продолжительность занятия составляла 40–50 мин.

Для достижения поставленной цели нами предложен компьютерный метод коррекции психоэмоциональной сферы детей младшего школьного возраста. На I этапе осуществляли психофизиологическое тестирование, выявляли различного рода психоэмоциональные отклонения (робость, тревожность, стресс, агрессивность и др.), оценивали эмоциональное состояние школьника, определяющееся наличием тех или иных тревожных

факторов. На II этапе использовали цветовой игротренинг с применением компьютерной методики обработки рисунков при помощи графического редактора «Paint».

Игровой материал представлен набором предложенных нами 10 картинок. При правильном раскрашивании появляются соответствующие фигуры: 1-я – елочка, 2-я – треугольник, 3-я – круг, 4-я – квадрат, 5-я – цветы, 6-я – котенок, 7-я – кораблик, 8-я – прямоугольник, 9-я – шляпка, 10-я – пирамидка, в каждой из которых имеются геометрические фигуры. В верхней части картинки даны образцы для раскрашивания – треугольник и четырехугольник разных цветов. Дети должны были отыскать и раскрасить, ориентируясь на образцы, эти простейшие геометрические фигуры. При правильном раскрашивании на экране монитора появляется фигура одного цвета, а фон – другого цвета. Рисунки составлены таким образом, чтобы фигура и фон в своих границах имели однородные объекты – только треугольники или четырехугольники.

Раскрашивание треугольников и четырехугольников производится разными цветами. Поскольку эмоциональное состояние и самочувствие ребенка может быть связано с восприятием определенного цвета [5], под контролем педагога подбирается цвет, вызывающий состояние комфорта, чувство спокойствия и внутреннего удовлетворения (при этом ослабляется неблагоприятное внутреннее состояние школьника). Представленный подход дает ребенку возможность:

- фиксировать каждый шаг собственной деятельности, отыскав в рисунке очередной треугольник или четырехугольник;
- наглядно осуществлять самоконтроль (правильное раскрашивание фигур гарантирует правильный ответ);
- самому строить всевозможные геометрические фигуры;
- а также способствует увеличению концентрации и переключаемости внимания, нормализации зрительно-пространственного анализа, работоспособности.

Демонстрация эффективности предлагаемого метода основана на динамическом психолого-логопедическом наблюдении за указанными группами детей.

### ***Результаты и их анализ***

До проведения психофизиологической коррекции в начале учебного года как в 1-й, так и во 2-й группах школьников выявлены практически идентичные показатели. Анализ средних значений по тесту Айзенка пока-

зал высокий уровень фрустрации и ригидности в обеих группах (табл. 1). В конце учебного года в 1-й группе отмечалась небольшая тенденция снижения показателей, во 2-й – показатели были достоверно ниже и соответствовали нормативным данным [7].

*Таблица 1*  
*Показатели по тесту Айзенка у детей в динамике учебного года,*  
*балл (M ± m)*

Показатель	Группа, период учебного года			
	1-я		2-я	
	начало	конец	начало	конец
Тревожность	9,82 ± 0,45	9,40 ± 0,22	9,37 ± 0,67	8,40 ± 0,28**
Фрустрация	10,78 ± 0,50	10,45 ± 0,41	10,42 ± 0,60	8,40 ± 0,26**
Агрессивность	8,85 ± 0,43	9,90 ± 0,44**	9,08 ± 0,54	8,02 ± 0,33*
Ригидность	11,20 ± 0,54	11,32 ± 0,47	11,17 ± 0,55	8,78 ± 0,23**

Здесь и в табл. 2. внутригрупповые различия между показателями на конец и начало учебного года: \* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001.

При изучении показателей по таблицам Шульте (табл. 2) у учащихся 1-й группы к концу учебного года порядок определения чисел оставался замедлен, скорость их определения колебалась от (81,8 ± 1,5) до (86,3 ± 1,4) с, что можно связать со снижением внимания, с замедлением переключения внимания с одного числа на другое в связи с выраженной истощаемостью; во 2-й группе после коррекции скорость выполнения заданий была выше и колебалась от (67,5 ± 1,5) до (69,4 ± 1,8) с, у детей отмечено уменьшение утомляемости и повышение уровня активного внимания. При сравнении показателей у детей 1-й и 2-й групп различия достоверны (p < 0,05).

*Таблица 2*  
*Скорость выполнения заданий по таблицам Шульте у детей*  
*в динамике учебного года, с (M ± m)*

Группа (период учебного года)	Таблица				
	1-я	2-я	3-я	4-я	5-я
1-я (начало)	86,5 ± 1,8	87,5 ± 1,4	89,3 ± 2,1	90,3 ± 1,7	97,8 ± 1,5
1-я (конец)	81,8 ± 1,5	80,7 ± 1,4	84,4 ± 2,1	83,5 ± 1,8	86,3 ± 1,4*
2-я (начало)	84,7 ± 1,5	86,5 ± 1,4	87,4 ± 2,1	91,4 ± 1,9	96,9 ± 1,6
2-я (конец)	67,5 ± 1,5*	69,8 ± 1,8**	71,3 ± 2,0*	72,6 ± 1,4*	69,4 ± 1,8*

### *Заключение*

Таким образом, результаты исследования показывают, что использование компьютерного метода цветового воздействия способствует более эффективной коррекции психоэмоциональной сферы детей младшего школьного возраста, помогает развитию внимания, сообразительности, способности к саморегуляции и самоконтролю, умению анализировать рисунки и приучает к аккуратности.

### *Литература*

1. *Акименко В.М.* Новые логопедические технологии : учеб.-метод. пособие / В.М. Акименко. – Ростов н/Д : Феникс, 2008. – 105 с.
2. *Бурлачук Л.Ф.* Словарь-справочник по психодиагностике / Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов. – СПб. [и др.] : Питер, 2000. – 525 с.
3. *Кучинов А.И.* Использование света и цвета в психотерапии / А.И. Кучинов, Е.В. Безносюк, О.В. Юртов // Рос. мед. журн. – 2001. – № 3. – С. 39–42.
4. *Пасторова А.Ю.* Психологические и психофизиологические характеристики дошкольников с обычным развитием в группах интеграции // Дефектология. – 2008. – № 6. – С. 79–84.
5. *Погосова Н.М.* Цветовой игротренинг / Н.М. Погосова. – СПб. : Речь, 2003. – 152 с.
6. *Райгородский Д.Я.* Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учеб. пособие / Д.Я. Райгородский. – Самара : Бахрах, 1998. – 672 с.
7. *Федотова Л.А.* Психолого-логопедические показатели у детей с нарушениями речи в условиях комплексной коррекции / Л.А. Федотова // Бюл. Север. гос. мед. ун-та. – 2008. – № 2. – С. 42–43.



## **БОРЬБА С ПОМЫСЛАМИ КАК ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ЭЛЕМЕНТ ДУХОВНО ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ**

Православная школа психологии и медицины, Санкт-Петербург;  
Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования;  
Психотерапевтический кабинет г. Паланги (Литва)

В предыдущих публикациях в журнале авторы показали, что патологические зависимости следует рассматривать прежде всего как заболевания, имеющие духовную обусловленность, а психосоматические и функциональные расстройства зачастую являются следствиями духовного поражения личности [23, 24]. Этиология и патогенез патологических зависимостей, рассматриваемых как страсти, наиболее полно раскрыты в концепции духовно ориентированной (православной) психотерапии. Низкая излечимость болезненных влечений современными медицинскими методами (зачастую достижение 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. Отсюда же и мифы о неизлечимости зависимостей, на которых вырастают и воспитываются практически все без исключения современные наркологи [23, 24].

В духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей центральное место занимает лечение души страждущего человека. Митрополит Иерофей (Влахос) указывает: «Под лечением души понимается в первую очередь лечение и освобождение ума. Человеческое естество “заболело” с момента отпадения от Бога, и эта болезнь заключается главным образом в пленении и падении ума. Праотеческий грех – это удаление человека от Бога, утрата Божественной благодати, ведущая к ослеплению, помрачению ума <...>. Следовательно, возникает потребность в лечении ума, которое отцы называют его оживлением или очищением» [9].

Преодоление внутренней немощи, болезненных состояний ума не может происходить вне сознательной, упорной, целеустремленной и смиренной работы самой личности человека. Согласно православной аскетике,

внутренняя работа по изменению, преобразению души (очищению ее от страстей) начинается с отсечения злых, вредных помыслов и принятия помыслов добрых, полезных, поскольку действие страсти на душу человека происходит именно через помыслы.

«Когда святые отцы говорят о помыслах, они имеют в виду не просто мысли, но образы и представления, за которыми каждый раз следуют соответствующие им мысли. *Образы в сочетании с мыслями называются помыслами* <...> Помыслы суть художники, рисующие в разумной части души различные образы» [9].

Вот как излагает преподобный Силуан Афонский процесс развития страстного помысла, который фактически является процессом формирования порочного поведения: «Первый момент – приближающееся к человеку извне некое духовное влияние, которое сначала может быть совсем неясным, неоформленным. Первичная стадия оформления – появление в поле внутреннего зрения человека некоего образа <...>. Образы в иных случаях носят характер по преимуществу видоподобный, в иных же – по преимуществу мысленный, но более часто – смешанный. Так как и видоподобные образы влекут за собою ту или иную мысль, то всякие образы у подвижников именуются помыслами.

У бесстрастного человека “владычественный” ум может остановиться на пришедшем помысле как познающая бытие сила, оставаясь при этом вполне свободным от власти его. Но если в человеке есть “место”, есть соответствующая почва как расположение к тому духу, который заключен в помысле, тогда энергия этого последнего стремится захватить психический мир, то есть сердце, душу человека; достигают же этого тем, что в предрасположенной к пороку душе вызывают некоторое чувство услаждения, свойственное той или иной страсти. В этом услаждении и заключено искушение. Но и этот момент услаждения хотя и свидетельствует о несовершенстве человека, однако не вменяется еще в грех: это только “предложение” греха.

Дальнейшее развитие греховного помысла грубо схематически может быть изображено так: предлагаемое страстью услаждение привлекает к себе внимание ума, что является чрезвычайно важным и ответственным моментом, потому что соединение ума с помыслом составляет благоприятное условие для развития этого последнего. Если внутренним волевым актом ум не отвлечется от предложенного услаждения, но продлит свое пребывание в нем вниманием, тогда появляется расположение к нему, приятная беседа с ним, затем “сложение”, которое может перейти в полное

и активное “согласие”; далее – продолжающее возрастать страстное услаждение может уже овладеть умом и волею человека, что называется пленением. После этого все силы плененного страстью направляются к более или менее решительному осуществлению греха делом, если к тому нет внешних препятствий, или же, при наличии препятствий, к исканию возможности такого осуществления.

Подобное пленение может остаться единичным и никогда больше не возобновиться, если оно было следствием лишь неопытности человека, пребывающего в подвиге и борьбе. Но если пленения повторяются, то они приводят к “навыку” страсти и тогда все естественные силы человека начинают служить ей.

От первичного появления услаждающего действия страсти, что названо выше “предложением” греха, должна начинаться борьба, которая может происходить на всех ступенях развития греховного помысла; и на каждой из них он может быть преодолен и, таким образом, не завершиться делом, но все же с момента колебания воли элемент греха уже есть, и должно принести покаяние, чтобы не потерять благодать.

Неопытный духовно человек обычно встречается с греховным помыслом уже после того, как он пройдет незамеченными первые стадии своего развития, то есть когда он приобретет уже некоторую силу и даже больше: когда приблизится опасность совершения греха делом» [19].

Совершение греха делом, исходя из вышесказанного, происходит в следующей последовательности:

- 1) прилог;
- 2) внимание;
- 3) сочетание;
- 4) сосложение;
- 5) пленение;
- 6) борьба;
- 7) решение;
- 8) греховный поступок.

*Прилог* (или иначе: идея, помысел, мечта) возникает в уме человека. Иоанн Лествичник, Филофей Синаит, Нил Сорский и другие святые отцы прилогом называли всякий простой помысел, воображение какого-либо предмета в уме человека, или проще – это какая-либо мысль, пришедшая человеку на ум. Некоторые помыслы имеют источником Бога, другие – самого человека, третьи внушены людьми, а четвертые навеваются падшими духами (бесами).

Особенно опасен помысел, привносимый в мысленную сферу падшими духами. Святитель Игнатий (Брянчанинов) отмечает: «Духи злобы с такой хитростью ведут брань против человека, что приносимые ими помыслы и мечтания душе представляются как бы рождающиеся в ней самой, а не от чуждого ей злого духа, старающегося укрыться» [8]. В этом смысле помыслы, по выражению Григория Синаита, суть «слова бесов и предтечи страстей» [14]. «Хотя прилог сам по себе не делает человека ответственным за него, однако он является поводом к обнаружению той или другой настроенности нашей воли. В добровольном склонении нашем в пользу того или другого мотива или повода, появившегося в нашем сознании, и проявляется собственно свобода человеческого выбора. Человек волен выразить свое сочувствие или ненависть тому или другому вторгшемуся в его душу прилогу» [14].

Если разум не отвергает греховный помысел, а удостаивает его *вниманием*, «беседует» с ним, то он входит в состав мыслей человека и начинает воздействовать на волю. Если человек волевым усилием не станет противиться помыслу ума, то произойдет *сочетание* помысла с волевой сферой души и его проникновение в сферу чувств. «Итак, этот второй момент является преступным в той мере, в какой <...> свободное принятие помысла обнаруживает склонение воли в сторону последнего. В этот момент воля вступает в свое действие, хотя последнее не носит еще определенного содержания и характера. Она спускается как бы в тайники человеческой души на внутренний совет с помыслом» [14].

От колебания воли один шаг до отклика сферы чувств человека на греховный прилог. Чувства могут не воспротивиться греховному искушению. Этот момент у святых отцов называется *сосложением* и определяется преподобным Иоанном Лествичником как «согласие души с представившимся помыслом, соединенное с услаждением» [12].

Следующий этап – *пленение*. Иоанн Лествичник указывает: «пленение есть насильственное и невольное увлечение сердца» [12]. При переходе от этого этапа к воплощению греха в намерении отцы-аскеты подметили особое состояние души, называемое *борьбой*. Оно характеризуется как взаимное сопротивление помысла и воли, клонящееся или к истреблению страсти в помысле, или к соизволению на страстный помысел. Если происходит соизволение на страстный помысел, то есть проявление согласия человека своей воли на греховное дело, то человеку остается лишь придумать конкретные средства для реализации греховного поступка. Это происходит на следующем этапе, который называется *решением*. В этом слу-

чае «все силы плененного страстью направляются к более или менее решительному осуществлению греха делом», совершению *греховного поступка*.

Как подчеркивают К.Л. и С.В. Литвиненко, «Бог, создавая человека по Своему образу и подобию, наделил его свободной волей. Поэтому никто не может нас заставить делать то, чего мы не хотим. Нас можно запугивать наказаниями, даже смертью, но последнее решение всегда остается за нами. Как же тогда бесам удастся нами повелевать? Бесы не отнимают у нас свободной воли, они подсказывают нам различные варианты для выбора, предлагают несколько зол, из которых мы выбираем наименьшее (или наибольшее).

Прежде чем сделать выбор, обычно мы обдумываем ситуацию, просчитываем возможные варианты, представляем, к каким последствиям приведет то или иное наше решение. Человеческий разум можно представить в виде компьютера, который скрупулезно обрабатывает всю доступную информацию. В качестве звеньев, из которых наш разум строит длинные логические цепочки, используются идеи, ранее принятые решения, убеждения. То есть к рассмотрению принимаются лишь те идеи, истинность которых неоднократно была проверена на практике или основывается на мнении непререкаемых авторитетов (коиими, кстати, для ребенка являются его родители).

Бесы могут влиять двояко на процесс принятия решений. Во-первых, они напоминают нам о ложных идеях, которые мы по ошибке приняли за истинные. Во-вторых, они предлагают нам связать между собой идеи, которые по законам логики не имеют ничего общего друг с другом <...> Находясь под таким двояким влиянием, наш разум очерчивает для себя ряд ошибочных решений, свободной воле ничего не остается, как выбрать одно из них. Мы превращаемся в осликов, перед носом которых держат хорошо пахнущий макет зрелой морковки. И мы по своей свободной воле стараемся схватить эту наживку и бежим по жизни, не разбирая дороги. «Все бесы покушаются сначала помрачить наш ум, а потом уже внушают то, что хотят; ибо если ум не смежит очей своих, то сокровище наше не будет похищено» (Лествица).

Получая контроль над нашим разумом, бесы обретают контроль и над нашей волей. Поэтому так важно изучить себя, пересмотреть убеждения, которые мы восприняли с детства, разрушить ложные идеи о самом себе, других людях, внешнем мире. Очень важно научиться различать, откуда приходят к нам мысли, чтобы ложь по ошибке не принять за правду и не оказаться в бесовских сетях» [13].

Попавшие в зависимость от алкоголя и наркотиков больные люди, являются пусть даже невольными, но противниками веры Христовой, а верующий врач является рабом Божиим. По словам апостола Павла, « рабу же Господа не должно ссориться, но быть приветливым ко всем, учительным, незлобивым, с кротостью наставлять противников, не даст ли им Бог покаяния к познанию истины, чтобы они освободились от сети диавола, которой уловил их в свою волю» (2 Тим. 2: 24–26).

В своем «Обращении ко всем работающим в госпиталях для нервнобольных» архимандрит Виталий (Устинов), впоследствии Первоиерарх Русской Православной Церкви за границей, говорил: «По учению архиепископа Иннокентия Херсонского, в человеческом теле в некоей тончайшей сети, сотканной из нервов, восседает душа. Эта сеть является пределом телесности в теле и в то же время способом для души выразиться в нем. Нервы – это последние конечности материальности в человеке, которые ее ограждают от другой плоскости духовного мира и в то же время служат материальным посредником для тела ощущать этот потусторонний мир. Таким образом, когда мы своими ли переживаниями, непокорностью воле Божией в горе, беспутной жизнью или излишествами всякого рода повреждаем свою нервную систему, то в этой тонкой, хрупкой сети образуются некие скважины, в которые врываются темные силы, обитающие в области земли, месте изгнания сатаны и всего воинства его. Не Божья же сила, ни Дух Святой будет обитать в этом человеке, растлившем самопроизвольно храм своей души – свое тело.

Другой род душевного заболевания бывает при полном здоровье нервной системы, что в собственном смысле называется одержимостью, но, в сущности, Церковь не делает разницы и оба случая называет одержимостью. Священное Писание помогает нам понять причины этих страшных заболеваний: одни попусшением Божиим захватываются темной силой, потому что Господь видит, что разум свой они будут использовать себе на гибель. Других Господь попускает впасть в эту немощь, чтобы отвратить от какого-нибудь страшного греха по слову апостола Павла: “Предать сатане во измождение плоти, чтоб дух был спасен в день Господа нашего Иисуса Христа” (1 Кор. 5:5).

Но даже в этом страшном состоянии душа человеческая, созданная по образу и по подобию Божию, не может быть полностью захвачена темной силой. Сатана укрывается, как вор, в некоем промежуточном месте между разумом, отдающим приказание, и всеми членами, которые исполняют их. Дьявол перехватывает эти приказы и заставляет члены наши ис-

полнять то, чего сама душа не хочет. От этого постоянного противоречия самой себе, от этого насилия душа одержимая невероятно страдает. Вспомните их дикие крики, вопли, их нечеловеческие стоны, – это кричит душа, которую насилуют темные силы. В таких страшных муках находится душа одержимого человека, и многое она искупляет в этих страданиях. Преподобный Серафим Саровский, святой Иоанн Кронштадтский и многие другие подвижники отказывали в исцелении тому или другому одержимому, ибо провидели своим духовным оком, что одержимость для них более спасительна, чем возвращение им разума» [20].

«Нам надо быть внимательными, чтобы не принимать лукавых телеграмм дьявола, – предупреждает старец Паисий Святогорец. – Принимая их, мы оскверним “Храм Духа Святаго”, от нас удалится Благодать Божия, в результате чего мы (духовно) ослепнем. Увидев наше сердце непорочным, чистым, Святой Дух приходит и обитает в нем. Ведь Святой Дух любит непорочную чистоту. Поэтому Он и явился (на Иордане – *Авт.*) в виде голубя.

Для того чтобы кто-то пришел к свету Христову, он должен захотеть выйти из греховной тьмы. Давайте возьмем в пример человека, который оказался в темном погребе и по оплошности захлопнул за собой дверь. Увидев, как через какую-нибудь дырочку в погреб пробивается луч света, он идет на этот свет, потихоньку расширяет отверстие, находит дверь и выходит наружу. Так же и человек, находящийся во тьме греха: с того момента, как он почувствует добро необходимостью и в него войдет добрая обеспокоенность, он будет прилагать усилия, чтобы выйти из этого мрака. Сказав: “То, что я делаю, – неправильно, я сбился с пути”, человек смиряется, к нему приходит благодать Божия, и в дальнейшем он живет правильно.

Для того чтобы прекратить впадать в грех, человек должен стараться избегать всего того, что провоцирует его на этот грех. К примеру, если пьяница хочет получить помощь и бросить пить, то он не должен проходить даже близко от пивной. <...> Если он падает при том, хотя и прилагает необходимые старания к исправлению, то у него есть некоторые смягчающие вину обстоятельства. Вначале изменить свою жизнь нелегко. Однако, действительно поняв, насколько тяжелы грехи, которые он совершил, человек перестает в них впадать. <...> Таким людям нужно быть очень внимательными. И когда у них появляются различные образы или помыслы из их прежней жизни, им надо изгонять их как помыслы хульные. Такое из-

гнание будет доказательством того, что они уже не принимают эти помыслы, что их (духовный) организм реагирует на них (отрицательно).

Если человек держит [в себе] пусть даже и “немного левый”, то есть злой, помысел о ком-то, то какой бы подвиг он ни совершал – посты, бдение или что-то еще, – все пойдет насмарку. Чем поможет ему аскеза, если он не борется против злых помыслов, но принимает их? Почему он не хочет сначала очистить сосуд от грязного масляного отстоя, пригодного лишь на мыло, а только потом влить в него чистое масло? Зачем он смешивает чистое с нечистым и делает чистое ни на что не годным?

Один чистый, добрый помысел обладает силой большей, чем любой аскетический подвиг» [16].

Вот что говорил по этому же поводу святой праведный Иоанн Кронштадтский: «Иди с миром и постарайся не грешить, не допускай, прежде всего, мыслей греховных: после мыслей придут дела худые, тогда труднее бороться. Если почувствуешь тяжесть борьбы и увидишь, что тебе не справиться со злом самому, беги к духовному отцу и проси приобщить тебя Святых Тайн. Это великое и всесильное оружие в борьбе с пьянством. Не стыдись перед священником назвать свои грехи настоящим именем и не скрывай сего в душе своей. Иначе нельзя получить прощения и силы в борьбе» [11].

Духовно ориентированная психотерапия патологических зависимостей имеет опытно сформировавшуюся и строго продуманную последовательную структуру: он сочетает этапы групповой и индивидуальной духовно ориентированной психотерапии на православной основе. В рамках этих организационных форм выделяются этапы доврачебной (непосредственно при обращении), врачебной и церковной помощи, что дает наивысший терапевтический эффект [5].

Результаты лечения и реабилитации больных наркоманиями, алкоголизмом, табакокурением, игроманией и другими болезненными влечениями зависят не только от метода психотерапевтического воздействия, но и от реабилитационного потенциала, включающего в себя стаж заболевания, сопутствующие социальные условия, преморбид и установку на лечение. По аналитическим данным центра информации Международного института резервных возможностей человека (МИРВЧ) на позитивный долговременный результат в равной мере влияют как лечебное психотерапевтическое воздействие, так и реабилитационный потенциал. Таким образом, с научно-медицинской точки зрения, конечный результат лечения зависит от



встречи прогностически благоприятного пациента с высокопрофессиональным и любящим больного врачом.

Интересен опыт использования духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока (ДОП ЦЗ), полученный под руководством д-ра мед. наук проф. засл. врача Российской Федерации диакона Г.И. Григорьева при духовном окормлении секретаря Епархиального совета, благочинного Центрального округа Санкт-Петербургской епархии настоятеля прихода Князь-Владимирского собора профессора протоиерея Владимира Сорокина и председателя Издательского отдела Санкт-Петербургской епархии, настоятеля прихода собора Феодоровской иконы Божией Матери, кандидата богословия протоиерея Александра Сорокина. Вся организационная структура лечения патологических зависимостей по методу ДОП ЦЗ осуществляется врачами совместно со священниками и 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 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) зарока перед Крестом и Евангелием;

8) врачебная проповедь перед таинством Причастия с произнесением текста общего церковного (целебного) зарока с амвона врачом, повторяемого больными;

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

10) молебен Alexandro-Невского братства трезвости;

11) дальнейшее воцерковление и регулярные (не реже одного раза в месяц) посещения пациентами православных храмов для участия в Божественной Литургии;

12) последующее врачебное психотерапевтическое реабилитационное сопровождение, включающее, при необходимости, и направление в реабилитационные центры. Индивидуальный прием психотерапевтом проводится по мере необходимости: при первичном обращении, после беседы-сеанса и в дальнейшем при появлении любых жалоб пациента на здоровье [4].

Собственно к врачебному сеансу относятся первые четыре этапа, а также последующие врачебные приемы и реабилитация, которые являются психотерапевтически самодостаточными для первичной эффективной специализированной наркологической помощи (преодоление физической, психической и частично духовной зависимостей). Кроме того, эти этапы подготавливают пациентов к получению целительной помощи Церкви. Противники метода могут возразить, что он эффективен лишь для верующих, а у неверующих и представителей других конфессий может вызвать протестную реакцию. Но жизненная практика это опровергает [5].

Таинство Крещения оглашенных больных, пожелавших принести церковный (целебный) зарок, проводится во время вечерней службы или утром накануне Божественной Литургии. Иногда скептики заявляют, что подобный порыв человека прийти в храм после лечения у врача, по сути, часто бывает единственным и не приводит к последующему воцерковлению, так как атеистическая почва, на которой сеется слово Божие, зачастую неблагоприятна.

Отвечая на подобный вопрос одному подвижнику, преподобный Серафим Саровский сказал: «Сей, отец Тимон, сей, всюду сей данную тебе пшеницу. Сей на благой земле, сей и на песке, сей на камени, сей при пути, сей и в тернии: все где-нибудь и прозябнет, и возрастет, и плод принесет, хотя и не скоро» [17].

Как же страждущих людей, далеких от Церкви, привести в храм на исповедь и Причастие? Как не потерять их на дорогах жизни? По-нашему мнению, для пациентов (даже если они и не находятся на стационарном лечении), в особых случаях, по усмотрению священника подготовка к совершению церковных Таинств должна предельно упрощаться. Ведь многие из этих несчастных людей не знают даже «Отче наш», так их воспитали в атеистическое время. И пусть люди эти впервые придут в храм, по промыслу Божию, возможно, и однократно.

Вот что говорил по тому же поводу «случайно» приходящих в храм приснопамятный архимандрит Свято-Успенского Псково-Печерского мужского монастыря Иоанн (Крестьянкин): «Духом Святым оживляется всякая душа, даже самая-самая грязная и смрадная от грехов и пороков. <...> Но если она потянется к Богу, если она захочет очиститься, – Святой Дух, ниспосланный Христом Спасителем от Отца в помощь нам, совершит это чудо! Он очистит грешную душу и, очищенную, возвысит до степени святости. Только бы пожелал этого сам человек. У некоторых “встреча” со Христом происходит неожиданно и почти мгновенно. Зайдет человек по Промыслу Божию как будто случайно в храм Божий посторонним наблюдателем, и вдруг какой-то момент службы, песнопение или слова произнесенной молитвы внезапно так пронзят его душу, так глубоко западут в сердце, что человек становится верующим. И вера его обычно очень крепка, так как поверил он не с чужих слов, не с подсказки, а сам познал, почувствовал присутствие в своей душе благодати Святого Духа» [10].

Начинается ДОП ЦЗ на православной основе с первичного приема. Первичный прием – не формальность, не статистическое анкетирование, он является важнейшим подготовительным этапом к лечению. Рассказ о внутренней картине болезни и переживаниях, связанных с состоянием пациента, становится для него своего рода формой исповедования перед врачом конкретного укоренившегося в душе и теле греха.

У большинства людей наблюдается анозогнозия – они не считают свою патологическую зависимость болезнью, не признают себя больными. То, что при такой самооценке они все-таки обратились за помощью к врачу, является знаменательным событием, свидетельством того, что не столько по разуму, сколько по совести они чувствуют себя грешниками, настроенными на преодоление мучающего их недуга. От психотерапевта требуется поставить наряду с развернутым клиническим диагнозом общий духовный диагноз по святоотеческой шкале страстей, определить этиологию страсти чревоугодия, выявить мотивы формирования установки на исцеление, оценить реабилитационный потенциал и сделать прогноз результатов лечения. Завершается эта стадия необходимыми духовно-нравственными и врачебными советами, а также рекомендациями по прохождению психотерапевтического и церковного этапов лечения. Особый акцент делается на том, что лечит врач, а исцеляет Господь [5].

Огласительная беседа врача-психотерапевта строится в традициях рациональной психотерапии. Опыт духовно полезной беседы и церковного красноречия предлагает правила бережного соблюдения свободы челове-

ческой воли и учит не только доказывать верность оценок тех или иных явлений, но и изъяснять их. Изъяснять – значит выявлять те идеи и побуждения воли, которые созвучны душам слушателей.

Беседа-проповедь как метод воздействия представляет собой духовно полезное разъяснение и убеждение, то есть воздействие на сознание личности через обращение к ее собственному критическому суждению. В результате слушатель путем сравнения и логического упорядочения информации приходит к новым для себя выводам путем свободного волеизъявления. Беседа состоит из двух взаимопроникающих частей. В одной освещаются медицинские аспекты проблемы зависимостей, в другой – духовные.

Медицинская часть беседы содержит объяснение механизмов лечебного действия метода ДОП ЦЗ на православной основе, то есть понятие о резервных возможностях человека и включении их в момент психологического и нейрофизиологического стресса, что приводит к значительному усилению обмена веществ, функций опийной и других нейро-медиаторных эндокринных систем головного мозга, снижению и даже исчезновению проявлений физической и психической зависимостей от алкоголя, наркотиков, курения, азартных игр и др. По каждой конкретной нозологической форме заболевания (виды плотоугодия или чревоугодия по церковной терминологии) даются ясные и четкие разъяснения о нейрофизиологических механизмах его развития [5].

Духовная часть беседы затрагивает вопросы, связанные с духовной зависимостью от наркотиков, приводящей к нарушению незримых связей между духом, душой и телом, – исцеление человека трактуется при этом как восстановление нарушенного триединства. Также в этой части беседы разъясняется святоотеческое учение о восстановлении отношений с любящим Отцом – Богом, о борьбе со «злыми помыслами», о страстях, их болезнетворной и губительной активности, исцеляющем (преображающем) значении покаяния и исповеди, о молитвенной помощи в исцелении, о благодатных таинствах Православной Церкви и, особенно, о смирении человека пред Богом. Этот этап является самым продолжительным в лечении и длится не менее 2–3 ч.

Вероисповедного ценза для пациентов не существует. Церковную же часть лечения проходят только считающие себя православными христианами и лишь по собственному желанию. Верующие других конфессий, а также атеисты и агностики, благодаря обыденному языку беседы психотерапевта, проявляют толерантность к церковно-религиозной интерпретации

своего состояния и пути личного исцеления через обращение к Божией помощи. Они дают лишь медицинский (лечебный) зарок в первую очередь перед собственной совестью и, наконец, перед лечащим врачом. Определенную роль в этом играет житейская философия, как, например, у членов широко распространенных в Америке и Европе анонимных сообществ (алкоголиков, наркоманов, должников, покупателей). Каждый член сообщества, признающий себя зависимым, соотносит свою беспомощность с некоей Высшей Силой, смиряя своеволие и своеумие, а в ответ получает надежду на выздоровление, активизирующую резервные возможности духовного и физического исцеления.

В беседе психотерапевт расставляет необходимые акценты в истории болезни так, что каждый больной осознает траекторию своего грехопадения и ответственность – как личности, созданной по образу и подобию Божию. Содержательность, эмоциональность и сострадательность духовно полезной беседы, как показывает врачебный опыт, сравнима только с опытом проповедничества, преображает слушающих и услышавших. Можно сказать, что внутренняя картина зависимости у каждого больного приобретает новый личностный колорит, меняется не только этика внутреннего восприятия болезненной страсти, но и ее концептуальность.

Простые и проникновенные слова врача предназначены лично для каждого и для всех вместе. Сами же пациенты во время лечебной беседы, стремясь помочь врачу в своем исцелении, эмоционально объединяются в едином порыве избавиться от патологических зависимостей. Формирование доверия к врачу и вера в эффективность метода через объяснения и убеждения часто трактуются как внушение, что в корне неверно, так как в данном случае слово психотерапевта не подавляет волю пациента, а, напротив, пробуждает, укрепляет и активизирует ее. Врач пытается пробудить больного. Слушание слова врача – фаза активного состояния, внимательного и критического. При этом психотерапевт воспринимается не столько как искушенный и всезнающий целитель, сколько как умудренный большим жизненным опытом высокоавторитетный друг и помощник по выходу из зависимости.

Далее врач произносит заградительную молитву сил старца Афонского Пансофия вместе с больными, окропляет их святой водой, читает Святое Евангелие от Матфея (Мф. 11: 28–30). После прочтения Святого Евангелия люди смиренно просят Бога о помощи и совместно приносят медицинский (лечебный) зарок перед Крестом и Евангелием. Заканчивается этот этап совместной молитвой «Отче наш». Повторяя за лечащим вра-

чом слова этой главной для христиан молитвы, данной самим Богом, многие пациенты впервые сознательно с покаянной душой и сокрушенным сердцем обращаются за помощью к Отцу Небесному. Так заканчивается их атеистическое «сиротство».

Подобная огласительная беседа врача не только подвигает больного к покаянию и желанию преодолеть болезнь, но и окончательно формирует это желание. На этом этапе сила желания лечиться и быть исцеленным способна возрасти многократно – до уровня духовно-нравственного преобразования личности. Надежда на исцеление, достигнув высшей степени эмоционального накала и потрясения путем физиологического стресса и покаянной перемены ума, включает резервы духовного и физического исцеления. Формируется доминанта освобождения от пагубной зависимости, условно определяемая как медицинская «материализация зарока». С позиций православной психотерапии – это принятие благодатной Божией помощи вследствие покаянного осознания своей греховности.

Покаяние мы рассматриваем как активное действие и необходимое условие подготовки к Таинству исповеди. «Сказываю Вам, что так на небесах более радости будет об одном грешнике кающемся, нежели о девяти праведниках, не имеющих нужды в покаянии» (Лк. 15: 7). Как учит старец Паисий Святогорец, «настоящее покаяние – осознать свои прегрешения, испытать за них боль, попросить у Бога прощения и после этого поисповедоваться. Таким образом к человеку придет божественное утешение. Поэтому я всегда рекомендую людям покаяние и исповедь. Одну только исповедь я не рекомендую никогда» [16].

«В работе и беседах с пациентами мы, возможно, упускаем один частный, но, представляется, весьма важный момент. А именно, не подчеркиваем то обстоятельство, что покаяние (памятование о зле, которое нам причинили алкоголь и прочие и еще больше могли бы причинить), является не разовым сиюминутным актом, а должно быть постоянно удерживающим, навсегда сохраняющимся в сознании и сердце. Притом постоянство чувства покаяния не должно сопровождаться унынием (депрессией), а напротив – сочетаться с чувством удовлетворения и радости от того, что вы более не совершаете раскаянного греха и впредь его не будете совершать.

Утрата же чувства покаяния обезоруживает, оголяет человека перед лукавым духом. И взамен покаяния неизбежно и все более назойливо в голову ползут мысли о том, какое якобы удовольствие вы получали от алкоголя, других наркотиков, табака, игорной страсти. В таком случае лукавый

дух всегда одерживает победу, а борющийся человек обрекает себя на тяжелей срыв в адскую бездну зависимостей» [7].

Как же больной должен слушать врача?

Данные клинических, психологических и психофизиологических исследований состояния больных до и после сеанса ДОП ЦЗ на православной основе показали своеобразный всплеск сознания и пробуждения личности: значительный рост уровня внимания и сосредоточения, уменьшение рассеянности и расконцентрированности, что, несомненно, указывает на начало формирования основополагающих качеств для исцеления души человека – бесстрастия, смирения и послушания [3].

В «Церковно-славянском словаре» протоиерея Григория Дьяченко о смирении сказано следующее: «Смирение – примирение, мир. <...> Смиреномудрие – обыкновенно берется в писании за смирение, то есть добродетель – гордости противную» [6].

В «Собрании писем оптинского старца Макария к монашествующим» говорится: «Смирением бо все силы врагии сокрушаются. <...> Молитва, пост, хотя и великие оружия, но без смирения они не действуют» [18].

В книге «Начертание христианского учения» сказано: «Возможность, основание, условие всех внутренних побед есть первая победа над собою – в переломе воли и в предании себя Богу, с неприязненным отвержением всего греховного. <...> Потому сила, борющаяся со страстью, есть также ум или дух, в коем сознании свобода, – дух, держимый и укрепляемый благодатию» [21].

Только через «кротость и смирение сердца» возможно восприятие слова Божия: «Приидите ко Мне, все труждающиеся и обремененные, и Я успокою вас; возьмите иго Мое на себя и научитесь от Меня, ибо Я кроток и смирен сердцем, и найдете покой душам вашим; ибо иго Мое благо, и бремя Мое легко» (Мф. 11: 28–30). «Ключ, коим отверзаются таинственные сокровищницы духовных даров ведения и Божественной любви, есть смирение, самоотвержение и предание себя Богу во всякое время и во всяком деле. Этим же ключом заключается и дверь неведения и холодности духовной» [15].

О смирении, или смиренномудрии, пишет святой игумен Синайской горы Иоанн в своем наставлении «Лествица» (лестница восхождения на небо в борьбе со страстями). Слово 25-е (всего их 30) имеет заглавие «Об искоренителе страстей, высочайшем смиренномудрии, бывающем в невидимом чувстве». Святой говорит о смирении: «Никакое слово не может

изъяснить его качество. Одну надпись имеет сие сокровище, – надпись непостижимую, как свыше происходящую; и те, которые стараются истолковать ее словами, принимают на себя труд великого и бесконечного испытания. Надпись эта такова: *святое смирение* <...> не мог я слухом познать блаженное чувство смирения; и потому, будучи последним из всех, как пес, собрав крупичицы, падавшие со стола мудрых и блаженных мужей, т. е. слова их уст, определяя добродетель оную, говорю так: смиренномудрие есть безыменная благодать души, имя которой тем только известно, кои познали ее собственным опытом; оно есть несказанное богатство; Божие именование; ибо Господь говорит: *научитесь* не от Ангела, не от человека, не от книги, но *от Мене*, т. е. от Моего в вас вселения и осияния и действия, *яко кроток есмь и смирен сердцем* и помыслами, и образом мыслей, и *обряцете покой душам вашим* от браней, и облегчение от искусительных помыслов (Мф. 11: 29)» [12].

Митрополит Антоний (Сурожский) поясняет: «Если бы мы умели видеть, освободившись от самих себя, в той внутренней свободе, которую отцы Церкви называют “бесстрастие”, то есть отсутствие страстности, когда человеком не движет, не управляет ничто внешнее и он в царственной свободе действует изнутри, мы тоже могли бы в окружающей нас плотности различать светоносные глубины людей и предметов. Мы тоже могли бы в этом мире, который нам кажется таким непроницаемым и густым, видеть отблеск присутствия Божия, благодати Его действующей везде и во всем.

Но недостаточно видеть, надо еще и слышать. Слышание – акт неослабного внимания. Чтобы услышать, надо не только напрячь слух, но за пределом услышанных слов стремиться уловить смысл, направленность того, что было произнесено или осталось невысказанным. Слышать означает смиренно склониться, стать способным принять то, что другой сеет на поле нашего ума, на поле нашего сердца. В этом подлинный смысл латинского слова *humilitas*, смирение: оно происходит от *humus*, “плодородная земля”. Эту землю мы не замечаем, потому что привыкли, что она всегда тут, под ногами. Это безмолвная, безропотная земля, которая умеет обогатиться всем, что мы выбрасываем в нее, которая способна все превратить в богатство, принять в себя любые семена и дать им плоть, дать им жизнь, позволить им взойти, стать в полноте самими собой, никогда не навязывая семенам своих законов. Наша способность слышать начинается со смирения. Мы должны предложить себя Другому, как эта земля, богатая, безмолвная и полная творческих возможностей.



Но смирение означает также и послушание. Латинское слово *obaudire* имеет два значения: “прислушиваться” и “повиноваться”. Прислушиваться с тем, чтобы услышать, понять и принести плод. Основные условия, чтобы нам предстать перед Богом, – полное внимание, рождающееся из того, что мы во что бы то ни стало хотим услышать, и желание, решимость принять услышанное и принести плод, то есть преобразиться, измениться, из того, что мы есть, стать тем, чем мы призваны быть. Это основоположное состояние в молитве может быть проиллюстрировано на примере человека, который любит наблюдать птиц. Он встает ранним утром, так как должен успеть в поле, в лес до пробуждения птиц, чтобы его приход остался незамеченным. Он затаивается молча и без движения, он весь – слух, весь – внимание. Все его существо прозрачно и восприимчиво, готовое принять печать каждого звука, каждого движения. Он слушает, смотрит, но услышит и увидит то, что происходит вокруг него, только при условии, что он свободен от предвзятости, готов услышать все, что пошлет ему Бог. Его отношение одновременно пассивное и активное: пассивное в том смысле, что он, как земля, *humus*, до конца открыт, активное в том, что он напряженно готов отозваться на всякий вызов, любой призыв Божий. Разве не ясно, что в таком случае, если мы хотим, чтобы наша встреча с Богом стала возможной, если хотим видеть и слышать, недостаточно просто иметь уши и глаза? В нас должен быть порыв, желание, мы должны стремиться услышать и увидеть.

А для этого нужна любовь, хотя бы малая. < ... > Потому что мы видим только то, что любим. Нам кажется, будто мы видим то, что нам ненавистно, на самом деле ненависть нам представляет искаженные образы, уродливые карикатуры. А безразличие, равнодушие – слепы.

Но чтобы достичь глубинного, истинного познания, чтобы видение реальности соответствовало своему предмету, недостаточно видеть, слышать или даже любить: надо еще иметь чистое сердце, способное различить Бога за слоями окружающей потемненности, которые Его скрывают. Потому что подобно тому, как око, потерявшее чистоту, ясность, отбрасывает на все, что видит, свое потемнение, так сердце, потерявшее цельность, не может ни оценивать, ни улавливать реальность вещей, как ее видит Бог» [1].

Главная задача ДОП ЦЗ на православной основе – через восстановление видения (бесстрастия), слышания (смирения и послушания), любви и смиренной чистоты сердца восстановить благодатную радость восприятия мира у современного человека, попавшего в патологическую зависимость,

как непостижимого чуда, созданного Творцом. И тем самым привести к исполнению главной Божией заповеди: «...“Господь Бог наш есть Господь Единый; и возлюби Господа Бога твоего всем сердцем твоим, и всею душою твоею, и всем разумением твоим, и всею крепостию твоею”: вот, первая заповедь! Вторая подобная ей: “возлюби ближнего твоего, как самого себя”; иной большей сих заповедей нет» (Мф. 12: 29–31).

«Если Бог даст, человек придет в себя и, осмотревшись кругом, почувствует тяжесть своего положения и скажет: да из-за чего же, в самом деле, я работаю этим гадким страстям? Все делаю в угоду им, а покоя не имею <...> Не хочу с этих пор покоряться им, брошу все похоти и начну работать Господу Богу и Спасителю моему. Когда <...> скажет так в сердце своем грешник и самым делом обратится ко Господу с сердечным сокрушением и исповедью, тогда в Таинствах преподается ему благодать и сила устоять в своем намерении и одолевая привычные страсти, с каким бы ожесточением ни напали они на него. Пришедшая благодать оживит его дух, который, восприяв права свои, начнет все устремлять к Богу и, встречая на пути преграды со стороны страстей, одолевает, прогоняет и искореняет их. С этого времени начинается борьба насмерть, и чем кто решительнее противится страстям, тем быстрее выходит из области смерти и вступает в область жизни» [22].

Очень важно для духовного исцеления покаяние (по-гречески «метанойя», то есть перемена ума), в котором человек осознает свои грехи, очищает сознание, противостоит вредным помыслам, приходит к христианским убеждениям. И здесь врач-психотерапевт подобен сеятелю Слова Божия из евангельской притчи, а результат его деятельности зависит от плодородия возделываемой им почвы (смирения человека): «...вышел сеятель сеять; и когда сеял, случилось, что иное упало при дороге, и налетели птицы и поклевали то; иное упало на каменистое место, где не много было земли, и скоро возшло, потому что земля была не глубока; когда же возшло солнце, увяло и, как не имело корня, засохло; иное упало в терние, и терние выросло и заглушило семя, и оно не дало плода; иное упало на добрую землю и дало плод, который возшел и вырос, и принесло иное тридцать, иное шестьдесят и иное сто. И сказал им: кто имеет уши слышать, да слышит!» (Мф. 4: 3–9).

Зарок как действие внутреннего человека дается на любой выбранный большим срок путем свободного волеизъявления отказа от конкретных болезненных влечений. Добровольное желание пациента может свидетельствоваться как врачом, так и священником, а контролируется собственной

совестью. Словосочетание «дать зарок» точно отражает решимость, достигнутую страдающей совестью, смирением, сокрушением и покаянием, когда человек с Божией помощью осознает пагубность своего жизненного пути, чувствует волевое бессилие перед грядущим соблазном или укоренившейся греховной страстью и просит о помощи врача, священника и, в конечном счете, – Бога.

Страшную ошибку делает человек, если, пройдя лечение на какой-либо ограниченный срок, в своей душе считает, что по истечении этого срока он может вернуться к употреблению алкоголя, наркотика и при этом сможет соблюдать так называемую меру. Такое представление является крайне опасным, а нередко просто роковым. Это дьявольское изощрение, дьявольская уловка, дьявольская гордыня. Сколько людей пострадали от этого! Таким образом, зарок – это глубоко эшелонированная оборона, защищающая человека от физической, психической и духовной зависимостей. За многие годы работы мы не встречали человека, который снял бы зарок, полагаясь на самого себя, или не продлил его, а впоследствии не пожалел об этом [7].

Мы подошли к одному весьма важному моменту, который объясняет непонятно как случившийся (на первый взгляд) срыв ремиссии. К срыву приводит принятый разумом злой помысел, толкающий по скользкому склону в пропасть страстей человека, невнимательного к своему внутреннему состоянию. Анализируя срывы, все наши подопечные неизменно вспоминали, что толчком к употреблению алкоголя, наркотиков, возобновлению азартных игр были помыслы, вкрадчиво убеждающие о допустимости возврата к предмету своей страсти. Поэтому, по слову святителя Василия Великого, выздоравливающему следует непрестанно учиться «всеми мерами удерживать помысел, установив над ним трезвенный надзор ума, чтобы не дозволить душе предаваться необдуманному стремлению» [2].

В заключение лечения врач накладывает руки на голову больного, читая молитвы о его исцелении: «Царю Небесный...», 90-й псалом, «Да воскреснет Бог...», Спасителю, Божией Матери, Ангелу-Хранителю и др., после чего крестообразно помазует страждущего освященным в церкви елеем (голову, глаза, уши, гортань, руки) и крестообразно окропляет его святой водой. При этом врач произносит слова: «Во имя Отца и Сына и Святого Духа Раб Божий имярек помазуется святым елеем с Гроба Господня во исцеление болезней души и тела – пьянства, наркомании, табакокурения, азартных игр и др.».

Это помазание пяти органов чувств, словно омовение «окон души», совершается по благословению священноначалия, оно не является подменной обрядом церковного елеопомазания и тем более Таинства елеосвящения. В данном случае врач помазует святым елеем больных, как любящий отец – своих детей. Благодатная сила крестного знамения, молитвы, освященного елея и святой воды не подлежит терапевтическому описанию, но действительность соприкосновения и принятия сакрального средства сравнима с живительным действием возбуждающей Божией благодати – Слова Божия, которое, по словам апостола Павла, «проникает до разделения души и духа, составов и мозгов, и судит помышления и намерения сердечные» (Евр. 4: 12).

В конце индивидуального приема врач предупреждает пациента, что, согласно «Начертанию христианского нравоучения», человек как «благоразумный воин должен:

1) перестроить все свое внешнее поведение, всему в нем дать новый вид, новые побуждения, новое время и прочее по духу новой жизни;

2) распределить время свое так, чтобы не оставалось ни одного часа без должного занятия. Промежутки, свободные от необходимых занятий, должны быть наполняемы не чем-нибудь, но занятиями, способствующими умерщвлению греха и укреплению духа. Сколько в этом отношении полезны некоторые телесные подвиги, противоположные замеченным наклонностям, это может испытать всякий;

3) связать свои чувства, особенно глаза, слух и язык легчайшие проводники греха из сердца вовне и извне в сердце;

4) всему вообще, с чем необходимо встречаться, – вещам, лицам, случаям, – дать духовное знаменование и, особенно, место постоянного своего пребывания исполнить вещами поразительнейшими для души, чтобы, таким образом, живя во внешнем, человек жил как бы в некоем Божественном училище» [21].

Пациент сам сообщает врачу о завершении психотерапии на данном этапе или о решении принести церковный (целебный) зарок в храме. Врач, при необходимости (тяжелая форма зависимости, недостаточная готовность к лечению), предлагает больному прийти на повторный сеанс или же на «закрепление» медицинского зарока.

Почему же необходимы «закрепления лечения» и повторные приемы? Ведущая задача ДОП ЦЗ – формирование стойкого трезвеннического мировоззрения и православной духовной ориентации, которые должны обеспечивать устойчивость к любым, как внешним, так и внутренним,

стрессовым событиям, а также разнообразным личностно значимым переживаниям самого больного.

Для этого, в идеале, требуется создать в сознании больного (его центральной нервной системе) «психологический очаг трезвости». А также добиться от человека глубокого понимания разумом и прочувствования сердцем (эмоциями) безусловной целесообразности, необходимости, выгоды и радости ведения трезвой жизни. Такое, вкуче рациональное и эмоциональное понимание и восприятие, будучи устойчиво действующим, и есть – «психологический очаг трезвости».

На сеансе ДОП ЦЗ такой очаг формируется, но в последующем под влиянием жизненных, бытовых и прочих ситуаций, особенно стрессов (по Г. Селье – дистрессов) может размываться, ослабляться и, следовательно, нуждается в периодическом подкреплении. Последнее делается в МИРВЧ согласно принятой методике, когда пациент обращается к врачу для «закрепления лечения».

Больному всеми средствами рациональной психотерапии целенаправленно разъясняется, как на общем сеансе и на индивидуальном приеме, так и при повторных обращениях, мысль об опасности срывов. Срывы положительных результатов лечения возможны в случае стрессов либо при возникновении мыслей о выпивке, а также при появлении полной уверенности в том, что пьянство преодолено навсегда.

В этих случаях необходимо максимально сосредоточиться на очевидных достоинствах и явных преимуществах трезвости, перечеркнув тем самым «приятные» воспоминания, связанные с алкоголем, которые практически пожизненно сохраняются в памяти больного патологическими зависимостями. В противовес этому следует мысленно вызвать в памяти все головные боли и тяжкие психологические последствия пьянства. Вспомнить лечебный сеанс и слова врача о том, что запить в любую минуту вновь можно даже после 50 лет трезвости.

При «закреплении» результатов лечения врач апеллирует к чувству достоинства пациента, его пониманию и осознанию своей ответственности перед самыми близкими людьми и Богом. Нам представляется крайне важным научить больного за хаотическими жизненными стрессами видеть непостижимый Божий промысел. А за вредными помыслами распознавать хитрые, злобные и коварные измышления лукавого врага, желающего грехопадения человека и его гибели в адской бездне.

Вся индивидуальная работа врача с больным при этом направлена на то, чтобы в итоге разрушить наплывы внешних помыслов, чтобы внутрен-

ние греховные желания о выпивке были подавлены, поглощены и ассимилированы «психологическим очагом трезвости». «Очаг трезвости» при этом неизбежно упрочается посредством навыка его мобилизации в критических состояниях самим больным. В этой невидимой прежде брани, ставшей отныне видимой, мобилизуется, укрепляется и закаляется душа исцеляющегося человека.

### *Литература*

1. *Антоний Сурожский*. Труды / Антоний Сурожский. – М. : Практика, 2002. – 1080 с.
2. *Василий Великий*. Творения / Василий Великий. – М. : Паломник, 1993. – Т 2. – 262 с.
3. *Григорьев Г.И.* Концептуальные основы духовно-ориентированной стрессовой психотерапии / Г.И. Григорьев // Вестн. психотерапии. – 2004. – № 12 (17). – С. 134–147.
4. *Григорьев Г.И.* Духовно-ориентированная психотерапия в форме целебного зарока: теоретические основы, организационная структура и информационно-аналитическое обеспечение / Г.И. Григорьев, Р.В. Мизерене, Е.А. Мильчакова. – СПб. : МИРВЧ : ВМедА, 2004. – 150 с.
5. Духовно ориентированная психотерапия патологических зависимостей / под ред. Г.И. Григорьева. – СПб. : ВМедА, 2008. – 504 с.
6. *Дьяченко Г.* Полный церковно-славянский словарь / Г. Дьяченко. – М. : Изд-во Моск. Патриархии, 1993. – 1120 с.
7. *Зверев В.Ф.* Вступительное слово перед лечением по методу целебного зарока / В.Ф. Зверев. – СПб. : МИРВЧ, 2005. – 10 с.
8. *Игнатий (Брянчанинов)*. Творения / Игнатий (Брянчанинов). – М.: Сретенский монастырь, 1997. – Т. 3. – 316 с.
9. *Иерофей (Влахос)*. Православная психотерапия / Иерофей (Влахос). – Сергиев Посад : Свято-Троицкая Сергиева Лавра, 2004. – 368 с.
10. *Иоанн (Крестьянкин)*. Опыт построения исповеди / Иоанн Крестьянкин. – М. : Сретенский монастырь, 2003. – 186 с.
11. *Иоанн Кронштадтский*. Моя жизнь во Христе / Иоанн Кронштадтский. – М. : Паломник, 1999. – 436 с.
12. *Иоанн Лествичник*. Лествица / Иоанн Лествичник. – СПб. : Наука, 2008. – 545 с.
13. *Литвиненко К.Л.* Откуда возникают внутренние проблемы и как их преодолеть / К.Л. Литвиненко, С.В. Литвиненко. – Решма : Свет православия, 2006. – 363 с.

14. *Могилевский Н.* Тайна души человеческой. Святоотеческое учение о борьбе со страстями / Н. Могилевский. – М. : Отчий дом, 1999. – 176 с.
15. *Никодим Святогорец.* Невидимая брань / Никодим Святогорец. – Л. : Тритон, 1991. – 304 с.
16. *Паисий Святогорец.* Слова / Паисий Святогорец. – М. : Святая Гора, 2003. – Т. III : Духовная борьба. – 344 с.
17. Преподобный Серафим Саровский. – М. : Благовест, 1993. – 512 с.
18. Собрание писем старца Макария Оптинского. Письма к монашествующим. – СПб. : Изд-во Л.С. Яковлевой, 1994. – 928 с.
19. Старец Силуан / авт.-сост. архим. С. Сахаров. – М. : Сретенский монастырь, 2000. – 640 с.
20. *Устинов В.* Обращение ко всем работающим в госпиталях для душевнобольных / В. Устинов. – Решма : Свет православия, 1996. – 24 с.
21. *Феофан Затворник.* Начертание христианского нравоучения / Феофан Затворник. – М. : Паломник, 1994. – 260 с.
22. *Феофан Затворник.* О покаянии / Феофан Затворник. – М. : Паломник, 1998. – 186 с.
23. *Цыганков В.А.* Духовно ориентированная реабилитационная программа «Лествица трезвения» / В.А. Цыганков, Г.И. Григорьев, Р.В. Мизерене // Вестн. психотерапии. – 2010. – № 36 (41). – С. 86–97.
24. *Цыганков В.А.* Концептуальные основы духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей / В.А. Цыганков, Г.И. Григорьев, Р.В. Мизерене // Вестн. психотерапии. – 2011. – № 37 (42). – С. 3–41.

# ПСИХИАТРИЯ И ПАТОПСИХОЛОГИЯ

УДК 616.89 : 355.292

*В.К. Шамрей, С.А. Колов, Б.В. Дрига*

## ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ БОЕВОГО СТРЕССА С ПОЗИЦИИ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург;  
Волгоградский областной клинический госпиталь ветеранов войн

### *Введение*

Несмотря на обширное количество исследований, посвященных боевому стрессу (БС) и его последствиям, многие теоретические, методологические и практические вопросы в этой области остаются либо нерешенными, либо дискуссионными. Природа и клинико-психопатологические особенности психопатологических расстройств у комбатантов, особенно в отдаленном периоде боевого стресса, не получили пока однозначной трактовки среди современных ученых. Существующая оценка психических расстройств ветеранов войн (комбатантов) на основе концепции посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) критически воспринимаются многими клиницистами, так как такой подход не охватывает все разнообразие клинических проявлений [11, 15].

Многими исследователями указывается, что понимание характера и специфики психических расстройств и последующее эффективное лечение (реабилитация) зависят от комплексной оценки социальной, психологической и биологической составляющих стресса и его последствий для анализа психического здоровья комбатантов. Используемый при этом в диагностической категории ПТСР (по МКБ-10) принцип прямого детерминизма не согласуется с современным биопсихосоциальным научным подходом [10].

БС затрагивает все уровни человеческого функционирования (физиологический, личностный, интеллектуальный, экзистенциальный (духовный), межличностного и социального взаимодействия и др.), между которыми в реальности происходит непрерывное сложное взаимодействие [3, 5, 14]. Считается, что традиционная оценка ПТСР позволяет выявить преимущественно клиническую его составляющую, однако неясным остается значение гормонального фона в этиологии и патогенезе боевого ПТСР [4,



9, 12], которые, предположительно, могут определять тяжесть данной патологии [2] и значительно влиять на эффективность психофармакотерапии, и, в целом, лечебно-реабилитационной тактики [1, 6]. Период реадaptации участников боевых действий к условиям мирной жизни, помимо прочего, в значительной степени определяется рядом неблагоприятных социальных факторов, оказывающих повторное психотравмирующее воздействие на комбатантов [7].

Цель исследования – изучение особенностей возникновения и развития клинических проявлений боевого ПТСР в отдаленном периоде с позиций биопсихосоциального подхода.

### ***Материалы и методы***

Обследовали 440 комбатантов в возрасте ( $39,7 \pm 0,7$ ) лет. Из них выделили группу в количестве 77 человек со средним возрастом ( $40,9 \pm 6,5$ ) лет, у которых оценили нейроэндокринный статус с помощью определения уровней сыровоточного (плазменного) кортизола и сульфатированной формы дегидроэпиандростерона (ДГЭА-С). Забор крови проводили утром натощак вакутейнером с активатором свертывания в течение 3 дней после госпитализации. Исследование выполняли не позднее 2 ч после забора крови иммунохемилюминисцентным методом на автоматическом анализаторе «Immulite 1000». Конечные результаты выражали в единицах, рекомендованных производителем реагентов «Siemens» (DPC) для анализаторов «Immulite»: (ДГЭА-С – в мкмоль/л, кортизол – в нмоль/л). Соотношение кортизол/ДГЭА определяли в относительных единицах.

Дополнительно к основному клинико-anamnestическому методу использовали:

- Миссисипскую шкалу посттравматических стрессовых реакций (военный вариант) (MS) [12];
- шкалу выраженности боевого стресса (CES) [12];
- многомерную оценку гнева;
- шкалу агрессивного поведения, модифицированный вариант шкалы социальной поддержки D. Zimet;
- Я-структурный тест Г. Амона (ISTA) [8].

Анализ полученных данных проводили с помощью стандартного пакета статистических программ SPSS-17, достоверность различий оценивали с помощью U-критерия Манна – Уитни. Для уточнения всех взаимосвязей симптомокомплекса ПТСР провели корреляционный анализ с помощью

коэффициента Пирсона с выделением существенных, наиболее сильных связей ( $0,227 < r < 0,675$  при  $p < 0,01$ ) между анализируемыми факторами.

### *Результаты и их обсуждение*

Выявлено наличие полного спектра признаков ПТСР у 19,5 % ветеранов локальных конфликтов. При этом симптомы субклинического уровня обнаруживались у всех комбатантов. Чаще всего отмечались признаки физиологической гипервозбудимости (68,1 %) и эхомнезий-интрузии (20,6 %), реже – избегания-протрузии (11,3 %). Средний уровень показателей по MS (пороговое значение – более  $(70,2 \pm 11,7)$  баллов) –  $(79,2 \pm 17,2)$  балла, означающий наличие выраженного боевого ПТСР. Отмечены также высокие показатели по агрессивному поведению –  $(43,0 \pm 10,4)$  балла, патологическому гневу –  $(53,4 \pm 13,4)$  балла, деструктивной агрессивности по ISTA –  $(6,0 \pm 3,1)$  балла, дефицитарной агрессивности по ISTA –  $(4,6 \pm 2,4)$  балла, БС –  $(13,8 \pm 6,1)$  балла, показателю социального отвержения –  $(5,2 \pm 2,4)$  балла. Существенно снижены оказались параметры конструктивной агрессивности по ISTA –  $(8,8 \pm 2,7)$  балла, социальной поддержки –  $(9,6 \pm 3,3)$  балла, индекса разности между показателями социальной поддержки и отвержением ( $\Delta_{СП-СО}$ ) –  $(4,4 \pm 3,3)$  балла. Значения корреляционных плеяд при  $p < 0,01$  между указанными данными приведены в табл. 1.

Медицинская модель ПТСР (как в МКБ-10, так и в DSM-IV-R) предполагает, что возникновение и развитие его симптомов зависит от выраженности и времени экспозиции БС. В нашем исследовании это положение подтвердилось лишь частично, показатель БС обнаружил слабую положительную корреляцию выраженности симптоматики ПТСР по MS ( $r = 0,227$ ), тогда как наиболее сильная положительная корреляционная взаимосвязь была обнаружена с состоянием патологического гнева ( $r = 0,675$ ). Чем выше были общие показатели дисфункционального гнева, тем были более выражены симптомы ПТСР, и наоборот. Таким образом, аффект гнева играл ведущую роль в феномене ПТСР у комбатантов, выполняя функцию осевого признака, вокруг которого формировались все остальные проявления и от которого зависела их интенсивность: гневная, эмоциональная дисрегуляция оказывала прямое влияние на усиление психопатологических проявлений, относящихся к кластеру гиперреактивных симптомов ПТСР (гипербдительность, гиперреактивность и т. п.), а также таких признаков, как инсомния, чувство вины выжившего, специфические нарушения памяти (по типу выпадения) и т. п.

Таблица 1

Корреляционные связи ПТСР с личностными, клиническими  
и социальными показателями ( $n = 440$ )

№	Тест	Шкала	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Шкала D. Zimet	СП	1									
2		СО	-	1								
3		$\Delta_{СП-СО}$	0,73	-0,37	1							
4	СЕС	БС				1						
5	MS	ПТСР	-0,27		-0,38	0,23	1					
6	Многомерная оценка гнева	ГН			-0,32		0,68	1				
7	Шкала D. Zimet	АП			-0,24		0,41	0,46	1			
8	ISTA	АДе			-0,27		0,46	0,52	0,45	1		
9		АДф			-0,28		0,40	0,35		0,34	1	
10		АК										1

СО – социальное отвержение, СП – социальная поддержка,  $\Delta_{СП-СО}$  – индекс разности между показателями социальной поддержки и отвержением, ПТСР – степень выраженности посттравматических стрессовых реакций, АП – агрессивное поведение, БС – боевой стресс, ГН – патологический гнев, АДе – деструктивная агрессивность, АДф – дефицитарная агрессивность, АК – конструктивная агрессивность.

Неотъемлемой частью структуры ПТСР, помимо патологического гнева, являлись агрессивное поведение (АП) и агрессивные деструктивно-дефицитарные части Эго (личности) комбатантов (АП  $r = 0,408$ , АДе  $r = 0,451$ , АДф  $r = 0,400$ ). Чем больше были выражены дефекты личностного развития (в форме блокирования и извращения нормальных форм проявления конструктивной агрессии), тем больше была вероятность развития признаков ПТСР по MS. В свою очередь, возникающие проявления ПТСР вторично усиливали личностный дефект у ветеранов войн. АП являлось одним из главных факторов их психосоциальной адаптации, действие его на усиление признаков ПТСР могло быть прямым (например, за счет оживления в памяти эпизодов военной агрессии, часто до степени flash-backs) и опосредованным, связанным со снижением социальной поддержки. Более наглядно это демонстрировали выявленные отрицательные корреляционные взаимосвязи выраженности симптоматики ПТСР по MS с показателями социальной поддержки ( $p = 0,270$ ) и индекса  $\Delta_{СП-СО}$  ( $p = 0,323$ ). Чем больше оказывался дефицит социальной поддержки и чем более вы-

ражено было социальное отвержение, тем сильнее проявлялась выраженность ПТСР. Выявленные взаимоотношения характеризуют психопатологические расстройства у комбатантов как в значительной степени социально зависимые. При этом необходимо отметить, что речь идет именно о дефиците эмпатии (теплых отношений) со стороны близких людей (родителей, супругов, родственников и друзей), то есть микросоциального окружения.

Проведенный анализ показал, что в отдаленном периоде БС возникновение и развитие психических расстройств у комбатантов во многом зависит не только от интенсивности БС, но и от особенностей социального окружения, что в конечном итоге определяет характерные особенности клинических проявлений боевых ПТСР и специфику психосоциальной дезадаптации комбатантов.

Анализ соотношения гормонально-биологических показателей и выраженности симптоматики ПТСР у участников боевых действий показал, что уровень кортизола у них составил ( $491,80 \pm 184,38$ ) нмоль/л, ДГЭА-С – ( $5,0 \pm 2,9$ ) мкмоль/л, ДГЭА-С/кортизол·100 – ( $1,17 \pm 0,79$ ) усл. ед., ПТСР по MS – ( $89,0 \pm 18,2$ ) балла. Данные корреляционного анализа приведены в табл. 2.

*Таблица 2*

*Корреляционные связи биохимических показателей и ПТСР  
у ветеранов боевых действий (n = 77)*

№	Показатель	1	2	3	4	5
1	Возраст	1				
2	ДГЭА-С	-0,272*	1			
3	Кортизол	–	–	1		
4	ДГЭА-С/кортизол·100	–	0,77**	-0,539**	1	
5	ПТСР (MS)	–	-0,331**	–	-0,237*	1

\* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ .

Установлены при этом сильные отрицательные корреляционные взаимосвязи между уровнями ДГЭА-С и ПТСР, (с кортизолом значимых корреляций обнаружено не было). Дополнительное значение этим данным придает также выявленная обратная корреляция ДГЭА-С с возрастом обследуемых, что ранее было подтверждено и в других исследованиях [13]. Таким образом, полученные результаты подтвердили наличие большей

взаимосвязи психопатологических показателей со снижением концентрации ДГЭА-С в сыворотке крови, чем с уровнем кортизола. Дефицит нейтропротективного гормона ДГЭА является признаком, во многом объясняющим различия в реагировании комбатантов на негативные внешние экстремальные воздействия от эустрессового варианта (личностный рост) до выраженной психосоциальной дезадаптации в отдаленном периоде БС. Концентрация кортизола крови у комбатантов при этом может служить своего рода нейробиологическим маркером выраженности психосоциального стресса, а ДГЭА-С – выраженности психических расстройств (чем выше уровень кортизола, тем выше уровень психосоциального стресса, чем ниже уровень ДГЭА-С – тем были значимыми психические реакции в ответ на это воздействие).

### ***Заключение***

Таким образом, ПТСР в отдаленном периоде БС является производным от многих факторов: биологических, личностных, социальных, поведенческих. При этом психические нарушения, выявляемые у комбатантов в отдаленном периоде БС, являются динамическим процессом, начинающимся в раннем возрасте (как своеобразный личностный дефект), о чем свидетельствуют изменения показателей АДе и, особенно, АДф. Характерологические и связанные с ними гормональные изменения усугубляются при воздействии БС, достигая своего максимума при дополнительном влиянии неблагоприятных социальных условий постбоевой (мирной) жизни.

ПТСР у комбатантов весьма существенно отличается от существующих общепринятых классификационных критериев: невысокой зависимостью от силы БС, выраженной аффективно-стрессовой дисрегуляцией с интенсивным патологическим гневом, а также клинически значимыми проявлениями деструктивного агрессивного поведения. Полученные данные определяют необходимость существенного дополнения или коррекции критериев диагностики боевого ПТСР или рассмотрения их в качестве особого клинического варианта. ПТСР, таким образом, является результатом непрерывного процесса взаимодействия различных биопсихосоциальных факторов, что необходимо учитывать при формировании соответствующих лечебно-реабилитационных мероприятий.

### ***Литература***

1. Горобец Л.Н. Нейроэндокринные дисфункции и нейролептическая терапия / Л.Н. Горобец. – М. : Медпрактика-М, 2007. – 312 с.

2. Клиническая психонейроиммунология / В.Я. Семке [и др.]. – Томск : РАСКО, 2003. – 300 с.
3. *Колов С.А.* Личностный профиль у ветеранов боевых действий с посттравматическим стрессовым расстройством / С.А. Колов, А.В. Остапенко // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2009. – № 5. – С. 53–56.
4. *Линдауэр Р.Й.* Нейробиология посттравматического стрессового расстройства / Р.Й. Линдауэр, И.В. Карльер, Б.П. Герсонс // Соц. и клинич. психиатрия. – 2003. – Т. 13, № 1. – С. 146–150.
5. *Литвинцев С.В.* Боевая психическая травма : руководство для врачей / С.В. Литвинцев, Е.В. Снедков, А.М. Резник. – М. : Медицина, 2005. – 432 с.
6. *Марченко А.А.* Медико-психологическая реабилитация комбатантов с посттравматическими стрессовыми расстройствами и коморбидной аддиктивной патологией личности / А.А. Марченко // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2009. – № 3. – С. 82–84.
7. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса : Ч. 1 : Теория и методы / Н.В. Тарабрина [и др.]. – М., 2007. – 208 с.
8. Я-структурный тест Аммона. Опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне : пособие для психологов и врачей / Ю.Я. Тупицын, А.А. Чуркин, Б.С. Положий [и др.] : С.-Петербург. науч.-исслед. ин-т им. В.М. Бехтерева. – СПб., 1998. – 34 с.
9. Cortisol and post-traumatic stress disorder in adults Systematic review and meta-analysis / M.L. Meewisse [et al.] // British Journal of Psychiatry. – 2007. – Vol. 191. – P. 387–392.
10. *Engel G.L.* The clinical application of the biosocial model / G.L. Engel // Amer. Journ. of Psychiatry. – 1980. – Vol. 137. – P. 535–544.
11. *Herman J.L.* Trauma and recovery / J.L. Herman. – N.Y. : Basic Books, 1992. – 276 p.
12. Marked lability in urinary cortisol levels in subgroups of combat veterans with posttraumatic stress disorder during an intensive exposure treatment program / J.W. Mason [et al.] // Psychosomatic Medicine. – 2002. – Vol. 64, N 2. – P. 238–246.
13. Relationships among plasma dehydroepiandrosterone sulfate and cortisol levels, symptoms of dissociation, and objective performance in humans exposed to acute stress / C.A. Morgan III [at al.] // Archives of General Psychiatry. – 2004. – Vol. 61, N8. – P. 819–825.

14. *Shalev A.Y.* Psychophysiology of the posttraumatic stress disorder: From sulfur fumes to behavioral genetics / A.Y. Shalev, Y. Rogel-Fuchs // *Psychosomatic Medicine*. – 1993. – Vol. 55, N 5. – P. 413–423.

15. *Van der Kolk B.A.* Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and exploratory study / B.A. van der Kolk, R. Fisler // *J of Traumatic Stress*. – 1995. – Vol. 8, N 4. – P. 505–525.

УДК 616.831-001.34-06

*А.А. Краснов, К.А. Кобозова*

## **СОМАТИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ОТДАЛЕННЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ**

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

### ***Введение***

По оценке ВОЗ число больных с отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы (ЧМТ) увеличивается в среднем на 2 % в год [5]. Особую значимость рост травматических поражений головного мозга обретает в периоды вооруженных конфликтов. Согласно различным статистическим данным, черепно-мозговые ранения в масштабных войнах и локальных вооруженных конфликтах XX в. составляли от 8,9 % до 17,9 % всех видов ранений [2, 4, 7]. Отмечается также, что, несмотря на хорошие непосредственные результаты лечения ЧМТ, в периоде отдаленных последствий зачастую происходит ухудшение состояния больных за счет нарастания не только психоневрологических, но и соматических расстройств [3].

В ряде исследований отмечается определенная сопряженность между фактором травматического повреждения головного мозга и формирующимися впоследствии соматическими и психогенно обусловленными расстройствами [1]. В частности, указывается на патогенетические предпосылки к формированию соматовегетативных дисфункций за счет поражения гипоталамуса вследствие «ликворного гидравлического удара» в дно III желудочка головного мозга в момент получения ЧМТ [6]. Вместе с тем, структура, особенности течения, факторы формирования сопутствующих соматических расстройств у лиц с последствиями ЧМТ нуждаются в дальнейшем исследовании.

Цель исследования – изучить особенности соматического здоровья военнослужащих с отдаленными последствиями черепно-мозговых травм. Для достижения поставленной цели изучены уровень и структура соматической заболеваемости у военнослужащих с отдаленными последствиями ЧМТ, оценена значимость фактора травматического поражения головного мозга и психических нарушений периода отдаленных последствий в формировании сопутствующей соматической заболеваемости.

### *Материал и методы*

Обследовали 69 военнослужащих с отдаленными последствиями ЧМТ в возрасте от 23,6 до 40,8 года. Распределение черепно-мозговых травм, наблюдавшихся в исследуемой выборке, по степени тяжести было следующим: легкие сотрясения головного мозга (S 06.0 по МКБ-10) выявлялись у 26 человек (37,7 %), сотрясения головного мозга тяжелой степени – у 18 человек (26,1 %); контузии головного мозга – у 17 человек (24,6 %), контузии вследствие минно-взрывной травмы – у 8 человек (11,6 %).

Структура психической патологии отдаленных последствий ЧМТ включала такие диагностические категории, как: органическое астеническое расстройство (F 06.6 по МКБ-10) – 40,5 %; органическое расстройство личности (F 07.0) – 26,1 %; органическое аффективное расстройство (F 06.3) – 11,6 %; органическое тревожное расстройство (F 06.4) – 7,2 %; легкое когнитивное расстройство (F 06.7) – 4,3 %; травматическая деменция (F02.8x0) – 2,9 %; органическое бредовое расстройство (F 06.2) – 4,3 %; органический галлюциноз (F 06.0) – 2,9 %.

Все военнослужащие на момент проведения исследования освидетельствовались военно-врачебной комиссией (ВВК). В качестве ведущего диагноза, являвшегося причиной освидетельствования, выделялись отдаленные последствия ЧМТ с психическими нарушениями.

Стандарт обследования включал осмотры терапевта, хирурга, офтальмолога, отоларинголога, невропатолога. Помимо специалистов ВВК, каждого из обследуемых военнослужащих консультировал медицинский психолог. После получения черепно-мозговой травмы до освидетельствования (4–9 лет) военнослужащие находились под динамическим наблюдением медицинской службы части, регулярно проходили углубленное медицинское обследование и контрольные осмотры. Результаты динамического наблюдения также являлись материалом для исследования.

В исследовании использовали клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, клинико-архивный методы. В обследовании учи-



тивали результаты дополнительных инструментальных методов обследования и степень тяжести выявленных заболеваний (легкая, средняя тяжесть; часто рецидивирующая / редко рецидивирующая формы). Для оценки значимости фактора психической травмы определяли выраженность эмоционально-стрессовых переживаний и их взаимосвязь с соматической заболеваемостью. При этом использовали «Шкалу выраженности психотравмирующих воздействий для взрослых» (по DSM-III-R).

Полученные результаты сопоставляли с данными обследования контрольной группы (235 человек), включавшей военнослужащих аналогичной возрастной категории, находившихся в сходных профессионально-бытовых условиях, не имевших ЧМТ в анамнезе.

Математико-статистический анализ результатов осуществляли на основе пакета прикладных статистических программ «Statistika 5.0 for Windows».

### ***Результаты и их обсуждение***

В ходе проводимого исследования в обследуемой группе у 51 военнослужащего (73,8 %) выявлены сопутствующие соматические заболевания, что значительно превышало аналогичный показатель контрольной группы ( $p \leq 0,05$ ;  $\chi^2 = 7,2$ ). Общее количество сопутствующих соматических заболеваний в исследуемой группе составило 130 клинических наблюдений. В структуре сопутствующей соматической патологии преобладали заболевания, относимые к категории психогенно обусловленных расстройств. Патологические нарушения данного типа были выявлены у 38 военнослужащих (55,1 %) и составили 47,3 % всех выявленных заболеваний. Значительную долю психогенно обусловленных расстройств составили расстройства вегетативной регуляции внутренних органов. Данного рода расстройства отмечались у 20 военнослужащих (29 %). У 19 пациентов выявлялась нейроциркуляторная дистония, у 2 – дискинезия желчевыводящих путей. В единичных наблюдениях отмечались функциональное расстройство желудка, синдром раздраженного кишечника, дискинезия мочевого пузыря. Вегетативные расстройства характеризовались стойкостью, склонностью к прогрессированию, в ряде случаев отмечались осложнения вегетативных дисфункций, преимущественно в форме частых приступов пароксизмальной тахикардии, наджелудочковых экстрасистолий, гастроэзофагального рефлюкса.

Соматоформные расстройства в отдаленный период ЧМТ не ограничивались вегетативной сферой. Иногда клиническая картина осложнялась устойчивыми соматоформными болевыми расстройствами, характер кото-

рых имел отчетливый вычурный сверхценный оттенок, выходя за рамки классических клинических описаний, и не соответствовал данным объективного обследования. В некоторых наблюдениях выявлялись дисфункции в виде гипервентиляционного синдрома и конверсионной амблиопии.

Другую группу соматических расстройств составили так называемые психосоматозы. Данного рода расстройства выявлялись у 25 военнослужащих (36,2 %) и характеризовались полиморфизмом, например у 7 пациентов отмечались гипертоническая болезнь и хронический гастродуоденит; у 5 – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у 3 – бронхиальная астма; у 1 – сахарный диабет 2-го типа, у 4 – дисплазия щитовидной железы, у 2 – ишемическая болезнь сердца, у 3 – атопический дерматит.

Сравнительная оценка уровня заболеваемости соматическими расстройствами у обследованных военнослужащих в контрольной группе (рис. 1) позволила выявить статистически значимое увеличение уровня психосоматозов ( $p \leq 0,01$ ;  $\chi^2 = 39,05$ ) и соматоформных расстройств ( $p \leq 0,01$ ;  $\chi^2 = 18,4$ ) у военнослужащих с отдаленными последствиями ЧМТ.



Рис. 1. Уровень заболеваемости психогенно обусловленными расстройствами у военнослужащих.

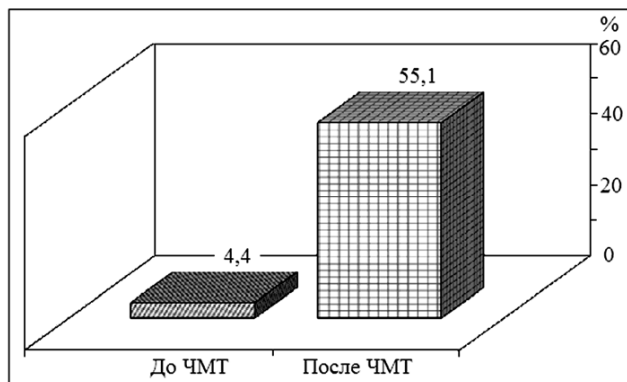
У 18 военнослужащих (26,1 %) отмечалось сочетание двух и более психогенно обусловленных расстройств (психосоматозов и сомато-вегетативных дисфункций). В таблице представлены основные варианты представленности и сочетаний сопутствующих соматических заболеваний. Среди сопутствующих заболеваний, не относящихся к категории психо-

генно обусловленных расстройств, наиболее часто выявлялись миопия, остеохондроз, жировой гепатоз.

*Сопутствующие соматические заболевания у военнослужащих с отдаленными последствиями ЧМТ*

Варианты представленности и сочетаний соматических заболеваний	n (%)
Единичные соматовегетативные расстройства	11 (15,9)
Единичные заболевания, относимые к психосоматозам	9 (13,0)
Сочетание двух и более соматовегетативных расстройств	2 (2,9)
Сочетание двух и более заболеваний, относимых к психосоматозам	9 (13,0)
Сочетание психосоматозов и соматовегетативных расстройств	7 (10,1)
Другие соматические заболевания	13 (18,8)
Отсутствие сопутствующей соматической патологии	18 (26,1)
Всего	69 (100)

На основе анамнестического метода проведен анализ соматической заболеваемости в исследуемой группе до и после ЧМТ (рис. 2).



*Рис. 2 Уровень соматической заболеваемости в исследуемой группе до и после ЧМТ.*

Отмечен значимый рост ( $p \leq 0,01$ ;  $\chi^2 = 42,2$ ) соматической заболеваемости после воздействия повреждающего травматического фактора на структуру ЦНС, пик которой приходился на период отдаленных последствий ЧМТ в среднем через  $(2,5 \pm 1,2)$  года после ЧМТ.

Согласно проведенному анализу текущего состояния военнослужащих и анамнестических данных, хронические эмоционально-стрессовые переживания определялись у 18 пациентов обследованной группы (26,1 % обследованных). Выраженность психотравмирующих переживаний согласно критериям «Шкалы выраженности психотравмирующих воздействий для взрослых» определялась как незначительная – у 7 пациентов; умеренная – у 3; выраженная – у 7; экстремальная – у одного. Структура психотравмирующих переживаний включала незначительные или умеренные психотравмирующие обстоятельства (конфликты с начальством и сослуживцами, конфликты в семье), выраженные и экстремальные психотравмирующие обстоятельства (переживания боевых действий, происходивших в прошлом, смерть близкого родственника и др.).

Следует отметить, что у 6 военнослужащих с верифицированными эмоционально-стрессовыми переживаниями не обнаруживались сопутствующие соматические заболевания. Таким образом, сопряженность сопутствующих соматических заболеваний с хроническими эмоционально-стрессовыми переживаниями отмечалась лишь у 12 военнослужащих (17,4 %). Анализ клинической картины показал, что процесс соматизации протекал на фоне психических нарушений отдаленного периода ЧМТ, включавших стойкую эмоциональную лабильность, искажение структуры эмоциональных реакций, аутохтонность дистимических колебаний, стойкий тревожно-дисфорический фон настроения, ригидность психического возбуждения, вегетативную лабильность. Подобные психические расстройства могут рассматриваться как предрасполагающий фактор развития психогенно обусловленных расстройств даже при отсутствии значимого психотравмирующего воздействия.

### ***Выводы***

1. Травматическое повреждение головного мозга является существенным фактором, способствующим развитию ряда соматических заболеваний. Согласно полученным данным, у 73,8 % обследованных военнослужащих в период отдаленных последствий ЧМТ выявлялась сопутствующая соматическая патология.

2. Основную долю в структуре сопутствующей соматической патологии в отдаленном периоде ЧМТ составили заболевания, относимые к категории психогенно обусловленных расстройств (55,1 %). Выявлено статистически значимое увеличение уровня психосоматозов ( $p \leq 0,01$ ;  $\chi^2 = 39,05$ ) и соматовегетативных расстройств ( $p \leq 0,01$ ;  $\chi^2 = 18,4$ ). При этом

фактор психической травмы в формировании соматической патологии был несущественным и отмечался лишь в 17,4 % наблюдений.

Таким образом, лечение и диспансерное наблюдение военнослужащих с отдаленными последствиями ЧМТ нуждается в согласованном взаимодействии специалистов психиатрического, неврологического и терапевтического профиля.

### *Литература*

1. *Антропов Ю.Ф.* Лечение детей с психосоматическими расстройствами / Ю.Ф. Антропов, Ю.С. Шевченко. – СПб. : Речь, 2002. – 560 с.
2. *Одинак М.М.* Структура боевой травмы мозга и организация оказания неврологической помощи на этапах медицинской эвакуации в вооруженных конфликтах / М.М. Одинак, А.Ю. Емельянов, П.А. Коваленко, А.Ю. Емелин // Воен.-мед. журн. – 1997. – № 1. – С. 56–61.
3. *Петрюк П.Т.* Психосоматические расстройства: вопросы дефиниции и классификации / П.Т. Петрюк, И.А. Якущенко // Вестн. Асоц. психиатров Украины. – 2003. – № 3–4. – С. 133–140.
4. *Самотокин Б.А.* Статистические данные / Б.А. Самотокин // Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. – М., 1950. – Т. 4. – С. 51–60.
5. *Теленгатор А.Я.* Комплексная диагностика у больных с последствиями сотрясения головного мозга / А.Я. Теленгатор, В.А. Готлиб // Журн. невропатол. и психиатрии. – 1992. – № 3. – С. 40–42.
6. *Циркин В.И.* Физиологические основы психической деятельности и поведения человека / В.И. Циркин, С.И. Трухина. – М. : Мед. книга, 2001. – 524 с.
7. *Hammon W.M.* Analysis of 2187 consecutive penetrating wounds of the brain from Vietnam / W.M. Hammon, M.C. Colonel // J. Neurosurg. – 1971. – Vol. 34, N 2. – P. 127–131.

## НАУКОВЕДЕНИЕ

УДК 615.851 : 001.894

*В.И. Евдокимов, Т.Г. Горячкина,  
Т.Н. Эриванцева, Е.И. Чехлатый*

### **АНАЛИЗ ПАТЕНТОВ НА ИЗОБРЕТЕНИЯ В СФЕРЕ ПСИХОТЕРАПИИ В РОССИИ (1994–2010 гг.)**

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины  
им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург;  
Закрытое акционерное общество «ПСО “Система-Галс”»;  
ФГУ Федеральный институт промышленной собственности, Москва;  
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический  
институт им. В.М. Бехтерева

Традиционно в России психотерапию относят к компетенции медицины, в связи с чем в определение психотерапии (от греч. *psyche* – душа, *therapea* – лечение) входят понятия: здоровье, болезнь, лечебное воздействие, больной. Приведем некоторые из определений психотерапии [9]:

- система лечебных воздействий на психику и через психику – на организм человека;
- специфическая эффективная форма воздействия на психику человека в целях обеспечения и сохранения здоровья;
- процесс лечебного воздействия на психику больного или группы больных, объединяющих лечение и воспитание.

В зарубежных определениях и в сфере деятельности психотерапии большее внимание уделяется психологическим аспектам. При всем многообразии психотерапевтических школ, течений и методов (в научной литературе их насчитывается более 400) выделяют три основных концептуальных направлений в психотерапии (рис 1) [8, 9]. Методологией динамического направления является психоаналитическая теория бессознательного, в которой большое значение придается воздействию прошлого опыта на формирование определенного стиля поведения индивида. Лечебный процесс динамической психотерапии конечной целью имеет осознание пациентом бессознательного.

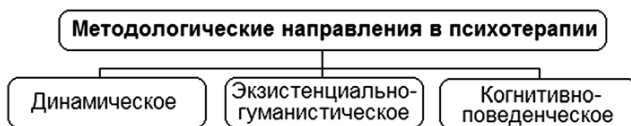


Рис. 1. Основные методологические направления в психотерапии

Экзистенциально-гуманистическое направление психотерапии возмечивает человека, поэтому терапевтический процесс здесь ориентирован не столько на лечение болезни, сколько на личностный рост пациента, достижение более высоких психических возможностей человека.

В когнитивно-поведенческом направлении психотерапии основной акцент делается на моделирование поведения, различные виды научения (обусловливания), которые связываются с теоретическими положениями метода. Это одно из ведущих направлений современной психотерапии.

Изобретение – техническое решение в любой области, относящееся к продукту (в частности, к устройству, веществу, штамму микроорганизма, культуре клеток растений или животных) или способу (процессу осуществления действий над материальным объектом с помощью материальных средств). Не являются изобретениями [6, ст. 1350]:

- открытия;
- научные теории и математические методы;
- решения, касающиеся только внешнего вида изделий и направленные на удовлетворение эстетических потребностей;
- правила и методы игр, интеллектуальной или хозяйственной деятельности;
- программы для ЭВМ;
- решения, заключающиеся только в представлении информации.

Не являются объектами патентных прав [6, ст. 1349]:

- 1) способы клонирования человека;
- 2) способы модификации генетической целостности клеток зародышевой линии человека;
- 3) использование человеческих эмбрионов в промышленных и коммерческих целях;
- 4) иные решения, противоречащие общественным интересам, принципам гуманности и морали.

Изобретению предоставляется правовая охрана и выдается патент, если оно является новым, имеет изобретательский уровень и промышленно применимо. Патентные взаимоотношения в России регулируются 72-й гла-

вой (патентное право) IV раздела Гражданского кодекса [6]. Экспертизу заявок на изобретения, регистрацию, выдачу и учет патентов в России осуществляет Федеральная служба по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам (Роспатент). Срок действия патента на изобретение – 20 лет с момента регистрации заявки.

В соответствии со Страсбургским соглашением о Международной патентной классификации изобретений (МПК) от 21.03.1971 г. в СССР, а затем и Российской Федерации были введены следующие классификации:

- МПК с 01.09.1968 по 30.06.1974 г.;
- МПК<sup>2</sup> с 01.07.1974 по 31.12.1979 г.;
- МПК<sup>3</sup> с 01.01.1980 по 31.12.1984 г.;
- МПК<sup>4</sup> с 01.01.1985 по 31.12.1989 г.;
- МПК<sup>5</sup> с 01.01.1990 по 31.12.1994 г.;
- МПК<sup>6</sup> с 01.01.1995 по 31.12.1999 г.;
- МПК<sup>7</sup> с 01.01.2000 по 31.12.2005 г.;
- МПК<sup>8</sup> с 01.01.2006 по 31.12.2008 г.;

С 01.01.2009 г. вступила в силу 9-я редакция МПК [7]. Сведения об архитектонике патентов (до середины 1992 г. авторских свидетельств) могут оказать помощь при проведении патентного поиска. МПК охватывает все области знаний, объекты которых подлежат защите охраняемыми документами (заявками, патентами) и сгруппированы в восемь разделов (табл. 1).

*Таблица 1*

*Разделы международной патентной классификации*

Индекс раздела	Заголовок раздела
А	Удовлетворение жизненных потребностей человека
В	Различные технологические процессы; транспортирование
С	Химия; металлургия
Д	Текстиль; бумага
Е	Строительство; горное дело
F	Механика; освещение; отопление; двигатели и насосы; оружие; боеприпасы; взрывчатые работы
G	Физика
Н	Электричество

Каждый раздел МПК обозначается заглавной буквой латинского алфавита от А до Н. Заголовок раздела приблизительно отражает его содержание. Каждый раздел делится на классы. Индекс класса состоит из индек-



са раздела и двузначного числа. Заголовок класса отражает его содержание. Каждый класс МПК содержит один или несколько подклассов. Индекс подкласса состоит из индекса класса и заглавной буквы латинского алфавита. Заголовок подкласса максимально точно отражает его содержание.

Ежегодно в 1994–2010 гг. в Роспатент подавались ( $30\,300 \pm 1800$ ) заявок на изобретения и регистрировались по ( $23\,700 \pm 1200$ ) патентов [2]. В структуре патентов наиболее значимый вклад составляют изобретения, соотнесенные с разделами «А», «В» и «С» (рис. 2). К сожалению, в России отмечается очень низкое промышленное использование изобретений (не более 5–10 %) и незначительные лицензионные платежи (0,1 % от общего объема лицензионных платежей в мире).

Патенты сферы медицины и здравоохранения относятся к разделу «А» и обозначаются классом – А61 «Медицина и ветеринария; гигиена». Родственные классы внутри разделов условно объединяются в подразделы, которые не имеют индексации. Например, класс, который содержит сведения сферы медицины, входит в подраздел «Медицина и развлечения». Класс А61 разделяется на 12 подклассов (табл. 2). Подклассы патентов на изобретения подразделяется на основные группы (1/00; 3/00 и т. д.) и подгруппы (1/01; 1/03; 1/15 и т. д.).

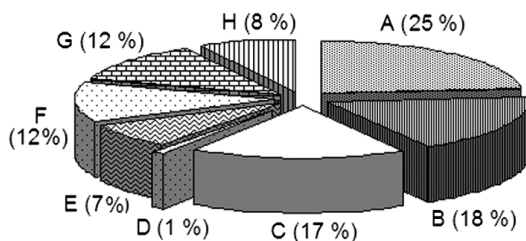


Рис. 2. Структура патентов на изобретения в России за 1993–2008 гг.

Таблица 2

## Рубрикация класса А61 «Медицина и ветеринария; гигиена»

Под-класс	Группа	Под-группа	Название и содержание подкласса
А61В			Диагностика; хирургия; опознание личности (исследование биологического материала)
	5/00	Измерение для диагностических целей	
		5/16	... устройства для проведения психологических опытов
А61С			Стоматология; гигиена полости рта и уход за зубами
А61F			Фильтры, имплантируемые в кровеносные сосуды; протезы; устройства, обеспечивающие проходимость или предотвращающие сжатие трубчатых структур тела, например стенты; ортопедические устройства, устройства для ухода за больными, противозачаточные средства; компрессы и припарки; лечение или защита глаз и ушей; бандажы, перевязочные средства или впитывающие прокладки; аптечки первой помощи
А61G			Перевозка, индивидуальные средства передвижения или приспособления для ухода, специально предназначенные для пациентов или людей с ограниченными возможностями в движении
А61Н			Устройства для физиотерапии, например устройства для определения местонахождения или стимулирования рефлекторных точек на поверхности тела; искусственное дыхание; массаж; устройства для купания со специальными терапевтическими или гигиеническими целями или для отдельных частей тела
	1/00	Устройства для пассивной лечебной гимнастики; виброаппараты; устройства для мануальной терапии и др.	
	7/00	Устройства для массажа разминанием с отсасыванием; устройства для массажа кожи растягиванием или поглаживанием, не отнесенные к другим подклассам	
	39/00	Устройства, используемые в физиотерапии для определения местонахождения или стимулирования специфических рефлекторных точек на поверхности тела, например иглоукальванием	
А61J			Упаковки и сосуды, специально предназначенные для медицинских или фармацевтических целей; способы и устройства, специально предназначенные для придания лекарственным препаратам определенной физической или иной, удобной для употребления формы; приспособления для введения пищи или лекарственных препаратов перорально; соски-пустышки; приемники для мокроты
А61К			Лекарства и медикаменты для терапевтических, стоматологических или гигиенических целей
	31/00	Лекарственные препараты, содержащие органические активные ингредиенты	
	35/00	Лекарственные препараты, содержащие вещества или продукты реакции неизвестного строения	

Под-класс	Группа	Под-группа	Название и содержание подкласса
A61L			Способы и устройства для стерилизации материалов и предметов вообще; дезинфекция, стерилизация или дезодорация воздуха; химические аспекты, относящиеся к бандажам, перевязочным средствам, впитывающим прокладкам или к хирургическим приспособлениям; материалы для бандажей, перевязочных средств, впитывающих прокладок или хирургических приспособлений
A61M			Устройства и приспособления для введения лекарств в организм или для нанесения их на кожный покров человека
	21/00	Прочие способы и устройства, вызывающие изменения в состоянии сознания; устройства для усыпления или прерывания сна механическими, оптическими или акустическими средствами, например для гипноза	
	21/02	... для усыпления или расслабления, например непосредственно стимулирующей нервной системы, гипнозом, обезболиванием	
A61N			Электротерапия; магнитотерапия; лучевая терапия; ультразвуковая терапия
	1/00	Электротерапия; схемы для этой цели	
	5/00	Лучевая терапия	
A61P			Специфическая терапевтическая активность химических соединений или лекарственных препаратов
	25/00	Лекарственные средства для лечения нервной системы	
A61Q			Специальное использование косметических или подобных туалетных средств

В табл. 3 представлено количество выданных патентов на изобретения по подклассам класса А61 [4]. Подклассы А61Р и А61Q введены соответственно 7-й и 8-й редакциями МПК. На патентных документах классификационные индексы подкласса А61Q не проставляются первыми.

На рис. 3 изображена количественная динамика патентов на изобретения класса А61, на рис. 4 – структура патентов класса А61. При значительной вариабельности кривой степенный ряд при коэффициенте детерминации ( $R = 0,73$ ) со статистической значимостью показывает рост изобретений по классу А61.

Таблица 3

## Патенты на изобретения класса А61 «Медицина и ветеринария; гигиена»

Под-класс	Год															
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
A61B	523	467	469	707	700	780	779	599	855	1212	993	966	1083	1057	1192	1395
A61C	43	70	48	85	88	52	73	52	74	87	84	82	107	71	100	104
A61D	20	20	12	20	12	12	20	11	9	21	21	20	21	15	26	40
A61F	165	153	239	304	324	304	240	198	258	442	336	280	318	338	368	456
A61G	31	29	46	38	24	21	20	13	24	24	24	24	28	18	31	31
A61H	132	121	146	207	171	129	137	91	125	155	135	127	175	142	137	150
A61J	3	6	8	12	18	9	4	5	12	10	11	10	9	8	13	8
A61K	417	581	540	1000	1145	1023	991	804	1130	1387	1203	991	1117	1045	1369	1456
A61L	34	51	53	81	68	86	62	57	54	84	87	64	51	50	101	81
A61M	145	106	117	165	167	144	131	93	120	201	141	122	151	152	147	181
A61N	133	130	174	260	221	205	251	179	208	285	194	188	197	180	178	223
A61P	0	0	0	0	0	0	1	0	6	2	1	2	5	10	27	34
A61Q	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	3	4	3

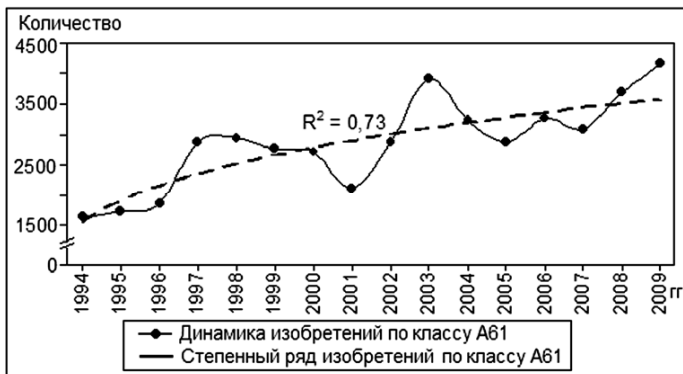


Рис. 3. Динамика патентов на изобретения по классу А61 в России.

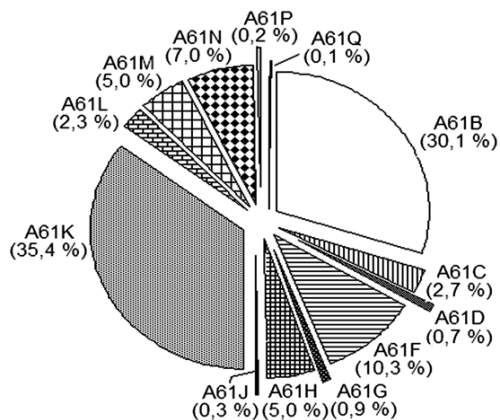


Рис. 4. Структура патентов на изобретения по классу А61  
(обозначения см. в табл. 2).

### **Материалы и методы**

Для поиска патентов использовали электронную базу данных (БД) рефератов российских патентов на русском языке с 1994 г. (RUPATABRU) Федерального института промышленной собственности (ФИПС) Роспатента [5] (рис. 5). Объектами исследований в настоящем сообщении явились отечественные патенты на изобретения по классу А61.

При открытии главной страницы Роспатента слева находили опцию «Информационные ресурсы» (см. рис. 5, п. 1), нажав на нее мышью компьютера, попадали на страницу общих сведений об информационных ресурсах. Выбирали опцию «Информационно-поисковая система» (см. рис. 5, п. 2) и через нее переходили на страницу входа в платные и бесплатные БД ФИПС. Использовали бесплатную базу данных, для чего вводили имя пользователя «guest» и пароль «guest», после чего активировали опцию «Войти» (см. рис. 5, п. 3) и открывали страницу выбора БД патентных документов.

**ФГУ ФИПС**  

**Федеральная служба по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам (РОСПАТЕНТ)**

**Информационные ресурсы**  
**Информационно-поисковая система**  
 Открытые рефераты  
 Электронные **2** летени

**1** >>>САЙТ РОС  
 НОВОСТИ  
 О ФГУ ФИПС  
 ИНФОРМАЦИОННЫЕ РЕСУРСЫ

**3** **Вход в ИПС**  
 Для входа в **бесплатные** БД - МПК, МКТУ, МКПО, ений (IMPIN), БД рефератов Российски  
 Имя пользователя:   
 Пароль:

**4** **ВЫБОР БД:** **Патентные документы РФ (рус.)**  
 Поиск  
 Рефераты российских изобретений  
 Заявки на российские изобретения  
 По **4** ты российских изобре-  
 из документов

**5** Вид поиска:  Поиск  
 Основная область запроса:   
 Название:   
 Номер документа:   
 Опубликовано:   
 МПК:

**6** Найдено **106** документов  
 Поиск произведен в библиотеке  
 "Рефераты российских изобретений (РИ)"  
 Поисковый запрос:  
 психотер\* 1994.01.01-2000.12.31

№ публикации	Дата публикации	Название
92.	2034576 1995.05.10	Способ лечения алкогольной, нико-

**7** **РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ**

 (19) **RU** (11) **2034576** **C1** (13)  
 (51) мпк<sup>6</sup> А61М21/00, А61Н39/00  
 (12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(21) Заявка: **93050572/14, 18.11.1993**  
 (45) Опубликовано: **10.05.1995**  
 (56) Список документов, цитированных в отчете о поиске: **Довженко А.Р. Организация ...**  
 Адрес для переписки

(71) Заявитель(и):  
**Григорьев Григорий Игоревич**  
 (72) Автор(ы):  
**Григорьев Григорий Игоревич**  
 (73) Патентообладатель(и):

**(54) СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ, НИКОТИНОВОЙ И НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ**  
 (57) Реферат. Изобретение относится к медицине, в частности к наркологии, и может

Рис. 5. Алгоритм поиска патентов на изобретения в БД ФИПС.

Объектами нашего исследования являлись патенты на изобретения, в связи с чем использовали опции «Патентные документы» и далее – «Рефераты российских изобретений», которые отмечали галочкой (см. рис. 5, п. 4). Эта БД позволяла просмотреть рефераты за 1994–2011 гг. Найдя слева информационную опцию «Поиск», попадали в окно данных поискового запроса (см. рис. 5, п. 5). Поиск здесь возможен по ключевым словам, номерам патентов, дате выдачи патента, по авторам, заявителям и патентооб-

ладателям, по номерам заявок и дате их опубликования, по рубрикам МПК и др. Ключевые слова, используемые для поиска, следует:

а) морфологически изменять – усекать до корня (только для русских слов!), вводить части слов без окончаний и, по возможности, без некоторых суффиксов. Например, усеченному ключевому слову «психотер\*» будут соответствовать слова, найденные при поиске: психотерапия, психотерапевты, психотерапевтический и т. п.;

б) использовать операторы присоединения, например оператор И (and) позволяет в названии и рефератах выискивать заданные слова, в которых встречаются сразу все заданные ключевые слова, оператор ИЛИ (or) – слова, встречающиеся в электронных записях вместе и каждое по отдельности, оператор НЕ (not) – исключают те записи, в которых встречаются поисковые слова (рис. 6).



Рис. 6. Алгоритм действия операторов присоединения.

Одновременное заполнение нескольких поисковых окон, например представление ключевых слов, периода издания (конкретной даты), рубрики МПК и т. д., сужает поток документов поиска. Сайт Роспатента содержит инструкцию по проведению поиска [5].

Нажав на опцию «поиск» (см. рис. 5, п. 5), переходили на страницу выдачи перечня найденных патентов (см. рис. 5, п. 6). В связи с тем, что в перечень входит не более 200 патентов, массив выдачи патентов можно дробить, сужая временные границы поиска. Следует обратить внимание на то, что при введении в поисковую форму даты (временного периода) вначале вводится год, затем месяц и только потом число месяца. Активировав номер (название) патента, выводили на монитор персонального компьютера его реферат и иллюстрации (рисунки, таблицы, схемы – если таковые имеются) (рис. 5, п. 7).

На рис. 7 представлен алгоритм просмотра описаний патентов изобретений при известности его номера. Со страницы «Информационные ресурсы» ФИПС переходили на страницу «Открытые ресурсы» (рис. 7, п. 1), а через нее на страницу перечня открытых ресурсов (см. рис. 7, п. 2).

**ФИПС** Федеральная служба по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам (Роспатент)

**Информационные ресурсы**

О ФГУ ФИПС

ОТДЕЛЕНИЕ «ВСЕРОССИЙСКАЯ ПАТЕНТНО-ТЕХНИЧЕСКАЯ БИБЛИОТЕКА»

ОТДЕЛЕНИЕ «ПАЛАТА ПО ПАТЕНТНЫМ СПОРАМ»

ПАТЕНТНО-ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПРОДУКТЫ

ПОШЛИНЫ

УСЛУГИ ФГУ ФИПС, ТАРИФЫ

ЭЛЕКТРОННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ЗАЯВИТЕЛЯМИ

НАУЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

ИНФОРМАЦИОННЫЕ РЕСУРСЫ

Информационно-поисковая система

Открытые реестры

Международные классификации

Электронные ресурсы

Услуги

Контакты

**Информационно-поисковая система.**

Открытые реестры

Электронные бюллетени

Международные классификации

Услуги.

Выберите раздел

Реестр товарных знаков и знаков обслуживания

Реестр наименований мест происхождения товаров

Реестр общеизвестных в Российской Федерации товарных знаков

Реестр международных товарных знаков

Реестр изобретений Российской Федерации

Реестр патентов на модели Российской Федерации

Параметр: Значение:

Номер регистрации

1 - 2499999

2400000 - 2499999

2410000 - 2419999

2415000 - 2419999

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

19) RU (11) 2279899 (13) C2

(51) мпк<sup>8</sup> А61М21/00 (2006.01)

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(21), (22) Заявка: 2004119506/14, 25.06.2004

(24) Дата начала отсчета срока действия патента: 25.06.2004

(45) Опубликовано: 20.07.2006

(56) Список документов, цитированных в отчете о поиске: Психотерапевтическая энциклопедия под ред. ...

(72) Автор(ы): Абабков В.А. (RU), Кайдановская Е.В. (RU), Карвасарский Б.Д. (RU), < и др. >

(73) Патентообладатель(и): Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева (RU)

(54) СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

(57) Реферат  
Изобретение относится к медицине, а именно к психотерапии и клинической психологии. Психотерапию проводят с использованием

Рис. 7. Алгоритм поиска описания патента к изобретению.

Выбирали опцию «Реестр изобретений Российской Федерации», а затем попадали на страницу для ввода номера патента (см. рис. 7, п. 3). В окошечке «Значение» указывали искомый номер патента и через опцию «Показать» переходили на страницу выведения описания изобретения на монитор (см. рис. 7, п. 4). За основу анализа патентов принят ГОСТ 15.011-96 [3, 10].



### *Результаты и их анализ*

В соответствии с принятой медицинской концепцией психотерапии из потока, содержащего около 48 тыс. медицинских патентов за 1994–2010 гг., выделены 319 патентов на изобретения по психотерапии. Эти патенты составили 0,7 % от количества всех медицинских изобретений в России. Ежегодно в сфере психотерапии патентовались по  $(19 \pm 2)$  изобретения. Количественная динамика изобретений представлена на рис. 8. При низком коэффициенте детерминации ( $R^2 = 0,33$ ) степенной ряд динамики патентов сферы психотерапии прогнозирует их увеличение.

Однако статистика не учитывает «человеческий фактор». После вступления Гражданского кодекса, в состав которого вошла глава, касающаяся патентных прав, был введен в действие «Административный регламент ...» [1]. Изложенные в нем подходы ужесточили требования, предъявляемые к анализу подаваемых заявок на изобретения. В частности, красной нитью сквозь все требования и нормы проходит то, что изобретение – это техническое решение. Очевидно, что используемые в практике психотерапии и психологической коррекции методики трудно назвать техническими. Эти области наук тесным образом взаимосвязаны с мыслительными процессами, характеризующими не что иное, как интеллектуальную деятельность. При этом согласно п. 5 ст. 1350 Гражданского кодекса [6] интеллектуальная деятельность не является изобретением (см. введение). Изложенные в регламенте новые подходы экспертизы позволяют эксперту отказать в выдаче патента на изобретение, например, если заявленное решение отличается от прототипа только так называемыми нетехническими признаками, признаками, характеризующими интеллектуальную деятельность, представление информации.

В качестве примеров решений, не считающихся изобретениями (в условиях действия существующих в настоящее время нормативных актов) можно привести следующие. Использование в психодиагностике опросников, содержащих набор утверждений, которым соответствуют определенные балльные оценки, характеризуют не что иное, как «интеллектуальную деятельность», которая заключается в анализе информации (анализе утверждений, содержащихся в опроснике), выборе соответствующих баллов, обработке полученных результатов и последующем умозаключении о наличии того или иного диагностируемого состояния.

Другим примером, также характеризующим лишь «интеллектуальную деятельность», но не изобретение, является методика проведения психотерапии ожирения, заключающаяся в том, что пациент должен представить

себя сначала толстой и неуклюжей гусеницей, затем куколкой и в итоге превратиться в прекрасную порхающую бабочку. Изложенная методика также основана только на выполнении мыслительных приемов. «Спасить» ситуацию может включение в изобретение объективных показателей (лабораторных/инструментальных) функционального состояния организма, результаты психофизиологических тестов, которые измеряют выраженность психических процессов, через оценку физиологических функций и др.

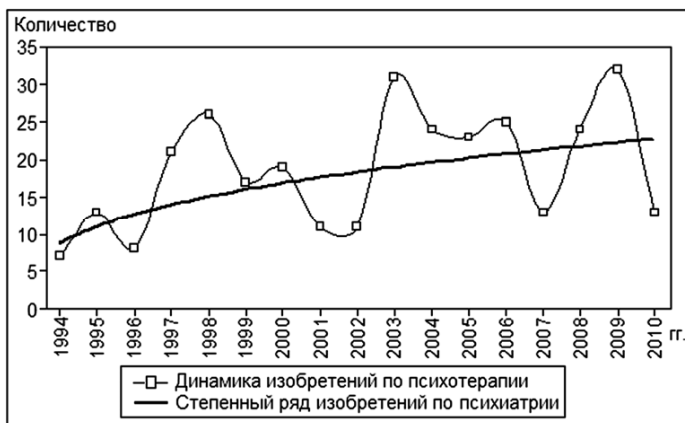


Рис. 8. Динамика патентов на изобретения по психотерапии.

Само собой разумеется, что самой представительной оказалась группа 21/00 подкласса А61М МПК (31,5 %). Следующими по значимости в структуре патентов были изобретения, отнесенные к группам 5/00 подкласса А61В (11,2 %), 31/00 подкласса А61К (9,8 %) и группы 39/00 подкласса А61Н (8,8 %) (рис. 9).

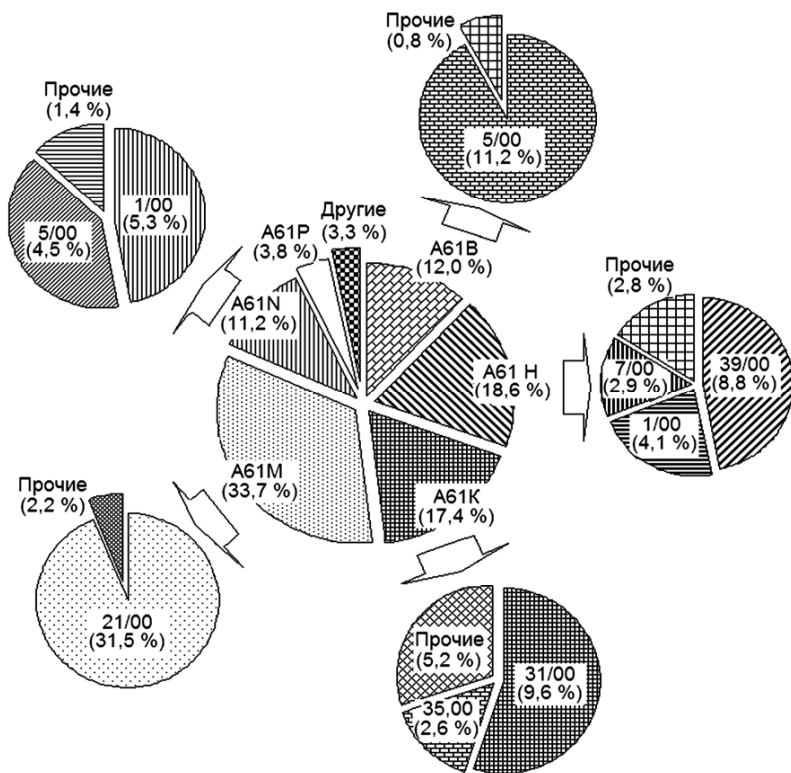


Рис. 9. Структура патентов по подклассам и группам МПК  
(обозначения см. в табл. 2).

При группировании изобретений по основным методологическим направлениям в психотерапии (см. рис. 1) понимали, что не все психокоррекционные техники могут быть строго соотнесены к ним. Как правило, эти техники относили в то методологическое направление, которого придерживался автор изобретения. Как и следовало ожидать, наиболее представительными в изобретениях оказались методические приемы когнитивно-поведенческого направления в психотерапии (55,4%), дополнительно интегративные с методами психофизиологической коррекции – в 31,4%, с методическими приемами экзистенциально-гуманистического направления – в 0,9%, с динамическим направлением – в 3,4% изобретений (рис. 10). Методические приемы динамического направления в психотерапии нашли от-

ражение в 4 % патентов. Изобретения, содержащие методики экзистенциально-гуманистического направления в психотерапии, составили 1,2 %.



Рис. 10. Структура патентов на изобретения по методологическим направлениям в психотерапии (%).

Методические приемы психотерапии, направленные на лечение зависимого поведения, содержались в 35 % патентов (рис. 11). 31 % проанализированных изобретений был посвящен методическим приемам, направленным на лечение, реабилитацию и профилактику заболеваний (без указаний нозологической принадлежности) и оптимизацию психических функций организма (например, при стрессе, обучении и т. д.), в том числе на оценку эффективности проводимой психотерапии – 3 %. Лечение неврозов и неврозоподобных состояний представлены в 13 % изобретений, психозов – в 1,4 %, психосоматических расстройств – в 15 %.



Рис. 11. Структура объектов воздействий у изобретений по психотерапии.

### *Заключение*

Патенты на изобретения сферы психотерапии составляют 0,7 % от всех патентов по медицине класса А61 МПК. Ежегодно в России патентовались ( $19 \pm 2$ ) изобретения этого класса. Самыми представительными были группы 21/00 подкласса А61М, 5/00 подкласса А61В, 31/00 подкласса А61К и 39/00 подкласса А61Н. В общей сложности они составили 61,3 % от количества всех патентов сферы психотерапии. Эти данные можно использовать при патентном поиске.

Методологические аспекты когнитивно-поведенческой психотерапии обусловили 91 % патентов, в том числе интегративные с другими коррекционными техниками – 34 % случаев, динамической – 7 %, экзистенциально-гуманистической – 2 % случаев.

Методические приемы изобретений по психотерапии направлены в основном на лечение зависимого поведения, психосоматических расстройств, неврозов и оптимизацию психического состояния индивида.

### *Литература*

1. Административный регламент исполнения Федеральной службой по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам государственной функции по организации приема заявок на изобретение и их рассмотрения, экспертизы и выдачи в установленном порядке патентов Российской Федерации на изобретение : утв. приказом Минобрнауки России от 29.10.2008 г. № 327, зарегистрирован Минюстом России 20.02.2009 г. № 13413 // Бюл. нормат. актов федер. органов исполнит. власти. – 2009. – № 21. – URL: <http://www1.fips.ru> (дата обращения 07.05.2011 г.).

2. Годовой отчет Федеральной службы по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам России (Роспатент) : 1999–2010 гг. [Электронный ресурс] / Федер. ин-т пром. собственности (ФИПС) Роспатента. – URL: <http://www1.fips.ru> (дата обращения 14.02.2011 г.).

3. ГОСТ Р 15.011–96. Патентные исследования. Содержание и порядок проведения. – Введ. 30.01.96. – М. : Изд-во стандартов, 1996. – 27 с. – (Система разработки и постановки продукции на производство).

4. Ежегодное патентное обозрение за 2008 год. Патентование в Российской Федерации / [сост.: Е.Е. Бирзгал, А.П. Колесников]. – М. : Патент, 2009. – 333 с.

5. Информационные ресурсы [Электронный ресурс] / Федер. ин-т пром. собственности (ФИПС) Роспатента. – URL: <http://www1.fips.ru> (дата обращения 14.02.2011 г.).

6. Комментарий к Гражданскому кодексу Российской Федерации : часть четвертая (постатейный) / Э.П. Гаврилов, О.А. Городов, С.П. Гришаев [и др.]. – М. : Проспект : ТК Велби, 2007. – 782 с. – (Проф. юрид. системы «Кодекс»).

7. Международная патентная классификация : 9-я ред. [вступила в силу 01.01.2009 г.] : базовый уровень : в 5 т. – М. : Федер. служба по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам : Всемир. орг. интеллектуальной собственности, 2009. – Т. 5 : Руководство к МПК. – 54 с.

8. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд., доп. – СПб. [и др.] : Питер, 2006. – 944 с.

9. Психотерапия : учебник / [Абабков В.А, Исурина Г.Л., Казаковцев Б.А. и др.] ; под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд., доп. – СПб. [и др.] : Питер, 2007. – 672 с. – (Нац. мед. б-ка).

10. *Скорняков Э.П.* Патентные исследования : учеб.-метод. пособие / Э.П. Скорняков, М.Э Горбунова. – М. : Информ.-изд. центр Роспатента, 2006. – 163 с.

## РЕФЕРАТЫ

**Афанасьева Е.Д.** Материнство ВИЧ-инфицированных женщин: клинико-психологический аспект // Вестник психотерапии. – 2011. – № 38 (43). – С. 9–30.

В статье описываются особенности психологической адаптации к материнству у ВИЧ-инфицированных женщин. Показано, что низкая отзывчивость к потребностям ребенка ВИЧ-инфицированной матери связана с другими дисфункциональными характеристиками взаимодействия с ребенком. Не отзывчивые к потребностям ребенка ВИЧ-инфицированные матери характеризуются эмоциональными нарушениями и пониженным качеством жизни, имеют отягощенный медико-социальный анамнез.

**Ключевые слова:** ВИЧ/СПИД, материнское отношение, младенческий и ранний возраст, отзывчивость матери, нарушение адаптации к материнству.

**Колотильщикова Е.А., Бабурин И.Н., Караваева Т.А.** Сравнительное исследование актуального психического состояния у больных с невротическими и неврозоподобными расстройствами // Вестник психотерапии. – 2011. – № 38 (43). – С. 31–41.

Представлены результаты сравнительного исследования психического состояния у больных с невротическими ( $n = 586$ ) и неврозоподобными расстройствами ( $n = 39$ ), проведенного с помощью симптоматического опросника Александровича и опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R). Полученные данные отражают специфические особенности клинических характеристик рассматриваемых групп и имеют достоверные различия, которые позволяют наиболее точно и качественно проводить дифференциальную диагностику этих патологических состояний.

**Ключевые слова:** невротические расстройства, неврозоподобные расстройства, дифференциальная диагностика невротических расстройств, симптоматический опросник Александровича, опросник выраженности клинической симптоматики.

**Билый А.М.** Тип личности по системе ЭСКАЛ и уровень внутренне-го напряжения при выполнении деятельности // Вестник психотерапии. – 2011. – № 38 (43). – С. 41–46.

Изучены 32 пациента в возрасте 25–50 лет с диагнозом «Астено-невротическое состояние» (F48.0 по МКБ-10) со стажем работы 8–37 лет. Установлено, что оцениваемое экспертной системой комплексного анализа личности (ЭСКАЛ) внутреннее напряжение, возникающее у личности для реализации необходимого типа поведения, отражает степень соответствия качеств и свойств личности профессионально-важным качествам (ПВК) деятельности. Чем меньше свойства и качества личности соответствуют ПВК деятельности, тем значительнее выражено внутреннее напряжение у личности, которое направлено на реализацию требований деятельности. Со временем такое напряжение может приводить к снижению работоспособности, эффективности деятельности, формированию профессионального выгорания специалистов.

**Ключевые слова:** психофизиология, темперамент, профессиональное здоровье, профессиональное выгорание.

**Малкова Е.Е.** Роль этнокультуральных факторов в психологической диагностике и коррекции эмоционально-поведенческих расстройств у детей и подростков // Вестник психотерапии. – 2011. – № 38 (43). – С. 47–58.

Рассматриваются проблемы кросскультуральной (транскультуральной, этнокультуральной) психиатрии связанные с ролью этнических и социокультуральных факторов в развитии нарушений психического здоровья у человека. Показано, что помимо решения языковых проблем, огромное значение для оказания качественной психологической помощи детям и подросткам имеет этническая специфика, требующая особой подготовки специалиста клинического психолога и разработки адресных программ, учитывающих национальность, особенности культуры, национальные традиции воспитания и взаимоотношений в семье.

**Ключевые слова:** психологическая помощь детям, этнокультуральные особенности, кросскультуральная психиатрия, этнопсихология, диагностика развития.

**Харькова О.А., Ляшенко А.А.** Клинико-биологический и социально-психологический подходы к изучению табакокурения (обзор литературы) // Вестник психотерапии. – 2011. – № 38 (43). – С. 58–65.



Выделены два основных подхода к изучению различных аспектов табакокурения: клинико-биологический и социально-психологический. В основе клинико-биологического подхода табакокурения лежит выделение наркологического недуга, в то время как социально-психологического – поведенческая реакция человека в рамках его деятельности в условиях микро- и макросоциума. Знания типологий проявлений табакокурения позволит проводить более целенаправленную первичную профилактику среди различных социальных групп населения

**Ключевые слова:** табакокурение, зависимость, аддикция, биопсихосоциальная парадигма психического здоровья.

**Бартош О.П., Бартош Т.П.** Оценка влияния социально-психологического тренинга на функциональное состояние женщин в малой группе // Вестник психотерапии. – 2011. – № 38 (43). – С. 66–76.

Исследовано влияние социально-психологического тренинга на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и психическую сферу группы женщин, проживающих в Магадане. Отмечено положительное действие тренинга на психовегетативное и эмоциональное состояние его участников: нормализовалось функционирование сердечно-сосудистой системы, выявился сдвиг вегетативного баланса в сторону преобладания активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Проявление долгосрочной эффективности выражается в снижении степени социальной фрустрированности и повышении уровня самооценки личности.

**Ключевые слова:** экзистенциально-гуманистическое направление психотерапии, социально-психологический тренинг, эффективность тренинга, самооценка, сердечно-сосудистая система, психическое состояние.

**Федотова Л.А., Соловьев А.Г.** Коррекция психоэмоциональной сферы детей младшего школьного возраста с использованием программированного цветового игротренинга // Вестник психотерапии. – 2011. – № 38 (43). – С. 76–80.

Предложен способ коррекции психоэмоциональных нарушений у младших школьников с использованием набора картинок и компьютерной методики обработки рисунков и применением графического редактора «Paint». При проведении дидактических игр с помощью цветового игротренинга по предложенной схеме производится раскрашивание различных геометрических фигур, используется цвет согласно индивидуального тес-

тирования. Способ позволяет повысить эффективность коррекции, способствует развитию внимания, способности к саморегуляции, самоконтролю.

**Ключевые слова:** младшие школьники, психологическая диагностика, психологическая коррекция, цветовой игротренинг.

**Цыганков В.Н., Григорьев Г.И., Мизерене Р.** Борьба с помыслами как центральный элемент духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей // Вестник психотерапии. – 2011. – № 38 (43). – С. 81–103.

Патологические зависимости рассмотрены, прежде всего, как заболевания, имеющие духовную обусловленность, а потому требующие духовно ориентированной (православной) психотерапии. Даны представление о центральном элементе духовно-ориентированной психотерапии – борьбе с помыслами и последовательная схема развития греховных помыслов, показаны возможности противостояния и борьбы с ними. Описана структура групповой и индивидуальной духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей в форме целебного зорока, осуществляемой в Международном институте резервных возможностей человека. Приведены духовно-психологические причины и принципы предупреждения срыва ремиссий.

**Ключевые слова:** духовно ориентированная психотерапия, православная психотерапия, патологические зависимости, аскетика, схема развития греховных помыслов, очищение ума, борьба с помыслами, духовно-психологические причины и принципы предупреждения срыва ремиссий, метод духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зорока, Международный институт резервных возможностей человека.

**Шамрей В.К., Колов С.А., Дрига Б.В.** Отдаленные последствия боевого стресса с позиции биопсихосоциального подхода // Вестник психотерапии. – 2011. – № 38 (43). – С. 104–111.

Приведены сведения об особенностях психических расстройств в отдаленном периоде боевого стресса. Показано, что посттравматическое стрессовое расстройство у комбатантов имеет специфические клинические особенности, во многом определяющих психосоциальную дезадаптацию комбатантов. Психические постстрессовые расстройства рассмотрены в рамках биопсихосоциальной концепции. Приводятся данные, показывающие зависимость психопатологии участников войн от концентрации в сы-

воротке нейростероидных гормонов (кортизола и дегидроэпиандростерона), выраженности личностных особенностей, а также факторов социальной среды (социальной поддержки и социального отвержения).

**Ключевые слова:** биопсихосоциальный подход, посттравматическое стрессовое расстройство, комбатанты, нейростероиды, социальная поддержка.

**Краснов А.А., Кобозова К.А.** Соматическая заболеваемость у военнослужащих с отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы // Вестник психотерапии. – 2011. – № 38 (43). – С. 111–117.

Обследованы 69 военнослужащих с отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы (ЧМТ) различной степени тяжести и характера травматического поражения. Контрольную группу составили 235 военнослужащих без верифицированных психических расстройств по критериям МКБ-10. Выявлено значимое увеличение уровня соматической заболеваемости у военнослужащих, перенесших ЧМТ (73,8 %) ( $p \leq 0,05$ ;  $\chi^2 = 7,2$ ). У военнослужащих, перенесших ЧМТ, выявлено статистически значимое преобладание в структуре соматических заболеваний психосоматозов (36,2 %) ( $p \leq 0,01$ ;  $\chi^2 = 29,05$ ) и соматовегетативных расстройств (29 %) ( $p \leq 0,01$ ;  $\chi^2 = 14,1$ ). Доказана значимость фактора травмы и психических нарушений отдаленного периода ЧМТ в процессе формирования сопутствующей соматической патологии.

**Ключевые слова:** военнослужащие, черепно-мозговая травма, соматические заболевания.

**Евдокимов В.И., Горячкина Т.Г., Эриванцева Т.Н., Чехлатый Е.И.** Анализ патентов на изобретения в сфере психотерапии в России (1994–2010 гг.) // Вестник психотерапии. – 2011. – № 38 (43). – С. 118–134.

Из электронной базы Роспатента, содержащей около 48 тыс. медицинских патентов за 1994–2010 гг., выделены 319 патентов на изобретения по психотерапии, которые составили 0,7 % от всех патентов класса А61 Международной патентной классификации. Ежегодно в сфере психотерапии в России патентовались ( $19 \pm 2$ ) изобретения. Самыми представительными были группы 21/00 подкласса А61М, 5/00 подкласса А61В, 31/00 подкласса А61К и 39/00 подкласса А61Н. В общей сложности они составили 61,3 % от количества всех патентов сферы психотерапии. Эти данные можно использовать при патентном поиске. Методологические аспекты

когнитивно-поведенческой психотерапии обусловили 91 % патентов, в том числе интегративные с другими коррекционными техниками в 34 %, динамической – 7 %, экзистенциально-гуманистической – 2 %. Методические приемы изобретений по психотерапии направлены в основном на лечение зависимого поведения, психосоматических расстройств, неврозов и оптимизацию психического состояния индивида.

**Ключевые слова:** психотерапия, изобретения, патенты, Роспатент, аддиктивное поведение, неврозы, психосоматические расстройства.

**Afanasieva E.L.** Maternity of HIV-infected women: clinical psychological aspects // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2011, No. 38(43), P. 9–30.

The article is about particularities of psychological maternal adaptation of HIV-positive women. It is shown that a low responsiveness to children needs is connected with other dysfunctional characteristics of mother-child cooperation. Non-responsive to children needs HIV-positive mothers are characterized by emotional disorders and lower life quality. They have a compromised medico-social history.

**Keywords:** HIV/AIDS, mother attitude, babyhood and tender age, mother responsiveness, maternity adaptation disorder.

**Kolotilshikova E. A., Baburin I. N., Karavaeva T. A.** A comparative study of actual mental state in patients with neurotic and neurosis-like disorders // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2011, No. 38(43), P. 31–41.

The article presents results of the comparative study of mental state in patients with neurotic (n = 586) and neurosis-like disorders (n = 39) using the symptom checklist by Alexandrovich and the questionnaire for psychopathological symptom severity. The results reflect specific clinical characteristics of groups under study (with statistically significant differences), which allow a precise and trustworthy differential diagnosis of these pathological states.

**Keywords:** neurotic disorders, neurosis-like disorders, differential diagnosis of neurotic disorders, Alexandrovich symptom checklist, questionnaire for psychopathological symptom severity.

**Bilyi A.M.** Personality type according to the ESCPA system and a level of inner tension at performance // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2011, No. 38(43), P. 41–46.

There were studied 32 patients aged 25–50 with a diagnosis of astenoneurotic state (F48.0 by ICD-10) and vocational experience of 8–37 years. It was established that inner tensions (evaluated by the expert system for comprehensive personality analysis (ESCPA)) occur in personalities for implementation of the necessary behavior type and reflect an extent of correspondence of personality qualities and features to professionally important activity properties. The lesser personality qualities and features correspond to professionally important activity properties, the higher inner tensions aimed at implementation of required activities. Over time such tensions can lead to decreased capacity for work, efficiency, and professional burning-out.

**Keywords:** psychophysiology, temperament, professional health, professional burning-out.

**Malkova E.E.** The role of psychological factors in ethnocultural diagnosis and correction of emotional and behavioral disorders in children and adolescents // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2011, No. 38(43), P. 47–58.

This article discusses the problems of cross-cultural (transcultural, ethnocultural) psychiatry related to the role of ethnic and sociocultural factors in the development of mental health disorders in humans. It is shown that in addition to language problems, ethnic peculiarities are of great importance for high-quality psychological assistance to children and adolescents. Hence, special training of clinical psychologists is required and targeted programs adjusted for nationality, culture, traditions and relationships within the family should be developed.

**Keywords:** psychological assistance to children, ethnocultural features, cross-cultural psychiatry, ethnopsychology, development diagnosis.

**Kharkova O.A., Lyashenko A.A.** Clinical-biological and social-psychological approach to tobacco smoking study (survey of literature) // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2011, No. 38(43), P. 58–65.

Two main approaches to study of different aspects of tobacco smoking have been singled out: clinical-biological and social-psychological. The clinical-

biological approach to tobacco smoking study is based upon separation of nar-  
cological diseases and the social-psychological one is based upon human behav-  
ioral response in the framework of his/her activity in micro- and macroenviron-  
ment settings. The necessity of comprehensive study of tobacco smoking mani-  
festations for more targeted primary prevention in different social groups has  
been grounded.

**Keywords:** tobacco smoking, dependency, addiction, biopsychosocial pa-  
radigm of mental health.

**Bartosh O.P., Bartosh T.P.** The influence of social-psychological train-  
ing on women's functional state under a little group conditions // "Vestnik psikh-  
hoterapii" (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2011, No. 38(43), P. 66–76.

The women residing in the city of Magadan were studied to examine the  
influence of social-psychological training on functional status of their cardio-  
vascular system and psychoemotional state. Found that, the training has made  
the positive effect on the subjects' psychovegetative and emotional state: nor-  
malization of the cardiovascular system functioning, change of the vegetative  
balance towards prevailing of activity of a parasympathetic component in the  
vegetative nervous system. The expression of the long-term effectiveness is  
proved by the lowered degree of social frustration and the higher level of per-  
sonal self-estimation.

**Keywords:** existential-humanistic direction of psychotherapy, social-  
psychological training, training effectiveness, self-estimation, cardiovascular  
system, psychic state.

**Fedotova L.A., Soloviev A.G.** Correction of junior schoolchildren psy-  
choemotional sphere using programmed color game-training // "Vestnik psikh-  
oterapii" (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2011, No. 38(43), P. 76–80.

A method for correction of psychoemotional disturbances in junior  
schoolchildren with the use of a set of pictures and a computer method for pic-  
ture processing and the use of the graphic Paint editor has been proposed. Dur-  
ing didactic games with the use of the color game-training according to the pro-  
posed scheme, different geometric figures are colored; colors are used according  
to individual tests. The method allows increased correction effectiveness, con-  
tributes to development of attention, self-regulation and self-control abilities.

**Keywords:** junior schoolchildren, psychodiagnostics, psychocorrection,  
color game-training.

**Tsygankov V.N., Grigoriev G.I., Mizerene R.** Fighting with bad intentions as a key element of spirit-oriented psychotherapy in pathological addictions // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2011, No. 38(43), P. 81–103.

Pathological addictions are considered, first of all, as spirit-conditioned diseases, hence requiring a spirit-oriented (orthodox) psychotherapy. A key element of spirit-oriented psychotherapy – bad intention fighting and consecutive sinful intention development scheme – is determined; resources for confrontation and fighting are shown. Structure of group and individual spirit-oriented psychotherapy of pathological addictions in the form of healing vow is described, that is implemented in the International Institute of Human Reserve Capabilities. Spiritual-psychological causes and principles for prevention of remission breakdowns are provided.

**Keywords:** spirit-oriented psychotherapy, orthodox psychotherapy, pathological addictions, ascetics, sinful intention development scheme, mind cleaning, bad intention fighting, spiritual-psychological causes and principles for prevention of remission breakdowns, method of spirit-oriented psychotherapy in the form of healing vow, International Institute of Human Reserve Capabilities.

**Shamrey V.K., Kolov S.A., Driga B.V.** Long-term aftereffects of combat stress from the biopsychosocial point of view // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2011, No. 38(43), P. 104–111.

The article deals with specific mental disorders in the remote period of combat stress. PTSD in combatants proves to show specific clinical manifestations positively conditioning their psychosocial dysadaptation. Psychic post-stress disorders are examined within the biopsychosocial approach. The data demonstrate that psychopathology of combat veterans depends on serum concentration of neurosteroid hormones (dehydroepiandrosterone and cortisol), and also on personality trait intensity and social factors (social support and social rejection).

**Key words:** biopsychosocial approach, PTSD, combatants, neurosteroids, social support.

**Krasnov A.A., Koboseva K.A.** Somatic disease incidence in military men with remote consequences of craniocerebral trauma // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2011, No. 38(43), P. 111–117.

Military men (69 persons) with remote consequences of craniocerebral trauma of various severity and nature were examined. The control group in-

cluded 235 military men without verified mental disorders according to the ICD-10. Significant increase of somatic disease incidence (73.8 %) ( $p \leq 0.05$ ;  $\chi^2 = 7.2$ ) in military men with remote consequences of craniocerebral trauma was revealed. Prevalence of psychosomatoses (36.2 %) ( $p \leq 0.01$ ;  $\chi^2 = 29.05$ ), and vegetative disorders (29 %) ( $p \leq 0.01$ ;  $\chi^2 = 14.1$ ) among somatic diseases was revealed. Craniocerebral trauma and its remote mental consequences were significant factors for comorbid somatic pathology formation.

**Keywords:** military men, craniocerebral trauma, psychosomatic disorders.

**Evdokimov V.I., Goryachkina T.G., Erivantseva T.N., Chekhlatyi E.I.**

An analysis of patents for inventions in the psychotherapy domain in Russia (1994–2010) // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2011, No. 38(43), P. 118–134.

From the Rospatent electronic database containing 48 thousand of medical patents over 1994–2010, 319 patents for psychotherapy inventions were selected, that comprised 0.7 % of all patents in A61 category of the International Patent Classification. Annually,  $(19 \pm 2)$  inventions in the psychotherapy domain have been patented in Russia. Such groups as 21/00 for A61M subclass, 5/00 for A61B subclass, 31/00 for A61K subclass, and 39/00 of A61H subclass were the most impressive. Totally, they comprised 61.3 % of the total number of psychotherapy patents. These data can be used for patent search. Methodological aspects of cognitive behavioral psychotherapy conditioned 91 % of patents, including integrative with other correction techniques (34 %), dynamic (7 %), existential humanistic (2 %). Methodical approaches described in psychotherapy inventions are mainly aimed at improving treatment of addictive behavior, psychosomatic disorders, neuroses, and optimization of individual’s mental state.

**Keywords:** psychotherapy, inventions, patents, Rospatent, addictive behaviour, neuroses, psychosomatic disorders.



## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Афанасьева Елена Дмитриевна** – Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, аспирант кафедры клинической психологии, 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48, e-mail: afel@bk.ru.

**Бабурин Игорь Николаевич** – ФГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева», старший научный сотрудник отделения неврозов и психотерапии, кандидат медицинских наук, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, корп. 2, e-mail: ygor\_baburin@mail.ru.

**Бартош Ольга Петровна** – Научно-исследовательский центр «Арктика» ДВО РАН (НИЦ «Арктика» ДВО РАН), научный сотрудник, кандидат биологических наук, 685000, г. Магадан, пр. Карла Маркса, д. 24, р.т. (4132) 62-90-72, e-mail: olga\_bartosh@inbox.ru.

**Бартош Татьяна Петровна** – Научно-исследовательский центр «Арктика» ДВО РАН (НИЦ «Арктика» ДВО РАН), ведущий научный сотрудник, кандидат биологических наук, 685000, г. Магадан, пр. Карла Маркса, д. 24, р.т. (4132) 62-90-72, e-mail: tabart@rambler.ru.

**Билый Андрей Михайлович** – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, преподаватель кафедры психофизиологии, кандидат медицинских наук, доцент, 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, e-mail: bilyi\_andrei@mail.ru.

**Горячкина Татьяна Георгиевна** – ЗАО «ПСО "Система-Галс"», руководитель центра, патентный поверенный, кандидат технических наук, 115054, г. Москва, ул. Новокузнецкая, д. 43/46, e-mail: goriachkina\_t@ifst.ru;

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

**Дрига Борис Владимирович** – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, помощник начальника клиники психиатрии, кандидат меди-

цинских наук, 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Боткинская, д. 17, р.т. (812) 329-71-89, e-mail: bdriga@mail.ru.

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

**Караваева Татьяна Артуровна** – ФГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева», ведущий научный сотрудник отделения неврозов и психотерапии, кандидат медицинских наук, 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, корп. 2, e-mail: tania-kar@yandex.ru.

**Кобозова Ксения Алексеевна** – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, ординатор клиники психиатрии, 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Боткинская, д. 17, р.т. (812) 329-71-89, e-mail: dr.krasnov\_28@mail.ru.

**Колов Сергей Александрович** – Волгоградский госпиталь ветеранов войн, начальник отделения, врач психотерапевт, кандидат медицинских наук, 400138, г. Волгоград, ул. им. Р. Землячки, д. 82, e-mail: kolov@zmail.ru.

**Колотильщикова Екатерина Андреевна** – ФГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева», старший научный сотрудник отделения неврозов и психотерапии, кандидат психологических наук, 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, корп. 2.

**Краснов Алексей Александрович** – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, преподаватель кафедры психиатрии, кандидат медицинских наук, 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Боткинская, д. 17, р.т. (812) 329-71-89.

**Ляшенко Артем Александрович** – ОГУЗ «Челябинская областная клиническая наркологическая больница», врач психиатр-нарколог, психотерапевт, 454007, г. Челябинск, ул. 40 лет Октября, д.36, e-mail: artyom1978@mail.ru.

**Малкова Елена Евгеньевна** – ФГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева», старший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики, кандидат психологических наук, доцент, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева д. 3, р.т. (812) 412-72-00, e-mail: Helen\_malkova@mail.ru.

**Мизерене Рута** – Психотерапевтический кабинет г. Паланга, врач психотерапевт, доктор медицинских наук, Литва, г. Кретинга, ул. Кесту-чио, д.18, e-mail: meshkelis@yandex.ru.

**Соловьев Андрей Горгоньевич** – Северный государственный медицинский университет, заместитель директора Института ментальной медицины, доктор медицинских наук, профессор, 163061, г. Архангельск, пр. Троицкий, 51, р.т. (88182) 20-92-84, e-mail: ASoloviev1@yandex.ru.

**Федотова Любовь Антоновна** – МОУ «Архангельская средняя образовательная школа Соловецких юнг», логопед, 163000, г. Архангельск, ул. Галушина, д. 28, р.т. (8182) 64-53-21.

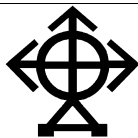
**Харькова Ольга Александровна** – Северный государственный медицинский университет, старший преподаватель кафедры психиатрии и клинической психологии, кандидат психологических наук, 163000, Архангельск, Троицкий проспект, д. 51, р.т. (8182) 28-69-93, e-mail: harkovaolga@hotmail.com; harkovaolga@yandex.ru.

**Цыганков Владимир Анатольевич** – Православная школа психологии и медицины, директор, психолог, доктор философии, 197101, Санкт-Петербург, Каменноостровский пр., д. 21, e-mail: zwa5@mail.ru.

**Чехлатый Евгений Иванович** – ФГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева», ведущий научный сотрудник, доктор медицинских наук, профессор, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, корп. 2, р.т. (812) 412-33-04, e-mail: podsadnyi@mail.ru.

**Шамрей Владислав Казимирович** – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, начальник клиники психиатрии, доктор медицинских наук, профессор, 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Боткинская, д. 17, р.т. (812) 329-71-89.

**Эриванцева Татьяна Николаевна** – Федеральный институт промышленной собственности, заместитель заведующего отделом медицины и медицинской техники, кандидат медицинских наук, 123995, г. Москва, Бережковская наб., д. 30, кор. 1, e-mail: ru-patent@mail.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!

ФГУЗ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС РФ на базе Международного института резервных возможностей человека (МИРВЧ, Санкт-Петербург) издает журнал «Вестник психотерапии», целью которого является распространение научных знаний путем публикации статей, научных сообщений и результатов исследований **по медицинским, психологическим, социологическим, биологическим, фармацевтическим и другим наукам** в области психотерапии, коррекционной психологии, психоанализа и смежным проблемам.

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 года и является научным рецензируемым журналом, имеет **свидетельство о перерегистрации средства массовой информации** ПИ № ФС77-34066 от 07 ноября 2008 г., выданное Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций.

С 2002 года журнал включен в каталог **Роспечати РФ (индекс–15399)** и на всей территории РФ и СНГ проводится его подписка через почтовые отделения. **Журнал выпускается 4 раза в год.**

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

**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 диска в текстовом редакторе WORD (не старше 2003 г.), шрифт Times New Roman, шрифт 14, межстрочный интервал полуторный. Должны быть указаны фамилия, имя, отчество (полностью), ученая степень, ученое звание, должность и место работы автора (авторов), адрес (почтовый и e-mail) и телефон (телефоны). Статья должна быть подписана автором (авторами).

Материал статьи представляется по ГОСТу 7.89-2005 «Оригиналы текстовые авторские и издательские». Рекомендуемый объем статьи 10–20 стр. (28–30 строк на стр., до 70 знаков в строке). 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.

Телефон/факс (812) – 513-67-97, 592-35-79, – заместитель главного редактора журнала – кандидат психологических наук Мильчакова Валентина Александровна  
сайт ФГУЗ ВЦЭРМ МЧС России: [www.arcserm.spb.ru](http://www.arcserm.spb.ru), сайт МИРВЧ: [www.mirvch.com](http://www.mirvch.com)

**Главный редактор журнала** – доктор медицинских наук, доктор психологических наук профессор Рыбников Виктор Юрьевич (e-mail: [rvikirina@rambler.ru](mailto:rvikirina@rambler.ru))

**Научный редактор журнала** – доктор медицинских наук профессор Евдокимов Владимир Иванович (e-mail: [evdok@omnisp.ru](mailto:evdok@omnisp.ru))

Журнал «Вестник психотерапии» зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 года.

Свидетельство о перерегистрации – ПИ № ФС77-34066 от 7 ноября 2008 г. выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций.

Учредители:

Федеральное государственное учреждение здравоохранения «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (ФГУЗ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России);

Главный редактор – Рыбников Виктор Юрьевич.

Научный редактор – Евдокимов Владимир Иванович.

Корректор – Устинов Михаил Евграфович.

Индекс в каталоге Роспечать РФ «Газеты. Журналы» – 15399.

Адрес редакции: 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д.11.

Адрес издательства и типографии: ООО «Политехника-сервис».

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

тираж 1000 экз.                      цена – свободная

Подписано в печать 10.06.11.  
Формат 60×84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Печать – ризография.  
Тираж 1000 экз. Объем 9,38 п.л.  
Бумага офсетная. Заказ № 1721.  
Отпечатано в ООО «Политехника-сервис»  
с оригинала-макета заказчика.  
191023, Санкт-Петербург, ул. Инженерная, 6.