

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

---

**ВЕСТНИК  
ПСИХОТЕРАПИИ**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

*Главный редактор В.Ю. Рыбников*

**№ 39 (44)**

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 39 (44)**

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

## СОДЕРЖАНИЕ

### ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ

<i>Араби Л.С., Сысоев В.Н., Кремнева Т.В.</i> Аудио-визуальная стимуляция в комплексной терапии психогенно обусловленных расстройств .....	9
<i>Бабурин И.Н., Дубинина Е.Е., Кирьянова В.В., Гончарова В.Г., Соколян Н.А.</i> Минеральный состав крови при невротических расстройствах .....	17
<i>Терлецкий О.В.</i> Психологическая характеристика и психофармакотерапия больных псориазом .....	28

### СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ДЕВИАНТОЛОГИЯ

<i>Бриль М.С.</i> Ситуации, провоцирующие агрессивное поведение .....	39
<i>Кирьянов В.М., Парфенов Ю.А.</i> Многомерная оценка индивидуально-психологических факторов социально-психологической адаптации подростков с несоциализированным расстройством поведения .....	55

### ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ

<i>Колотильщикова Е.А.</i> Обоснование психологических механизмов невротических расстройств .....	64
<i>Родыгина Ю.К., Дерягина Л.Е.</i> Состояние психических процессов сотрудников профессиональных групп занятых экстремальным трудом .....	79

### ЭКСТРЕМАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИИ, ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ

<i>Ашанина Е.Н., Кулаков Д.В.</i> Эффективность парциального применения аудиовизуального воздействия и биологически обратной связи для коррекции дезадаптивных психических состояний специалистов экстремальных профессий .....	85
<i>Решетникова Е.М.</i> Психологический статус и реабилитационная работа с участниками ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС .....	93

## **ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АНТРОПОЛОГИЯ**

*Подсадный С.А., Гайдамакина Е.В., Зотова А.В.*

Становление общественных медицинских организаций и профессионального психотерапевтического сообщества в России ..... 106

*Мороз А.А.*

Гармонизация знаний христианской и психологической антропологии. Православная теория личности ..... 117

Рефераты ..... 138

Сведения об авторах ..... 147

Информация о журнале ..... 150

## CONTENTS

### PSYCHIATRY, PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOLOGICAL CORRECTION

<i>Arabi L.S., Sysoev V.N., Kremneva T.V.</i> Audio-visual stimulation in comprehensive treatment of psychosomatic diseases .....	9
<i>Baburin I.N., Dubinina E.E., Kiryanova V.V., Goncharova V.G., Sokolian N.A.</i> Blood mineral composition in patients with neurotic disorders .....	17
<i>Terletskiy O.V.</i> The psychological characteristics and psychopharmacotherapy of patients with psoriasis .....	28

### SOCIAL PSYCHOLOGY AND DEVIANTOLOGY

<i>Bril M.S.</i> Situations provoking aggressive behavior .....	39
<i>Kirianov V.M., Parfyonov Yu.A.</i> Multidimensional assessment of individual psychological factors of social and psychological adaptation in adolescents with conduct disorder .	55

### PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY

<i>Kolotilshchikova E.A.</i> Justification of the psychological mechanisms of neurotic disorders .....	64
<i>Rodygina Yu.K., Deryagina L.E.</i> Psychic processes in professionals engaged in extreme activities .....	79

### EXTREME PSYCHOLOGY, PSYCHOLOGICAL CORRECTION AND REHABILITATION

<i>Ashanina E.N., Kulakov D.V.</i> Effectiveness of partial audiovisual impact and biological feedback for correction of desadaptive mental states of specialists of extreme professions .....	85
<i>Reshetnikova E.M.</i> Mental status of clean-up workers of the Chernobyl aftermath and their rehabilitation .....	93

**PSYCHOTHERAPY  
AND PSYCHOLOGICAL ANTHROPOLOGY**

*Podsadny S.A., Gaidamakina E.V., Zotova A.V.*

Establishment of public medical organizations and professional psycho-  
therapeutic community in Russia ..... 106

*Moroz A.A.*

Harmonization of Christian and psychological anthropology knowl-  
edge. An orthodox personality theory ..... 117

Abstracts ..... 138

Information about authors ..... 147

Information about the Journal ..... 150

# ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ

УДК 615.851-07

*Л.С. Араби, В.Н. Сысоев, Т.В. Кремнева*

## АУДИО-ВИЗУАЛЬНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПСИХОГЕННО ОБУСЛОВЛЕННЫХ РАССТРОЙСТВ

ООО «Центр Инновационной медицины», Санкт-Петербург;  
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург;  
Международная клиника «МЕДЕМ», Санкт-Петербург

### *Введение*

В конце прошлого и начале этого века резко возросла нагрузка на нервную систему человека, на его психику. Бурное развитие науки и техники, насыщенность межличностных отношений, ускорение темпа жизни постоянно требуют от человека повышенного психоэмоционального напряжения. Данные исследований свидетельствуют о том, что частота психогенно обусловленных расстройств в настоящее время достаточно высока и колеблется от 15 до 60 % среди населения [1, 5].

Проявлением психогенно обусловленных расстройств является повышенная заболеваемость, трудопотери по состоянию здоровья, снижение работоспособности, качества жизни и уменьшение профессионального долголетия, а в ряде случаев возникновение заболеваний [4, 7]. Это определяет высокую социальную значимость и необходимость постоянного совершенствования системы, средств и способов профилактики, коррекции психосоматического статуса человека. Устойчивый терапевтический эффект при лечении этих состояний может быть достигнут только при проведении комплексной терапии, включающей, наряду с симптоматическим лечением соматической патологии, терапию психоэмоциональных нарушений. В организме человека заложены достаточно мощные механизмы саногенеза, и поэтому цель комплексной терапии как раз и состоит в том, чтобы определить и создать условия, при которых осуществляется максимально полная реализация адаптивных возможностей.

Эта задача в значительной степени может быть решена с помощью нейросенсорной терапии, важной составляющей которой является аудио-

визуальная стимуляция (АВС). В отличие от других психотерапевтических методик, в том числе аутогенной тренировки, АВС не затрагивает высшие психические процессы, а лишь создает условия для осуществления осознанного выбора оптимальной поведенческой реакции и облегчения произвольной регуляции психических функций и вегетативных реакций благодаря оптимизации нервных процессов в коре головного мозга и устранению предпосылок для функционирования генератора патологически усиленного возбуждения [3, 6]. Обладая такими возможностями, АВС может иметь различные области применения. Целенаправленное формирование уровня мозговой активности (активации либо торможения) позволяет использовать ее как в качестве профилактического средства, обеспечивающего повышение адаптационного резерва механизмов защиты внутренних органов от эмоциональных нагрузок, а также оптимизации адаптивных реакций непосредственно в процессе экстремальных воздействий, так и в качестве достаточно эффективного средства в комплексной терапии и реабилитации психосоматических больных. АВС позволяет воздействовать на эмоциональную компоненту психосоматического заболевания и является патогенетическим методом [2].

Цель исследования – оценить эффективность использования АВС в комплексной терапии пациентов с психогенно обусловленными расстройствами.

### ***Материалы и методы***

В исследовании участвовали 74 пациента (40 мужчин и 34 женщины) в возрасте от 34 до 55 лет с психогенно обусловленными расстройствами: артериальная гипертензия (АГ); язвенная болезнь (ЯБ) и бронхиальная астма (БА), находившиеся на лечении дневном стационаре. Пациентов разделили на две группы по 37 человек – основную и контрольную. Характеристика групп представлена в табл. 1.

*Таблица 1*

*Характеристика обследованных групп*

Группа	Возраст, лет	Пол, n		Нозологическая форма, n			Длительность заболевания, лет
		мужской	женский	АГ	БА	ЯБ	
Основная	43,4 ± 3,8	22	15	14	9	12	7,1 ± 2,9
Контрольная	44,7 ± 4,2	18	19	12	10	15	7,8 ± 3,6

Исследование состояло из трех этапов. На 1-м этапе проводили психофизиологическое обследование и фоновую регистрацию ЭЭГ-активности головного мозга. Психофизиологическое обследование включало исследование структуры личности (стандартизованный метод обследования личности – СМИЛ), оценку актуального психического состояния (по результатам 8-цветового теста М. Люшера) и оценку стрессоустойчивости на аппаратно-программном комплексе «Реакор», использующем метод биологической обратной связи [3] по показателям частоты сердечных сокращений (ЧСС), кожно-гальванической реакции (КГР), состояния сосудистой стенки (ССС), частоты дыхания (ЧД).

Перед началом процедуры стресс-тестирования испытуемым проводили инструктаж о целях и задачах обследования, а также давали установку не реагировать на предлагаемые в исследовании стресс-факторы. В качестве стресс-факторов использовали:

- демонстрацию видеоряда с эмоционально значимым содержанием в сопровождении звуков сирены (длительность –  $1\frac{1}{2}$  мин);

- аудиостимуляцию набором различных неприятных звуков (длительность –  $1\frac{1}{2}$  мин);

- электростимуляцию – воздействие 6 пачек импульсов длительностью от 0,5 до 1,5 с. Момент формирования импульса электростимуляции сопровождается звуком взрыва и изменением прозрачности изображения на мониторе пациента (длительность –  $1\frac{1}{3}$  мин).

Регистрацию биоэлектрической активности головного мозга осуществляли с помощью компьютерного 19-канального электроэнцефалографа фирмы «Мицар» (Санкт-Петербург) по 16-монополярным отведениям, согласно международной системе расположения электродов «10–20» в полосе пропускания 0–70 Гц с частотой дискретизации 250 Гц.

На 2-м этапе основной группе пациентов проводили сеансы АВС. Использовали сессии, предназначенные для преодоления тревожности и повышенного возбуждения: бинауральные биения 10 Гц, организованные на тоне с частотой 196 Гц (191 и 201 Гц), в сочетании с «розовым» шумом. Частота световой стимуляции составляла 10 Гц, продолжительность – 20 мин. В контрольной группе использовали имитацию АВС. Проведены 2 серии по 5 сеансов АВС с перерывом 2 дня и регистрацией ЭЭГ после 5-го сеанса.

На 3-м этапе повторно оценивали актуальное психическое состояние, стрессоустойчивость и регистрировали ЭЭГ. Физиологические показатели снимали 2 раза – до начала и после окончания стресс-тестирования.

### *Результаты и их обсуждение*

При проведении первичного психофизиологического обследования определено отсутствие статистически значимых различий у основной и контрольной групп пациентов по показателям актуального психического состояния (табл. 2), характеру изменения физиологических реакций при проведении стресс-тестирования (табл. 3) и по профилю личности (рис. 1). Усредненный профиль характерологических черт, полученный с помощью методики СМИЛ, в целом показывает устойчивую тенденцию к повышению по первым четырем шкалам СМИЛ для всех испытуемых. Сравнение профилей личностей больных с различными нозологическими формами также не выявило статистически значимых различий.

При первичных ЭЭГ-обследованиях в обеих группах пациентов были отмечены неспецифические диффузные изменения различной степени выраженности. ЭЭГ характеризовались снижением амплитуды суммарной активности, что отражало общую астенизацию и невротизацию. Выявлено увеличение индекса тета-колебаний и дельта-волн в лобных и лобно-центральных областях коры больших полушарий головного мозга.

*Таблица 2*  
*Показатели психического состояния по результатам*  
*теста М. Люшера на 1-м этапе (M ± m)*

Показатель	Группа	
	основная	контрольная
Работоспособность	5,19 ± 1,07	5,10 ± 1,04
Усталость	4,25 ± 1,06	5,00 ± 1,07
Тревога	3,88 ± 1,68	3,70 ± 1,79
Конфликтность	5,00 ± 1,20	4,10 ± 1,80
Вегетативный баланс	0,17 ± 0,25	0,21 ± 0,33

*Таблица 3*  
*Разность физиологических показателей до и после*  
*проведения стресс-тестирования на 1-м этапе (M ± m)*

Группа	ЧСС, уд./мин	КГР, %	ССС, мм рт. ст.	ЧД, в 1 мин
Основная	0,85 ± 1,82	0,77 ± 0,18	1,98 ± 0,71	1,33 ± 0,72
Контрольная	0,91 ± 1,33	0,79 ± 0,21	1,82 ± 0,77	1,42 ± 0,78

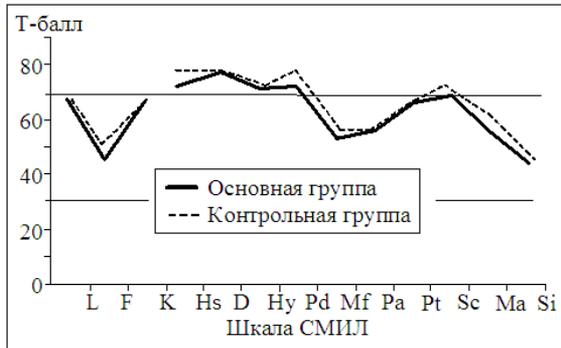


Рис. 1. Профили личности по СМИЛ при первичном обследовании.

Установлены явления пароксизмальности в альфа- и бета-диапазонах биопотенциалов, длительные участки депрессии амплитуды альфа-волн и вспышки экзальтации, дезорганизованный характер альфа-активности, сглаженность зональных различий, наличие в фоновой ЭЭГ всплеск низкочастотного бета-ритма с фокусом максимальной активности в теменных отведениях.

Особенности ЭЭГ-паттерна у испытуемых дали основание установить выраженное снижение тонуса коры мозга: выявляется спонтанная смена паттерна в сторону депрессии альфа-активности, ослаблены реакции на открывание – закрывание глаз, отсутствует реакция на ориентировочный звуковой раздражитель с последующим усилением индекса медленно-волновой активности в диапазоне тета-волн. Все это позволяет сделать заключение о выраженном снижении уровня функционального состояния ЦНС. Значимых различий в паттернах ЭЭГ у пациентов с различными нозологическими формами психосоматической патологии не выявлено.

Для выявления различий в динамике ЭЭГ у основной группы в сравнении с контрольной применили топографическое картирование головного мозга и анализ распределения спектральных мощностей основных ритмов по разным его зонам. Выявленное исходно снижение суммарной мощности всех ритмов сопровождалось перераспределением степени участия каждого из основных ритмов в формировании паттерна ЭЭГ. Мощность альфа-ритма была исходно снижена статистически значимо ( $p < 0,05$ ) по сравнению с нормой.

На рис. 2 представлена динамика показателей мощности ритмов у основной группы в сравнении с контрольной (по центральному отведе-

нию). Учитывая, что речь идет об усредненных по группам данных, отмеченные различия статистически значимы ( $p < 0,05$ ) и отражают основные тенденции в особенностях динамики основных ритмов ЭЭГ. В результате применения АВС наблюдается перераспределение степени участия каждого из ритмов в формировании ЭЭГ-паттерна за счет увеличения мощности альфа-активности и уменьшения парциальной мощности тета-, дельта- и бета-активности. До курса АВС резкое снижение мощности альфа-ритма наряду с сопутствующим увеличением доли медленно-волновой активности тета- и дельта-диапазов, а также бета-активности наблюдается по всей конвекситальной поверхности в теменно-затылочных и в лобных зонах. После курса АВС формируются зональные различия и нормализуются соотношения парциальных мощностей основных ритмов и в затылочной и в лобной областях (рис. 3).

Таким образом, ЭЭГ из дезорганизованной с преобладанием тета-активности (ассоциируемой с психоэмоциональным напряжением или его следствием) под действием АВС реформировалась в правильно организованную с зональными различиями по амплитуде и индексам основных ритмов, с доминированием альфа-ритма в затылочных зонах мозга. Наблюдалось также упорядочивание структуры поля биопотенциалов коры мозга: коэффициенты корреляции между симметричными отведениями разных полушарий, искаженные изначально, изменялись до нормальных значений, что свидетельствовало об оптимизации функционального состояния мозга.

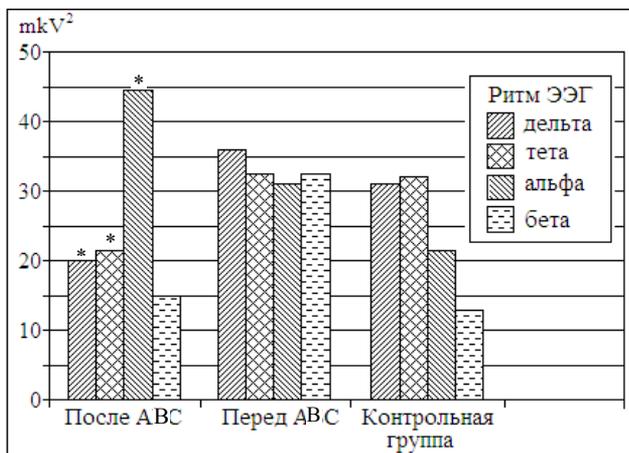


Рис. 2. Динамика мощности основных ритмов ЭЭГ.

На рис. 2-4 и в табл. 4, 5 \* означает, что различия в группах значимы при  $p < 0,05$ .

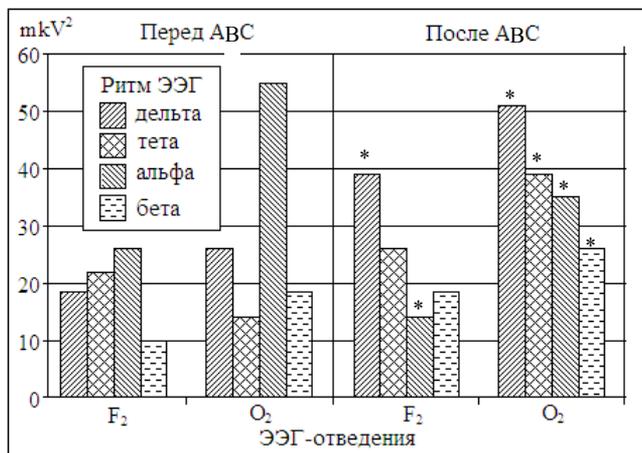


Рис. 3. Перераспределение мощности основных ритмов ЭЭГ в лобных (F<sub>2</sub>) и затылочных (O<sub>2</sub>) зонах субдоминантного полушария мозга после сеансов АВС.

После проведения курса АВС у основной группы статистически значимо (при  $p < 0,05$ ) улучшились показатели актуального психического состояния, повысилась работоспособность, снизились уровень реактивной тревоги и тонуса симпатической нервной системы (табл. 4). Изменения оказались значимы как по сравнению с испытуемыми контрольной группы на третьем этапе исследования, так и при сравнении с их фоновыми показателями.

Таблица 4  
Психическое состояние в группах на 3-м этапе  
(по результатам теста М. Люшера), (M ± m)

Показатель	Группа	
	основная	контрольная
Работоспособность	8,55 ± 1,34*	5,61 ± 1,13
Усталость	2,16 ± 0,68*	4,12 ± 0,64
Тревога	1,65 ± 1,07*	3,22 ± 1,33
Конфликтность	5,00 ± 1,2	4,10 ± 1,80
Вегетативный баланс	-0,19 ± 0,12*	0,15 ± 0,17

Несколько возросла и стрессоустойчивость. ЧСС у пациентов основной группы от начала процедуры к ее концу снизилась значимо больше, чем у контрольной (табл. 5). Эта же закономерность прослеживается и по другим зарегистрированным во время проведения стресс-тестирования физиологическим показателям.

Таблица 5  
Разность физиологических показателей после и до проведения процедуры стресс-тестирования на 3-м этапе ( $M \pm m$ )

Группа	ЧСС, уд./мин	КГР, %	ССС, мм рт. ст.	ЧД, в 1 мин
Основная	$-0,85 \pm 0,34^*$	$-0,23 \pm 0,18^*$	$-2,88 \pm 0,68^*$	$-2,14 \pm 0,57$
Контрольная	$0,57 \pm 0,73$	$0,63 \pm 0,27$	$0,96 \pm 0,75$	$1,08 \pm 0,98$

Несколько видоизменилась и динамика регистрируемых показателей на протяжении процедуры стресс-тестирования. В качестве примера положительных изменений на рис. 4 приведен график динамики ЧСС при проведении процедуры контрольного стресс-тестирования в основной и контрольной группах. ЧСС оказалось статистически значимо ( $p < 0,05$ ) ниже у основной группы исследованных в четырех точках регистрации, что указывает на менее выраженную стресс-реакцию этих больных.

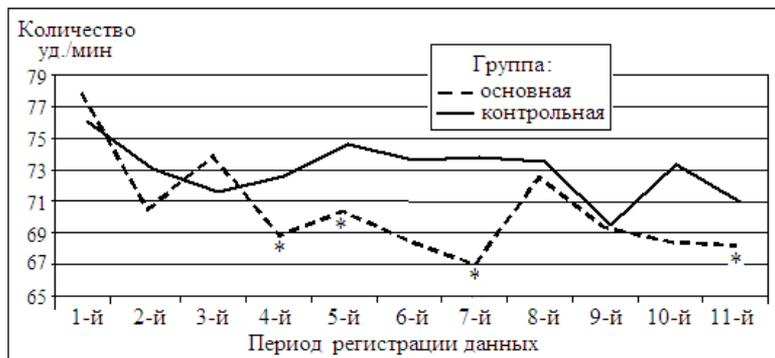


Рис. 4. Динамика ЧСС при проведении стресс-тестирования на 3-м этапе.

Период регистрации данных: 1-й – начало, 2-й – фон, 3-й – инструкция-1, 4-й – видео, 5-й – инструкция-2, 6-й – аудио-стимуляция, 7-й – отдых, 8-й – инструкция-3, 9-й – электростимуляция, 10-й – итоговый фон, 11-й – финиш.

## *Резюме*

Сопоставление динамики полученных электрофизиологических и психологических показателей позволяют сделать вывод о том, что применение АВС в комплексном лечении больных с психосоматической патологией способствует упорядочиванию структуры поля биопотенциалов коры головного мозга, что свидетельствует об оптимизации его функционального состояния; снижению тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы; нормализует актуальное психическое состояние. Эти эффекты обеспечивают более сбалансированную регуляцию функций организма и, соответственно, успешность лечения.

## *Литература*

1. *Александр Ф.* Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Александр. – М. : Эксмо-Пресс, 2002. – 352 с.
2. *Александров А.А.* К вопросу о методах патогенетической психотерапии / А.А. Александров // Вестн. психотерапии. – 2009. – № 32 (37). – С. 9–23.
3. *Голуб Я.В.* Медико-психологические аспекты применения светозвуковой стимуляции и биологически обратной связи / Я.В. Голуб, В.М. Жиров. – СПб., 2007. – 97с.
4. Психофизиологические аспекты язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц молодого возраста / Э.И. Белобородова, Н.А. Корнетов, Л.А. Орлова, А.Г. Солодовник // Клинич. медицина. – 2002. – Т. 80, № 7. – С. 36–39.
5. *Сидоров П.И.* Психосоматическая медицина / П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев, И.А. Новикова. – М. : МЕДпресс-информ, 2006. – 564 с.
6. *Brauchli P.* Electrocortical, autonomic, and subjective responses to rhythmic audio-visual stimulation / P. Brauchli, C.M. Michel, H. Zeier // Int. J. of Psychophysiology. – 1995. – N 19. – P. 53–66.
7. *Henningsen P.* Medical expert assessment in psychosomatic and psychotherapy medicine – social justice questions guideline / P. Henningsen, U. Ruger, W. Schneider // Versicherungsmedizin. – 2001. – Vol. 53, N 3. – P. 138–141.

## **МИНЕРАЛЬНЫЙ СОСТАВ КРОВИ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ**

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический  
институт им. В.М. Бехтерева;  
Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Минеральный состав крови (макро- и микроэлементы) в норме и при разных видах органической патологии хорошо изучен. Этого нельзя сказать о психических заболеваниях, и в частности невротических расстройствах. Между тем, исследование концентрации макро- и микроэлементов в крови этих больных может иметь значение для их диагностики и понимания механизмов развития.

Известно, что минеральные соединения играют важную роль в функциональной активности нервной системы. Некоторые ионы активно участвуют в молекулярных механизмах передачи нервного импульса. Так, ионы  $\text{Na}^+$ ,  $\text{Ca}^{++}$ ,  $\text{K}^+$  за счет функционирования ионных каналов мембран обеспечивают проведение нервного импульса по аксону и формирование потенциала действия.  $\text{Na}^+$  является основным катионом внеклеточного пространства, и при возникновении нервного импульса наблюдается перемещение его в клетку за счет открытия ионных каналов. Это сопровождается локальной деполяризацией и генерированием потенциала действия. Фактически порог возбудимости нейрона определяется уровнем натрия. Вслед за  $\text{Na}$ -каналами открываются  $\text{K}$ -каналы, которые замедляют нарастающую деполяризацию мембраны и обеспечивают появление тормозных потенциалов. Ионы  $\text{K}^+$  определяют мембранный потенциал покоя нейрона. За счет функционирования потенциал-зависимых  $\text{Ca}$ -каналов обеспечивается поступление ионов  $\text{Ca}^{++}$  в пресинаптические окончания при наличии потенциала действия. Он способствует высвобождению синаптических нейромедиаторов и увеличивает скорость передачи нервных импульсов.  $\text{Ca}$  включается в многочисленные клеточные процессы, играя роль вторичного внутриклеточного мессенджера. Регуляция многих внутриклеточных процессов осуществляется активными ионными потоками через мембрану за счет функционирования  $\text{Na}^+/\text{K}^+$ - и  $\text{Na}^+/\text{Ca}^{++}$ -насосов.

Mg нормализует деятельность нервной системы, обладает свойством снижать возбудимость нейронов и тормозить передачу нервного импульса, способствует нормализации артериального и внутричерепного давления, проявляет спазмолитический и сосудорасширяющий эффект, снижает уровень холестерина в крови [11].

Функционирование нейромедиаторных и нейромодуляторных систем тесно связано с Na, K, Ca, Mg, Cl, Zn. Так, гликопротеидные субъединицы быстродействующих ионотропных NMDA-глутаматных рецепторов участвуют в формировании в мембране каналов для K, Na, Ca. Внутри ионного канала рецептора выявлен потенциал-зависимый Mg-связывающий участок. В устье ионного канала находится тормозной участок связывания цинка. ГАМК-рецепторы образуют каналы для ионов Cl<sup>-</sup>.

H Tamano и A. Takeda [19] показали, что синаптические везикулы содержат Zn и Cu. Zn, связанный с глутаматом, способен проходить через Ca-каналы, блокируя их. Таким образом, ионы Ca, и Zn посредством Ca-каналов способны участвовать в синаптической нейротрансмиссии. Cu, поступающая в синаптическую щель во время синаптического возбуждения, может также принимать участие в этом процессе. При этом Cu также способна выступать в роли потенциального блокатора Ca-каналов.

Ионы металлов входят в состав многочисленной группы белков-ферментов, участвуя в метаболизме белков, углеводов, липидов, нуклеиновых кислот, синтезе белков. Все это свидетельствует о значимости минеральных соединений в функциональной активности мозга в норме и патологии.

Уровень макро- и микроэлементов находится под постоянным контролем эндокринной системы. В процессах регуляции минеральных веществ участвуют стероидные гормоны, кальцитонин, паратиреоидный гормон, гормоны щитовидной железы. Так, повышение уровня ионов Na<sup>+</sup> в плазме может наблюдаться при увеличении выделения в кровь гормонов коры надпочечников, в первую очередь альдостерона. Кортизол при повышенной секреции может проявлять слабое минералокортикоидное действие [4].

В литературе имеются единичные исследования, посвященные изучению интенсивности минерального обмена и его возможной роли в патогенезе пограничных нервно-психических расстройств. Нарушения со стороны нервной системы, гормональные сдвиги могут сопровождаться изменениями со стороны минерального обмена, что проявляется в развитии определенной клинической симптоматики у больных с невротическими рас-

стройствами. Известно, что колебание уровня отдельных минеральных соединений обусловлено функциональным состоянием вегетативной нервной системы. При возбуждении парасимпатической системы наблюдается гиперкалиемия, а симпатической – гипокалиемия и гиперкальциемия [1, 8], что связывают с нарушением метаболизма нейромедиаторов – катехоламинов и ацетилхолина.

В работе О.Ф. Панковой и Е.С. Фортинской [8] при изучении уровня К, Са и Mg у больных с невротическими расстройствами были выявлены изменения только со стороны К и соотношения К/Са. Характер этих изменений был разным в зависимости от особенностей невротических состояний и связанного с ним функционирования вегетативной нервной системы. Авторы рассматривают их в качестве одного из патогенетических звеньев вегетативных кризов у больных с невротическими расстройствами.

Существует предположение, что выраженный дефицит Mg способен отягощать психиатрическую патологию. Так, у больных с минимальной мозговой дисфункцией (незначительные изменения центральной нервной системы с нарушением поведения, трудностями в обучении, речевыми расстройствами и т. д.) при повышенной физической активности отмечается снижение уровня Mg, возможно, вследствие интенсивного его использования [14]. У детей с минимальной мозговой дисфункцией, которые чаще, чем здоровые, подвержены стрессорным воздействиям, наблюдается повышенное выделение Mg с мочой [10]. Это повышение связывают с влиянием гормонов стресса – кортизола и адреналина [3].

При обследовании студенток с признаками депрессии выявлена отрицательная корреляция между содержанием Zn в сыворотке крови и показателями шкалы депрессии, что может свидетельствовать об увеличении депрессии при снижении уровня цинка [13]. Дефицит ионов Zn достаточно распространен среди пожилых людей, которые в большей степени подвержены развитию депрессии [19]. Существуют литературные данные, что при электрофоретическом введении Zn в организм уменьшается невротическая симптоматика [5].

Все формы генерализованной депрессии сопровождаются на начальном этапе значительным увеличением содержания цитозольного Са. Повышенный уровень Са может являться причиной повреждения нейронов при состояниях депрессии [16, 17, 18].

Исследователи обращают внимание на роль ионов Са<sup>++</sup> в иницировании и возникновении последствий депрессии.

Таким образом, изучение роли минерального обмена в основном касается отдельных минеральных соединений, однако отсутствуют сведения о более расширенном спектре их исследования при пограничных нейропсихических нарушениях. Целью данного исследования являлся анализ концентрации минеральных соединений (8 элементов) крови у больных с невротическими нарушениями, выявление патогенетической их значимости в развитии определенной неврологической симптоматики.

Необходимо также отметить, что существуют научные исследования макро- и микроэлементного состава не только крови человека, но и других тканей организма, в частности человеческого волоса, ногтей (метод масс-спектрометрии) [6, 11].

### ***Материалы и методы***

В наших исследованиях приняли участие 43 пациента с невротическими расстройствами (основная группа), лечившихся стационарно в отделении неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. В качестве контрольной группы обследовались здоровые лица (15 человек).

У всех пациентов в крови определялись концентрации ионов  $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$  на ионселективном анализаторе электролитов AVL-9180 Roche, (Швейцария), а содержание Ca, Mg, Cu, Zn, Cl и P – на автоматическом биохимическом анализаторе Sapphire-400 (Япония) с использованием реагентов фирмы Randox (Великобритания).

Основная группа исследовалась психопатологическим опросником SCL-90 [9, 15].

Обработка данных велась при помощи описательной статистики, корреляционного анализа Спирмена, а также с использованием метода дисперсионного однофакторного анализа ANOVA (комплекс программ Statistica 6.0). В качестве зависимых переменных в последнем случае рассматривался уровень выраженности различных психопатологических симптомов, в качестве независимых факторов – уровень минеральных веществ.

### ***Результаты исследования***

Результаты абсолютных показателей минеральных соединений крови у больных основной группы и здоровых лиц приведены в табл. 1. Распределение признаков в обеих группах по критерию Колмогорова – Смирнова статистически не отличалось от нормального.

*Таблица 1*

*Абсолютные показатели минерального обмена в крови, мкмоль/л ( $M \pm m$ )*

Макро- и микроэлементы	Основная группа	Группа здоровых
Ca	2,25 ± 0,13	2,30 ± 0,10
P	1,31 ± 0,20	1,28 ± 0,17
Cl	100,31 ± 3,58	99,55 ± 1,83
Na	142,28 ± 3,17	142,64 ± 3,53
K	4,93 ± 0,55	4,69 ± 0,31
Mg	0,89 ± 0,08	0,80 ± 0,03
Zn	15,23 ± 3,25	15,48 ± 3,06
Cu	15,23 ± 3,44	17,03 ± 3,77

Не выявлено статистически достоверных различий в содержании минеральных соединений как между группами невротических больных и здоровых, так и внутри группы пациентов с разной степенью выраженности клинической симптоматики – преобладанием астении, депрессии и тревоги. Возможно, это объясняется тем, что большинство невротических расстройств имеет смешанный характер и включает в себя различные синдромы (астению, депрессию, тревогу, фобии и др.) и зачастую противоположные изменения минерального состава крови при конкретных клинических проявлениях наслаиваются друг на друга, что нивелирует характер их изменений. На следующем этапе работы была сделана попытка выявить наличие взаимосвязей между уровнями отдельных минеральных веществ в крови и выраженностью психопатологических проявлений у исследованных пациентов, оцениваемых опросником SCL-90 (табл. 2, 3).

Результаты корреляционного анализа показали наличие статистически достоверной корреляционной зависимости между низкими величинами содержания Ca в сыворотке крови и такими показателями шкалы SCL-90, как соматизация (-0,36), обсессивно-компульсивный параметр (-0,36), депрессия (-0,42), тревога (-0,33), дополнительные пункты (-0,58), общий балл GSI (-0,34), индекс проявления симптоматики PSI (-0,34), индекс выраженности дистресса PDSI (-0,38).

Таблица 2  
Взаимосвязи показателей шкалы SCL-90 и уровней Ca, P, Cl, Na

Показатель шкалы SCL-90	Ca	P	Cl	Na
SOM	-0,36	-0,11	0,17	-0,20
O-C	-0,36	-0,14	-0,01	-0,19
INT	-0,24	0,09	-0,02	-0,28
DEP	-0,42	-0,09	0,13	-0,19
ANX	-0,33	0,07	-0,08	-0,22
HOS	-0,26	0,04	-0,09	-0,12
PHOB	-0,14	-0,08	0,12	-0,09
PAR	-0,14	-0,09	0,10	-0,34
PSY	-0,25	0,01	0,07	-0,25
DOP	-0,58	-0,03	0,05	-0,16
GSI	-0,34	0,01	0,02	-0,25
PSI	-0,34	0,07	0,01	-0,03
PDSI	-0,38	-0,13	0,04	-0,29

В табл. 2-4: SOM – соматизация, O-C – обсессивность – компульсивность, INT – интерперсональная сенситивность, DEP – депрессия, ANX – тревога, HOS – враждебность, PHOB – фобическая тревога, PAR – параноидное мышление, PSY – психотизм, DOP – дополнительные пункты, GSI – общий балл, PSI – индекс проявления симптоматики, PDSI – индекс выраженности дистресса.

Изменение концентрации Ca сопряжено с влиянием на многочисленные внутриклеточные процессы. Ca<sup>++</sup> является единственным ионом, который выполняет роль вторичного мессенджера [7]. Исходя из этого, считают, что функция Ca-каналов, регулирующих поступление ионов Ca<sup>++</sup> в цитозоль из внеклеточного пространства и внутриклеточных депо, состоит в сопряжении электровозбудимости с внутриклеточными процессами [2]. Ca участвует в качестве иницирующего фактора, обеспечивающего контакт синоптического пузырька с пресиноптической мембраной и выбросе нейромедиатора в синоптическую щель. Возможно, выявленные корреляционные зависимости между клиническими проявлениями у невротических больных и снижением уровня Ca в сыворотке крови косвенно отражают нарушения синоптической передачи в отдельных нейронах.

Таблица 3

Взаимосвязи показателей шкалы SCL-90 и уровней К, Mg, Zn, Cu

Показатель шкалы SCL-90	К	Mg	Zn	Cu
SOM	0,08	0,06	-0,35	0,07
O-C	0,30	0,19	-0,25	0,03
INT	0,29	0,23	-0,16	0,04
DEP	0,19	0,18	-0,19	-0,01
ANX	0,16	0,28	-0,33	-0,06
HOS	0,35	0,21	-0,26	-0,04
PHOB	0,10	0,17	-0,24	0,19
PAR	0,25	0,13	-0,27	0,04
PSY	0,37	0,37	-0,28	-0,05
DOP	0,10	-0,03	-0,22	-0,08
GSI	0,17	0,20	-0,25	0,02
PSI	0,29	0,20	-0,16	0,09
PDSI	0,19	0,20	-0,38	0,01

Из табл. 3 следует, что повышение содержания К коррелирует с выраженностью обсессивности – компульсивности ( $r = 0,30$ ), враждебности ( $r = 0,35$ ) и психотизма ( $r = 0,37$ ).

Снижение концентрации микроэлемента Zn коррелирует с увеличением проявлений соматизации ( $r = -0,35$ ) и тревоги ( $r = -0,33$ ), а также с увеличением индекса выраженности дистресса PDSI ( $r = -0,38$ ). Полученные данные соответствуют литературным, так как соматизация, тревога и дистресс, часто сопровождаются депрессией. Для депрессивных состояний характерно снижение концентрации Zn в крови [13, 19].

Предполагается, что недостаточное содержание цинка в организме вызывает аномальную глюкокортикоидную секрецию и усиливает проявления, сходные с депрессивными [19].

При дополнительной статистической обработке экспериментальных данных (дисперсионный анализ) подтверждены статистически достоверные взаимосвязи между клинической симптоматикой и концентрацией Ca, К и Zn.

Таблица 4

*Дисперсионный однофакторный анализ взаимосвязи характеристик минерального обмена с клинико-психологическими показателями больных с невротическими расстройствами\**

	SOM	DEP	ANX	HOS	PHOB	DOP	GSI	PSI	PDSI
Ca	F=3,76 p=0,01	F=2,99 p=0,03	F=3,74 p=0,01		F=3,74 p=0,01	F=4,89 p=0,003	F=3,66 p=0,01	F=3,86 p=0,01	F=3,15 p=0,02
K				F=2,78 p=0,05					
Zn									F=2,9 p=0,04

\* – указаны только статистически значимые взаимосвязи.

Как следует из данных табл. 4, уровень K в организме может оказывать влияние на проявления враждебности, в то время как уровень в организме Zn – на выраженность дистресса.

Таким образом, клинические проявления, при которых повышена концентрация ионов  $K^+$  и снижена – ионов  $Ca^{++}$ , могут отражать преобладание парасимпатической системы у этой категории больных, что может быть объяснено длительным, хроническим течением заболевания и истощением (системной адаптацией) физиологических механизмов тревоги переходящей в астению. Проявление выраженного тормозного эффекта ионов  $K^+$  в передаче информации, нарушение синоптической передачи за счет снижения концентрации Ca взаимосвязаны с определенной клинической симптоматикой и являются одной из причин, определяющих интенсивность метаболических процессов в тканях. Не исключено, что это одна из защитных реакций организма в условиях длительного стресса.

### **Заключение**

На основании рассмотренных литературных источников и полученных данных можно заключить, что дальнейшее изучение роли минеральных веществ и их влияния на психопатологические проявления представляет интерес при биопсихосоциальном исследовании больных с невротическими расстройствами.

### *Литература*

1. *Вейн А.М.* Вегетосудистая дистония / А.М. Вейн, А.Д. Соловьев, О.А. Колосова. – М. : Медицина, 1981. – 320 с.
2. *Дамбинова С.А.* Молекулярные механизмы передачи импульса в мембранах нейронов. Ионные каналы, рецепторы / С.А. Дамбинова, М.А. Каменская // Нейрохимия : учеб. для биол. и мед. вузов / под ред. И.П. Ашмарина и П.В. Стукалова. – М. : Изд-во Ин-та биомед. химии РАМН, 1996. – С. 246–295.
3. *Златопольска Э.* Патопфизиология обмена кальция, магния и фосфора / Э. Златопольска // Почки и гомеостаз : [пер. с англ.] / под ред. С. Клара. – М. : Медицина, 1987. – С. 217–278.
4. *Калюжный В.П.* Электролиты в норме и патологии и методы их исследования / В.П. Калюжный // Terra Medica. – 2003. – № 1. – С. 30–32.
5. *Кирьянова В.В.* Применение электрофореза цинка в медицине / В.В. Кирьянова, К.В. Горбачева. – СПб. : Знак, 2005. – 55 с.
6. Микроэлементный статус участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС, проживающих в Санкт-Петербурге / И.И. Шантырь, М.В. Яковлева, И.Э. Ушал, М.А. Власенко // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2008. – № 2. – С. 23–28.
7. *Оберлис Д.* Биологическая роль макро- и микроэлементов у человека и животных / Д. Оберлис, Б. Харланд, А. Скальный. – СПб. : Наука, 2008. – 544 с.
8. *Панкова О.Ф.* Изменения минерального обмена у больных неврозами с вегетативными кризами / О.Ф. Панкова, Е.С. Фортинская // Совет. медицина. – 1984. – № 1. – С. 55–59.
9. *Тарабрина Н.В.* Психология посттравматического стресса. Часть 1: Теория и методы / Н.В. Тарабрина. – М.: Когито-Центр, 2007. – 208 с.
10. *Халецкая О.В.* Минимальные дисфункции мозга в детском возрасте / О.В. Халецкая, В.М. Трошин. – Н. Новгород, 1995. – 37 с.
11. *Чекман И.С.* Магний в медицине / И.С. Чекман, Н.А. Горчакова, С.Л. Николай. – Кишинев, 1992. – 101 с.
12. *Шантырь И.И.* Биоэлементный статус спасателей (пожарных) Северо-Западного региона России / И.И. Шантырь, Е.М. Харламычев // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2009. – № 5. – С. 43–45.
13. *Amani R.* Correlation between dietary zinc intakes and its serum levels with depression scales in young female students / R. Amani, S. Saedi,

Z. Nazari, S. Nematpour // Biol. Trace Elem. Res. – 2010. – Vol. 137, N 2. – P. 150–158.

14. *Barlow P.* Metal imbalance and hyperactivity / P. Barlow, S. Sidani // Acta Pharmacol. Toxicol. – 1986. – Vol. 59, suppl. 7. – P. 458–462.

15. *Derogatis L.R.* The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory / L.R. Derogatis, R.S. Lipman, K. Rickels [et al.] // Behav. Sci. – 1974. – Vol. 19. – P. 1–15.

16. *Dietz R.M.* Contribution of  $\text{Na}^+/\text{Ca}^{++}$  exchange to excessive  $\text{Ca}^{++}$  loading in dendrites and somata of CA1 neurons in acute slice / R.M. Dietz, L. Kiedrowski, C.W. Shuttleworth // Hippocampus. – 2007. – Vol. 17, N 11. – P. 1049–1059.

17. *Dietz R.M.* Contributions of  $\text{Ca}^{++}$  and  $\text{Zn}^{++}$  to spreading depression-like events and neuronal injury / R.M. Dietz, J.H. Weiss, C.W. Shuttleworth // J. of Neurochemistry. – 2009. – Vol. 109, suppl. 1. – P. 145–152.

18. *Dietz R.M.*  $\text{Zn}^{++}$  influx is critical for some forms of spreading depression in brain slices / R.M. Dietz, J.H. Weiss, C.W. Shuttleworth // J. of Neuroscience. – 2008. – Vol. 28, N 32. – P. 8014–8024.

19. *Tamano H.* Dynamic action of neurometals at the synapse / H. Tamano, A. Takeda // Metallomics: Integrated Biometal Science. – 2011. – Vol. 3, N 7. – P. 656–661.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Специализированный медицинский центр «Альтермед», Санкт-Петербург

### *Введение*

Псориаз – хронический воспалительный иммунозависимый генодерматоз многофакториального генеза, передающийся по доминантному типу с неполной пенетрантностью, характеризующийся усилением пролиферативной активности кератиноцитов с нарушением процессов кератинизации и развитием патологических процессов в коже, ногтях и суставах [11, 12]. Как видно, в современном определении псориаза нет ни слова о состоянии высшей нервной деятельности (ВНД). Это, на наш взгляд, не совсем корректно, так как состояние ВНД больного играет существенную роль в развитии и течении псориаза [4, 5, 6, 8, 11, 12]. Этот недуг известен с давних времен и является одним из наиболее распространенных хронических дерматозов, составляет от 14,6 до 24 % всех кожных заболеваний. О псориазе говорят, что это одно из «проклятий рода человеческого» [11]. В развитых странах псориазом страдает 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>–2 % населения. В мире псориазом болеет более 100 млн человек [5]. Псориаз редко встречается у японцев, эскимосов и уроженцев Западной Африки, крайне редко – у северно- и южноамериканских индейцев. В Индии и на Маврикии удельный вес больных псориазом среди населения составляет 17–19 %. В последние годы наблюдается рост заболеваемости этим дерматозом, учащение случаев регистрации тяжелых форм (псориатического артрита, псориатической эритродермии, пустулезного псориаза), нередко приводящих к инвалидизации и летальным исходам [11].

Причина псориаза остается невыясненной. Многие исследователи обращают внимание на семейный характер псориаза и признают его генетическую природу. Наследственный псориаз наблюдали в интервале от 4,4 до 36,0 % случаев [4, 5, 6, 11, 12].

В работах многих авторов указывается на стрессорный механизм развития псориаза [4, 5, 6, 8, 11, 12]. Ключом к пониманию неразрывной связи ВНД и кожи является тот факт, что в развитии кожи, как и нервной системы, важную роль играет один и тот же зародышевый листок – эктодерма [14].

В изучении псориаза значительную роль сыграла и отечественная дерматологическая школа, в частности А.Г. Полотебнов (1838–1907) – первый русский профессор-дерматолог, ученик С.П. Боткина, справедливо признанный отцом отечественной дерматологической школы. Анализируя патогенез псориаза, А.Г. Полотебнов пришел к выводу, что при этой болезни речь идет о функциональном и вазомоторном неврозах, которые могут быть унаследованы либо приобретены. Он рассматривал псориаз в тесной связи с патологией внутренних органов, обменом веществ и состоянием ВНД, подчеркивал значение нервно-психических факторов в происхождении псориаза и описал симптоматику костно-суставных поражений при этом дерматозе [6, 11, 12].

А.Г. Полотебнов критиковал господствовавшие дерматологические школы Западной Европы (Небра и Кароси), которые отрицали влияние ВНД на кожные болезни. «К больному относятся совершенно как к камню, обросшему мохом. Положите такой камень на несколько часов в ванну или заверните его а-ля-Присниц – мох размякнет, отвалится – точь-в-точь как псориазные чешуи – и вы вынете камушек чистеньким» [6]. Он считал, что необходимо лечить больных, а не внешние проявления болезни в виде сыпей.

Психический компонент имеет влияние на течение псориаза. Усиление расстройства наблюдается на фоне неспецифических, психически отягощающих ситуаций, таких как переживания потери объекта, угрозы безопасности и здоровью больных. По-разному меняется самооценка больных. Они демонстрируют такие симптомы, как страх, подавленность, с одной стороны, и выраженное поведенческое отреагирование – с другой. Больные псориазом склонны также к демонстративности [4].

Последняя четверть XX и первое десятилетие XXI в. характеризуются неуклонным ростом стрессогенности жизни, что не проходит для здоровья человека бесследно. Отрицательные эмоциональные импульсы дестабилизируют функциональное состояние систем через подкорковые структуры, в связи с чем на первый план выходят не классические органические заболевания, а функциональные расстройства различных органов и систем – перманентные соматоформные дисфункции (ПСД) [8, 11, 12]. ПСД являются основным звеном в патогенезе многих заболеваний, которые характеризуются дисрегуляцией взаимовлияний центральной нервной, вегетативной нервной, гормональной и иммунной систем, приводящие к нарушению вегетативного обеспечения функционирования различных эффекторных систем организма в поддержании гомеостаза [8, 11, 12]. ПСД развиваются

у лиц преимущественно в возрасте от 16–18 до 35–40 лет (известно, что в этом возрасте человек чаще всего заболевает псориазом), но при наличии определенных травмирующих социально-психологических и эмоционально-стрессорных факторов они могут возникать в любом возрасте [8, 11, 12].

Разные кожные реакции выступают как своеобразное зеркальное отображение внутреннего и, в частности, эмоционального состояния человека. В роли «кинетических эквивалентов» [8] эмоциональных чрезмерных перегрузок выступают, наряду с другими соматическими нарушениями, псориаз и красный плоский лишай, универсальный (или локальный) зуд и рецидивирующая крапивница, нейродермит и экзема.

Неуклонный рост стрессогенности жизни пациентов приводит к более агрессивному течению псориаза и не способствует успешной терапии этого заболевания. Много вопросов возникает по выбору терапии этого трудно курабельного заболевания.

Между вегетативной и центральной нервными системами существует тесная связь, обусловленная выполнением общей регулирующей функции, поэтому при нарушении функции одной системы изменяется функция другой.

Правильное мышление больного является важной составляющей победы над псориазом. Желание справиться с проблемой должно основываться на достоверных сведениях о ней. Без слаженной работы всех тонких механизмов ВНД добиться цели не представляется возможным. А нормальная работа центральной нервной системы зависит от состояния психики человека. Мотивация на победу – залог успеха! Что же происходит на практике?

В развитии патологических расстройств большое значение приобретает механизм «порочного круга» или «порочной спирали» [2]. Через подкорковые структуры отрицательные эмоциональные импульсы, связанные с психическими нарушениями, запускают механизм «порочного круга» или «порочной спирали», что дестабилизирует функциональное состояние систем и может вызвать развитие или обострение различных психогенно обусловленных заболеваний, в том числе псориаза [8, 11].

В процессе изучения литературных источников, посвященных псориазу, стало понятно, что работ, исследующих психические нарушения у больных этим дерматозом мало. Известно только, что пациенту, имеющему психические нарушения, принято рекомендовать «психотерапию». Чтобы понимать дальнейший ход мыслей, разберемся с терминологией. Бук-

важное значение термина «психотерапия» связано с двумя его толкованиями, базирующимися на переводе греческих слов *psuche* – душа и *therapeia* – работа, уход, лечение: «исцеление души» или «лечение души». Сам термин «психотерапия» был введен в 1872 г. Д. Тьюком в книге «Иллюстрации влияния разума на тело» и стал широко популярен с конца XIX в. [7]. Изучением закономерностей развития и функционирования психики занимается наука психология. Лечение души занимаются психотерапевты, психиатры и священники (отцы духовные).

Профессор хирургии В.Ф. Войно-Ясенецкий (Святитель Лука, 1877–1961) в своей замечательной книге «Дух, душа и тело», в которой доказывает, что ничто не препятствует гармоничному сочетанию веры и науки, выразил свое понимание психики человека и отношение к психотерапии. Он справедливо считал, что «общеизвестно могущественное влияние психики больного на течение болезни. Состояние духа больного, его доверие или недоверие врачу, глубина его веры и надежды на исцеление или, наоборот, психическая депрессия, вызванная неосторожными разговорами врачей в присутствии больного о серьезности его болезни, глубоко определяют исход болезни. Психотерапия, состоящая в словесном, вернее, духовном воздействии врача на больного, – общепризнанный, часто дающий прекрасные результаты метод лечения многих болезней» [9, 10]. Обратим внимание на фразу: «...духовном воздействии врача на больного...».

Таким образом, чтобы добиться хороших результатов в терапии псориаза, лечащий врач обязан, воздействуя как на психические, так и на соматические симптомы своего пациента, максимально уменьшить груз его психологических проблем.

Итак, перманентные соматоформные вегетативные дисфункции создают условия к формированию психических нарушений [12] у больных псориазом, а они, в свою очередь, усиливают ПСД. В целом, у некоторых пациентов это приводит к развитию психопатологической симптоматики, что отражается на течении соматических нарушений [11]. В таком случае речь идет о «психосоматике», – автором термина считается немецкий врач Heinroth (1773–1843), ставший позднее ординатором психиатрии в Лейпциге. В 1818 г. он сформулировал: «Причины бессонницы обычно психически-соматические, однако каждая жизненная сфера может сама по себе быть достаточным основанием». Jacobi, напротив, ввел в 1822 г. понятие «соматопсихический», чтобы подчеркнуть доминирование телесного в возникновении некоторых заболеваний [4].

Психические нарушения отрицательно сказываются на физическом состоянии больного псориазом, на его качестве жизни и коморбидности. В последнее время в дерматологической литературе часто обсуждается проблема коморбидности при псориазе. Коморбидность (К) (лат. *co* – приставка, вместе, *morbus* – болезнь) – сосуществование двух и/или более синдромов (транссиндромальная К.) или заболеваний (транснозологическая К.) у одного пациента, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени (хронологическая К.). Самыми частыми коморбидностями при псориазе признаются: псориатический артрит, ожирение, метаболический синдром, сердечно-сосудистые заболевания, депрессивные состояния [3, 15, 16, 17], сахарный диабет [5].

Более высокий риск развития этих коморбидных состояний у больных псориазом доказали результаты большого ретроспективного анализа двух групп больных: с псориазом и другими дерматозами (общее число около 50 тыс. больных). Кроме этого, оказалось, что аналогичные тенденции наблюдаются между группами больных тяжелым и нетяжелым псориазом [3].

По данным некоторых авторов, частота коморбидностей при псориазе может достигать высоких показателей: псориатический артрит (27,5 %), гипертонии (21,1 %), гиперлипидемии (18,4 %), депрессии (15,3 %) [3, 15, 16, 17]. По данным различных авторов, депрессии у больных псориазом встречаются от 24 до 58 % случаев. В значительном числе наблюдений могут отмечаться атипичные депрессии, протекающие в форме непродолжительных, но часто повторяющихся фаз, впервые манифестирующих еще в юношеском возрасте [7].

Стало быть, для объективного понимания патогенеза псориаза необходимо учитывать недостаточно изученную коморбидность: эмоциональные расстройства этих людей. В нашем исследовании у больных псориазом психологические проблемы были выявлены у всех без исключения, даже когда пациент на первичном приеме утверждал, что их у него нет. Затем в процессе обследования оказывалось, что они у него присутствуют, а утверждение, что психических нарушений нет, носило защитный характер. Больной пытался «отгородиться» от этих проблем, как бы не замечая их.

В силу этого при подборе терапии конкретному больному важным становится диагностика всего комплекса коморбидностей и его воздействия на качество жизни пациента. Необходимо прежде всего оценить степень выраженности каждого коморбидного состояния и его влияния в целом на больного псориазом.

Повышенная впечатлительность, избыточное реагирование и эмоциональная включенность в происходящие события, излишний эмоциональный контакт с миром, эмоции, связанные с неотреагированным гневом и тревогой, часто приводят к обострению или рецидиву заболевания [8].

В связи с отсутствием данных о влиянии анксиолитика атаракса (гидроксизина) на психические функции у больного, сопутствующие аллергические заболевания, зуд, сроки госпитализации (амбулаторного лечения) больных псориазом и было проведено настоящее исследование.

Фармакологическое действие атаракса заключается в выраженном седативном, антигистаминном (блокатор H1-рецепторов), противозудном эффекте, M-холиноблокирующей и умеренной анксиолитической активности (anxiolytica от лат. anxietas – тревожное состояние, страх + греч. lytikos – освобождающий, избавляющий). В связи с наличием у атаракса таких полезных для больных псориазом свойств нам представляется перспективным дальнейшее изучение этого препарата.

Цель исследования – изучить эмоциональные расстройства больных псориазом по шкале самооценки Спилбергера – Ханина; на основании изучения психических нарушений у больных псориазом разработать метод лечения больных псориазом с использованием анксиолитика атаракса в комплексном лечении этого заболевания.

Задача исследования – разработать оптимальный метод лечения, позволяющий в кратчайшие сроки добиться разрешения псориазических элементов, сократить сроки госпитализации (амбулаторного лечения) больных псориазом и существенно продлить ремиссию заболевания.

### ***Материалы и методы***

Под наблюдением находилось 179 больных с распространенным вульгарным псориазом (118 мужчин и 61 женщина) в возрасте от 8 до 82 лет. Все больные страдали клинической разновидностью – хронический бляшечный псориаз. Прогрессирующий период был установлен у всех больных. Пациенты с псориазическим артритом, пустулезным псориазом, каплевидным псориазом и псориазической эритродермией в исследование не включались. Длительность заболевания варьировала от нескольких месяцев до 55 лет. Контрольную группу (КГ) составили 52 здоровых лица.

Индекс PASI у всех пациентов до лечения составлял 10–72 балла. PASI (Psoriasis Area and Severity Index; индекс площади псориазических поражений и тяжести процесса) – это чисто клиническая система оценки, с помощью которой определяется площадь пораженной поверхности тела и

интенсивность основных симптомов. После лечения он был менее 10–30 баллов.

По клиническому течению больные псориазом были разделены на 3 подгруппы: 1-я (53 пациента) – тяжелое течение, 2-я (95 больных) – умеренной тяжести, 3-я (31 больной) – легкой тяжести.

С целью определения эффективности анксиолитика атаракса в комплексном лечении псориаза вне зависимости от тяжести заболевания все больные были равномерно распределены на 2 группы. Удельный вес легких, умеренных и тяжелых больных в этих группах был одинаков. Всем пациентам была назначена гипоаллергенная диета. В I (64 пациента) и в II (115 пациентов) группах осуществлялась одинаковая общая и наружная терапия. Отличие состояло в том, что пациентам из I группы атаракс не назначался, а во II – назначался по 25 мг/сут на ночь в течение 1 мес. Общая терапия состояла из «венгерской схемы» с 10 %-ным глюконатом кальция, а наружная – из крема, имеющего в своем составе пентоксифиллин и 3 %-ный нафтаган. Все перечисленные субстанции были преобразованы в липосомальную форму [1, 11]. Сочетание данных препаратов в составе крема оказывает комплексное биорегулирующее действие на пролиферацию и дифференцировку кератиноцитов [1, 11].

Все наблюдаемые пациенты предъявляли жалобы на субъективные ощущения, сопровождающие элементы сыпи. Зуд беспокоил 75 больных (42 %). Кроме того, отмечалось появление новых высыпаний, сухость, чувство жжения, стягивания кожи.

С помощью карт-опросников у больных псориазом выявляли сопутствующую психические расстройства.

Тревожность у больных псориазом изучали по шкале самооценки Спилберга – Ханина. Данный тест является надежным и информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент – реактивной тревожности (РТ) (как состояние) и личностной тревожности (ЛТ) (как устойчивой характеристики человека). Тест разработан Ч.Д. Спилбергером (США) и адаптирован Ю.Л. Ханиным [13] .

РТ, или ситуационная тревожность, обуславливается ситуационным напряжением, беспокойством, тревожностью. Повышенная РТ вызывает нарушения внимания, иногда и тонкой координации движений [8]. ЛТ характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревожности. Высокая ЛТ прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с

эмоциональными и невротическими срывами и психогенно обусловленными заболеваниями. Результаты оценивались в баллах:

- менее 30 баллов – низкая тревожность;
- от 30 до 45 баллов – умеренная тревожность;
- свыше 45 баллов – высокая тревожность.

### *Результаты и их анализ*

При изучении тревожности оказалось, что в КГ показатели ЛТ и СТ можно было характеризовать как низкие и средние (табл. 1). Высокий уровень РТ был выявлен в основном у больных тяжелыми формами псориаза. В остальных случаях он не отличался от уровня тревожности здоровых лиц. Более информативным оказалось изучение уровня ЛТ. Наиболее высокий показатель ЛТ – (64,2 ± 1,3) балла – был выявлен в группе больных тяжелыми формами псориаза.

*Таблица 1*  
*Выраженность тревожности по методике Спилбергера–Ханина*

Группа/под-группа	Количество больных	РТ				ЛТ			
		Балл M ± m	Уровень, %			Балл M ± m	Уровень, %		
			высокий	умеренный	низкий		высокий	умеренный	низкий
КГ	52	41,0±3,3	–	68	32	43,9±1,2	–	73	27
I	64	44,4±3,3	–	35,8	–	54,6±1,2	35,8	–	–
1-я	22	48,6±3,3	12,3	–	–	63,2±1,3	12,3	–	–
2-я	30	43,1±3,3	–	16,8	–	55,1±1,2	16,8	–	–
3-я	12	41,4±1,9	–	6,7	–	44,8±1,9	–	6,7	–
II	115	44,9±3,3	–	64,3	–	54,2±1,2	64,3	–	–
1-я	31	48,8±3,3	17,4	–	–	64,2±1,3	17,4	–	–
2-я	65	43,2±3,3	–	36,3	–	56,1±1,2	36,3	–	–
3-я	19	42,8±1,9	–	10,6	–	42,8±1,9	–	10,6	–

Во всех группах наблюдалась связь между величиной уровня ЛТ и тяжестью течения псориаза. На фоне снижения (нормализации) уровня ЛТ наблюдалось уменьшение площади псориазических высыпаний и снижение интенсивности зуда. Более выражена эта тенденция была у больных II группы, получавших атаракс.

Для лиц с высоким уровнем ЛТ характерна предрасположенность воспринимать достаточно широкий круг жизненных ситуаций как угрожающие и реагировать на них длительным состоянием напряжения (эмо-

ции, беспокойство, озабоченность, внутреннее волнение). Таким образом, больные псориазом отличаются от здоровых лиц более высокой РТ и ЛТ.

Можно предположить, что у больных псориазом существует постоянная повышенная готовность к развитию стрессовых ситуаций. Кроме того, само заболевание для пациентов с псориазом является постоянным источником стресса и является значительной психологической проблемой.

С помощью карт-опросников у больных псориазом выявлены сопутствующие психические расстройства (табл. 2). Необходимо отметить, что у одного пациента, как правило, наблюдали сочетание нескольких психических расстройств. Самыми частыми психическими нарушениями у больных псориазом оказались зависимое поведение, навязчивые идеи, неврастении, страхи (табл. 2).

*Таблица 2*  
*Проявления коморбидности у больных псориазом*

Коморбидность	Таксон МКБ-10	Больные	
		n	%
Навязчивые идеи	F 42.0	70	39
Неврастении	F 48.0	64	36
Страхи (фобии)	F 40.8	61	34
Склонность к перееданию	F 50.4	57	32
Склонность к алкоголизации	F 10	57	32
Зависимость от табакокурения	F 17	50	28
Депрессии	F 32.0	48	27
Формирование условий препятствующих нормальной, регулярной половой жизни	F 52.1	28	16
Ригидное мышление	–	14	8

Кроме указанных, у больных псориазом выявляются и другие симптомы психических расстройств: нарушение сна, снижение настроения, расстройства когнитивной сферы, мышления, утомляемость от зуда. Эти факторы, в свою очередь, ведут к плохой социальной адаптации.

При определении эффективности анксиолитика атаракса в комплексном лечении псориаза были получены следующие результаты:

1) во 2-й и 3-й подгруппах у трех пациентов наблюдались осложнения по типу крапивницы (1) и токсидермии (2). Развитие этих реакций мы

связываем с высоким аллергенным фоном у пациентов с вульгарным псориазом [11, 15];

2) в I группе больных (без атаракса) разрешение псориазных бляшек наступало на  $(32 \pm 3)$  день с начала терапии;

3) во II группе (с атараксом) такой же результат достигался на  $(21 \pm 3)$  день с начала терапии;

4) все пациенты отмечали положительный эффект от наружной терапии и без особых усилий выполняли рекомендации по диете.

Установлено достоверное ( $p < 0,05$ ) различие между I и II группой больных псориазом. Лучшие результаты у больных псориазом из II группы связываем с применением атаракса.

### **Выводы**

Больные псориазом отличаются от здоровых лиц более высокими показателями ЛТ и РТ. РТ была увеличена у 53 (29,7 %) больных тяжелой формой псориаза; ЛТ была увеличена у 148 (82,7 %) пациентов с тяжелой и умеренной формой заболевания.

В результате проводимой терапии в I и II группах наблюдалась положительная динамика, однако лучшие результаты были получены у пациентов из II группы, получающих атаракс. У них раньше на  $(11 \pm 3)$  дня в сравнении с I группой наступало разрешение псориазных бляшек. Исследование показало, что атаракс необходимо более широко использовать в комплексной терапии вульгарного псориаза, особенно на начальном этапе лечения, у пациентов, имеющих психологические проблемы.

### **Литература**

1. *Грегориадис Г.* Липосомы в биологических системах : пер. с англ. / Г. Грегориадис, А. Аллисона. – М. : Медицина, 1983. – 384 с.
2. *Карвасарский Б.Д.* Психотерапия / Б.Д. Карвасарский. – М. : Медицина, 1985. – 304 с.
3. *Кочергин Н.Г.* Псориаз: последние новости / Н.Г. Кочергин // Дерматология. 2007. – № 2. – С. 14–17. – (Прилож. к журн. Consilium Medicum).
4. *Любан-Плоцца Б.* Психосоматический больной на приеме у врача / Б. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, Ф. Крегер. – СПб. : НИПИ им. В.М. Бехтерева, 1994. – 245 с.

5. *Пегано Дж.О.А.* Лечение псориаза – естественный путь : пер. с англ. / Д.О.А. Пегано ; под ред. Н.Г. Короткого. – М. : Кудиц-Образ, 2009. – 264 с.
6. *Полотебнов А.Г.* Дерматологические исследования / А.Г. Полотебнов. – СПб., 1886–1887. – Т. 1/2. – С. 300–350.
7. Псориаз и псориатический артрит / В.А. Молочков, В.В. Бадокин, В.И. Альбанова, В.А. Волнухин. – М. : КМК : Автор. акад, 2007. – 300 с.
8. *Разнатовский К.И.* Роль социально-психологических и эмоционально-стрессовых факторов в развитии гемодинамических и гормональных нарушений при дерматозах ладонно-подошвенной локализации и методы их комплексной нейрорегуляторной коррекции : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Разнатовский К.И. – СПб., 1997. – 290 с.
9. *Святитель Лука, Архиепископ Симферопольский и Крымский.* Избр. творения / под общ. ред. Митрополита Ташкентского и Среднеазиатского Владимира. – М.: Сибирская Благовонница, 2007. – 767 с.
10. *Святитель Лука (Войно-Ясенецкий).* Дух, душа и тело / Войно-Ясенецкий. – М. : Изд-во им. святителя Льва, папы Римского, 2009. – 149 с.
11. *Терлецкий О.В.* Псориаз и другие кожные заболевания: терапия, диета, рецепты блюд / О.В. Терлецкий. – СПб. : ДЕАН, 2010. – 384 с.
12. *Терлецкий О.В.* Психологические проблемы у больных псориазом / О.В. Терлецкий // Церковь и медицина : церк.-мед. журн.-альманах. – 2011. – № 7. – С. 103–110.
13. *Ханин Ю.Л.* Краткое руководство к применению шкалы реактивной тревожности Ч.Д. Спилбергера / Ю.Л. Ханин. – Л. : НИИ ФК, 1976. – 18 с.
14. *Хэм А.* Гистология: руководство : в 4 т. : пер. с англ. / А. Хэм, Д. Кормак ; под ред. Ю.И. Афанасьевой, Ю.С. Ченцова. – М. : Мир, 1982. – Т. 1. – 272 с.
15. *Christophers E.* Comorbidities in psoriasis / E. Christophers // Clin. Dermatol. – 2007. – Vol. 25. – P. 529–534.
16. *Henseler T.* Disease concomitance in psoriasis / T. Henseler, E. Christophers // J. Am. Acad. Dermatol. – 1995. – Vol. 32. – P. 982–986.
17. National Psoriasis Foundation clinical consensus on psoriasis comorbidities and recommendations for screening / Kimball A.B., Gladman D., Gelfand J.M. [et al.] // J. Am. Acad. Dermatol. – 2008. – Vol. 58. – P. 1031–1042.

# СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ДЕВИАНТОЛОГИЯ

УДК 159.9 : 316.6

*М.С. Бриль*

## СИТУАЦИИ, ПРОВОЦИРУЮЩИЕ АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Санкт-Петербургский государственный университет

### *Введение*

Проблема насилия и агрессии была и остается одним из самых сложных аспектов человеческих взаимоотношений. На протяжении своей истории человек постоянно сражался с себе подобными. Периоды мира сменялись войнами, на смену которым вновь приходил мир. Согласно точке зрения эволюционной психологии, агрессия является условием адаптации живого существа к окружающей среде, а регулярные чередования войны и мира служат для разрядки напряжения, накапливаемого внутри государства как популяции. Однако в контексте современной политической ситуации война более не считается эффективным и приемлемым инструментом как внешней, так и внутренней политики. Участие в военных конфликтах осуждается как политическими лидерами, так и общественностью. Этот, безусловно, верный курс на распространение гуманистических ценностей предполагает использование механизмов, способствующих снижению агрессивных интенций, избегая их прямой реализации [4].

В настоящее время большое количество европейских исследований посвящено формированию наднациональной идентичности. К составляющим этой идентичности относят высокий уровень образования, развитые моральные принципы, толерантность, мультикультурализм. Сторонники теории союзного, или коммунитарного, национализма в Европе предполагают, что развитие сильной европейской идентичности позволит значительно снизить количество проявлений деструктивной агрессивности в Европе [4]. Не оспаривая данную теорию, мы, однако, полагаем, что для более эффективной профилактики насилия следует уделить больше внимания психологическим причинам агрессивного поведения и механизмам его превенции.

В рамках данной статьи мы представим результаты исследования социальных представлений об агрессии в различных социальных группах Санкт-Петербурга. Теория социальных представлений была сформулирована Сержем Московичи во второй половине XX в. и сразу стала ядром нового подхода к изучению социальной психологии. Критикуя механистический подход американских коллег, С. Московичи обозначает концепцию социальных представлений как возможный выход социальной психологии из кризиса, наличие которого стало очевидным в 1960–1970-х гг. [6]. В основу его теории легли работы Э. Дюркгейма о «коллективных представлениях», а также предположение Ф. Хайндера о необходимости рассмотрения имплицитных психологических теорий как возможного источника знаний психологии как науки [1]. С. Московичи определяет социальные представления как «когнитивные системы, имеющие свою особую логику и свой язык, теории, своего рода “науки”, предназначенные для открытия реальной действительности и ее упорядочивания» [6, с. 396]. Таким образом, рост агрессии на уровне больших социальных групп может быть объяснен формированием деструктивных социальных представлений, которые и подталкивают людей к совершению агрессивных действий. С. Московичи выделил два процесса: объективация и внедрение, через которые социальные представления формируются и распространяются в социальной среде.

Объективация, по мнению автора теории и его последователей, представляет собой формирование смыслового ядра понятия – информации об объекте, с которой согласны все члены социальной группы. В ходе объективации второстепенная информация, слухи и суждения, не поддерживаемые большинством, отпадают от социального представления. Оставшаяся информация закрепляется и становится центром перцептивного образа рассматриваемого объекта. Проходит объективация в три стадии: 1) селекция информации; 2) структурирующая схематизация; 3) натурализация. На первом этапе выделяется информация, которая, по мнению большинства, относится к объекту, далее она структурируется, становится емкой и удобной для оперирования, и, наконец, созданное социальное представление соотносится с уже имеющимися смысловыми ядрами других социальных представлений.

Внедрение представляет собой процесс столкновения вновь образовавшегося смыслового ядра объекта с внешней когнитивной средой или, иными словами, другими социальными представлениями, верованиями и установками, присущими данной группе и социальному контексту, в котором она существует. В процессе внедрения ядро социального представле-

ния связывается с не противоречащими ему смысловыми ядрами других перцептивных объектов, обрастает второстепенной информацией. По мере распространения изменяющееся социальное представление все дальше отходит от первоначального смыслового ядра, сформированного в ходе объективации. Однако при вхождении в когнитивное поле новой социальной группы социальное представление заново переживает процесс объективации, отбрасывая второстепенную информацию и вновь обретая форму схематичного образа [6].

Вопрос о соотношении процессов объективации и внедрения нельзя считать до конца решенным. Согласно одной точке зрения, внедрение следует считать частью стадии натурализации, другие ученые полагают, что информационная селекция и схематизация не могут быть выделены в отдельную стадию и являются неотъемлемыми составляющими распространения социального представления. Опубликование теории социальных представлений увеличило количество исследований в этой области. Это обусловлено в том числе и тем, что первая работа С. Московичи, посвященная теории социальных представлений – «Психоанализ, его имидж и его публика», являлась примером эмпирического исследования социальных представлений о психоанализе как новой для публики концепции понимания человеческой души.

Другим примером практического изучения социальных представлений является исследование социальных представлений о здоровом и болезненном состоянии человеческого тела, опубликованное К. Херцлихом в 1969 г. В этой работе акцент сделан на связи состояния собственного здоровья с причинами этого состояния, то есть здесь изучению подвергалось уже непосредственно содержание социальных представлений и его связь с самочувствием человека. По результатам исследования К. Херцлих сформулировал несколько крайне интересных выводов. Оказалось, что в сознании человека болезненное и здоровое состояния не являются исчерпывающими описаниями собственного самочувствия. Наряду с ними появляется некое «нездоровье», когда человек не болен по-настоящему, но и здоровым себя не ощущает. Подобное состояние связывалось с чувством усталости, подавленности и плохого настроения. Другим интересным выводом стало наблюдение относительно причин, которые респонденты приписывали тому или иному самочувствию. Большинство опрошенных не стремились найти объяснение или причины хорошему самочувствию, однако болезненное описание собственного самочувствия сопровождалось чаще всего попытками найти его причины (в плохой экологии, погоде, не-

благоприятной семейной ситуации и т. д.) [6]. Исследование, проведенное К. Херцлихом, позволяет понять, насколько значимым является содержание социального представления. Без анализа объекта, социальное представление о котором подвергается изучению, невозможно предположить, под воздействием каких механизмов социальное представление будет трансформироваться и распространяться.

Современные психологи и социологи, развивающие идею социальных представлений, чаще концентрируют свое внимание на вхождении в когнитивное поле социальной группы нового объекта. Это представляет собой попытку повторить исследование С. Московичи, дополнив его современными наработками в области теории социальных представлений и методологии научных исследований в социальных науках [7].

Цель нашего исследования – изучение социальных представлений об агрессии у жителей Санкт-Петербурга. Предметом нашего исследования стало ядро социальных представлений об агрессии, а именно представление о степени вероятности агрессивного поведения в различных ситуациях. Для достижения поставленной цели мы проанализировали теоретическую основу концепции социальных представлений, выделили содержательное ядро социального представления об агрессии, собрали и обработали данные о социальных представлениях об агрессии жителей Санкт-Петербурга. Основной гипотезой нашего исследования являлось предположение, что выделенные нами ситуации значительно различаются по представлению респондентов о вероятности проявления в них агрессии.

### ***Материалы и методы***

Выборку исследования составили 120 жителей Санкт-Петербурга, в число которых вошли школьники, участники программы по развитию интеллектуально одаренной молодежи, студенты кулинарного колледжа, студенты училища культуры, две группы студентов факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета, а также медицинские работники клиники «Ювента». Для исследования выбрали малые социальные группы, совокупность мнений которых, как мы рассчитываем, позволит нам распространять полученные результаты на всю генеральную совокупность жителей Санкт-Петербурга. В исследуемых группах преобладали женщины. Возраст респондентов находился в пределах от 17 до 45 лет.

Помимо жителей Санкт-Петербурга, в исследовании приняли участие 20 студентов социально-педагогического факультета Сочинского государственного университета туризма и курортного дела и 28 студентов

факультета психологии Северо-Осетинского государственного университета. Студенты из других регионов были включены в исследование для поверхностного анализа различий в социальных представлениях об агрессии на межрегиональном уровне. Конечно, в рамках данного исследования масштаб сравнения невелик и может служить лишь пилотным проектом для будущих кросс-культурных исследований.

Респондентам предлагалось оценить каждую выделенную ситуацию агрессии по 10-бальной шкале, отражающей вероятность агрессивного поведения: 1 – агрессивное поведение в подобной ситуации крайне мало вероятно, 10 – агрессивное поведение в подобной ситуации наиболее вероятно.

Основной части нашего исследования предшествовал пилотный проект, в ходе которого нашей задачей являлось выделение содержательного ядра социального представления об агрессии. 20 респондентов в возрасте от 20 до 25 лет отвечали на два вопроса: что такое агрессия и какие ситуации способны довести их до агрессивного поведения? Полученные данные были обработаны с использованием контент-анализа.

### ***Результаты и их анализ***

Результаты пилотного исследования позволили выделить наиболее распространенное понимание агрессии и 36 ситуаций, в которых вероятно проявление агрессивного поведения. Составленное на основе контент-анализа определение агрессии звучит следующим образом: агрессия – активная отрицательная реакция (мысль или действие), направленная на причинение вреда определенному объекту и на защиту собственных интересов. Расхождения во мнении относительно определения агрессии были незначительны, и можно сделать предположение о существовании единого устоявшегося социального представления о феномене агрессии. Большой интерес представляет социальное представление о связи феномена агрессии и реального поведения. Как мы уже упомянули, на основании пилотного исследования были выделены 36 ситуаций, в которых вероятно проявление поведенческой агрессии:

- 1-я – пребывание человека в состоянии алкогольного опьянения;
- 2-я – принуждение человека к общению с лицами другой национальности;
- 3-я – столкновение человека с проявлениями жадности;
- 4-я – отвлечение человека, находящегося в ситуации нехватки времени;
- 5-я – нехватка человеку пищи;
- 6-я – игнорирование человека работниками сферы услуг;

- 7-я – конкуренция человека за дефицитный ресурс;
- 8-я – насилие по отношению к людям на глазах человека;
- 9-я – унижение детей или лиц преклонного возраста на глазах человека;
- 10-я – равнодушное, безразличное отношение кого-либо к окружающим (в том числе, к самому человеку);
- 11-я – клевета в адрес человека;
- 12-я – создание аварийной ситуации на дороге, по вине которой человек мог пострадать;
- 13-я – нарушение принятых норм поведения в присутствии человека;
- 14-я – ощущение человека, что с ним обошлись несправедливо;
- 15-я – насилие по отношению к животным на глазах человека;
- 16-я – угроза жизни или здоровью человека;
- 17-я – унижение, оскорбление человека тет-а-тет;
- 18-я – случайная грубость по отношению к человеку;
- 19-я – назойливость, настойчивость или упрямство по отношению к человеку;
- 20-я – столкновение человека со взяточничеством и коррупцией;
- 21-я – нарушение личной свободы человека;
- 22-я – неисправность необходимой человеку техники, средства связи;
- 23-я – громкий разговор посторонних людей в присутствии человека;
- 24-я – публичное унижение, оскорбление человека;
- 25-я – столкновение человека с ложью и лицемерием в свой адрес;
- 26-я – ощущения себя как беспомощного и уязвимого человека;
- 27-я – в ответ на причиненный человеку вред;
- 28-я – непрофессионализм при выполнении своих обязанностей в отношении человека или его имущества;
- 29-я – неудача человека в каком-то деле;
- 20-я – проявление во время участия человека в спортивных состязаниях;
- 31-я – столкновение человека с проявлением глупости;
- 32-я – потребительское отношение к труду человека;
- 33-я – невыполнение обещаний, обязательств, данных человеку;
- 34-я – опровержение идей и убеждений, которым человек предан (спортивных, религиозных, моральных);
- 35-я – угроза жизни или здоровью близких для человека людей;
- 36-я – посягательство на имущество человека или его порча.

Прежде чем перейти к рассмотрению непосредственно полученного рейтинга, остановимся на нескольких наиболее общих моментах. Любопытным нам показался тот факт, что только 5 ситуаций получили среднюю

оценку ниже 5 баллов. Средняя оценка всех ситуаций –  $(6,3 \pm 1,2)$  балла, что статистически достоверно выше теоретически запланированной средней оценки (5 баллов). Таким образом, можно сделать вывод о высоком ожидании и, соответственно, готовности к агрессивному поведению среди опрашиваемых респондентов, хотя, безусловно, данное исследование требует в первую очередь качественного анализа оцениваемых ситуаций, к которому мы и переходим (рис. 1).

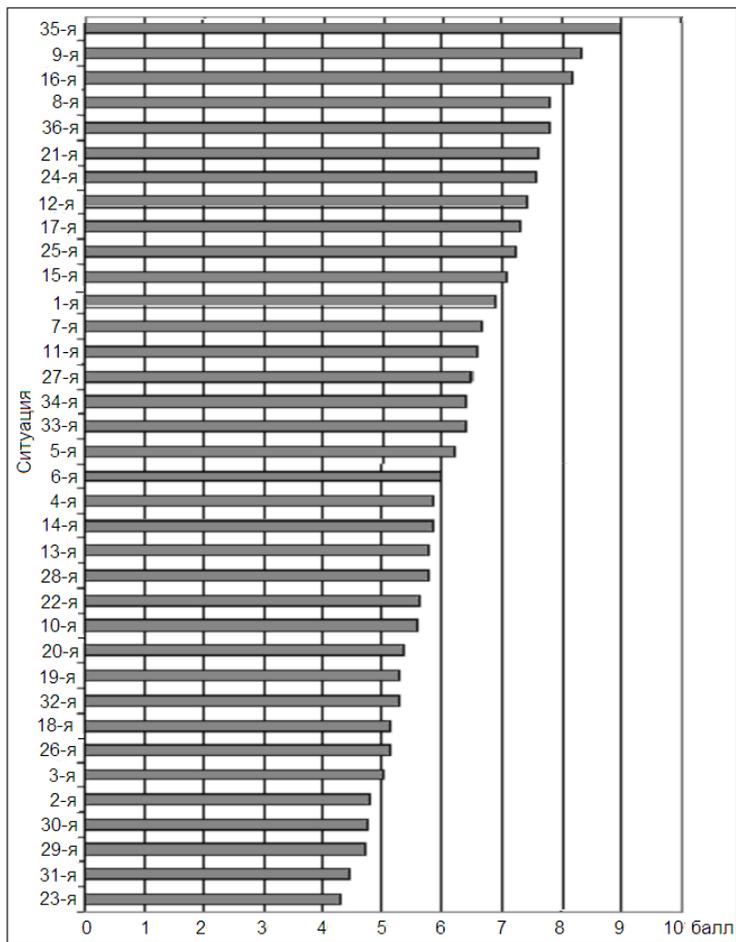


Рис. 1. Значения вероятности агрессивного поведения в ситуациях по оценкам респондентов из Санкт-Петербурга.

Как видно из представленных данных (см. рис. 1), разброс в средних оценках является значительным: от  $(4,3 \pm 2,5)$  балла (23-я ситуация) до  $(9,0 \pm 1,7)$  балла (35-я ситуация). Учитывая количество испытуемых, можно сделать вывод, что данный анализ социальных представлений об агрессии показателен и средние значения оценок не являются случайными. Обратимся к качественному анализу ситуаций, чтобы составить более точное представление о ситуациях, воспринимаемых в качестве потенциальной причины агрессивного поведения.

Наиболее высокие оценки получили следующие три ситуации:

- угроза жизни или здоровью близких для человека людей –  $(9 \pm 1,7)$  балла (35-я ситуация);
- унижение детей или лиц преклонного возраста на глазах человека –  $(8,3 \pm 2,3)$  балла (9-я ситуация);
- угроза жизни или здоровью человека –  $(8,2 \pm 2,2)$  балла (16-я ситуация).

По нашему мнению, высокие оценки вероятности проявления агрессии в данных ситуациях связаны с морально-нравственными ценностями, распространенными в современном обществе. Привлекает внимание порядок именно этих трех ситуаций: угроза жизни самому человеку занимает третье место, что говорит о когнитивной готовности скорее защищать близких или беззащитных людей. Если анализировать результаты на уровне малых групп, то подобная тенденция сохраняется. Только студенты-психологи поставили ситуацию угрозы жизни и здоровью человека выше ситуации унижения детей и лиц преклонного возраста. Между 7 и 8 баллами оказалось 8 ситуаций:

- насилие по отношению к людям на глазах человека –  $7,8 \pm 2,6$  (8-я ситуация);
- посягательство на имущество человека или его порча –  $7,8 \pm 2,3$  (36-я ситуация);
- нарушение личной свободы человека –  $7,6 \pm 2,4$  (21-я ситуация);
- публичное унижение, оскорбление человека –  $7,6 \pm 2,4$  (24-я ситуация);
- создание аварийной ситуации на дороге, по вине которой человек мог пострадать –  $7,4 \pm 2,5$  (12-я ситуация);
- унижение, оскорбление человека тет-а-тет –  $7,3 \pm 2,5$  (17-я ситуация);
- столкновения человека с ложью и лицемерием в свой адрес –  $7,2 \pm 2,5$  (25-я ситуация);

- насилие по отношению к животным на глазах человека –  $7,1 \pm 2,6$  (15-я ситуация).

На этом уровне можно отметить две любопытные тенденции: 36-я ситуация, связанная с материальными ценностями, стоит на 5-м месте в общем рейтинге, причем в группе медицинских работников эта ситуация занимает 4-е место –  $(8,8 \pm 1,7)$  балла, в то время как интеллектуально одаренные школьники оценивают вероятность агрессивного поведения при угрозе имуществу значительно ниже –  $(6,9 \pm 1,8)$  балла. Это говорит о том, что на оценку этой ситуации значительное влияние оказывает возраст респондентов и, вероятнее всего, значение для них собственной материальной независимости. Также любопытно сравнить оценки ситуаций публичного (24-я ситуация) и частного оскорбления человека (17-я ситуация). Несмотря на отсутствие статистически достоверного различия в оценках этих двух ситуаций, можно отметить важность фактора присутствия наблюдателей при оскорблении как оказывающего влияние на вероятность агрессивного поведения. Важно отметить, что высокую оценку получила ситуация, связанная с созданием аварийной ситуации на дороге (12-я ситуация). К нашему удивлению, оценка этой ситуации не связана напрямую с величиной города, поскольку студенты из Сочи и Владикавказа также высоко оценили вероятность агрессивного поведения в подобной ситуации –  $(8,1 \pm 1,9)$  и  $(7,6 \pm 1,7)$  балла соответственно. Также отметим высокую позицию ситуации, связанной с ограничением личной свободы (21-я ситуация). Современные политологи считают, что в России готовность проявлять агрессию для защиты собственных прав и свобод крайне низкая, однако здесь мы видим, что этот мотив занимает шестую позицию в общем перечне ситуаций. Возможно, наряду с когнитивным осознанием значимости борьбы за свободу, у жителей Санкт-Петербурга отсутствует поведенческая готовность открыто выступать против нарушения собственных прав. Другая причина обозначенного несоответствия может скрываться в понимании того, что является нарушением личной свободы. Здесь можно сослаться на богатый опыт тоталитарных притеснений, пережитый в советский период развития нашей страны, однако подобные рассуждения выходят за рамки задачи данной статьи. Среднюю оценку вероятности проявления агрессии респонденты поставили следующим 8 ситуациям:

- пребывание человека в состоянии алкогольного опьянения –  $(6,9 \pm 2,5)$  балла (1-я ситуация);
- конкуренция человека за дефицитный ресурс –  $(6,7 \pm 2,9)$  балла (7-я ситуация)

- клевета в адрес человека –  $(6,6 \pm 2,7)$  балла (11-я ситуация);
- в ответ на причиненный человеку вред –  $(6,5 \pm 2,7)$  балла (27-я ситуация);
- опровержение идей и убеждений, которым человек предан –  $(6,4 \pm 2,8)$  балла (34-я ситуация);
- невыполнение обещаний, обязательств, данных человеку –  $(6,4 \pm 2,6)$  балла (33-я ситуация);
- нехватка человеку пищи –  $(6,2 \pm 2,9)$  балла (5-я ситуация);
- игнорирование человека работниками сферы услуг –  $(6,0 \pm 2,6)$  балла (6-я ситуация).

В этой группе также есть несколько любопытных, по нашему мнению, результатов. В частности, вероятность агрессивного поведения с целью мести или, как это было сформулировано в опроснике, в ответ на причиненный человеку вред респонденты оценили в среднем на  $(6,5 \pm 2,7)$  балла, что немногим превышает среднюю оценку вероятности агрессивного поведения (напомним, что средняя оценка по всем ситуациям составляет  $(6,3 \pm 1,2)$  балла). Таким образом, можно сделать вывод, что жители Санкт-Петербурга не считают месть веской причиной для агрессивного поведения. Более значимым, по мнению респондентов, является нахождение в состоянии алкогольного опьянения или конкуренция. Любопытно, что респонденты из Сочи и Владикавказа оценили мотив отмщения более вероятным для проявления агрессивного поведения:  $(7,6 \pm 1,9)$  и  $(7,4 \pm 1,9)$  балла соответственно. Можно ли говорить, что оценка этой ситуации отражает влияние культурных особенностей на социальные представления об агрессии? Несомненно, для подтверждения или опровержения этой гипотезы необходимо предпринять более масштабное кросс-культурное исследование.

На первый взгляд, удивительным кажется такая низкая позиция агрессивного поведения для удовлетворения потребности в пище (5-я ситуация). Возможно, это объясняется тем, что опрашиваемым нами респондентам не приходилось переживать муки голода и по этой причине у них отсутствует когнитивная установка на агрессивный способ добывания себе пропитания. Конрад Лоренц в своей книге «Агрессия» писал о важности агрессии для добывания себе пищи, однако большую роль, по его мнению, агрессия играет в добывании преимуществ внутри собственной популяции и защите родственных особей. Эта позиция поддерживается современными представителями эволюционного подхода к изучению психики человека [8]. Таким образом, можно говорить о том, что выводы Лоренца, сделан-

ные в ходе наблюдения за животными, подтверждаются и при анализе социальных представлений об агрессии в нашем исследовании. Является ли это случайностью? Ответ на этот вопрос в рамках данного исследования найти, безусловно, не удастся.

Группа из двенадцати ситуаций получила средние оценки от 5,0 до 5,9 баллов:

- отвлечение человека, находящегося в ситуации нехватки времени –  $5,9 \pm 2,7$  (4-я ситуация);

- ощущение человека, что с ним обошлись несправедливо –  $5,8 \pm 2,5$  (14-я ситуация);

- нарушение принятых норм поведения в присутствии человека –  $5,8 \pm 2,6$  (13-я ситуация);

- непрофессионализм при выполнении своих обязанностей в отношении человека или его имущества –  $5,8 \pm 2,6$  (28-я ситуация);

- неисправность необходимой человеку техники, средства связи –  $5,6 \pm 2,7$  (22-я ситуация);

- равнодушное, безразличное отношение кого-либо к окружающим (в том числе, к человеку) –  $5,6 \pm 2,9$  (10-я ситуация);

- столкновение человека со взяточничеством и коррупцией –  $5,3 \pm 2,7$  (20-я ситуация);

- назойливость, настойчивость или упрямство по отношению к человеку –  $5,2 \pm 2,6$  (19-я ситуация);

- потребительское отношение к труду человека –  $5,2 \pm 2,8$  (32-я ситуация);

- случайная грубость по отношению к человеку –  $5,1 \pm 2,6$  (18-я ситуация);

- ощущения себя как беспомощного и уязвимого человека –  $5,1 \pm 2,8$  (26-я ситуация);

- столкновение человека с проявлениями жадности –  $5,0 \pm 2,5$  (3-я ситуация).

В данной категории оказались ситуации, в которых агрессию вызывают косвенные факторы. Отметим, что стандартное отклонение в оценке этих ситуаций выше, что означает, что представления о вероятности проявления агрессии в данных случаях более разобщенные. Проще говоря, люди сходятся в оценке ситуаций с высокой вероятностью проявления агрессии, но не столь едины при анализе ситуаций не столь провокационных. Вызывает удивление низкая оценка, поставленная респондентами таким ситуациям, как столкновение с коррупцией (20-я ситуация) и нарушение

принятых норм поведения (13-я ситуация). Лояльность к этим социальным явлениям часто обсуждается в прессе и, как правило, связывается с привычкой сталкиваться с ними в повседневной жизни. Европейские политологи считают, что одним из признаков правового государства является готовность его населения бороться за свои права, свободы, против коррупции и асоциального поведения. С этой точки зрения низкие оценки вероятности агрессивного поведения в ситуации столкновения с коррупцией являются следствием отсутствия привычки жить в правовом государстве. Но это лишь один взгляд на проблему, и его справедливость можно подтвердить или опровергнуть только вследствие дополнительного исследования.

Наконец, наименее вероятным проявление агрессии респонденты считали в следующих ситуациях:

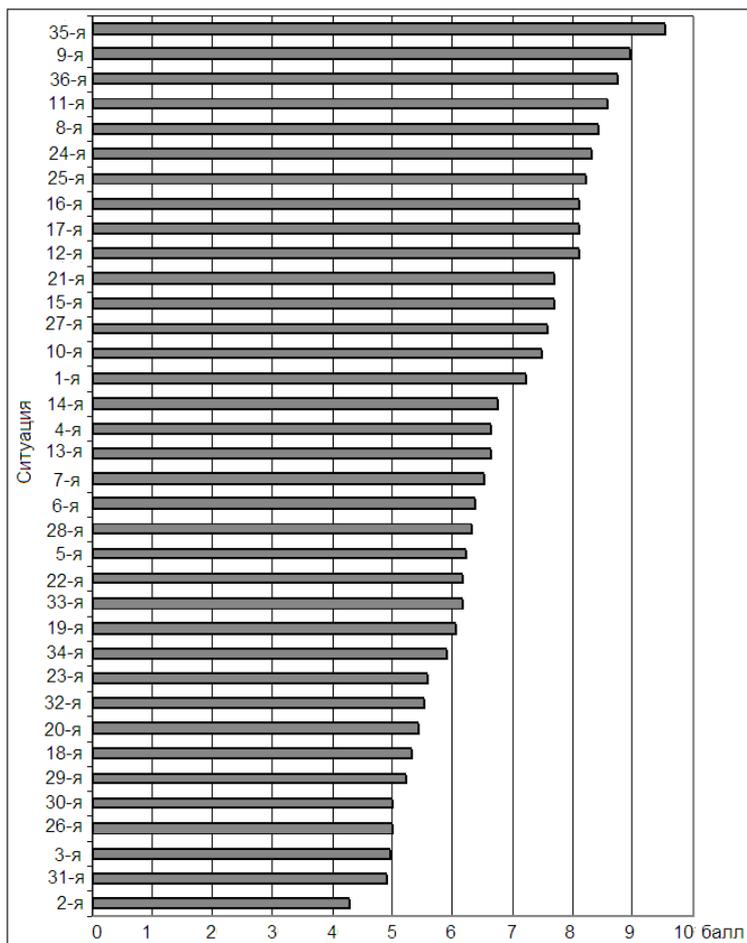
- принуждение человека к общению с лицами другой национальности –  $(4,8 \pm 3,0)$  балла (2-я ситуация);
- проявление во время участия человека в спортивных состязаниях –  $(4,7 \pm 2,9)$  балла (30-я ситуация);
- в случае неудачи человека в каком-то деле –  $(4,7 \pm 2,5)$  балла (29-я ситуация);
- столкновение человека с проявлением глупости –  $(4,5 \pm 2,8)$  балла (31-я ситуация);
- громкий разговор посторонних людей в присутствии человека –  $(4,3 \pm 2,5)$  балла (23-я ситуация);

Приятно отметить, что ситуации спортивных состязаний (30-я ситуация) и вынужденного общения с представителями другой национальности (2-я ситуация) вошли в пятерку ситуаций, наименее вероятных для проявления агрессии. На основании этих оценок можно говорить о формировании в Санкт-Петербурге установки на толерантное общение и честное соперничество в спорте.

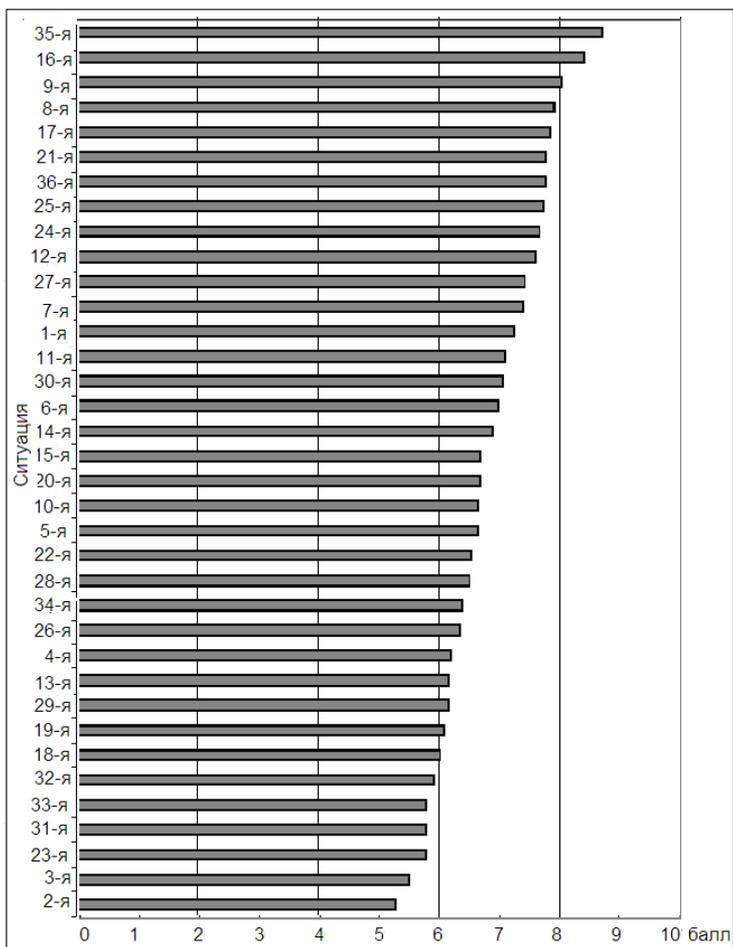
Прежде чем перейти к выводам, остановимся на сравнении социальных представлений об агрессии жителей Санкт-Петербурга и данных из других городов (см. рис. 2 и 3).

Сравнивая рейтинги, полученные на выборках из трех разных регионов, можно сделать вывод, что различия между ними не носят систематический характер. Одни и те же ситуации респонденты из трех разных городов России поставили на близкие позиции. Так, например, ситуация столкновения человека с проявлениями жадности (3-я ситуация) была оценена респондентами из Санкт-Петербурга как наименее вероятно провоцирующая агрессию. Респонденты из Владикавказа поставили эту же ситуацию

на предпоследнее место, а респонденты из Сочи – на третье место с конца. Также можно отметить, что все респонденты, независимо от города проживания, едины во мнении, что наиболее вероятно агрессивным будет поведение в ситуации угрозы жизни или здоровью близких для человека людей.



*Рис. 2. Средние значения вероятности агрессивного поведения в ситуациях по оценкам респондентов из Сочи.*



*Рис. 3. Средние значения вероятности агрессивного поведения в ситуациях по оценкам респондентов из Владикавказа.*

Однако мы также можем выделить ситуации, которые респонденты одной из сравниваемых групп оценили как значительно более (или менее) вероятные для проявления в них агрессии. Примером может служить ситуация спортивных состязаний (30-я ситуация). Респонденты из Владикавказа посчитали ее намного более вероятной для проявления агрессии, нежели студенты из Сочи и Санкт-Петербурга. С другой стороны, ситуация невыполнения взятых на себя обязательств (33-я ситуация), оцененная рес-

пондентами из Владикавказа как практически не вызывающая агрессивного поведения, в рейтингах респондентов из Сочи и Санкт-Петербурга стоит на более высокой позиции. Еще одним примером может служить ситуация клеветы в адрес человека (11-я ситуация), поставленная респондентами из Санкт-Петербурга и Владикавказа на позицию в середине рейтинга. В отличие от других участников исследования, респонденты из города Сочи поставили эту ситуацию на четвертое место по вероятности проявления в ней агрессии.

В данном исследовании мы полагаем, что выявленные относительные различия в оценках респондентов из различных городов носят случайный характер и наблюдаются вследствие небольшого количества респондентов в группах, с которыми производилось сравнение. В рамках данной статьи мы не имели возможности рассмотреть межгрупповые различия внутри выборки из Санкт-Петербурга, мы лишь кратко коснулись их. В любом случае сравнительный анализ социальных представлений об агрессии в различных регионах России – это вопрос для нового исследовательского проекта. На основе проделанной нами пока в этом направлении работы мы можем говорить, что наряду со стабильностью в относительной оценке ситуаций по вероятности проявления в них агрессии существуют весьма значительные различия в абсолютной оценке этих ситуаций. Более подробное рассмотрение этих тенденций – тема для другой статьи, которая, возможно, скоро появится в печати.

### *Заключение*

В заключение необходимо отметить, что гипотеза, выдвинутая нами в данном исследовании, подтвердилась: рейтинг ситуаций, основанный на оценках респондентами из Санкт-Петербурга вероятности проявления в них агрессии, подтверждается как на уровне статистической значимости, так и в сравнении с данными, полученными на респондентах из Сочи и Владикавказа. Таким образом, можно заключить, что социальные представления об агрессии являются стабильным элементом когнитивной реальности социальной группы и их необходимо изучать в рамках социальной психологии. Остается нерешенным вопрос о связи социальных представлений об агрессии с реальным агрессивным поведением. Решение этой задачи является перспективным полем для будущих исследовательских проектов и может значительно расширить границы нашего знания о человеческой психике.

### *Литература*

1. *Андреева Г.М.* Зарубежная социальная психология XX столетия: теоретические подходы : учеб. пособие / Г.М. Андреева, Н.Н. Богомола, Л.А. Петровская. – М. : Аспект Пресс, 2002. – 286 с.
2. *Майерс Д.* Социальная психология / Д. Майерс. – СПб. : Питер-Пресс, 1997. – 688 с.
3. *Московичи С.* Социальные представления: исторический взгляд / С. Московичи // Психол. журн. 1995. – Т. 16, № 1. – С. 3–17.
4. *Ноженко М.* Национальные государства в Европе / М. Ноженко. – СПб. : Норма, 2007. – 344с.
5. Современная зарубежная психология : тексты / под ред. Г.М. Андреевой, Н.Н. Богомоловой, Л.А. Петровской. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1984. – 256 с.
6. Социальная психология / под ред. С. Московичи. – 7-е изд. – СПб. [и др.] : Питер, 2007. – 592 с.
7. *Bauer M.* Social Representations Theory: A Progressive Research Programme for Social Psychology / M. Bauer, G. Gaskell // J. for the Theory of Social Behaviour. – 2008. – Vol. 38, Issue 4. – P. 335–353.
8. *Neher A.* Evolutionary Psychology: It's Programs, Prospects and Pitfalls, University of Illinois Press / A. Neher // The American J. of Psychology. – 2006. – Vol. 119, N 4. – P. 517–566.

## **МНОГОМЕРНАЯ ОЦЕНКА ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С НЕСОЦИАЛИЗИРОВАННЫМ РАССТРОЙСТВОМ ПОВЕДЕНИЯ**

Санкт-Петербургская академия управления и экономики;  
Специальное предприятие «Новое поколение», Санкт-Петербург

### ***Введение***

Дестабилизационные процессы в политической и социально-экономической сферах конца XX в. в нашем обществе поставили под сомнение многие ценности и идеалы человечества и поколебали веру в торжество разума и порядка, в прогресс человеческой культуры и цивилизации.

Сегодня молодежь не верит ни в один из тех идеалов, которые еще вчера усиленно насаждались, но существенно пересмотрела свои моральные ориентиры. Для сегодняшних подростков характерны повышенные конфликтность и девиантность.

Результаты распространения девиантного поведения отражены в официальной статистике, которая констатирует постоянный рост детской беспризорности, бродяжничества, вовлечения в криминальные группировки. На этом фоне растет число несовершеннолетних, находящихся на профилактических учетах с диагнозом несоциализированного расстройства поведения (НРП). НРП являются одной из наиболее актуальных проблем современной клинической психологии. Это связано не только с негативной динамикой личностной патологии и высокой распространенностью в детско-подростковой популяции [2, 6], но и с их большой общественной значимостью. Практически всегда расстройствам поведения сопутствуют выраженная агрессия, антисоциальные и криминальные проявления, беспризорность, склонность к употреблению алкоголя и других психоактивных веществ (ПАВ) [2]. Многие авторы находят, что эти деликты чаще всего встречаются у несовершеннолетних с НРП [2].

В Международной классификации болезней и расстройств поведения 10-го пересмотра (МКБ-10) НРП соотносится с таксоном F 91.1, которому дается четкая клиническая характеристика и прямо указано на сочетание при данной нозологической форме упорного диссоциального или агрес-

сивного поведения с дезадаптацией и склонностью к трансформации в диссоциальное расстройство личности в последующем.

Проблема оценки и прогнозирования социально-психологической адаптации подростков с НРП, особенно при коррекционно-профилактической работе с ними на площадках специализированных предприятий, является крайне значимой для психологии, медицины и педагогики [6].

Теоретические основы психологии определяют необходимость исследования двух основных типов социально-психологической адаптации (СПА) подростков с НРП: адаптация как процесс и адаптированность как результат, итог процесса социально-психологической адаптации. В рамках таких исследований значительный научно-практический интерес представляет анализ уровней выраженности и структуры основных компонентов социально-психологической адаптации подростков с НРП – саногенетических факторов, способствующих формированию нормативного поведения подростков и коррекции НРП.

Эта проблема является недостаточно разработанной в психологии и медицине, а отсутствие системных, научно обоснованных практических рекомендаций содержательного и организационно-психологического характера вызывает существенные затруднения в становлении эффективной системы оценки и коррекции дезадаптации подростков с НРП в условиях занятости на базе специально организованной среды – однородного подросткового трудового коллектива. Современные многомерные математико-статистические методы позволяют успешно решать такие задачи [1, 3–5, 7, 8].

В связи с этим выполнено исследование, цель которого состояла в многомерной математико-статистической оценке вклада основных компонентов социально-психологической адаптации подростков с НРП в коррекцию личностного расстройства.

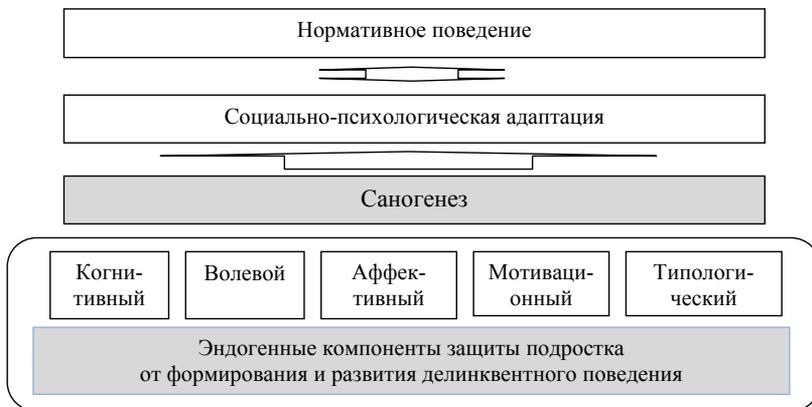
### *Теоретические основы и методика*

В научной литературе для оценки вклада (а точнее, задействованности) тех или иных структурных компонентов в саногенезе нормативного поведения предложена 3-этапная технология статистического анализа, включающая многомерный регрессионный анализ. Суть ее состоит в следующем.

С помощью психологических тестов, анкет, метода экспертных оценок оценивается уровень выраженности основных групп (компонентов) того или иного психического качества (процесса, свойства) [5]. В нашем исследовании в структуре социально-психологической адаптации подростков с НРП были выделены и оценены с помощью высококвалифицированных

экспертов пять основных ее компонентов: когнитивный, волевой, аффективный, мотивационный и типологический (см. рис.).

Кроме того, с помощью различных процедур (чаще всего это метод экспертных оценок) оценивается нормативность поведения [4, 5]. Затем с помощью регрессионного анализа рассчитывается регрессионная модель (функция) зависимости структурных компонентов (групп) от социально-психологической адаптации.



*Структура и содержание факторов саногенеза нормативного поведения подростков с НПИ.*

Эта технология применения регрессионного анализа базируется на данных линейного корреляционного анализа, а точнее корреляционной матрице исходных показателей: выраженности основных компонентов психологического качества, свойства или процесса (в нашем случае – это нормативное поведение) и уровня компенсации расстройств личности.

Таким образом, формируется математическая модель (в виде уравнения регрессии), обладающая определенной прогностической способностью. Достоверность прогноза определяется уровнем надежности и достоверности модели по ряду общепринятых процедур [3, 5].

В этом случае, исходя из методологии регрессионного анализа, нормативное поведение подростков с диссоциальным личностным расстройством выступает в качестве «внешнего критерия» или «независимой переменной», а компоненты социально-психологической адаптации выступают в качестве «зависимых переменных». При этом рекомендуется исходить из абсолютной значимости этих компонентов в обеспечении динами-

ки диссоциального личностного расстройства, то есть делается допущение (ограничение), что только эти компоненты на 100 % обеспечивают адаптивный вектор динамики (развития) НРП (МКБ-10 – F 91.1 в стадии компенсации) и формирование нормативного поведения.

Поэтому в регрессионной функции сумма диагностических коэффициентов всех структурных компонентов (в нашем случае 5 компонентов социально-психологической адаптации) равна 1 или 100 %.

Многомерная технология оценки вклада структурных компонентов в компенсацию личностных расстройств определяет необходимость использования специальной математической процедуры, предложенной В.Ф. Кочуровым [5], которая позволяет определить процентный вклад каждого из компонентов (групп, подсистем) в компенсацию личностных расстройств. Эта формула приведена ниже:

$$W = \frac{A_j * X_j}{\sum a_j x_j} \quad (1),$$

где W – вклад подсистемы;

J = 1;

A<sub>J</sub> – относительная значимость J-подсистемы компонентов;

X<sub>J</sub> – средняя оценка сформированности J-подсистемы (группы качеств).

С помощью специальной математической процедуры, предложенной В.Ф. Кочуровым [5, 8] и апробированной В.Я. Кикотем [6, 7] и И.А. Жуковым [8] для целей аттестации управленческих кадров, В.Ф. Ляхом [3, 5] и В.Ю. Рыбниковым [5] для оценки уровня успешности спортсменов, оценивается вклад в процентах каждого из компонентов в формирование нормативного поведения у подростков с НРП.

Величина вклада свидетельствует о низкой степени задействованности этого компонента в саногенезе формирования нормативного поведения и определяет необходимость его формирования. Представленные выше теоретико-методологические основы были использованы для многомерного анализа вклада пяти основных компонентов социально-психологической адаптации подростков с НРП.

### ***Результаты и их обсуждение***

На следующем этапе был применен корреляционный и регрессионный анализ, которые позволяют оценить не только взаимосвязь (корреля-

ции) исследуемых факторов адаптации, но и их относительную значимость (регрессия). Корреляция оценок выраженности основных компонентов социально-психологической адаптации и степени компенсации личностного расстройства подростков показала, что все основные компоненты социально-психологической адаптации тесно ( $r \geq 0,70$ ) и статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) связаны с компенсацией диссоциального личностного расстройства подростков.

Определение относительной значимости основных компонентов проведено нами с помощью многомерного линейного регрессионного анализа методом построения регрессионной модели компенсации личностного расстройства подростков на структуре наиболее информативных факторов (подсистем, компонентов) социально-психологической адаптации.

Регрессионная модель зависимости компенсации личностного расстройства от уровня выраженности основных компонентов социально-психологической адаптации (саногенетических факторов) по выборке из 213 подростков в условиях занятости на базе специально организованной среды – однородного подросткового трудового коллектива выглядела следующим образом (функция 1):

$$Z = 0,229X_1 + 0,225X_2 + 0,201X_3 + 0,194X_4 + 0,151X_5 \quad (2),$$

где  $Z$  – диагностический критерий СПА;

$X_1$  – уровень выраженности когнитивного компонента;

$X_2$  – уровень выраженности волевого компонента;

$X_3$  – уровень выраженности аффективного компонента;

$X_4$  – уровень выраженности мотивационного компонента;

$X_5$  – уровень выраженности типологического компонента.

Качество регрессионной модели оценивали статистической значимостью модели, информационной способностью модели, выраженной коэффициентом детерминации ( $R^2 = 0,63$ ), и ошибкой прогноза регрессионной модели по данным сравнительного исследования – 21,3 %.

Таким образом, в выборке подростков в условиях однородного подросткового трудового коллектива наиболее значимыми оказались когнитивный и волевой компоненты социально-психологической адаптации, суммарное значение их диагностических коэффициентов равно 0,454. От того, насколько у подростка развиты когнитивные способности и волевые черты характера, почти наполовину зависит конечный результат компенсации личностного расстройства.

Вместе с тем, полученные данные указывают на то, что результативность коррекционных мероприятий при компенсации личностного расстройства может быть повышена путем совершенствования аффективного и мотивационного компонентов, вклад (а следовательно, и задействованность) которых (по данным базовой регрессионной модели) относительно невелик.

Однако известно, что даже весьма малое различие в уровнях сформированности компонентов с учетом их значимости может приводить к существенной вариативности вкладов каждого из них в компенсацию личностного расстройства в подростковом возрасте.

В связи с этим в дальнейшем был определен вклад каждого из компонентов социально-психологической адаптации в компенсацию несоциализированного расстройства поведения у подростков в условиях однородного подросткового трудового коллектива (см. таблицу).

*Соотношение значимости, уровня выраженности и вклад компонентов социально-психологической адаптации в коррекцию несоциализированного расстройства поведения у подростков*

Статистическая характеристика компонента	Основные компоненты социально-психологической адаптации					Итого
	X <sub>1</sub>	X <sub>2</sub>	X <sub>3</sub>	X <sub>4</sub>	X <sub>5</sub>	
Относительная значимость (диагностические коэффициенты)	0,229	0,225	0,201	0,194	0,151	1,0
Уровень выраженности компонента СПА (экспертные оценки)	4,51	4,18	4,02	3,63	3,16	3,9
Вклад компонента в коррекцию несоциализированного расстройства поведения, %	25	22	20	17	16	100

Примечание: X<sub>1</sub>–X<sub>5</sub> – уровни сформированности основных компонентов социально-психологической адаптации; 0,229, 0,225 ..., 0,151 – коэффициенты регрессии соответствующих компонентов социально-психологической адаптации, приведенные к единице.

Полученные данные указывают, что воздействие саногенетических факторов происходит на разных уровнях системного ответа организма подростка и в разной степени вызывает напряжение когнитивного, волевого, аффективного, мотивационного и типологического компонентов адаптационного ответа. Комплексное воздействие саногенетических факторов более сложно для организма и может быть описано следующим образом:

1) на фоне информационных (когнитивных), энергетических (волевых, мотивационных) и других затрат по стабилизации параметров при го-

меостатическом регулировании и на фоне его напряжения дополнительное действие каждого нового саногенетического фактора может вызывать перенапряжение и, как следствие этого, истощение процессов регулирования и адаптации;

2) одновременная актуализация механизмов регулирования в ответ на одновременное воздействие разных саногенетических факторов порой является крайне сложной, а иногда невозможной для личности подростка, и поэтому в этих случаях компромиссный характер адаптации сопряжен со значительными трудностями для личности подростка.

Эти данные указывают и на компенсаторные резервы обследуемых подростков, которые могут быть реализованы за счет совершенствования сформированности мотивационного и типологического компонента социально-психологической адаптации, вклад которых (по данным базовой регрессионной модели) относительно невысок (17 и 16 % каждый соответственно). Следовательно необходимо корректировать эмоциональное реагирование и регулировать проявление типологических особенностей в целях оптимизации социально-психологической адаптации подростков с несоциализированным расстройством поведения в условиях однородного подросткового трудового коллектива.

### ***Выводы***

Социально-психологическая адаптация подростков с несоциализированным расстройством поведения должна рассматриваться как психическое образование, которое имеет пятикомпонентную динамическую структуру, между компонентами которой существуют функциональные зависимости. Для ее оценки необходимо использовать психологические технологии экспертной и психодиагностической квалиметрии, предусматривающие анализ ее уровней, критериев, компонентов с помощью информативных многомерных психодиагностических алгоритмов.

Социально-психологическая адаптация подростков с несоциализированным расстройством поведения определяет нормативность поведения подростков и зависит от уровня сформированности пяти основных компонентов: когнитивного, волевого, мотивационного, аффективного и типологического. Целенаправленное их формирование в процессе медико-психолого-педагогического сопровождения в условиях занятости подростков на базе специально организованной среды – однородного подросткового трудового коллектива существенно влияет на частоту рецидивов

делинквентных проступков подростков с несоциализированным расстройством поведения.

Сравнительный анализ уровней выраженности основных компонентов социально-психологической адаптации в выборке подростков с несоциализированным расстройством поведения в условиях однородного трудового коллектива показал, что воздействие патогенетических факторов социально-психологической дезадаптации происходит на разных уровнях системного ответа личности подростка и в разной степени вызывает напряжение когнитивного, волевого, аффективного, мотивационного и типологического компонентов социально-психологической адаптации. Одновременная актуализация всех пяти компонентов социально-психологической адаптации является крайне психологически сложным механизмом, не реализуемым для личности подростка с несоциализированным расстройством поведения. Поэтому в выборке подростков с несоциализированным расстройством поведения психическая адаптация носит компромиссный характер, сопряженный с активацией когнитивного и волевого компонентов социально-психологической адаптации, суммарный вклад которых в данной выборке составил 47 %.

#### *Литература*

1. *Артемова Е.Ю.* Вероятностные методы в психологии / Е.Ю. Артемова, Е.М. Мартынов. – М. : Изд-во Моск. гос. ун-та, 1975. – 206 с.
2. *Воронцова Е.А.* Социология социализации: проблемы и перспективы развития науки в современной России / Е.А. Воронцова // Учен. зап. ун-та им. П.Ф. Лесгафта. – 2010. – № 12 (70). – С. 36–41.
3. *Григорьев С.Г.* Доказательная медицина: методология и состояние проблемы / С.Г. Григорьев, В.И. Евдокимов // Мед.-биол. и соц. психол. проблемы в чрезв. ситуациях. – 2008. – № 3. – С. 59–69.
4. *Генкин А.А.* Прогнозирование психофизиологических состояний. Вопросы методологии и алгоритмизации / А.А. Генкин, В.И. Медведев. – Л. : Наука, 1991. – 143 с.
5. *Рыбников В.Ю.* Теория и результаты многомерной оценки психологической готовности спортсменов в силовых единоборствах / В.Ю. Рыбников, А.А. Бобрищев // Учен. зап. ун-та им. П.Ф. Лесгафта. – 2008. – № 10 (44). – С. 86–92.
6. *Соловьева Т.А.* Особенности структуры социально-психологического климата в подростковых трудовых коллективах / Т.А. Соловьева,

В.Г. Белов, Ю.А. Парфенов // Учен. зап. ун-та им. П.Ф. Лесгафта. – 2010. – № 11 (69). – С. 12–16.

7. *Сидоренко Е.В.* Методы математической обработки в психологии: учеб. пособие. – СПб.: Речь, 2007. – 350 с.

8. *Юнкеров В.Ю.* Математический аппарат многомерного анализа данных моделирования процессов в психиатрических и наркологических исследованиях / В.Ю. Юнкеров, С.Г. Григорьев, Р.В. Мизерене // Вестн. психотерапии. – 2000. – № 7 (12). – С. 73–80.

# ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ

УДК 159.9 : 316.485

*Е.А. Колотильщикова*

## ОБОСНОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

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

### *Введение*

В настоящее время признанным является представление о целостности личности и неразрывности различных измерений ее самоактуализации. В связи с этим та область медицинской психологии, в которой формируются знания о механизмах и факторах различных нервно-психических расстройств, в том числе невротических, сталкивается с необходимостью перехода на новый уровень развития теоретико-методологического и практического аппарата, учитывающий достижения различных отраслей психологии, медицины, психо- и нейрофизиологии и других областей научного знания [7, 8, 10, 12, 14].

В отделении неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева проводятся исследования, целью которых является попытка понять и раскрыть особенности структуры и действия различных психологических факторов, участвующих в возникновении и развитии невротических расстройств, с позиций обозначенного целостного подхода, традиции которого изначально были заложены в отечественной науке [1, 3, 9].

Цель статьи – обосновать психологические механизмы невротических расстройств (на основе комплексного сравнительного исследования экспериментально-психологических, нейропсихологических и психофизиологических характеристик больных с невротическими расстройствами и здоровых лиц).

### *Материал и методы*

Обследованы 1060 больных с невротическими расстройствами (мужчин – 33 %, женщин – 67 %), находившихся на стационарном лечении в

отделении неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института В.М. Бехтерева и 591 психически здоровое лицо (мужчин – 42,3 %, женщин – 57,7 %). Средний возраст респондентов первой группы составлял 33,4 года, второй – 34,9 года. Все больные обследовались на ранних этапах госпитализации, до начала активной фармакотерапии.

В исследовании были использованы: симптоматический опросник Александровича [15]; опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) [17]; личностный опросник Н.Ж. Eysenck (EPI) [18]; «Сквозной биполярный перечень» [20]; стандартизованный клинический личностный опросник (адаптированный полный вариант MMPI) [4]; Я-структурный тест G. Ammon (ISTA) [16]; опросник уровня субъективного контроля (УСК) [2]; Томский опросник ригидности [6]; опросник для исследования личностных убеждений «Personal Beliefs Test» [22]; методика «Индекс жизненного стиля» (Life style index) [11]; методика Е. Heim для определения характера копинг-поведения [21]; тест рисуночной фрустрации S. Rosenzweig [25]; методика интерперсональных отношений Т. Leary [23]; опросник для исследования межличностных проблем (ИП) [26]; Гиссенский личностный опросник [5]; методика для исследования самооценки «Q-сортировка»; методика «Ценностные ориентации» [24]; шкала интеллекта для взрослых D. Wechsler (WAIS) [27]; стандартизованная нейропсихологическая методика [13] для выявления минимальной мозговой дефицитности; ЭЭГ с использованием спектрального анализа.

Математическая обработка осуществлялась с помощью методов описательной статистики и проверки нормальности распределения (критерии асимметрии и эксцесса; критерий нормальности Колмогорова – Смирнова); критерия  $\phi$  – углового преобразования Фишера; метода информационной статистики 2I; параметрического критерия t-Стьюдента для независимых выборок, в том числе критерий t-Стьюдента для одной выборки и критерий t-Стьюдента и сравнение двух дисперсий (критерий равенства дисперсий Ливена) для независимых выборок.

### ***Результаты и их анализ***

Сравнительное исследование больных с невротическими расстройствами и здоровых лиц показало, что максимальные отличия в психопатологическом статусе, согласно использованным стандартизованным самоотчетам (симптоматического опросника Александровича и методики SCL-90-R), наблюдаются в отношении параметров, включающих утверждения,

релевантные по содержанию тревожным и депрессивным расстройствам, а также нарушениям сна и соматическим дисфункциям.

Сопоставление структуры личности больных с невротическими расстройствами и здоровых лиц с позиций трех теоретико-методологических направлений – теории черт, типологического и психоаналитического подходов – позволило выявить, что у больных с невротическими расстройствами диагностируются высокие показатели шкалы «Нейротизм» и средние оценки фактора «Экстраверсии», полученные с помощью личностного опросника Н.Ж. Еysenck (EPI). Согласно современным исследованиям, высокий уровень «Нейротизма» является не только психологическим феноменом, создающим условия для повышенной уязвимости к стрессогенным воздействиям, но в не меньшей степени биологическим фактором, имеющим генетическую природу.

Использование «Сквозного биполярного перечня», являющегося инструментом измерения факторов Большой Пятерки, позволяет выделить паттерны оценок по изученным параметрам: экстремально низкие показатели шкал «Эмоциональная стабильность», «Готовность к согласию, сотрудничеству», «Самосознание, организованность», невысокие значения параметра «Личностные ресурсы» и средние – «Экстраверсия – интроверсия» [20].

Такое сочетание базовых черт личности свидетельствует об общем инфантильном (незрелом) стиле эмоционального, когнитивного и поведенческого реагирования. Больные с невротическими расстройствами, по сравнению со здоровыми людьми, обнаруживают высокий уровень тревожности; они более критично настроены и требовательны по отношению к другим людям; менее ответственны, организованы и добросовестны; не проявляют креативности в поиске решения проблем и малоспособны к гибкому изменению, так как не открыты новому опыту.

В усредненном личностном профиле больных с невротическими расстройствами показатели всех основных шкал Стандартизованного клинического личностного опросника, кроме 9-й шкалы «Гипомания», выходят за границы нормативного разброса от 40 до 60 T-баллов.

Личностный профиль больных с невротическими расстройствами, рассматриваемый с позиций психоаналитической гуманструктуральной концепции G. Ammon, существенно отличается от такового у психически здоровых лиц. Если в контрольной группе большинство центральных Я-функций конструктивно развиты, то у исследованных пациентов преобладают «Дефицитарная агрессия» (A3), «Деструктивная тревога»

(С2), «Деструктивное внешнее (O2) и внутреннее (O'2) Я-отграничение» при общем снижении потенциала конструктивности [16].

Сравнительное исследование больных с невротическими расстройствами и здоровых лиц показывает наличие достоверных отличий по всем шкалам опросника УСК, кроме параметра «Интернальность в области достижений». Указанные пациенты демонстрируют преимущественно внешний тип локуса контроля, не доходящий, однако, до экстремально низких значений уровня «Общей интернальности». Больные с невротическими расстройствами отличаются несколько большей степенью экстернальности, однако их нельзя отнести к людям, полагающим, что они не имеют никакой власти над своей жизнью. В то же время необходимо выделить несколько сфер, связанных с основными областями жизнедеятельности, в которых исследованные пациенты демонстрируют наибольшие отклонения от средненормативных значений в сторону внешнего локуса контроля: «Интернальность в области производственных и семейных отношений», а также в «Области неудач» и «Отношения к здоровью». В сфере «Межличностных отношений» указанные больные проявляют более высокий уровень внутреннего контроля, нежели респонденты контрольной группы, что, по-видимому, свидетельствует об их несколько искаженном, субъективном восприятии себя как людей, не подверженных социальному воздействию.

При исследовании у больных с невротическими расстройствами степени выраженности и характера психической ригидности, диагностируемой с помощью Томского опросника ригидности Г.В. Залевского, было установлено, что из 6 шкальных показателей методики, отражающих отдельные параметры данного свойства личности, 4 оказались в интервалах высоких значений: «Симптомокомплекс ригидности», «Сенситивная», «Актуальная» и «Ригидность как состояние» [6]. По этим параметрам пациенты изученной клинической группы имели достоверно более высокие значения по сравнению с таковыми в контрольной группе здоровых респондентов. Больные с невротическими расстройствами, не отличаясь от здоровых людей по уровню «Преморбидной ригидности», в целом обладают более высокой психической ригидностью.

По данным проведенного обследования, средние значения параметра «Общая рациональность мышления» в группе больных с невротическими расстройствами входят в диапазон от 121 до 240 баллов, что, согласно авторам опросника для исследования личностных убеждений «Personal Beliefs Test» [22], соответствует частичной иррациональности мышления,

не искажающей грубо действительность и не носящей выраженного стрессогенного характера.

Сравнительный анализ степени рациональности мышления и особенностей системы личностных убеждений у больных с невротическими расстройствами и здоровых испытуемых выявил незначительные когнитивные различия – более низкие значения в изученной клинической группе по сравнению с контрольной выборкой по шкалам «Долженствование в отношении себя» и «Самооценка». Это свидетельствует о том, что от здоровых людей больные с невротическими расстройствами отличаются более низкой самооценкой, повышенной требовательностью к себе, недостаточно развитым самосознанием, отсутствием самопринятия, дефицитом способностей к эмпатии и безоценочному восприятию других людей.

Исследование факторов риска психической дезадаптации больных с невротическими расстройствами показало, что существующая в литературе гипотеза о том, что указанные пациенты сверхинтенсивно используют примитивные механизмы психологической защиты, в настоящей работе не находит своего подтверждения. Доминирующими в общей системе защитного поведения у больных с невротическими расстройствами и у здоровых людей являются «Интеллектуализация» и «Проекция», первая из которых всеми экспертами относится к зрелым формам защиты.

Напряженность всех защитных механизмов в изученной нозологической группе не превышает 50 стандартных баллов. Основное отличие структуры защитного функционирования здоровых и больных с невротическими расстройствами выражается в относительно более частом использовании «Реактивного образования» исследованными пациентами. Очевидно, что поддержание позитивной «Я-концепции» за счет механизмов, лежащих в основе этого механизма, – замена неприемлемых внутренних тенденций на прямо противоположные, когда мотивы собственного поведения скрываются от самого себя за счет его подавления сознательно поддерживаемым мотивом противоположного типа, – предполагает значительные энергетические затраты. Отказ от свободной самоактуализации, от собственных желаний, стремлений, реализации значимых целей не может не приводить к росту нервно-психического напряжения и снижать тем самым адаптивные возможности больных.

Больные с невротическими расстройствами обнаруживают наибольшие отличия от здоровых людей в частоте использования способов совладания со стрессовыми ситуациями в когнитивной сфере. Если опираться на выделенные E. Neim критерии адаптивности, то полученные результаты

представляются парадоксальными: респонденты контрольной группы здоровых достоверно чаще прибегают к неадаптивным и относительно адаптивным копингам в виде «Диссимуляции», «Придачи смысла» и «Религиозности» и реже – к конструктивной стратегии «Установка собственной ценности». Больные с невротическими расстройствами значительно чаще используют копинг-механизм «Растерянность». Основываясь в большей степени на результатах комплексного исследования, а также на анализе содержания вопросов, представляется уместной следующая интерпретация: пациенты изученной нозологической группы, осуществляя когнитивную оценку сложившихся трудностей, редко могут провести рациональный анализ возникших проблем и найти эффективный выход из них, в результате чего часто впадают в состояние растерянности, при этом многие из них склонны неоправданно оптимизировать будущее, надеясь на благополучное развитие событий, не задумываясь о том, каким образом, за счет каких факторов возможен благоприятный исход. В отличие от здоровых людей, исследованные пациенты не склонны в стрессовых обстоятельствах прибегать к такому способу поведения, как саморазвитие, самосовершенствование, в том числе духовное [21].

В эмоциональной сфере здоровые люди чаще используют копинг-механизм «Протест», а пациенты с невротическими расстройствами – «Подавление эмоций» и «Эмоциональную разрядку». Основное отличие заключается в характере аффективного реагирования, определяющем степень активности, а также в направленности эмоций. Так, больных с невротическими расстройствами характеризует преимущественно астенический эмоциональный фон, в то время как здоровые люди в проблемных ситуациях склонны испытывать возмущение, негодование – чувства, предполагающие более активное поведение, ориентированное на решение проблем. В отношении направленности эмоций пациенты изученной нозологической группы значительно чаще обнаруживают как чрезмерное сдерживание возникающих чувств, так и излишнее внешнее выражение аффекта (в виде плача). Вероятно, в условиях хронического стресса, характеризующего невротическое состояние, все эти формы эмоционального копинг-поведения оказываются неадекватными, поскольку не приводят к появлению целенаправленного поведения, ведущего к устранению проблемы.

В поведенческой сфере преобладание копинг-стратегий «Отступление» и «Компенсация» достоверно отличает больных с невротическими расстройствами от здоровых лиц. Обследованным пациентам в трудноразрешимых обстоятельствах свойственно избегание социальных контактов, а

также стремление отвлечься от решения проблем с помощью различных средств, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ.

Статистически достоверные отличия в способах фрустрационного реагирования изученных пациентов и здоровых людей наблюдались в отношении двух типов реакций: у больных с невротическими расстройствами снижены показатели реакций «С фиксацией на препятствии» (OD) и повышены значения типа реакций «С фиксацией на удовлетворении потребности» (NP). Кроме того, у них наблюдается значительно более низкий процент GCR (рейтинга групповой конформности) по сравнению с таковым в контрольной группе здоровых лиц.

Проведенное экспериментально-психологическое исследование особенностей коммуникативного поведения больных с невротическими расстройствами в целом указывает на отсутствие акцентуации определенных поведенческих стереотипов, дезадаптирующих качеств. Средние значения ни по одному из октантов методики интерперсональных отношений T. Leary не выходят за уровень 8-ми баллов [23].

При описании «реального Я» у больных с невротическими расстройствами оказались относительно более высокими оценки по IV («Недоверчивый – скептический»), V («Покорный – застенчивый») и VII («Сотрудничающий – конвенциальный») октантам при относительном снижении показателей II («Независимый – доминирующий») и I («Властный – лидирующий») октанта. В целом, выявляется довольно значимая дисгармоничность межличностной сферы обследованных пациентов, поскольку, несмотря на нормативную выраженность измеряемых коммуникативных характеристик, их приспособительное значение снижается несогласованным распределением оценок по октантам. В системе межперсональных отношений тенденция к тесному сотрудничеству и пассивно-подчиненное поведение плохо согласуются со стремлением занимать недоверчиво-скептическую позицию в общении с окружающими.

Полученные с помощью методики интерперсональных отношений T. Leary результаты подтверждают данные Опросника для исследования межличностных проблем (ИП) [26]. В профиле, отражающем особенности межличностных отношений, наблюдается преобладание качеств, связанных с «Неуверенностью», «Уступчивостью», «Заботливостью», сопровождающихся значительным «Социальным избеганием».

У больных с невротическими расстройствами в межличностных отношениях на первый план выходят трудности в общении, связанные с неуверенностью и зависимостью от окружающих, что является для них ве-

душшим способом поддержания хороших отношений и получения внимания и любви. Однако собственный паттерн интерперсонального взаимодействия во многом не устраивает пациентов, так же как и реакция значимых лиц, что в результате приводит к нарастанию социальной отгороженности, разочарованию в себе и окружающих.

Между обследуемыми изучаемой клинической группы и здоровыми респондентами было установлено наличие лишь двух достоверных различий по таким параметрам Гиссенского личностного опросника [5], как «Представления о преобладающем настроении» и «Самоконтроль». Больные с невротическими расстройствами в большей степени, чем здоровые люди, тяготеют к депрессивным состояниям, являются более робкими, тревожными, они также склонны к избыточному самоконтролю.

Результаты сравнительного исследования показателей самооценки у больных с невротическими расстройствами и здоровых испытуемых, полученные с помощью методики Q-сортировка, показали наличие высоких достоверных отличий. Диапазон значений коэффициента корреляции между реальным и идеальным образами «Я», полученный в группе здоровых респондентов составляет от 0,46 до 0,90 (среднее значение – 0,56), в то время как у больных с невротическими расстройствами показатель самооценки оказался значительно ниже указанного интервала –  $0,14 \pm 0,04$ .

В ходе сравнительного исследования показателей методики «Ценностные ориентации» у больных с невротическими расстройствами и здоровых испытуемых было установлено, что иерархическая система ценностей у них схожа по своей структуре, однако имеет место целый ряд отличий в отношении ранговой значимости отдельных ценностей [24].

По сравнению со здоровыми испытуемыми, пациенты с невротическими расстройствами более фиксированы на общественном признании, отводя ему более высокое место в иерархии терминальных ценностей, большее значение приписывают активной деятельной, материально обеспеченной, а также продуктивной жизни, несколько большую ценность для них приобретают интересная работа, свобода, красота природы и искусства, развлечения; здоровые респонденты, в свою очередь, на более высокое место в иерархии ценностей ставят семейную жизнь, наличие хороших друзей, развитие, жизненную мудрость, познание, творчество.

В системе смыслообразующих ценностных ориентаций и у здоровых, и у больных с невротическими расстройствами преобладают ценности, ориентированные на удовлетворение витальных потребностей, выживание и адаптацию, что же касается «высших» духовных ценностей, то

последние имеют гораздо меньшую значимость, при этом для пациентов изученной клинической группы значительно более низкую, чем для здоровых испытуемых.

В структуре инструментальных ценностей статистически достоверные различия между пациентами с невротическими расстройствами и здоровыми были установлены в отношении всех 18 ценностей, входящих в список ( $p < 0,01$ ). По сравнению с респондентами контрольной группы, исследованные больные ставили на более высокое место по ранговой значимости такие выступающие в качестве регулятора поведения характеристики, как твердая воля, смелость в отстаивании своего мнения, независимость, аккуратность, образованность, эффективность в делах, воспитанность, исполнительность, непримиримость к недостаткам в себе и других; у здоровых испытуемых, в свою очередь, более высокую ценность представляли честность, чуткость, ответственность, жизнерадостность, терпимость, широта взглядов, рационализм, самоконтроль и высокие запросы.

Таким образом, для пациентов с невротическими расстройствами этические ценности, альтруистические черты, ценности непосредственно-эмоционального мироощущения, а также способность трезво и логично размышлять, принимать взвешенные, целесообразные решения являются менее приоритетными, чем для здоровых людей.

Исследование особенностей интеллектуальной деятельности больных с невротическими расстройствами показало, что итоговая полная оценка IQ в группе больных с невротическими расстройствами составила  $(106,9 \pm 1,2)$  баллов (от 80 до 134 баллов), что соответствует среднему уровню интеллекта сравнительно с умственными способностями лиц общей популяции. Итоговые вербальная от 77 до 137, или  $(108,9 \pm 1,4)$ , баллов и невербальная от 80 до 126, или  $(103,2 \pm 1,1)$ , баллов оценки также не выходят за границы разброса от 90 до 109 баллов, охватывающего 50 % населения. При этом разница между этими двумя интегральными составляющими полной оценки IQ не превышает 6 баллов, что позволяет говорить об относительно гармоничном развитии как абстрактно-логического, так и образно-действенного мышления у больных с невротическими расстройствами, это также отличает их от пациентов с более тяжелыми формами психической патологии.

Анализ «интертестового разброса» показывает, что среди отдельных познавательных психических функций в исследованной группе сравнительно лучше развиты вербальные способности, связанные с общим уровнем образования, знаниями, усвоенными в процессе научения, – оценки по

вербальным субтестам «Общая осведомленность», «Словарь» и «Сходства» больше всего превышают нормативный показатель, равный 10 баллам. В то же время выявляется относительная недостаточность невербальных познавательных функций, обеспечивающих высокую скорость обработки информации и образования нового навыка (достоверное снижение по субтесту «Кодирование»), а также некоторый дефицит эвристического мышления (низкие показатели «Складывания фигур»), что несколько снижает возможности прогнозировать развитие событий, в том числе в социальном взаимодействии.

Результаты изучения роли минимальной мозговой дефицитарности и особенностей функциональной межполушарной асимметрии головного мозга в развитии невротических расстройств показывают наличие у больных с невротическими расстройствами статистически достоверных отличий в степени выраженности нарушений исследованных высших психических функций по сравнению со здоровыми испытуемыми. Различия между группами отмечены для пространственного гнозиса, зрительной и слухоречевой памяти, конструктивного, динамического и идеомоторного праксиса, а также для лицевого гнозиса. Со стороны системы речи у некоторых испытуемых отмечаются только элементы дисфазии при повторении скороговорок, нарушений письма, чтения пальцевого и слухового гнозиса не обнаружено. В целом иерархия нарушений отдельных высших психических функций в двух исследованных группах почти полностью совпадает – на I–II места выступают нарушения пространственного гнозиса и слухоречевой памяти. Это свидетельствует скорее о количественном, чем качественном характере выявленных нарушений: нейропсихологический профиль больных с невротическими расстройствами характеризуется не столько его деформацией, сколько приподнятостью по сравнению с нормативным.

Среди больных изученной нозологической группы преобладают лица с правосторонним типом ФМПАГМ, а смешанный тип встречается крайне редко. У здоровых испытуемых распределение по типам относительно равномерно.

Выявленные расстройства отдельных функций не укладываются в рамки каких-либо четко очерченных нейропсихологических синдромов, а представляют собой их элементы. Нарушения носят диффузный характер, однако в несколько большей степени затронуты отделы коры, осуществляющие синтез информации различной модальности (левые верхнетеменные, теменно-височные и теменно-затылочные).

Изучение роли психофизиологических характеристик в развитии невротических расстройств показало, что при всех типах невротических расстройств имеются изменения спектральных характеристик всех частотных диапазонов ЭЭГ. Так, у обследованных больных наблюдаются: снижение спектральной мощности  $\delta$ -активности и повышение ее доминирующей частоты, увеличение спектральной мощности  $\theta$ -активности с повышением ее доминирующей частоты, понижение мощности  $\alpha$ -активности со снижением ее доминирующей частоты, повышение спектральной мощности  $\beta_1$ - и  $\beta_2$ -активности с увеличением их доминирующих частот. При этом больные с различными типами невротических расстройств имеют особенности организации ЭЭГ, отличающие их не только от здоровых лиц, но и от больных с другими типами.

Можно предположить, что выявленные изменения организации ЭЭГ свидетельствуют об усилении роли лимбико-ретикулярного комплекса в формировании корковой активности у больных с невротическими расстройствами. При этом у больных с разными типами невротических расстройств имеется разная степень выраженности выявленных изменений. Это может говорить о разной заинтересованности при различных типах невротических расстройств тех или иных структур мозга, регулирующих корковую электрическую активность.

### *Заключение*

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы:

1. Общая выраженность психопатологической симптоматики, степень переживаемого дистресса, широта диапазона жалоб, общий уровень невротичности и высокая степень выраженности недифференцированной тревоги у больных с невротическими расстройствами значительно выше, чем у здоровых обследованных;

2. Большинство больных с невротическими расстройствами конституционально предрасположены к развитию заболевания из-за повышенных эмоциональной нестабильности и тревожности. Высокий уровень нейротизма является необходимой, но не единственной характеристикой личности больных с невротическими расстройствами, выделяющей их из общей популяции. Важным оказывается сочетание повышенной тревожности с невозможностью использовать ресурсы в виде адекватной социализации, выработки навыков эффективного планирования, а также оригинальности и творческой направленности в решении возникающих проблем, конфликтов и кризисов развития;

3. Когнитивные установки больных с невротическими расстройствами носят жестко-обязательный характер, они в большей степени, чем здоровые люди, склонны к перфекционизму, не способны принимать себя безусловно, оценивают свой внутренний мир с внешней точки зрения, уделяя чрезмерное внимание тому, что думают о них другие, при этом не стремятся воздерживаться от осуждения окружающих;

4. Больных с невротическими расстройствами нельзя отнести к лицам с высоким уровнем социально-психологической дезадаптации, если исходить из существующих экспериментально-психологических критериев. Основное отличие структуры защитного функционирования психически здоровых людей и пациентов с невротическими расстройствами заключается в относительно более частой встречаемости реактивного образования;

5. Наиболее проблемными у изученных пациентов являются сферы когнитивного и поведенческого копинга. Больных с невротическими расстройствами характеризует неспособность рационально оценить стрессовые обстоятельства, стремление отвлечься от решения проблем с помощью различных средств, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ, пренебрежение процессом самоактуализации. Копинг-стратегия оптимизма, свойственная больным с невротическими расстройствами, является дезадаптирующим фактором, поскольку позитивное мировосприятие и идеализация будущего являются лишь формой и способом сохранять психологический комфорт и игнорировать имеющиеся хронические трудности;

6. Коммуникативное поведение пациентов с невротическими расстройствами в целом не носит дезадаптивного характера. В то же время, у больных с невротическими расстройствами выявляется значимая дисгармоничность межличностной сферы функционирования. Их интерперсональное поведение характеризуется сочетанием низкой доминантности и повышенного недоверия, скептицизма, подчеркиваемые в самооценках своих коммуникативных качеств застенчивость, несамостоятельность носят характер внешнего конформизма;

7. Структура системы ценностных ориентаций больных с невротическими расстройствами подчинена тому же иерархическому принципу, что и у здоровых людей. В основе находятся конкретные индивидуалистические ценности, а высшие духовные метачценности вторичны. Критерием, определяющим ранг ценностей, является не устойчивая смыслообразующая функция этих внутриспсихических образований, а субъективная важность их, вызванная хронической фрустрацией актуальных потребностей.

Однако у здоровых людей ценности социализации, ориентированные на интеграцию в обществе, а также ценности, направленные на интеллектуальное и духовное развитие, имеют большую значимость;

8. Фактор высокого интеллекта, выделенный Н.Ж. Eysenck и S. Rachman, не оказывает существенного влияния на развитие невротических расстройств [19]. Изученные больные отличаются средним уровнем IQ в сопоставлении с аналогичным показателем в общей популяции, разница между двумя интегральными составляющими полной оценки IQ (вербальным и невербальным интеллектом), рассматриваемая как индикатор тяжести нервно-психической патологии, незначительна;

9. Нейропсихологические профили здоровых лиц и больных с невротическими расстройствами отличаются количественно. У пациентов изученной клинической группы обнаруживаются нарушения в деятельности отделов коры головного мозга, обеспечивающих комплексное взаимодействие нескольких анализаторных систем, синтез информации различных модальностей. В то же время, выявленные расстройства высших психических функций носят функциональный характер и не формируются в какой-либо нейропсихологический синдром;

10. У больных с невротическими расстройствами выявлены изменения биоэлектрической активности головного мозга, свидетельствующие об усилении роли лимбико-ретикулярного комплекса в формировании корковой активности.

### *Литература*

1. *Ананьев Б.Г.* О проблемах современного человекознания / Б.Г. Ананьев. – М. : Наука, 1977. – 380 с.

2. *Бажин Е.Ф.* Метод исследования уровня субъективного контроля / Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, А.М. Эткин // Психол. журн. – 1984. – № 3. – С. 152–162.

3. *Ганзен В.А.* Системные описания в психологии / В.А. Ганзен. – Л. : Изд-во Ленингр. ун-та, 1984. – 176 с.

4. *Гильяшева И.Н.* Стандартизованный клинический личностный опросник (адаптированный вариант ММРІ) / И.Н. Гильяшева, Л.Н. Собчик, Т.Л. Федорова. – Л., 1982. – 45 с.

5. *Гиссенский личностный опросник* (использование в психодиагностике для решения дифференциально-диагностических и психотерапевтических задач) : метод. пособие / Е.А. Голынкина, Г.Л. Исурин, Е.В. Кайдановская, Б.Д. Карвасарский [и др.]. – СПб., 1993. – 20 с.

6. *Залевский Г.В.* Томский опросник ригидности / Г.В. Залевский // Сиб. психол. журн. – 2000. – Вып. 12. – С. 138–145.

7. *Клиническая психология* : учебник для вузов / под общ. ред. Б.Д. Карвасарского. – 4-е изд., перераб. – СПб. [и др.] : Питер, 2010. – 864 с.

8. *Комер Р.Дж.* Патопсихология поведения: нарушения и патологии психики : пер. с англ. / Р.Дж. Комер (R.J. Comer). – СПб. : Прайм-Еврознак ; М. : ОЛМА-пресс, 2005. – 638 с.

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

10. *Перре М.* Клиническая психология : [пер. с англ.] / М. Перре (M. Perrez), У. Бауман (U. Baumann). – СПб. : Питер, 2002. – 438 с.

11. *Психологическая диагностика индекса жизненного стиля* : пособие для врачей и психологов / Л.И. Вассерман, О.Ф. Ерышев, Е.Б. Клубова [и др.]. – СПб. : НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1998. – 48 с.

12. *Рыбников В.Ю.* Психологическое прогнозирование надежности деятельности специалистов экстремального профиля : автореф. дис. ... д-ра психол. наук / Рыбников В.Ю. ; [С.-Петербург. гос. ун-т]. – СПб., 2000. – 50 с.

13. *Тархан А.У.* Нейропсихологическая диагностика минимальной мозговой дефицитарности у больных с алкогольной зависимостью: методические рекомендации / А.У. Тархан. – СПб., 2008. – 40 с.

14. *Щелкова О.Ю.* Психологическая диагностика в медицине (системное исследование) : автореф. дис. ... д-ра психол. наук / Щелкова О.Ю. – СПб., 2009. – 66 с.

15. *Aleksandrowicz J.W.* Kwestionariusze objawowe «S» i «O» — narzędzia służące do diagnozy i opisu zaburzeń nerwicowych / J.W. Aleksandrowicz // *Psychoepapia Krakowczwiercie* / J.W. Aleksandrowicz, K. Biersynski. – Krakow, 1981. – P. 11–27.

16. *Ammon G.* Handbuch der dynamischen Psychiatrie. / Hrsg. G. Ammon: Bd. 2. – München : Reinhardt, 1981. – 927 s.

17. *Derogatis L.R.* The SCL-90-R / L.R. Derogatis // *Clinical Psychometric Research*. – Baltimore, 1975. – 79 p.

18. *Eysenck H.J.* Principles and Methods of Personality. Description, Classification and Diagnosis / H.J. Eysenck // *Brit. J. of Psychol.* – 1964. – Vol. 55. – P. 284–294.

19. *Eysenck H.J.* Causes and Cures of Neurosis / H.J. Eysenck, S. Rachman. – L. : Roulledge and Kegan Paul, 1965. – 301 p.

20. *Goldberg L.R.* The development of markers for the Big-five factor structure / L.R. Goldberg // *J/ of Personality and Social Psychology*. – 1992. – Vol. 59, N 6. – P. 1216–1229.

21. *Heim E.* Coping und Adaptivitat: Gibt es Geeignetes oder Ungeeignetes Coping? / E. Heim // *Psychoter. Psychosom. Med. Psychol.* – 1988. – H. 1. – S. 8–17.

22. *Kassinove H.* Survey of personal beliefs / H. Kassinove, A. Berger. – Hofstra University. Personal communication, 1988. – 113 p.

23. *Leary T.* Interpersonal Diagnosis of Personality: A functional theory and methodology for personality evaluation / T. Leary. – N.Y. : Ronald Press Company, 1957. – 518 p.

24. *Rokeach M.* Beliefs, Attitudes and Values / M. Rokeach. – San Francisco: Josey-Bass Co, 1972. – 214 p.

25. *Rosenzweig S.* An Outline of Frustration Theory / S. Rosenzweig // *Personality and the Behavior Disorders A handbook based on experimental and clinical research* / Ed. J. McV. Hunt. – 1945. – Vol. 1. – P. 188–379.

26. *The Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric properties and clinical applications* / L.M. Horowitz, S.E. Rosenberg, B.A. Baer, G. Ureno, V.S. Villasenor // *J. of Consulting and Clinical Psychology*. – 1988. – Vol. 56. – P. 885–895.

27. *Wechsler D.* Manual for the Wechsler Adult Intelligence scale / D. Wechsler. – N.Y., 1955. – 297 p.

## **СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У СОТРУДНИКОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ГРУПП, ЗАНЯТЫХ ЭКСТРЕМАЛЬНЫМ ТРУДОМ\***

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. И.П. Павлова;  
Московский университет МВД России

### ***Введение***

Профессиональная эффективность и надежность субъекта труда во многом детерминирована состоянием базисных психических (познавательных) процессов, к которым относятся память, внимание, мышление человека. Находясь в среднем нормативном разбросе, эти параметры различаются по их значениям, сочетаниям у каждого конкретного человека. Психические процессы могут изменяться под воздействием определенных факторов, в том числе и под влиянием рода профессиональной деятельности. Информация об особенностях человека, характеризующих его познавательную сферу, может способствовать, с одной стороны, дифференцированному подходу к оценке профессиональных возможностей личности, а с другой – оценке и прогнозу специфики поведенческого реагирования в сложных ситуациях [1].

Цель исследования – выявление особенностей состояния психических процессов у сотрудников различных профессиональных групп и механизмов их функционирования в условиях экстремальной деятельности.

### ***Материалы и методы***

Обследовали 369 человек (лица мужского пола) в возрасте от 18 до 45 лет. С учетом профессиональной деятельности выделены следующие группы, связанные с экстремальным трудом:

- 1-я – 197 сотрудников МВД России со средним возрастом 30,9 лет и средним стажем работы 7,5 лет;

---

\* Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках научно-исследовательского проекта РГНФ проект № 06-06-48613 а/С.

- 2-я – 56 военнослужащих по контракту (ВС) со средним возрастом 22,6 лет и средним стажем 3,5 лет:

- 3-я – 40 сотрудников МЧС России со средним возрастом 36 лет и средним стажем работы 13,9 лет.

Контрольную группу (КГ) составили 46 лиц мужского пола, работа которых не связана с повседневными экстремальными нагрузками, со средним возрастом 24,2 лет и средним стажем 4,4 лет.

В качестве модели для изучения механизмов функционирования психических процессов в условиях экстремальной деятельности использовали лонгитюдное обследование 30 сотрудников 1-й группы. Динамику психических процессов исследовали трижды на протяжении 2003–2009 гг., в осенние месяцы, с интервалом 3 года.

Для комплексного исследования особенностей состояния психических процессов использовали совокупность удобных, практичных и информативных методик: проба Шульце [4]; «память на числа» [4]; способность к запоминанию [5]; «кубики Косса» Векслер субтест № 9 [6].

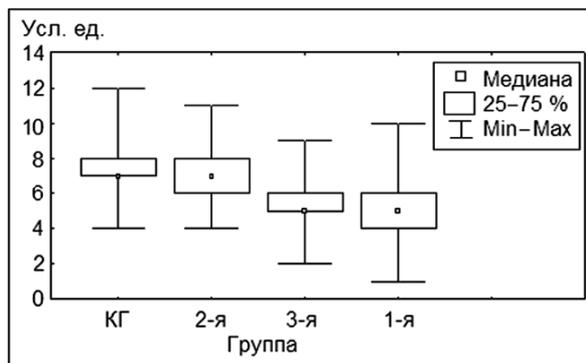
Обследование проводили в утренние часы. Лица, предъявлявших жалобы на состояние здоровья, а также после ночного дежурства к обследованию не допускали.

Статистический анализ данных осуществляли с использованием пакета статистических программ Statistica, 7.0. Поскольку распределение практически всех показателей было далеко от нормального, для сравнения групп применяли методы непараметрической статистики (тест Краскэла-Уоллеса для рангов совместно с методом множественных сравнений рангов и медианный тест; тест Манна – Уитни; ранговый критерий для повторных измерений Вилкоксона). Для описаний показателей в группах в качестве характеристик положения и рассеяния использовали медиану и квартили. Оценку взаимосвязей изучаемых параметров проводили методом ранговой корреляции Спирмена [2].

### ***Результаты и их обсуждение***

При обследовании сотрудников, имеющих различные специальности, было выявлено, что медиана и (квартили) для объема кратковременной зрительной памяти составили 6,0 и (5,0; 7,0), что близко к нормативным значениям [3] (см. рис.). При этом следует отметить, что наибольший результат параметра наряду с КГ демонстрировали лица 2-й группы, а наименьший – в равной степени наблюдался у сотрудников 1-й и 3-й

групп, соответственно статистические различия обнаружены между этими парами групп ( $p < 0,0001$ ).



*Объем кратковременной зрительной памяти.*

Способность к запоминанию (вербально) имела статистически значимые различия между изучаемыми группами. При этом во всех пяти пробах эти различия были характерны для 1-й группы и КГ ( $p < 0,001$ ). Кроме того, больше всего группы различались на последних этапах предъявления стимулов. В целом, произвольное запоминание оказалось в норме у всех исследованных групп, однако лица, не связанные с экстремальной деятельностью, справились с данным тестом успешнее, чем группы «опасных» профессий. Лучшие результаты произвольного запоминания наблюдались у лиц 2-й группы, а тенденция к снижению непосредственного запоминания наблюдалась у сотрудников 1-й группы. Так, в норме все 10 слов человек должен запомнить к 3-4-му предъявлению [7], при этом сотрудники 1-й группы полностью воспроизводили предъявляемый словесный ряд только к 5-й пробе.

Исследование динамики умственной работоспособности с использованием пробы Шульте показало, что в основном у представителей обследованных групп временные параметры имели нормативные и близкие значения, а статистически значимые различия были выявлены в 1, 4, 5-й пробах, которые проявились за счет различия между следующими парами групп: в 1-й пробе – между лицами 2-й и 3-й групп; в 4-й пробе – между КГ, сотрудниками 3-й группы, сотрудниками 1-й и 2-й групп; в 5-й пробе – между КГ и 3-й группой. Корреляционный анализ показал наличие прямых и обратных взаимосвязей между результатами последних этапов пробы Шульте и параметрами других психических процессов в изучаемых груп-

пах. Так, параметр зрительной памяти во 2-й группе был напрямую взаимосвязан с результатом 4-й пробы методики Шульте ( $r = 0,44$ ); показатель комбинаторного мышления (кубики Косса) был связан обратной зависимостью с результатом по 4-й ( $r = -0,30$ ) и 5-й ( $r = -0,42$ ) пробам методики Шульте в КГ.

Динамика умственной работоспособности оказалась наиболее неустойчивой и статистически различимой. Во 2-й группе она имела тенденцию к гиперстеническому типу. Сотрудники групп, выполняющих профессиональные обязанности в условиях повседневного стресса, хуже вработывались при выполнении умственной нагрузки и в целом были менее успешны при выполнении пробы на внимание, по сравнению с КГ.

Максимальное количество стандартных баллов при выполнении субтеста № 9 теста Векслера (кубики Косса) было выявлено у лиц 1-й группы и КГ, затем следовали сотрудники 3-й группы, наименьшие баллы по тесту интеллекта (комбинаторным способностям) наблюдались у лиц 2-й группы; статистически значимые различия обнаружены между следующими группами ( $p < 0,001$ ): 2-й и сотрудниками 1-й, 3-й, КГ.

Многочисленные исследования в русле концепции системогенеза деятельности связывают успешность профессиональной деятельности с детерминирующей ролью внутренних закономерностей развития отдельных способностей работающего человека как свойств его функциональных систем, участвующих в реализации профессиональной деятельности на различных этапах ее освоения.

В процессе профессиональной деятельности в экстремальных условиях создается большая нагрузка на афферентные системы, поставляющие большой объем различной информации, подлежащей переработке и усвоению. Сотрудники таких подразделений оказываются перед необходимостью принимать конкретные, часто нестандартные решения, корректировать свою деятельность и поведение. Такая профессиональная деятельность сопровождается постоянной сменой обстановочной афферентации, что приводит к смене доминирующих функциональных систем, из которых складывается деятельность сотрудников «опасных» профессий [1].

Лонгитюдное исследование сотрудников 1-й группы показало, что наибольшее количество статистически значимых изменений в функционировании психических процессов происходило на последнем этапе психодиагностики (см. табл.).

*Динамика психических процессов у сотрудников 1-й группы,  
медиана (верхний; нижний квартиль)*

Параметр	Год			
	2003 I	2006 II	2009 III	p <
Способность к запоминанию (количество слов)				
1-е предъявление	7,0 (6,0; 8,0)	7,0 (7,0; 8,0)	6,0 (5,0; 6,0)	I/III 0,002 II/III 0,001
2-е предъявление	8,0 (8,0; 9,0)	8,0 (8,0; 9,0)	8,0 (7,0; 8,0)	I/III 0,01 II/III 0,03
3-е предъявление	9,0 (9,0; 10,0)	9,0 (9,0; 10,0)	9,0 (8,0; 9,0)	II/III 0,04
4-е предъявление	10,0 (9,0; 10,0)	10,0 (10,0; 10,0)	9,0 (9,0; 9,0)	I/III 0,01 II/III 0,04
5-е предъявление	10,0 (10,0; 10,0)	10,0 (10,0; 10,0)	9,0 (8,0; 10,0)	I/III 0,03 II/III 0,003
Параметр зрительной памяти (усл. ед.)				
Объем кратковременной зрительной памяти	6,0 (5,0; 7,0)	5,0 (4,0; 7,0)	5,0 (4,0; 6,0)	-
Параметр мышления (балл)				
Субтест № 9 теста Векслера (кубики Косса)	44,1 (43,0; 47,0)	44,0 (42,0; 46,0)	46,0 (40,0; 47,0)	-

Способность к запоминанию исследуемой группы оставалась неизменной на протяжении первых двух периодов обследований (до 10 лет стажа службы). Основные изменения мнестических процессов наблюдались за последний период проведенных наблюдений. Спустя 10 лет службы у сотрудников полиции происходило статистически значимое снижение уровня произвольного запоминания, причем данные тенденции наблюдались и для кратковременной зрительной памяти.

В сфере мышления при динамическом наблюдении у лиц 1-й группы не произошло статистически значимых изменений параметров. Однако на уровне тенденции выявлено улучшение данных параметров (с 44 до 46 набранных стандартных баллов).

Умственная работоспособность на протяжении 6 лет наблюдений приобретала различные черты реагирования на умственную нагрузку: в двух первых наблюдениях конфигурация графиков умственной работоспособности практически идентична и носит характер гиперстении. В 2009 г. (последний год наблюдений) время выполнения задания на 4-й пробе

Шульте сокращается ( $p < 0,0001$ ) и график приобретает отчетливые черты нормостении.

### ***Выводы***

1. Профессиональная деятельность с повседневным переживанием угрозы и стресса вызывала ухудшение в функционировании психических процессов у лиц, занятых экстремальным трудом. Специфика изменений взаимосвязана с принадлежностью к профессиональной группе.

2. Адаптация к умственной нагрузке сотрудников экстремальных служб определяется общим функционированием психических процессов и наиболее значима на последних этапах выполнения заданий.

3. Изменения в функционировании психических процессов наступают после 10 лет службы в подразделении экстремального профиля и связаны со снижением мнестических функций, перестройкой динамики умственной работоспособности.

### ***Литература***

1. *Бодров В.А.* Психология профессиональной пригодности : учеб. пособие для вузов / В.А. Бодров. – М. : Пер сз, 2001. – 511 с.

2. *Боровиков В.П.* Statistica – статистический анализ и обработка данных в среде Windows / В.П. Боровиков, И.П. Боровиков. – М. : Филинь, 1998. – 608 с.

3. *Данилова Н.Н.* Психофизиология : учеб. для вузов / Н.Н. Данилова. – М. : Аспект Пресс, 2000. – 373 с.

4. *Карелин А.* Большая энциклопедия психологических тестов / А. Карелин. – М. : Директ-Медиа, 2005. – 416 с.

5. *Лурия А.Р.* Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. – 3-е изд. – М. : Акад. проект, 2000. – 512 с.

6. Методики изучения интеллекта. Часть I : метод. рекомендации / И.Н. Агафонова, А.К. Колеченко, Г.А. Погорелов, Л.Ф. Шеховцова ; С.-Петербург. гор. ин-т усовершенш. учителей. – СПб., 1991. – 221 с.

7. *Рубинштейн С.Я.* Экспериментальные методики патопсихологии опыт применения их в клинике (практ. руководство) / С.Я. Рубинштейн. – М. : Апрель-Пресс : Психотерапия, 2007. – 224 с.

# **ЭКСТРЕМАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ**

УДК [159.9 : 615.851] : 614.842.83

*Е.Н. Ашанина, Д.В. Кулаков*

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАРЦИАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ АУДИОВИЗУАЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ И БИОЛОГИЧЕСКИ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ДЕЗАДАПТИВНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ПРОФЕССИЙ**

Санкт-Петербургский государственный институт психологии  
и социальной работы;

Санкт-Петербургский университет Государственной  
противопожарной службы МЧС России

### ***Введение***

Одной из важнейших задач экстремальной психологии является сохранение психического здоровья и работоспособности специалистов экстремальных видов профессиональной деятельности, а также профилактика и психологическая коррекция дезадаптивных нервно-психических состояний. Экстремальные условия профессиональной деятельности, многочисленные факторы риска, высокая ответственность и значимость труда сотрудников Государственной противопожарной службы (ГПС) МЧС России приводят к снижению продолжительности и качества их жизни, обуславливая высокий уровень психосоматической патологии [6].

Первым этапом негативного воздействия этих условий и стресс-факторов являются разнообразные пограничные нервно-психические состояния и нарушения функционального характера [1, 3, 7]. Это определяет высокую социальную значимость и необходимость постоянного совершенствования средств и способов коррекции дезадаптивных нервно-психических состояний у сотрудников ГПС МЧС России.

В настоящее время в практику психологической коррекции стрессовых состояний внедряются различные аудиовизуальные технологии, обладающие рядом преимуществ (практичность, быстрота и многокомпонент-

ность воздействия и др.) [7, 9]. Кроме того, в рамках экстремальной психологии развиваются технологии психологической коррекции на основе биологически обратной связи (БОС), ориентированные на регуляцию нарушенных функций и мобилизацию резервных возможностей личности [9]. Однако эффективность психологического воздействия парциального применения этих психотехнологий на психическое состояние, психофизиологические функции, умственную и физическую работоспособность, функциональные резервы ЦНС у сотрудников ГПС МЧС России практически не исследованы. Представляется актуальным изучение эффективности применения аудиовизуальных технологий и БОС для коррекции дезадаптивных нервно-психических состояний у специалистов ГПС МЧС России.

### ***Материалы и методы***

Оценка эффективности применения технологий аудиовизуального воздействия (АВВ) и БОС для коррекции дезадаптивных нервно-психических нарушений у сотрудников ГПС МЧС России выполнена по результатам обследования 66 сотрудников, из них 22 человека вошли в состав основных 1-й (ОГ-1) и 23 человека – 2-й (ОГ-2) группы. Контрольную группу (КГ) составили 21 человек.

В ОГ-1 проводили сеансы аудиовизуального воздействия с помощью портативного программно-аппаратного комплекса (ППАК) «Мираж-М». Во ОГ-2 проводили сеансы БОС с помощью ППАК «БОС-КГР» на основе кожно-гальванической реакции [7]. Для коррекции состояния в КГ применяли традиционные психокоррекционные мероприятия в комнате психологической регуляции (функциональная цветомузыка, фиточай и аутотренинг), которые также использовались и в обеих основных группах.

Динамическое обследование проводили в период 5-суточной психологической коррекции. Аудиовизуальное воздействие и БОС включали по 5 сеансов, которые осуществляли ежедневно. Выборки были рандомизированы по состоянию здоровья, возрасту, интенсивности работы.

Для оценки нервно-психического состояния использовали методический комплекс, включавший методику оценки эффективности коррекции нервно-психического состояния по формализованным признакам с количественной оценкой тяжести состояния и степени восстановления нервно-психического статуса у обследуемых с дезадаптивными нервно-психическими состояниями [7].

Психодиагностическое обследование включало оценку:

– психического состояния с помощью экспресс методик САН, Спилбергера – Ханина и цветового теста М. Люшера [7, 8]. Методики позволили оценить до и после проведения коррекции самочувствие, активность, настроение (диапазон значений шкал экспресс-теста от 1 до 5 баллов), ситуационную (реактивную) тревожность, а также суммарное отклонение (СО), вегетативный коэффициент (ВК), эмоциональный стресс, психическое утомление, психическое напряжение и тревогу. Также была проведена самооценка работоспособности у обследованных лиц по субъективным показателям (значение шкалы от 1 до 5 баллов);

– физической работоспособности и функциональных резервов организма с помощью измерения статического мышечного усилия кистевым динамометром и по результатам функциональных нагрузочных проб (Штанге, Генча, Руфье) [5];

– интеллектуальных функций, характеризующих функции внимания, памяти и мышления по данным тестов «Диагностика функционального состояния ЦНС», «Кратковременная зрительная память» и «Установление закономерностей» [1, 5, 7];

– нейрофизиологических показателей ЦНС, характеризующих уравновешенность и лабильность корковых процессов, возбудительный и тормозной процессы, а также уровень функциональных возможностей ЦНС, с помощью показателей тестов «Реакция на движущийся объект» (РДО) [5] и «Диагностика функционального состояния ЦНС» [1],

В данном исследовании мы опирались на определение дезадаптивных нервно-психических состояний [4], в соответствии с которым под ними понимаются пограничные донозологические функциональные нарушения с признаками динамического рассогласования и нарушением систем гомеостаза на психологическом и физиологическом уровнях.

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

*Динамика интегральных показателей эффективности коррекции.* Результаты оценки интегральных показателей эффективности коррекции у сотрудников ГПС МЧС России с дезадаптивными нервно-психическими нарушениями с помощью перечня и градаций выраженности признаков для формирования индекса выраженности нарушений (ИВН) и определения индекса восстановления (ИВ) до коррекции и после ее окончания (после 5 сеансов АВВ и БОС) приведены в табл. 1.

Таблица 1

*Интегральные показатели восстановления нервно-психического статуса в различных группах до и после коррекции, усл. ед. ( $M \pm t$ )*

Оцениваемый признак	ОГ-1 (АВВ)		ОГ-2 (БОС)		КГ	
	по коррекции	после коррекции	до коррекции	после коррекции	до коррекции	после коррекции
ИВН	80,47±2,46	14,35±1,53	81,43 ± 2,78	17,80±1,25	79,43±2,70	29,80±1,65
	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	
ИВ	20,11±1,86	86,17±3,76	20,65±1,74	82,27±3,73	29,60±1,95	70,67±3,53
	p < 0,001		p < 0,001		p < 0,001	

Как видно из приведенных в табл. 1 данных, у сотрудников ГПС МЧС России основных и контрольной групп выявлены позитивные изменения нарушений нервно-психического состояния. Динамика показателей ИВН у лиц ОГ-1 и ОГ-2 составили соответственно 66,1 и 63,6 усл. ед. У сотрудников ГПС МЧС России в ГК по сравнению с основными группами она была статистически значимо меньше 49,6 усл. ед. ( $p < 0,05$ ).

Следовательно, тяжесть состояния и динамика восстановления нарушений нервно-психического статуса в основных группах, где применялись психотехнологии АВВ и БОС, а также КГ (общепринятые психокоррекционные мероприятия в кабинете психологической регуляции), были во многом идентичны. Однако скорость, а следовательно, и эффективность, коррекции нарушений нервно-психического статуса у сотрудников ГПС МЧС России при парциальном применении аудиовизуального воздействия и технологий БОС была достоверно выше, чем в КГ. Достаточно наглядно это иллюстрируют данные, приведенные в табл. 2.

Таблица 2

*Расчет параметров эффективности (скорости) коррекции психических нарушений*

Сравниваемый показатель динамики	ОГ-1 (АВВ)	ОГ-2 (БОС)	КГ
ИВ <sub>2</sub> – ИВ <sub>1</sub>	22,39	11,48	5,85
ИВ <sub>3</sub> – ИВ <sub>2</sub>	17,02	23,01	11,15
ИВ <sub>4</sub> – ИВ <sub>3</sub>	26,11	27,13	14,07
Суммарно (ИВ <sub>4</sub> – ИВ <sub>1</sub> )	65,52	61,62	31,07
Средняя эффективность	21,84	20,54	10,36

Следовательно, полученные данные свидетельствуют о том, что применение аудиовизуального воздействия и технологий БОС оказывает позитивное влияние на психологический статус сотрудников ГПС МЧС России с нервно-психическими нарушениями. Эти данные позволяют рекомендовать психотехнологии АВВ и БОС для коррекции дезадаптивных нервно-психических состояний у сотрудников ГПС МЧС России. Подтверждением позитивных эффектов АВВ и БОС явились и результаты оценки психического состояния, интеллектуальных функций, физической работоспособности и функциональных резервов организма.

*Результаты оценки психического статуса по данным психологических тестов.* Важным критерием оценки эффективности тех или иных психокоррекционных методов или средств является динамика изменения показателей психического состояния. Полученные данные (табл. 3) указывают на достоверное улучшение показателей психического состояния у обследованных сотрудников ГПС МЧС России во всех группах. При сравнении показателей психического состояния у обследованных лиц установлен ряд достоверных изменений по окончании курса АВВ и БОС в сравнении с исходными данными, а общее количество достоверных различий в показателях динамики психического состояния в ОГ-1 было 8 (72,7%), в ОГ-2 – 7 (63,6 %), в КГ – только 4 (36,4 %). Полагаем, что наиболее выраженные позитивные изменения психического состояния отмечены у лиц основных групп, где проводилось применение психотехнологий АВВ и БОС.

*Исследование физической работоспособности и функциональных резервов организма.* Оценки физической работоспособности и функциональных резервов организма у находившихся под наблюдением сотрудников ГПС МЧС России до и после коррекции показали, что физическая работоспособность у лиц основных групп и в ГК в динамике существенно не отличалась и выраженность позитивных изменений физической работоспособности и функциональных резервов организма были во многом аналогичны. Так, в ОГ-1 и ОГ-2 достоверные изменения показателей физической работоспособности и функциональных резервов организма отмечены соответственно в 80 и 60 % показателей, а в КГ – в 40 %.

Эти данные свидетельствуют о том, что использованные в каждой из групп различные виды коррекции способствовали восстановлению физической работоспособности и функциональных резервов организма. Однако более выраженные изменения физической работоспособности и функциональных резервов организма отмечены у лиц ОГ-2, где применялись психотехнологии БОС.

Таблица 3

Динамика (до и после коррекции) показателей психического состояния в группах

Показатель	ОГ-1 (АВВ)			ОГ-2 (БОС)			КГ		
	до	после	p <	до	после	p <	до	после	p <
Самочувствие	2,03 ± 0,20	3,50 ± 0,40	0,01	2,25 ± 0,24	3,50 ± 0,47	0,01	2,24 ± 0,35	2,95 ± 0,37	0,05
Активность	2,15 ± 0,23	2,82 ± 0,38	0,05	2,23 ± 0,25	2,81 ± 0,36	0,05	2,26 ± 0,38	2,93 ± 0,36	0,05
Настроение	2,40 ± 0,25	3,90 ± 0,27	0,01	2,55 ± 0,27	3,85 ± 0,24	0,05	2,47 ± 0,37	3,88 ± 0,32	0,05
Реактивная тревожность	20,30 ± 3,51	12,11 ± 2,55	0,01	20,42 ± 3,53	12,10 ± 2,55	0,01	21,56 ± 2,54	13,56 ± 3,80	–
Суммарное отклонение	20,15 ± 2,52	13,20 ± 2,86	0,05	20,20 ± 2,54	13,40 ± 2,86	0,05	19,20 ± 2,56	15,92 ± 3,56	–
Вегетативный коэффициент	1,25 ± 0,16	0,90 ± 0,15	0,05	1,20 ± 0,17	0,98 ± 0,12	–	1,20 ± 0,24	1,01 ± 0,32	–
Эмоциональный стресс	9,10 ± 0,50	7,41 ± 0,50	0,05	9,02 ± 0,46	7,94 ± 0,43	0,05	8,80 ± 0,51	7,70 ± 0,56	–
Психическое утомление	9,90 ± 0,44	8,72 ± 0,59	–	9,74 ± 0,41	8,89 ± 0,54	–	9,35 ± 0,57	8,25 ± 0,68	–
Психическое напряжение	7,60 ± 0,60	6,14 ± 0,60	–	7,61 ± 0,60	6,15 ± 0,68	–	8,14 ± 0,64	7,28 ± 0,67	–
Тревога	9,12 ± 0,62	8,10 ± 0,55	–	9,11 ± 0,62	8,15 ± 0,57	–	9,57 ± 0,77	7,39 ± 1,05	–
Работоспособность	2,30 ± 0,25	4,52 ± 0,34	0,05	2,27 ± 0,26	4,24 ± 0,33	0,01	2,38 ± 0,32	3,70 ± 0,26	0,05

*Динамика функций внимания, памяти и мышления.* Результаты мониторинга показателей тестов изменения интеллектуальных функций, характеризующих функции внимания, памяти и мышления, показали, что в ОГ-1 достоверные различия отмечены у 80 % сравниваемых показателей, характеризующих кратковременную зрительную память, логическое мышление, скорость мыслительных операций и интеллектуальную работоспособность, в ОГ-2 – у 60 % аналогичных показателей, а в КГ – только в 40 % случаев.

*Изменение нейрофизиологических показателей ЦНС.* После окончания психической коррекции практически у всех обследованных сотрудников ГПС МЧС России отмечалась нормализация показателей функционального состояния ЦНС. Так, по результатам теста РДО в ОГ-1 после коррекции увеличилось количество точных реакций, что указывает на увеличение силы возбуждательного процесса в коре головного мозга, а также показателей, характеризующих функциональное преобладание возбуждательного процесса над тормозным и уравновешенность основных нервных процессов; по данным теста «Диагностика функционального состояния

ЦНС» – таких показателей, как среднее время реакции, устойчивость реакций; по данным теста «Диагностика функционального состояния ЦНС» – уровень функциональных возможностей ЦНС и функциональное состояние ЦНС. После коррекции наиболее выраженное восстановление нейрофизиологических характеристик ЦНС отмечено в ОГ-1 и ОГ-2 (соответственно 83 % и 67 % достоверно улучшившихся показателей), тогда как в КГ их число составило 46 %.

Полученные данные убедительно свидетельствуют о том, что применение психотехнологий АВВ и БОС у лиц с нервно-психическими нарушениями является эффективным способом нормализации таких нейрофизиологических характеристик ЦНС как уравновешенность процессов возбуждения и торможения, уравновешенность нервных процессов, а также силы возбуждательного процесса и лабильности нервной системы.

### *Заключение*

Таким образом, исследование изменений дезадаптивного нервно-психического состояния у обследованных сотрудников ГПС МЧС России двух основных групп и КГ до и после проведения психологической коррекции отражали общую позитивную динамику нервно-психического статуса. Однако, во-первых, выраженность этих изменений достоверно выше был в обеих основных группах, где парциально применяли психотехнологии АВВ и БОС, в сравнении с КГ. Во-вторых, достигнутые изменения не достигали абсолютных величин (100 %) и указывали на наличие остаточных явлений дезадаптивных нервно-психических состояний у сотрудников ГПС МЧС России. В свою очередь, это указывает на необходимость либо увеличения длительности психологической коррекции, либо использования дополнительных средств, например сочетанного применения АВВ и БОС, показавших свою эффективность при парциальном их применении.

### *Литература*

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

2. *Лоскутова Т.Д.* Время реакции как психофизиологический метод оценки функционального состояния ЦНС / Т.Д. Лоскутова // Нейрофизиологические исследования в экспертизе трудоспособности. – Л. : Медгиз, 1978. – С. 120–130.

3. *Марищук В.Л.* Методики психодиагностики в спорте / В.Л. Марищук. – М. : Просвещение, 1984. – 190 с.
4. *Марищук В.Л.* Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса : монография / В.Л. Марищук, В.И. Евдокимов. – СПб. : Сентябрь, 2004. – 159 с.
5. *Новиков В.С.* Методы исследования функционального состояния организма моряков / В.С. Новиков, А.А. Мастрюков. – Североморск, 1980. – 134 с.
6. *Рыбников В.Ю.* Теоретические обоснования и психологические механизмы (модель) копинг-поведения субъекта профессиональной деятельности / В.Ю. Рыбников, Е.Н. Ашанина // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2008. – № 1. – С. 68–73.
7. *Рыбников В.Ю.* Медико-психологическая реабилитация ветеранов особого риска : монография / В.Ю. Рыбников, В.А. Олешко. – СПб. : Политехника-сервис, 2006. – 292 с.
8. *Ханин Ю.Л.* Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера / Ю.Л. Ханин. – Л. : НИИ ФК, 1976. – 46 с.
9. *Таймазов В.А.* Психофизиологическое состояние спортсмена / В.А. Таймазов, Я.В. Голуб. – СПб. : Олимп-СПб, 2004. – 400 с.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС И РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ РАБОТА С УЧАСТНИКАМИ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС**

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

### ***Введение***

В настоящее время, в соответствии с определением ВОЗ, понятие «реабилитация» в обязательном порядке включает психологические мероприятия, направленные на предупреждение отдаленных последствий и возвращение больных и инвалидов к общественно-полезному труду [4]. Применительно к действующим контингентам, имеющим опыт аварийно-спасательных работ и сохраняющим мотивацию к продолжению профессиональной деятельности, особое значение имеет восстановление их социальной адаптации и оптимального уровня работоспособности [11].

Во Всероссийском центре экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (ВЦЭРМ) в течение 20 лет прошли экспертное обследование лечение и реабилитацию свыше 15 тыс. участников ликвидации последствий аварии (ЛПА) на Чернобыльской АЭС (ЧАЭС) [1, 2, 5, 6, 8, 12, 15].

### ***Материал и методы***

С 19 мая по 30 октября 2008 г. в процессе плановых лечебно-профилактических мероприятий, которые проводились на базе клиники № 1 ВЦЭРМ, обследовали 99 ЛПА на ЧАЭС – мужчин в возрасте от 40 до 78 лет. ЛПА распределили по трем возрастным группам: 1-я – 40–55 лет (n = 36); 2-я – 55–60 лет (n = 30); 3-я – 61–78 лет (n = 33).

Изучали также особенности психоэмоционального состояния у обследуемых в зависимости от преобладающих у них форм патологии (общесоматической, гастроэнтерологической и кардиологической). В процессе исследований применяли следующие психодиагностические методы [17]:

1. Методика Дж. Амирхана «Индикатор копинг-стратегий» (The Coping Strategy Indicator – CSI), адаптированную в Санкт-Петербургской научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтере-

ва [18]. Выявляли преобладающие копинг-стратегии, а также оценивали их соотношение в структуре совладающего поведения у ЛПА по 3 шкалам:

– разрешение проблемы (РП) – активная поведенческая стратегия, при которой личность старается использовать имеющиеся у нее личностные ресурсы для поиска возможных способов эффективного разрешения проблемы и может самостоятельно справиться с возникшими трудностями;

– поиск социальной поддержки (СП) – поведенческая стратегия, при которой для эффективного разрешения проблемы личность обращается за помощью и поддержкой к значимым другим: семье, родственникам, друзьям, знакомым и ближайшему социальному окружению;

– защитное избегание проблем (ИП) – пассивная поведенческая стратегия, для которой характерен уход от решения проблемы, а также избегание контактов с окружающей действительностью, включая уклонение от деятельности, уход в болезнь, употребление алкоголя и наркотиков, суицид. Эта стратегия чаще наблюдается у лиц с низким уровнем развития ресурсной системы и при отсутствии навыков активного разрешения проблем;

2. Психодиагностический опросник (ПДО) «Модуль», разработанный на базе теста «Стандартизированный метод исследования личности» и предназначенный для определения уровня нервно-психической устойчивости, выявления акцентуаций характера, симптомов пограничных психических расстройств, позволяющий соотносить их с диагностическими критериями МКБ-10:

– модуль-1 (М-1) – характеризует психотические синдромы, то есть шизотипические и бредовые расстройства, а также аффективные расстройства настроения;

– модуль-2 (М-2) – выявляет невротические, соматоформные расстройства и поведенческие синдромы;

– модель-3 (М-3) – определяет расстройства личности и поведения у взрослых (без выраженных психопатологических синдромов);

– недостоверность, или лживость по шкале лжи (ШЛ);

– анамнестические данные по шкале анамнестического блока (АБ);

– интегральный показатель (ИнП);

3. Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ), направленный на диагностику сложившегося под влиянием заболевания паттерна отношения к самой болезни, к лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), своему актуальному состоянию, будущему, а также косвенно характеризующий отношение к своим ви-

тальным функциям (самочувствию, настроению, сну, аппетиту). Опросник позволяет выявлять паттерны поведения:

– гармоничный (Г) – трезвая оценка своего состояния здоровья, активное содействие в лечении, нежелание обременять других тяготами ухода за собой;

– ипохондрический (И) – сосредоточенность на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях;

– меланхолический (М) – удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение;

– апатический (А) – полное безразличие к своей судьбе;

– обсессивно-фобический (О) – тревожная мнительность, прежде всего касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения;

– сенситивный (С) – чрезмерная озабоченность о возможных неблагоприятных впечатлениях которые могут воспроизвести на окружающих сведения о болезни;

– эгоцентрический (Я) – «уход в болезнь»;

– эйфорический (Э) – необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное; пренебрежительно-легкомысленное отношение к болезни и лечению; надежда на то, что «само все обойдется»;

– анозогнозический (З) – активное «отбрасывание» мыслей о болезни и ее возможных последствиях; отказ от обследования и лечения, желание «обойтись своими средствами»;

– неврастенический (Н) – поведение по типу «раздражительной слабости» с эмоциональными «вспышками», особенно при болях и неприятных ощущениях, при неудачах лечения, неблагоприятных данных обследования;

– тревожный (Т) – типично непрерывное чувство беспокойства и повышенная мнительность в отношении неблагоприятного течения и исхода болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности применяемых методов лечения; поиск новых способов терапии, поиск дополнительной информации о заболевании, вероятных осложнениях, признанных «авторитетов» в этой области знаний и практики;

– эргодатический (Р) – «уход от болезни в работу»;

4. Методика «Оценка качества жизни» (SF-36), которая позволяет определять:

1) физическое функционирование (PF),

2) роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (RP),

- 3) физическую боль (BP),
  - 4) общее восприятие здоровья (GH),
  - 5) жизнеспособность (VT),
  - 6) социальную активность (SF),
  - 7) роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (RE),
  - 8) психическое здоровье (MH);
5. Проективную методику «Контрасты» [14], направленную на оценку психофизиологического состояния ЛПА на ЧАЭС;

6. Шкалу для оценки тревожности Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина, и опросник для диагностики депрессивности А. Бека.

Для объективизации методов психологического исследования и коррекции в процессе индивидуальной работы с обследуемыми использовали психотерапевтическую методику «Базовый эмоциональный структурирующий тест» (БЭСТ), разработанную Х. Калером, которая позволяла обнаруживать глубоко лежащие конфликты и связать их с актуальным состоянием пациента и соматическими проявлениями болезни.

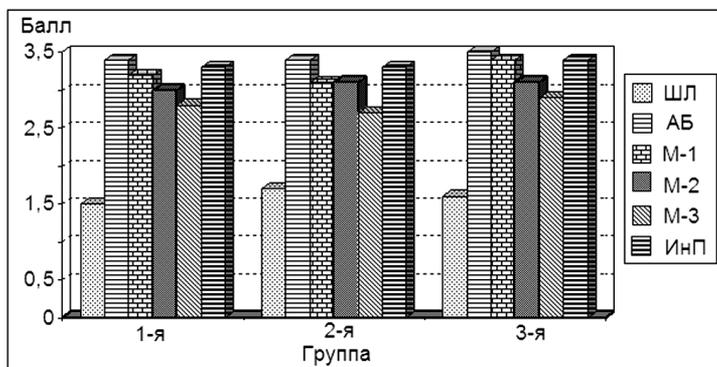
### ***Результаты и их анализ***

В процессе проведенного психодиагностического обследования по методике «Модуль» установлено, что у 53,3 % ЛПА на ЧАЭС можно прогнозировать высокий риск развития дезадаптивных нарушений, которые требовали дополнительного индивидуально-психологического обследования, консультации психиатра и определяли потребность в психокоррекционных мероприятиях. Дополнительно еще у 20 % обследованных были выявлены выраженные акцентуации характера, при которых возможны проявления отдельных психопатологических симптомов и развитие дезадаптивных нарушений, что также требует повышенного внимания к их психоэмоциональному состоянию.

Отсутствие выраженных признаков акцентуаций характера и низкая вероятность пограничных психических расстройств была установлена у 26,7 % ЛПА, тем не менее ни один из обследованных (при оценке их состояния по нормативным шкалам) не демонстрировал принадлежность к 1-й группе психического здоровья (высокий уровень нервно-психической устойчивости).

Анамнестический блок представлен высокими показателями во всех возрастных группах испытуемых, что свидетельствовало о значительном влиянии предшествующих психотравмирующих событий на общий уро-

вень их психического здоровья. При этом психотические синдромы и аффективные расстройства настроения (М-1) были наиболее ярко выражены у 3-й группы ЛПА на ЧАЭС. В этой же группе в большей степени проявились невротические, соматоформные расстройства и поведенческие синдромы (М-2), доклинические расстройства личности и поведения (М-3), что свидетельствует о взаимосвязи возраста испытуемых с общим уровнем их психического здоровья: чем больше возраст, тем ниже уровень их психической устойчивости (рис. 1).



*Рис. 1. Уровень выраженности показателей опросника «Модуль» в различных возрастных группах ЛПА на ЧАЭС.*

При анализе принадлежности обследуемых к различным нозологическим группам установлено, что наиболее низкий уровень психического здоровья имеют те ЛПА, которые страдают сердечной патологией, у них же преобладали невротические, соматоформные расстройства и поведенческие синдромы. Личностные расстройства и поведенческие нарушения были наиболее характерны для обследованных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Наиболее высокий уровень психического здоровья выявлен у пациентов отделения общесоматического профиля. Данные представлены на рис. 2.

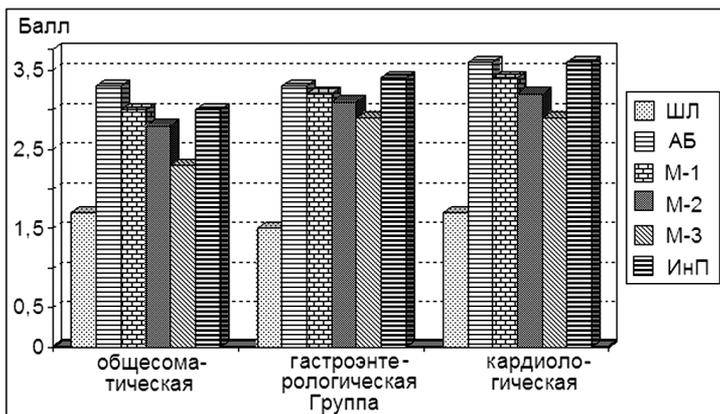


Рис. 2. Уровень выраженности показателей опросника «Модуль» у ЛПА на ЧАЭС с различной соматической патологией.

Таким образом, распределение ЛПА на ЧАЭС по уровню психического здоровья с помощью клинического опросника «Модуль» позволило выявить лиц, нуждающихся в дальнейшем медико-психологическом сопровождении: дополнительном обследовании, консультациях психиатров или психотерапевтов.

Ведущими типами отношения к болезни у ЛПА 1-й возрастной группы являлись «гармоничный», «эйфорический» и «анозогнозический»; во 2-й – «неврастенический» и «тревожный»; а в 3-й – «гармоничный», «эйфорический» и «эргопатический».

У ЛПА с общесоматической патологией преобладали «гармонический» и «неврастенический» типы реагирования, с заболеваниями гастроэнтэрологического профиля – «гармонический», «тревожный» и «эйфорический». Ведущим вариантом отношения к болезни «ликвидаторов» с кардиальной патологией являлся «неврастенический» тип.

Результаты обследования ЛПА на ЧАЭС с помощью методики «Контрасты» дали несколько иные результаты. В частности, группа риска по нервно-психической неустойчивости составила 25 % от общей выборки, при этом в ее структуре (независимо от нозологии) преобладали следующие синдромы: психовегетативный – 27 %, астенический – 25 %, невротический – 24 %, депрессивный – 16 %, психопатоподобный – 9 %; хотя при непосредственном наблюдении было установлено, что границы между этими синдромами достаточно «размыты» и в структуре каждого из них

можно обнаружить общие «элементы», которые можно было назвать облигатными для данной группы испытуемых. Сравнение групп с различной нозологией позволило установить, что наиболее подвержены состояниям психической дезадаптации «ликвидаторы» с кардиальной патологией, которые в первую очередь нуждаются в психотерапевтическом и психокоррекционном воздействии.

Наиболее высокий уровень реактивной и личностной тревожности был установлен во 2-й группе ЛПА на ЧАЭС, что может быть обусловлено их предпензионным возрастом (табл. 1).

*Таблица 1*  
*Уровни реактивной и личностной тревожности*  
*по методике Спилбергера – Ханина, балл ( $M \pm \sigma$ )*

Тревожность	Группа			
	общая	1-я	2-я	3-я
реактивная	40,3 ± 10,8	39,4 ± 9,0	42,4 ± 9,7	39,4 ± 13,2
личностная	43,9 ± 11,1	43,3 ± 9,2	46,3 ± 9,6	42,6 ± 13,8
	общесоматическая	гастроэнтерологическая	кардиологическая	
реактивная	45,8 ± 9,7	37,8 ± 10,4	40,9 ± 11,8	
личностная	48,3 ± 9,8	45,4 ± 10,3	41,8 ± 10,6	

Аналогичные показатели тревожности были выявлены и в группе лиц, страдающих общесоматической патологией, не предполагающей какого-либо экспертного решения об их профессиональной пригодности. Полученные данные интерпретировались как склонность обследуемых лиц воспринимать угрожающе довольно обширный круг ситуаций и реагировать на них состоянием тревоги, что также предполагает необходимость психологической коррекции.

Во многом аналогичные данные были получены и при исследовании уровня депрессии. Наиболее высокие показатели по опроснику А. Бека были выявлены в возрастной группе 46–60 лет и в нозологической группе общесоматической патологии. При этом показатели по шкале А. Бека не достигали клинического уровня депрессии и свидетельствовали о некотором снижении настроения и способности получать удовольствие, сужении интересов, повышенной утомляемости и затруднениях в сфере социальных контактов (табл. 2).

*Таблица 2*  
*Показатель депрессивности по шкале Бека, балл (M ± σ)*

Показатель	Группа			
	общая	1-я	2-я	3-я
депрессия	11,9 ± 7,3	11,1 ± 7,0	14,2 ± 8,4	10,6 ± 6,1
	общесоматическая	гастроэнтерологическая	кардиологическая	
депрессия	12,7 ± 7,1	10,0 ± 7,4	12,4 ± 7,9	

Исследование показателей оценки качества жизни по методике SF-36 засвидетельствовало снижение нормативных показателей во всех группах испытуемых по шкалам ролевого (RP) и социального функционирования (SF), а также по шкале общего состояния здоровья (GH) при достаточно высоких значениях шкал физического функционирования (PF) и психического здоровья (MH). Результаты обследования по методике SF-36 («Оценка качества жизни») представлены в табл. 3.

*Таблица 3*  
*Оценка качества жизни по методике SF- 36, балл (M ± σ)*

Шкала	Группа			
	общая	1-я	2-я	3-я
GH	43,9 ± 15,2	47,9 ± 18,3	41,3 ± 11,2	42,0 ± 14,3
PF	63,9 ± 24,4	74,3 ± 24,0	60,3 ± 22,2	56,3 ± 23,4
RP	30,9 ± 37,3	34,3 ± 39,3	30,0 ± 36,2	28,3 ± 93,6
RE	46,4 ± 40,8	53,6 ± 39,7	50,2 ± 40,8	35,6 ± 40,2
SF	41,2 ± 13,8	42,7 ± 12,2	42,6 ± 14,1	38,4 ± 15,0
BP	51,8 ± 25,0	58,3 ± 25,7	53,1 ± 24,3	44,0 ± 23,4
VT	52,5 ± 19,1	53,6 ± 21,4	50,3 ± 19,8	53,4 ± 6,0
MH	62,2 ± 17,7	65,3 ± 18,7	59,9 ± 15,9	61,2 ± 18,3
	общесоматическая	гастроэнтерологическая	кардиологическая	
GH	48,0 ± 13,7	45,5 ± 15,1	41,91 ± 3,6	
PF	68,8 ± 21,9	67,8 ± 18,7	56,3 ± 23,0	
RP	39,6 ± 43,2	29,7 ± 44,0	26,7 ± 34,7	
RE	58,4 ± 47,4	41,8 ± 46,4	41,5 ± 36,8	
SF	41,8 ± 9,7	39,3 ± 10,0	40,6 ± 16,6	
BP	56,7 ± 26,1	61,2 ± 26,3	43,2 ± 21,4	
VT	51,7 ± 15,7	59,1 ± 20,1	48,8 ± 15,4	
MH	62,3 ± 15,4	64,5 ± 19,3	61,8 ± 15,2	

Это можно интерпретировать как свидетельство того, что все ЛПА на ЧАЭС испытывали тревогу по поводу своего состояния и проводимого стационарного обследования и лечения, результаты которых для большинства из них определяли будущий профессиональный прогноз. Самые высокие показатели самооценки качества жизни демонстрировали обследуемые из «общесоматической» группы, а самые низкие – испытуемые из группы с гастроэнтерологической патологией. При этом анализ оценки качества жизни в различных возрастных группах выявил наиболее высокие показатели качества жизни у лиц 1-й группы и самые низкие – 3-й группы. Это можно объяснить как возрастными изменениями, так и известной спецификой, определяемой как «язвенный характер». Заслуживает отдельного упоминания тот факт, что самые высокие показатели по шкале интенсивности боли были выявлены у ЛПА на ЧАЭС с кардиальной патологией.

### ***Индивидуальная и групповая психокоррекция***

Психокоррекционная работа проводилась с 24 ЛПА на ЧАЭС с согласия обследуемых, индивидуально и в группе от 4 до 8 человек. При этом учитывали следующие психотерапевтические факторы и подходы:

- 1) краткосрочность обследования и реабилитации в клинике, что определяло проблемную центрированность всех коррекционных мероприятий;
- 2) ориентацию на достижение максимально возможной эффективности в течение нескольких психотерапевтических сеансов;
- 3) сочетание индивидуальных и групповых методов.

В результате апробации были избраны как наиболее адекватные задачам и возможностям следующие тактики психотерапевтического воздействия:

– индивидуальная беседа с пациентами, преимущественно рациональной направленности, которая одновременно выполняла несколько функций: коммуникативную, диагностическую, информационную и терапевтическую. Во время беседы выявлялись особенности личности и психоэмоционального реагирования пациентов, а также связь их психического состояния с актуальными соматическими проблемами (в том числе – с помощью аппаратной методики БЭСТ);

– групповая психотерапия, которая включала обсуждение биографических и тематических материалов пациентов, выявление и анализ типичных способов реагирования и разрешения внешних и внутренних конфликтов; при этом вся работа носила профессионально и проблемно центрированный характер, общими для всех групп темами являлись психосо-

матическое здоровье, влияние последствий аварии на ЧАЭС на физический и психический статус, взаимоотношения в семье и социальные отношения; продолжительность терапевтических сессий в малой группе составляла 30–40 мин;

– приемы релаксации и визуализации образов (представляли собой стандартный вариант аутотренинга [14], который проводился в позе «кучера на дорожках» сидя на стуле, в течение 15–20 мин, в сопровождении медитативного музыкального сопровождения);

– прямое и косвенное суггестивное воздействие, направленное на устранение и ослабление психосоматических симптомов (применялось в процессе всех взаимодействий с пациентами).

На заключительном этапе со всеми ЛПА на ЧАЭС вновь проводились индивидуальные собеседования и оценивалась эффективность реабилитационных мероприятий. В 85 % случаев было установлено, что ЛПА позитивно оценивали их включенность в психотерапевтическую и психокоррекционную работу в процессе проведения планового обследования и лечения. Особо отмечалась роль таких «специальных» занятий по оптимизации их психоэмоционального состояния, усвоению рациональных форм поведения и снижению излишнего нервно-психического напряжения. Практически все, кто принимал участие в работе коррекционных групп, указали на улучшение самочувствия и настроения, а также снижение чувства тревоги в процессе пребывания в клинике.

### *Заключение*

Проведенные исследования свидетельствуют о том, что в отдаленном периоде после аварии на ЧАЭС от 25 % до 53 % ЛПА имеют те или иные признаки нервно-психической неустойчивости и психической дезадаптации и нуждаются в психотерапевтических и психокоррекционных мероприятиях. Психодиагностика этих признаков должна носить комплексный характер, так как изолированное применение той или иной методики не позволяет квалифицированно оценить имеющиеся отклонения в состоянии психического здоровья.

Разработанный алгоритм последовательного внедрения и расширения объема и перечня психотерапевтических и психокоррекционных методов в практике реабилитационных мероприятий позволяет у ЛПА на ЧАЭС оптимизировать психоэмоциональное состояние, усвоить рациональные формы поведения и снизить излишнее нервно-психическое напряжение.

### *Литература*

1. *Александрин С.С.* Опыт и проблемы медико-психологической помощи ликвидаторам последствий аварии на Чернобыльской АЭС в отдаленном периоде / С.С. Александрин // Мед.-биол. соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2011. – № 2. – С. 6–15.
2. *Анастаси А.* Психологическое тестирование / А. Анастаси, С. Урбина. – 7-е изд. – СПб. : Питер, 2009. – 688 с.
3. *Бацков С.С.* Современные подходы к лечению аутоиммунного панкреатита, ассоциированного с активной герпесвирусной инфекцией, у участников ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС / С.С. Бацков, А.А. Андреев // Мед.-биол. соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2011. – № 2. – С. 23–27.
4. *Громов С.А.* Лечение и реабилитация больных эпилепсией / С.А. Громов, В.С. Лобзин. – СПб. : Образование, 1993. – 236 с.
5. *Дрыгина Л.Б.* Клиническая лаборатория диагностика в оценке состояния здоровья у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС в отдаленные сроки / Л.Б. Дрыгина, Н.Н. Зыбина // Мед.-биол. соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2011. – № 2. – С. 65–73.
6. *Евдокимов В.И.* Анализ авторефератов диссертаций по проблемам ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС (1990–2010 гг.) / В.И. Евдокимов // Мед.-биол. соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2011. – № 2. – С. 109–115.
7. Исследование тревожности (Ч.Д. Спилбергер, адаптация Ю.Л. Ханин) // Диагностика эмоционально-нравственного развития / ред. и сост. И.Б. Дерманова. – СПб., 2002. – С. 124–126.
8. *Каташкова Г.Д.* Особенности патогенетических механизмов формирования кардиальной патологии у ликвидаторов аварии на ЧАЭС / Г.Д. Каташкова, Е.В. Юшкевич, Л.Н. Чугунова // Медико-биологические последствия чрезвычайных ситуаций : материалы междунар. конф. – СПб., 2001. – С. 41.
9. *Лурия А.Р.* Функциональная организация мозга / А.Р. Лурия // Естественно-научные основы психологии / под ред. А.А. Смирнова, А.Р. Лурия, В.Д. Небылицына. – М. : Педагогика, 1978. – С. 109–139.
10. *Лурия Р.А.* Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания / А.Р. Лурия. – М., 1977. – 110 с.
11. О проблеме психофизиологической реабилитации / А.Н. Глушко, Б.В. Овчинников [и др.] // Воен.-мед. журн. – 1994. – № 3. – С. 46–48.

12. Особенности психологического статуса и медико-психологическая реабилитация ликвидаторов / С.С. Алексанин, В.Ю. Рыбников, Л.Н. Чугунова [и др.] // Ликвидаторы последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции: медико-биологические последствия в отдаленном периоде и вопросы медицинского обеспечения (руководство для врачей) / под ред. С.С. Алексанина. – 2-е изд., испр. и доп. – СПб. : Бином, 2007. – С. 206–252.

13. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1 : Теория и методы / Н.В. Тарабрина, В.А. Агарков, Ю.В. Быховец [и др.]. – М. : Когито-Центр, 2007. – 208 с. – (Психол. инструментарий).

14. Психофизиологические аспекты состояния, поведения и деятельности пострадавших в очаге стихийного бедствия / М.М. Решетников, Ю.А. Баранов, А.П. Мухин, С.В. Чермянин // Психол. журн. – 1989. – Т. 10, № 4. – С. 125–128.

15. *Рыбников В.Ю.* Психологическая коррекция и реабилитация пострадавших от экологических и техногенных катастроф (авария на ЧАЭС) / В.Ю. Рыбников, Л.Н. Чугунова, А.В. Маркина // Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф : материалы IV междунар. конф., 26–29 мая 1999 г. – Минск, 1999. – С. 64–65.

16. *Тарабрина Н.В.* Психологические особенности посттравматических стрессовых состояний у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС / Н.В. Тарабрина, Е.О. Лазебная, М.Е. Зеленова // Психол. журн. – 1994. – Т. 15, № 5. – С. 67–77.

17. *Тютюник Е.И.* Психодиагностика : учеб. пособие / Е.И. Тютюник, И.В. Яковлева, А.В. Тютюник. – СПб. : Невский ин-т экспертологии, управления и дизайна, 2006. – 175 с.

18. *Amirkham J.H.* Seeking person-related predictors of coping: Exploratory analyses / J.H. Amirkham // Eur. J. Pers. – 1999. – Vol. 4, N 4. – P. 13–30.

19. An inventory for Measuring Depression archives of General Psychiatry / Beck A.T., Word C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. – 1961. –Vol. 4. – P. 71.

20. Depression as a risk factor for cardiac events in established coronary heart disease: a review of possible mechanisms / R.M. Carney, K.E. Freedland, M.W. Rich, A.S. Jaffe // Ann Behav Med. – 1995. – Vol. 17. – P. 142–149;

21. Does cardiovascular reactivity to mental stress have prognostic value in postinfarction patient? A pilot study / S. Manuck, G. Olsson, P. Hjemdahl, N. Rehnqvist // Psychosom Med. – 1992. – Vol. 54. – P. 102–108.

22. *Jenkinson C.* The Short Form 36 (SF-36) Health Survey Questionnaire: normative data for adults of working age / C. Jenkinson, A. Coulter, L. Wright // *Br. Med. J.* – 1993. – Vol. 306. – P. 1437–1440.

23. *McHorney C.A.* The MOS-36-item Short-Form Health Survey (SF-36). II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs / C.A. McHorney, J.E. Ware, A.E. Raczeck // *Med. Care.* – 1993. – Vol. 31. – P. 247–263.

24. Validating the SF-36 Health Survey Questionnaire: new outcome measure for primary care / J.E. Brazier, R. Harper, N.M.B. Jones [et al.] // *Br. Med. J.* – 1992. – Vol. 305. – P. 160–164.

# **ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АНТРОПОЛОГИЯ**

УДК 616.89 : 614.258

*С.А. Подсадный, Е.В. Гайдамакина, А.В. Зотова*

## **СТАНОВЛЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СООБЩЕСТВА В РОССИИ**

Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Общественная медицина в России стала развиваться с середины XVIII в., в первую очередь благодаря усилиям прогрессивных представителей отечественного здравоохранения, таких как Н.М. Амбодик-Максимович, С.Г. Зыбелин, И.Е. Дядьковский, Е.О. Мухин, Д.С. Самойлович и др., стремившихся превратить кафедральную медицину в медицину общественную [6]. К концу XVIII в. в России появились первые общественные медицинские организации – врачебные общества, общественные лечебницы и аптеки, благотворительные организации, а также органы периодической медицинской печати.

Первым медицинским обществом было Хирургическое общество, организованное в Санкт-Петербурге в 1763 г., в начале правления императрицы Екатерины II, и состоявшее исключительно из врачей немецкого происхождения. Основными задачами общества являлось объединение врачебных сил Санкт-Петербурга, обсуждение новых форм заболеваний и их лечение. Хирургическое общество вело свою деятельность непрерывно в течение 5 лет [19].

Первой крупной общественной организацией в России можно считать Императорское Вольное экономическое общество, которое было учреждено в 1765 г. Екатериной II в Санкт-Петербурге. С первых дней существования оно уделяло внимание пропаганде гигиенических знаний, а с 1830-х гг. – борьбе с детской смертностью. Общество осуществляло свою деятельность до 1918 г. и, после более шестидесятилетнего перерыва, было восстановлено лишь в 1982 г.

Благодаря либеральным реформам императора Александра I в 1804 г. в государственных высших образовательных учреждениях был принят Университетский устав, который обеспечивал достаточную автономию, были введены самоуправление, принцип бессловности учебных заведений. Университеты получили право создавать научные общества, библиотеки, собственные типографии и печатать научные труды. Так, при Императорском Московском университете образовались в 1804 г. Общество соревнования медицинских и физических наук во главе с проф. Ф.Ф. Керестури, а в 1805 г. – Общество испытателей природы под председательством графа А.К. Разумовского. Общество объединило естествоиспытателей, врачей, натуралистов. Впоследствии в XIX в. стали возникать и другие врачебные и фармацевтические общества.

В середине XIX в. в Санкт-Петербурге функционировало уже 5 медицинских обществ: Немецкое врачебное общество, Общество русских врачей, Общество практикующих врачей, Общество военно-морских врачей и Всеобщее общество Санкт-Петербургских врачей [12].

Немецкое врачебное общество в Санкт-Петербурге открыло свою деятельность в 1819 г. и спустя 56 лет продолжило начинания Хирургического общества [2]. Основными задачами общества являлись содействие развитию практического здравоохранения того времени, формирование коллегиального врачебного сообщества [16]. Библиотека общества к середине XIX в. насчитывала 1000 единиц специальной литературы, включая различного рода медицинскую периодическую печать, передаваемую членами общества. Все встречи и протоколы велись исключительно на немецком языке [14].

Немецкое врачебное общество не имело своего периодического медицинского издания, но все же на протяжении ряда лет было опубликовано 8 томов, изданных с перерывами с 1821 по 1858 г. под названием «Смешанные сочинения из области медицины» (*Vermischte Abhandlungen aus dem Gebiete der Heilkunde*) [13]. Основная же часть научных сообщений членов общества публиковалась в различных медицинских журналах того времени. С 1842 г. одним из самых активных членов общества был Н.И. Пирогов.

В 1850 г. группа немецких врачей в составе 15 человек создала Общество практикующих врачей в Санкт-Петербурге. Основной задачей этого общества был обмен научными достижениями, полученными на основе медицинской практики [14, с. 272–273].

В 1858 г. большая группа немецких врачей объединилась, создав «Всеобщее общество Санкт-Петербургских врачей», зарегистрированное 19 февраля 1859 г. Создано оно было в силу того, что значительное число врачей столицы не могло войти в состав первого общества. Основной целью нового общества было распространение медицинских знаний путем обсуждения важных проблем и публикации научных достижений, а также оказание каждому врачу помощи в научных изысканиях. Известные русские врачи принимались в почетные члены: Н.И. Пирогов, И.И. Мечников, И.П. Павлов [18]. Деятельность общества регулярно отражалась в его периодическом издании, выходящим под названием «Санкт-Петербургская медицинская газета», которая начала издаваться в 1861 г. [15].

К середине XIX в. в России насчитывалось 7 врачебных обществ. Одни общества довольно быстро прекращали свою деятельность, другие оказывались жизнеспособными, развивались, увеличивали число своих членов, вели протоколы, издавали труды.

1860-е гг. – время великих реформ императора Александра II – крестьянской, отмены телесных наказаний, земской, университетской, судебной, военной и др. В этот период бурно развивалась общественная медицина: появились десятки новых врачебных обществ, периодических медицинских изданий, общественных лечебных учреждений.

Так, в Москве в 1859 г. проф. Московского университета Ф.И. Иноземцев совместно с С.А. Смирновым учредил Общество русских врачей с бесплатной при нем лечебницей для бедных больных. В 1861 г. в Москве состоялось официальное открытие этого общества. На нем впервые высказывалась мысль о необходимости врачебных съездов. Именно от этого общества впоследствии отделились специальные медицинские общества – терапевтов, хирургов, гинекологов, офтальмологов и другие.

Отмена крепостного права манифестом 19 февраля 1861 г. и введение местного самоуправления (земства) в 1864 г. позволили быстро развиваться земской медицине. В России организовались свыше 50 губернских медицинских обществ русских врачей по образцу Общества русских врачей Москвы и Санкт-Петербурга. Помимо профессионального общения, в них разрабатывались меры по улучшению охраны здоровья населения [5].

В 1877 г. образуется Русское общество охранения народного здравия. Активная деятельность этого общества способствовала укреплению связи теоретической медицины с практикой.

Летом 1881 г. в Москве по инициативе Н.В. Склифосовского, К.Ф. Славянского, А.Я. Крассовского, С.С. Корсакова, В.В. Сутугина,

А.А. Боброва, А.Н. Маклакова и др. в ходе празднования 50-летия врачебной деятельности Н.И. Пирогова было предложено создать общество, объединяющее врачей Санкт-Петербурга и Москвы. Оформившееся через два года после смерти Н.И. Пирогова, в 1883 г., это объединение было названо Московско-Петербургским обществом русских врачей в память Н.И. Пирогова, и оно носило уже всероссийский характер. С начала 1880-х гг. оно стало центром общественной медицинской мысли в стране. В 1892 г. официально было оформлено Всероссийское общество русских врачей в память Н.И. Пирогова [9].

В истории развития отечественной медицины огромную роль сыграли медицинские общества. Пик развития они достигли в конце XIX – начале XX в. В первой половине XIX в. медицинских обществ было менее 10, к 1896 г. в России насчитывалось 120 научно-медицинских обществ, а в начале XX в. официально существовало около 150 провинциальных обществ врачей. Более половины всех врачей состояло членами различных обществ. Медицинские общества решали не только специальные научно-методические вопросы, но и живо откликались на общественные события в стране.

С конца XIX в. начинают формироваться специализированные общества – психиатрическое (в Санкт-Петербурге), хирургическое (в Москве), Московское гигиеническое общество, Лига борьбы с туберкулезом, Общество борьбы с детской смертностью и др.

Психиатрические общества России одними из первых выделились в специализированные общества. Открытие первых научных обществ по психиатрии и невропатологии было тесно связано с образованием кафедр и клиник нервных болезней в Санкт-Петербурге, Москве, Казани и Киеве, на базе которых были созданы ведущие психиатрические и неврологические школы в нашей стране.

Так, первое психиатрическое общество было организовано в Санкт-Петербурге в 1862 г. при И.М. Балинском, основателе кафедры душевных болезней в Санкт-Петербургской медико-хирургической академии (1857), клинического отделения для душевнобольных (1859), а в дальнейшем клиники душевных болезней (1867). Сначала при Немецком врачебном обществе в Санкт-Петербурге в 1859 г. была организована психиатрическая секция, а затем, в 1862 г., она преобразовалась в самостоятельное Общество Санкт-Петербургских врачей для помешанных. Секретарские обязанности исполняли А.В. Шульц, П.Ф. Герцог. Членами-учредителями были И.М. Балинский, В.Х. Гехеве, К.Х. Зейфферт, В.Н. Чехов, Ф.А. Штейн,

А.В. Шульц и др. Общество собиралось в течение нескольких лет. В 1864 г. деятельность общества приостановилась.

В 1879 г. четыре активных члена общества (И.М. Балинский, П.Ф. Герцог, П.А. Дюков, К.Х. Зейферт) решили возобновить заседания общества психиатров. Появилось 18 новых действительных членов (И.П. Мержеевский, В.М. Бехтерев, П.Я. Розенбах, О.А. Чечотт, А.Е. Черемшанский и др.). Ежегодно выходили протоколы общества. Председателем Петербургского общества психиатров с 1879 г. был И.М. Балинский, с 1880 по 1902 г. – И.П. Мержеевский, с 1903 г. – В.М. Бехтерев.

После Октябрьской революции общество психиатров стало называться Обществом психиатров и невропатологов в Петрограде, с 1924 г. – Обществом психиатров в Ленинграде. Ленинградское общество психиатров слилось в 1931 г. с обществом невропатологов. В 1932 г. оно было реорганизовано в Ленинградское отделение Всероссийского общества психиатров и невропатологов (Ленинградское научное общество невропатологов и психиатров), с 1935 г. – Всероссийского общества психиатров, невропатологов и психотерапевтов, с 1939 г. – Всесоюзного общества психиатров и невропатологов [8].

В 1890 г. было учреждено Московское общество невропатологов и психиатров при Императорском Московском университете, первым и бессменным председателем которого стал А.Я. Кожевников. Действительными членами и учредителями общества были: С.С. Корсаков, В.К. Рот, Г.И. Россоломо, Л.О. Даркшевич, Н.Н. Баженов, В.Р. Буцке, И.Д. Жданов, А.А. Корнилов, Л.С. Минор, И.М. Нечаев, А.И. Озерецковский, Ф.А. Савей-Могилевич, В.П. Сербский, С.Н. Успенский и др. [11].

Годом основания кафедры психиатрии в Казанском университете можно считать 1866 г., когда А.У. Фрезе начал читать самостоятельный курс лекций по психиатрии.

В 1869 г. в Казани открывается окружная психиатрическая лечебница Божией Матери всех скорбящих, по тем временам крупное и передовое лечебное учреждение. А.У. Фрезе одновременно принял на себя обязанности директора этой лечебницы.

Благодаря В.М. Бехтереву, который с 1885 г. возглавлял кафедру психиатрии Казанского университета, в 1892 г. было учреждено Казанское общество невропатологов и психиатров. Киевское общество психиатров было основано в 1898 г.

В XX в. были созданы общества психиатров и невропатологов во многих крупных городах страны. Например, в 1915 г. произошло форми-

рование врачебного общества психиатров и невропатологов в г. Саратове, в 1920 г. – в Ростове, в 1931 г. – в Нижнем Новгороде, в 1932 г. – в Самаре, в 1933 г. – в Хабаровске и в 1934 г. – в Иванове. В 1934–1935 гг. сформированы специализированные врачебные общества психиатров и невропатологов в городах Томска и Новосибирска [1].

Важнейшим шагом к объединению специалистов явилось создание Всероссийского общества психиатров, инициаторами этого стали участники VI Пироговского съезда, проведенного в Киеве в 1896 г. В.М. Бехтерев, С.С. Корсаков и И.А. Сикорский считали, что правильные периодические съезды психиатров и невропатологов были бы вполне обеспечены, если бы удалось организовать Всероссийское общество психиатров. Б.С. Грейденберг предложил назвать это общество Союзом психиатров и невропатологов [3, с. 63].

Была избрана комиссия для подготовки проекта устава союза в следующем составе: В.М. Бехтерев, Б.С. Грейденберг, С.С. Корсаков, И.А. Сикорский и В.А. Яковенко. Проект устава был напечатан в журнале «Обозрение психиатрии» № 10 за 1896 г., отдельные оттиски были разосланы во все психиатрические общества. В течение 1897–1898 гг. поступили отзывы от Санкт-Петербургского, Московского, Казанского обществ, а также от врачей больницы Николая Чудотворца в Петербурге. Болезнь С.С. Корсакова помешала осуществлению союза на VII Пироговском съезде. Эти вопросы были перенесены в обязательные программные на VIII съезд, причем в существующую комиссию избрали дополнительно Н.М. Попова, С.А. Суханова и К.М. Целерицкого.

В 1902 г., во время проведения VIII съезда, комиссия в составе В.М. Бехтерева, Б.С. Грейденберга, С.А. Суханова, К.М. Целерицкого и В.А. Яковенко предложила участникам съезда проект устава в окончательном обработанном виде. В 1904 г. был образован Союз русских невропатологов и психиатров имени С.С. Корсакова.

После Октябрьской революции 1917 г. в августе 1919 г. было создано Российское общество психиатров и невропатологов. В 1936 г., на II Всесоюзном съезде психиатров и невропатологов, по предложению проф. М.Б. Кроля было принято решение об организации Всесоюзного общества психиатров и невропатологов. Российское общество психиатров и невропатологов было включено в состав Всесоюзного общества.

История медицинских съездов в нашей стране неразрывно связана с основными закономерностями развития отечественной медицины. Съезды, как одна из основных форм консолидации врачебного сообщества и фор-

мирования единой профессиональной корпорации, отражали становление общественной медицины в нашей стране.

Печатному органу общества русских врачей в Москве «Московской медицинской газете», наряду с физико-математическим факультетом Петербургского университета, принадлежала инициатива созыва съездов Русских естествоиспытателей и врачей. 1-й съезд был созван 12 мая 1867 г. в Санкт-Петербурге. На нем прозвучало 35 докладов на медицинские темы, присутствующие врачи, по существу, самостоятельно организовали на нем медицинскую секцию, и уже со 2-го съезда, состоявшегося в Москве в 1869 г., были официально выделены специальные секции научной медицины. Всего было проведено 13 съездов, последний – в 1913 г.

В начале 1860-х гг. медицинской общественностью была высказана мысль о необходимости съездов губернских и уездных врачей. 1-й губернский съезд врачей (Тверской губернии) был созван в 1871 г. По всем земским губерниям до 1913 г. состоялось 378 губернских съездов врачей.

Однако съезды русских естествоиспытателей и врачей при их несомненном научном значении не могли решить задачу объединения врачей России, так как в их работе участвовали преимущественно врачи-теоретики (анатомы, физиологи, фармакологи). Съезды земских врачей были ограничены пределами отдельных губерний или уездов.

Особую роль в развитии общественной медицины в России сыграли съезды врачей в память Н.И. Пирогова, проводившиеся Всероссийским обществом врачей в память Н.И. Пирогова [7]. Созванный им в 1885 г. съезд, получивший название Пироговского, явился по составу участников всероссийским. Всероссийский характер съездов этого общества сохранялся и в последующем, хотя официально созыв всероссийских Пироговских съездов был разрешен только в 1892 г. В этом же году было оформлено и Всероссийское общество русских врачей в память Н.И. Пирогова, которое взяло на себя в дальнейшем функции по созыву Пироговских съездов [4]. Всего состоялось 12 очередных, 2 внеочередных (в 1905 г. – по борьбе с холерой, в 1916 г. – в связи с обстоятельствами военного времени), 2 чрезвычайных съезда (в 1917 и 1919 гг.) и один профессиональный в 1918 г.

С появлением профессиональных специализированных обществ появляются первые специализированные съезды. Так, съезды отечественных психиатров начинают свое существование наряду с Пироговскими съездами с 1887 г.

Идея созыва специализированных психиатрических съездов созрела еще в 1885 г. Она энергично пропагандировалась П.И. Ковалевским, про-

фессором Харьковского университета, а также А.Я. Кожевниковым, профессором Московского университета, и П.А. Дюковым, старшим врачом клиники душевных болезней Санкт-Петербурга. С 1887 по 1909 г. прошли три съезда отечественных психиатров.

2 января 1910 г., во время III съезда отечественных психиатров, состоялось собрание учредителей Русского союза психиатров и невропатологов, на котором было поставлено избрать комиссию для созыва I-го съезда союза и высказаны пожелания о созыве I-го съезда в «наивозможно» короткое время. В 1911 г., через год, обществом в Москве был организован и проведен съезд Союза психиатров и невропатологов в память С.С. Корсакова.

С I-го съезда союза должно было начаться более тесное и прочное единение русских психиатров и невропатологов. Следующие сроки созыва съезда союза были назначены на конец 1913 – начало 1914 г. Однако запланированный съезд русского Союза психиатров и невропатологов не состоялся ввиду начала Первой мировой войны.

В 1923 г. прошел I Психоневрологический съезд с участием Народного комиссариата просвещения, инициатором которого явился Московский психоневрологический институт. Съезд открыл заведующий Главнаукой И.И. Гливенко, председателем съезда был акад. В.М. Бехтерев. В 1924 г. был созван 2-й съезд. Он носил название Всероссийского съезда по педологии, экспериментальной педагогике и психоневрологии.

Начиная с 1927 г. стали проводиться Всесоюзные съезды психиатров и невропатологов, с 1962 г., после учреждения Всероссийского научного медицинского общества невропатологов и психиатров, – Всероссийские съезды психиатров и невропатологов. Всего их было 8 и 6 соответственно. В 1990 г., после разделения Всероссийского общества невропатологов и психиатров на общество неврологов и общество психиатров были проведены уже раздельно Всероссийский съезд психиатров и Всероссийский съезд невропатологов.

В 1990-х гг., в период глобальных перемен в нашей стране, стали активно создаваться многочисленные общественные организации, объединения, формирования, целью которых было объединение специалистов в области психотерапии и консультирования. Так, в 1988 г., усилиями прогрессивных ученых, в первую очередь Г.И. Григорьева, практиков, крупных религиозных деятелей, был создан Международный институт резервных возможностей человека, благодаря деятельности которого в 1991 г. было воссоздано Общество трезвости и милосердия, основными задачами кото-

рого являются пропаганда трезвости и здорового образа жизни, психотерапии и духовно-нравственного исцеления больных алкоголизмом.

В 1989 г. было открыто общественное объединение Психоаналитическая ассоциация СССР, которое в связи с распадом СССР в 1991 г. было переименовано сначала в Психоаналитическую ассоциацию (1993), а в 1997 г. – в Психоаналитическую ассоциацию Российской Федерации, объединяющую в своих рядах приверженцев психоаналитической психотерапии. В 1991 г. усилиями М.М. Решетникова был открыт Восточно-Европейский институт психоанализа, и отечественные психологи и психотерапевты получили возможность долгосрочной подготовки в области психоанализа.

Также были созданы и активно работали такие общественные организации, как Ассоциация психологов-практиков (1986–1991), Ассоциация психотерапии и тренинга (1989), Российское общество гипнологов (2002) и др. Однако эти специализированные общественные организации не имели возможности объединения всех специалистов в области психотерапии и психологического консультирования.

Первой крупной всероссийской общественной организацией, объединяющей профессионалов в области психотерапии и медицинской психологии, стала Российская психотерапевтическая ассоциация (РПА), которая в 1995 г. провела 1-й психотерапевтический съезд РПА, объединивший специалистов из 42 регионов нашей страны. Второй заметной общественной структурой стала открытая в 1996 г. Профессиональная психотерапевтическая лига (ППЛ). Она объединяет в своих рядах специалистов различных медицинских и гуманитарных дисциплин, использующих психотерапию в своей профессиональной деятельности.

Таким образом, формированию самостоятельного профессионального психотерапевтического сообщества в России предшествовал практически двухвековой период становления и развития медицинских врачебных обществ, выделение из них специализированных врачебных обществ психиатров и невропатологов. Увеличение числа специализированных обществ в России привело к необходимости созыва профессиональных съездов для решения наиболее важных проблем в области психиатрии и невропатологии. Обсуждение вопросов психотерапии, медицинской психологии и пограничных расстройств на этих съездах способствовало объединению интересующихся специалистов в области психотерапии и пограничной психиатрии. Нарастающая актуальность этой сферы привела к кристалли-

зации, а в дальнейшем и к самостоятельной организации психотерапевтического сообщества в нашей стране.

### *Литература*

1. *Брусиловский Л.Я.* Невропатология. / Л.Я. Брусиловский, С.Н. Давиденков // Бол. мед. энцикл. – М. : СЭ, 1961. – Т. 20. – С. 292.

2. *Будко А.А.* И.Ф. Буш и Немецкое врачебное общество / А.А. Будко, А.В. Шабунин // И.Ф. Буш и развитие медицины в XVIII–XIX веках: материалы симпозиума, Санкт-Петербург, 28.02.2001 г. – СПб., 2002. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [www.medline.ru](http://www.medline.ru), свободный.

3. Восьмой Пироговский съезд: авторефераты и положения докладов по секциям, Москва, 3–10 января 1902 г. – М., 1901. – Вып. 6. – 455 с.

4. *Гран М.М.* Народные университеты, как орудие и средство борьбы с алкоголизмом / М.М. Гран // Доклад от Совета С.-Петерб. о-ва нар. ун-тов 1-му Всерос. съезду по борьбе с пьянством, Санкт-Петербург, 1911 г. – СПб. : Обществ. польза, 1911. – 16 с.

5. *Жук А.П.* Развитие общественно-медицинской мысли в России в 60–70 гг. XIX в. / А.П. Жук. – М.: Медгиз, 1963. – 382 с.

6. *Заблудовский П.Е.* Пути развития общественной медицины / П.Е. Заблудовский. – М., 1970. – 82 с.

7. *Злодева Е.Б.* Пироговские съезды врачей и их роль в становлении системы государственного здравоохранения в России (конца XIX – начала XX в.): автореф. дис. ... канд. ист. наук / Е.Б. Злодева. – М., 2004. – 23 с.

8. Ленинградское отделение Всесоюзного общества психиатров и невропатологов с 1917 г. по наст. время : путеводитель по фондам центр. гос. архива Санкт-Петербурга [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://spb.rusarchives.ru>, свободный.

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

10. *Осипов В.П.* Курс общего учения о душевных болезнях / В.П. Осипов. – Берлин : Госиздат, 1923. – 738 с.

11. Протоколы заседаний общества невропатологов и психиатров, состоящего при Императорском Московском университете за 1890–1891 год. – М., 1891. – 90 с.

12. *Шрадер Т.А.* Немецкое врачебное общество в Санкт-Петербурге в XIX веке / Т.А. Шрадер // И.Ф. Буш и развитие медицины в XVIII–XIX веках : материалы симпозиума, Санкт-Петербург, 28.02.2001 г. / под ред.

А.А. Вихмана. – СПб., 2002. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [www.medline.ru](http://www.medline.ru), свободный.

13. Die Feier des 50-jährigen Bestehens des deutschen aerzlichen Vereins in St.-Petersburg. – St.-Petersburger Medicinische Zeitschrift. – 1869. – Band XV. – S. 351.

14. Die medicinischen Gesellschaften St.-Petersburgs. – St.-Petersburger Medicinische Zeitschrift. – 1862. – Band II.

15. Festsitzung des Vereins St.-Petersburger Aerzte. Zur Feier des 50-jährigen Jubiläums. – SPb., 1909.

16. Historischer Überblick der Tätigkeit der deutschen ärztlichen Vereins zu St.-Petersburg während seines 50-jährigen Bestehens. – SPb., 1869. – S. 4.

17. *Schrader T.* Deutsche Aerzte in St.-Petersburg in der zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts / T. Schrader // Der Beitrag der Deutschbalten und der stad-tischen Russlanddeutschen zur Entwicklung des Russischen Reiches von der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts bis zum Ersten Weltkrieg. – Köln : Verlag Wissenschaft und Politik, 1999. – S. 259.

18. *Zieger Kr.* Der St.-Petersburger Verein deutscher Aerzte und seine philanthropischen Bemuhunen / Kr. Zieger // Deutsch-russische Beziehungen in der Medizin des 18 und 19 Jahrhunderts. Deutsch-russische Beziehungen in Medizin und Naturwissenschaft. – Aachen : Shaker Verlag, 2000. – Band I.

19. *Zierholz J.A.* Abriss der Medicinal Geschichte Russlands und andere medicinisch – historischen Nachrichten / J.A. Zierholz // РНБ. Отдел рукописей. Немец. Q. VI. – 110 л.

## **ГАРМОНИЗАЦИЯ ЗНАНИЙ ХРИСТИАНСКОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АНТРОПОЛОГИЙ. ПРАВОСЛАВНАЯ ТЕОРИЯ ЛИЧНОСТИ**

Амбулаторный антинаркотический центр «Воскресение»  
при Санкт-Петербургской епархии

Христианская антропология рассматривает человека как высшее творение Бога, своего рода микрокосмос, в котором сосредоточены все основные черты и свойства сотворенного мира. Человек соединяет в себе три начала: дух, душу и тело. Трехчленное «устройство» человека определяет его развитие и характер жизнедеятельности: он всегда, даже в своем неверии, связан с Богом, Космосом и Землей. Основными чертами образа Божия в человеке являются разумность (мышление), словесность (речь), свобода воли (свобода), бессмертие, владычество (господство), творчество и любовь. Именно понимание человека как образа Божьего со строго последовательной иерархией духа, души и тела, понимание результатов и последствий грехопадения дает адекватное представление о человеке, причинах его психических и телесных заболеваний, путях их возможного преодоления, а также задает правильные ориентиры воспитания.

На основе представления о человеке как образе Божиим, высшей целью жизни которого является достижение подобия Божьего (богоуподобление), православная психология и выстраивает свою антропологическую систему. В ней мотивационная структура человеческой личности основана на дальних перспективах человеческого бытия, онтологически заданных человеческому роду. В процессе различных психологических и педагогических воздействий необходимо учитывать основные онтологические черты образа Божия в человеке, опираться на них и культивировать их развитие. Это главный принцип гармонизации систем знаний христианской и психологической антропологии.

### ***Понятие «личность» в контексте христианской антропологии***

В современной отечественной и зарубежной психологии существует множество трактовок и определений термина «личность». Из всего множества определений, которые даются в психологии личности, изложим несколько основных: по мнению К.К. Платонова, личность – это «человек

как носитель сознания»; согласно Б.Г. Ананьеву, «личность – субъект общественного поведения и коммуникаций»; по К. Ясперсу, «индивид называют личностью в том случае, когда он обладает чувством самодовлеющего существования, чувством собственного, неделимого Я». В целом понятие личности используется для обозначения особенностей, качеств, состояний индивида, обусловленных его предметной деятельностью и общением с другими людьми. А.К. Колеченко связывает понятие личности со всей гаммой жизненных проявлений человека вовне (деятельность, общение). С.Л. Рубинштейн ближе всего подошел к духовному пониманию личности, по его словам, «свойства личности никак не сводятся к ее индивидуальным особенностям. Они включают и общее, и особенное, и единичное. Личность тем значительнее, чем больше в индивидуальном преломлении представлено всеобщее» [1].

В повседневной жизни, в быту личностью часто называют яркое сочетание природных дарований с силой характера, самобытностью мышления, яркостью темперамента, психологическим своеобразием.

Опираясь на православный подход к определению термина «личность», необходимо отметить, что православие всегда говорит о личном Боге, Боге Авраама, Исаака и Иакова. Мы открываем Бога, ощутив непосредственную, личную его близость: зов приходит от личного Бога, потому и воспринять Его может только личность или, пусть скромнее, лицо; как молиться, как взывать к Нему, как стоять перед Ним лицом к лицу, если лица нет? [2].

Сам же термин «личность», по свидетельству ряда авторов, введен в IV в. св. Григорием Нисским: *to prosopon* (греч.) – слово сложное, состоит из *pros* – предлога к и существительного *ops*, в родительном падеже *opos* – *глаз, взгляд*; получается: находиться перед чем-то или кем-то, кто вдохнул в сотворенного из персти человека душу, умную, великую и чудную [7, с. 9], наделенную неповторимостью свойств, из которых выстраивается личность – образ и слава, то есть проявление личного Бога [13, с. 134–135].

Чтобы разграничить мирское и православное понимание термина «личность», мы предлагаем ввести два понятия: «личность» и «духовная личность». Личность – это образ Божий в человеке, проявляющийся в совокупности его врожденных и приобретенных свойств. *Духовная личность* – это подобие Божие в человеке, проявляющееся в совокупности добродетелей и свойств, характерных для Иисуса Христа.

## ***Иерархичность систем знаний христианской и психологической антропологии***

Основой православной и психологической антропологии является христианская антропология. Именно понимание человека как образа Божьего со строго последовательной иерархией духа, души и тела, результатов и последствий грехопадения, дает правильное представление о человеке, причинах его психических и телесных заболеваний, путях их возможного преодоления. В настоящее время большинство специалистов в области психологии и медицины занимается лечением именно симптомов болезни. А поскольку ее синдромы ускользают от внимания специалистов, болезнь не проходит, а только временно приглушается. Христианская антропология дает именно тот духовный базис и понимание человека, основываясь на котором и возможно построение позитивной и эффективной психологической науки. Исходя из этого, мы считаем правомочным введение нового терминологического понятия: «православная психология». Под *православной психологией* мы понимаем психологию, основанную на христианской антропологии и руководствующуюся при оказании помощи человеку православными духовно-нравственными ценностями. При этом критерием отбора различного рода теоретических и практических разработок для их использования в области православной психологии является их полезность для духовно-нравственного, психического и физического развития личности.

### ***Основные направления развития православной психологии***

Православная психология, основанная на христианской антропологии, воспринимает человека как образ Божий, призванный к богоуподоблению. Отсюда духовная иерархия является высшей и определяющей по отношению к ее психической составляющей. Поражения в области духа непременно сказываются на психическом состоянии человека, что со временем проявляется и на его телесном уровне. Современное состояние дисгармонии духовных и душевных сил человеческой личности, образовавшееся в результате грехопадения и усиленное родовым и личными грехами, приводит к различным психическим отклонениям и заболеваниям. Депрессии, стрессы, многообразные фобии, психозы, психосоматические заболевания – результат потери гармонии внутри человеческой личности. Ум, чувства и воля, не слитые в едином порыве к добру и Богу, часто противоречат друг другу и внешним установкам человека. Кроме этого, присутствует и воздействие inferнальных сил, стремящихся поработить человека, превратить его в инструмент и проводник злой воли. Православная

психология обязана учитывать эти моменты. И ее деятельность должна способствовать гармонизации отношений ума, чувства и воли в человеческой душе, выстраиванию человеческих отношений на базе христианской морали. На этом базисе могут и должны работать психологическое консультирование, семейная психотерапия, психосоматическая коррекция, помощь зависимым людям и другие направления православной психологии.

### ***Необходимость разработки и основные положения православной теории личности (ПТЛ)***

Необходимость разработки ПТЛ определяется тем, что в существующем объеме научных знаний психологу нужна теоретическая база для понимания сущности человеческой личности, о духовных и психологических процессах, внутри нее происходящих, а также о внешних силах, на нее воздействующих. Ниже предлагаются основные положения ПТЛ.

Православная теория личности основана на божественных откровениях Ветхого и Нового Заветов, святоотеческой аскетической литературе, христианской антропологии и тех наработках психологической науки, которые не противоречат христианскому мировоззрению и нашли свое подтверждение в практической жизни.

Основой для понимания психики человека является знание: причин создания человека; его духовно-душевно-телесного состава; его предназначения; изменений, происшедших в человеческом естестве в результате грехопадения; характера воздействий на человека со стороны Бога и ангельских сил; характера воздействий со стороны мира падших духов; влияние внешней среды, социальной и природной; генетическая заданность.

Нами разработана модель личности, основанная на христианской антропологии (рис. 1). Раскроем, как происходит функционирование человеческой личности и воздействие на нее духовного мира.

Бог воздействует на личность через ее дух. Дух, просвещаясь благодатью Божьей, просвещает душу. Божественная энергия, входя в «сознательное» души, ниспускается в глубины подсознательного, просвещая и очищая его. Реже возможны воздействия ангельского мира через непосредственное явление, зрительные и слуховые образы, сны.

Демонический мир воздействует на человека в большей степени через его бессознательное, влияя на чувства, эмоции, волевые составляющие. Воздействие на сознательное происходит через помыслы, реже слуховые и зрительные образы, обоняние, осязание и сны. В силу грехопадения человек стал открытым для демонического воздействия. Но, по промыслу Бо-

жью, это влияние не является непреодолимым, человек должен изъявить свое согласие на контакт с падшими духами, открыться его влиянию, чему способствуют его греховные поступки и духовное невежество.

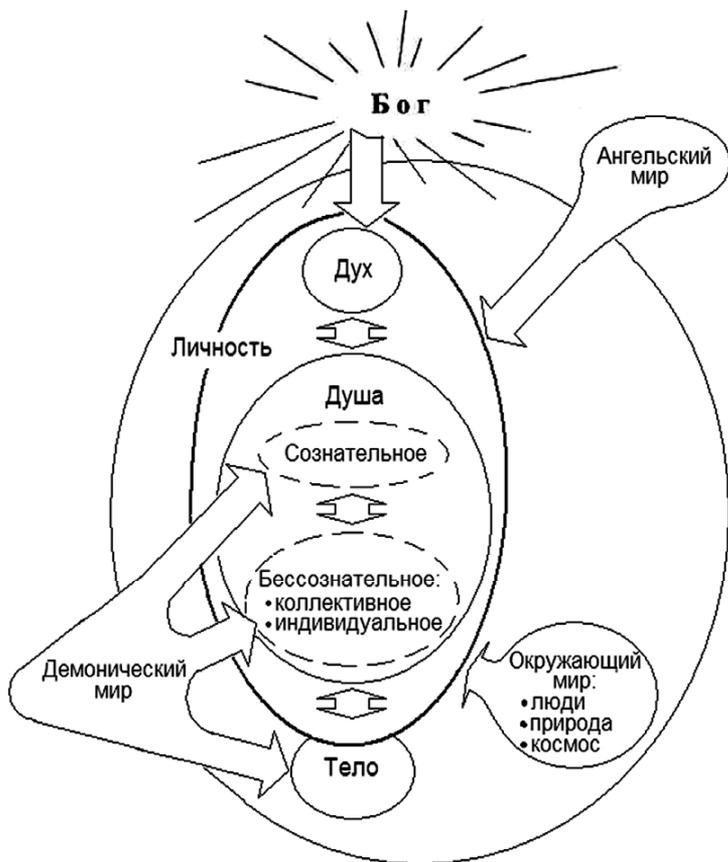


Рис. 1. Модель личности на основе ПТЛ.

К коллективному бессознательному можно отнести общую расположенность ко греху человеческого рода во всех его представителях, а также набор основных рефлексов, свойственных человеческой природе.

К индивидуальному бессознательному мы относим: этнические особенности народа, генетические и духовные особенности данного рода (страсти и добродетели – расположенность к ним), а также индивидуаль-

ный психический опыт, ушедший из сферы сознательного в область индивидуального бессознательного.

Воздействие демонического мира на человека осуществляется через его греховные наклонности, страсти, недостойные помыслы, чувства и желания. Все, что имеет в себе элемент греха, является своеобразным каналом, через который падшие духи имеют доступ в человека. Чем меньше в человеке того, что принадлежит миру inferнальному, тем меньше возможностей влияния на него демонических сущностей.

Просвещая свою душу Божьей благодатью, очищая сознательное от греховного, человек вытесняет из подсознания демоническую тьму, ликвидирует последствия родового греха. Если в людях некрещеных греховное начало и, следовательно, бесовское воздействие настолько сильно, что падшие духи властвуют им безраздельно, то в человеке крещеном коллективное бессознательное, очищенное крещением, уже не является местом безраздельного пребывания сил зла и не определяет греховную направленность поступков личности. Он получает возможность свободно, самовластно определять духовную направленность своих мыслей и поступков. Более того, если человек после крещения проводит активную деятельность по пути очищения себя от греховных наклонностей и страстей, то благодать Божья, просвещая сознательное, входит в индивидуальное бессознательное, попадает демоническое воздействие и расположенность ко греху. Возможность воздействия на такого человека со стороны мира падших духов значительно уменьшается. У святых она приближается к нулю.

Для пояснения вышесказанного приведем следующий пример. При употреблении психоактивных веществ человек не просто дает свободу действия своему «бессознательному» (минуя критический анализ сознания), он предоставляет свободу действия в своем сознании inferнальным силам. При этом происходит смешение его собственной психической деятельности с воздействием демонических сил. Как указывает преподобный Исихий Иерусалимский: «Как дитя малое, и стало быть незлобивое, видя, как иной выделывает какие-нибудь фантазии и находя то приятным, по незлобию своему, последует за этим дивотворцем, так и душа наша, будучи проста и блага – ибо такую создана от благого Владыки своего – находя приятными представившиеся в воображении прилоги<sup>1</sup> диавола, и, обольщаясь ими, подбегает, будто к доброму, к тому, что худо, и смешивает

---

<sup>1</sup> Прилог – аскетическое выражение, означающее мысленное внушение демонических сил.

свои помыслы с тем, что принес в воображение демонический прилог» [4, с. 167]. Как мы видим, святой здесь образно описывает механизм воздействия падших духов на разум человека. Привнесение помыслов может происходить в любом состоянии человека, но особенно оно сильно при его наркотическом опьянении, когда критический анализ сознательного резко притупляется.

### ***Виды демонического воздействия на человеческую личность***

Давайте разберем механизмы воздействия демонического мира на личность человека, на его дух, душу и тело. Поскольку, как мы уже показали, главенствующим в человеке является духовное начало, а затем уже (во многом зависящие от первого) душевное и телесное, то именно в такой последовательности и будем рассматривать все процессы, протекающие внутри человеческой личности.

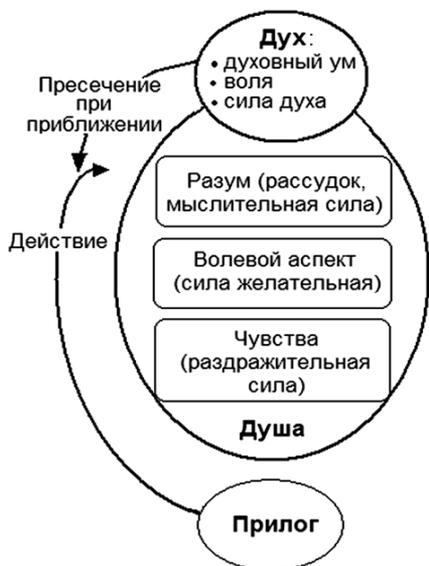
Вначале рассмотрим воздействие на его разум. Как мы уже говорили выше, человеческая природа поврежденная последствиями первородного греха, открыта для воздействия падших духов: «...нам свойственно <...> общение с духами отверженными, к разряду которых мы принадлежим душею», – подчеркивает свт. Игнатий Брянчанинов [3, с. 332].

Как указывают святые отцы [4], исходя из своего многолетнего опыта самонаблюдений (интроспекции) [5, с. 213] и наблюдений за другими людьми, это вторжение происходит следующим образом. Митрополит Иерофей Влахос поясняет это так: «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» [5, с. 217]. 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 (падшие духи. – А. М.) 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» [10, с. 177].

Апостол Иаков раскрывая механизм подобного греховного воздействия, пишет: «... Бог не искушается злом и Сам не искушает никого, но каждый искушается, увлекаясь и обольщаясь собственной похотью; похоть же зачав, рождает грех, а сделанный грех рождает смерть» (Иак. 1: 13–15). Под смертью апостол понимает отпадение от Бога, Который есть источник жизни, и предание себя на духовную смерть через согласие на грех, который является полем деятельности дьявола.

Бесстрастная личность (человек, достигший святости) ощущает приближение греховного помысла еще в самом начале его подхода. И действием своего духа, употребив волевое усилие или начав молиться (силою благодати Божией), отгоняет его (рис. 2).



*Рис. 2. Реакция бесстрастной личности на прилог.*

Если же в человеке живет греховное начало, то «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» [10, с. 177–179].

Святой Иоанн Лествичник также указывает: «По определению рассудительных отцов, иное есть прилог, иное – сочетание, иное – сосложение, иное – пленение, иное – борьба и иное – так называемая страсть в душе» [6, с. 247]. Происходит невидимое воздействие на душу (психику) человека, которая состоит из трех сфер (или трех сил): разума, чувств и воли.

Для лучшего понимания последующего материала давайте определим необходимые для нашего дальнейшего исследования понятия.

*Разум* – свойство души, психики человека познавать окружающий его мир. Посредством разума осмысливаются чувственные и умопостигаемые вещи, воспринимаются и выражаются слова. Отличительная черта разумности – здравомыслие и подчинение ему себя. В противном случае человек мало чем отличается от бессловесных животных.

Напомним еще раз, святые отцы различают разум и ум. Разум (рассудок) – свойство души (психики) человека, ум – «око» его духа. Со времени грехопадения духовный ум человека помрачился и практически перестал функционировать. Ум – свойство духа – стал отождествляться с рассудком, который практически и заместил ум в человеческой личности. Если ум первого человека, Адама, приобретал до грехопадения опыт богопознания посредством созерцания, то теперь на это современные люди претендуют посредством рассудка. Посредством его человек пытается познать существование Бога, но терпит неудачу, поскольку настоящим доказательством бытия Бога может быть опыт чистого ума, духовного созерцания, боговидения. Вот почему многие люди либо вовсе «не находят Бога», либо принимают за него искаженный образ, созданный ими самими.

*Чувства* – субъективное глубинное переживание человеком своего отношения ко всему тому, что он познает и делает, к тому, что его окружает. Чувства можно подразделить на три группы:

1) интеллектуальные чувства – чувства, связанные с познавательной деятельностью человека. Они возникают в процессе учебной и научной работы, а также творческой деятельности;

2) нравственные чувства – чувства, в которых отражаются психологические отношения человека к велению совести и требованиям общественной морали. Они связаны с мировоззрением человека, его мыслями, идеями, принципами и традициями;

3) эстетические чувства – это чувства, возникающие у человека в связи с удовлетворением или неудовлетворением его эстетических потребностей (музыкальных, поэтических, художественно-изобразительных и т. п.).

*Воля* – это способность человека сознательно управлять своим поведением, мобилизовать все свои внутренние силы на достижение поставленных целей.

Теперь давайте рассмотрим все этапы образования и развития греха, начиная от принятия помысла до осуществления его на деле (рис. 3).

Итак, прилог (или иначе: идея, помысел, мечта, мотив) возникает в рассудке человека. Святые Иоанн Лествичник, Филофей Синаит, Нил Сор-

ский и другие святые отцы прилогом называли всякий простой помысел, воображение какого-либо предмета в разуме человека, или проще – это какая-либо мысль, пришедшая человеку на разум. Некоторые помыслы имеют источником Бога, другие – самого человека, третьи внушены людьми, а четвертые навешаются демонами.

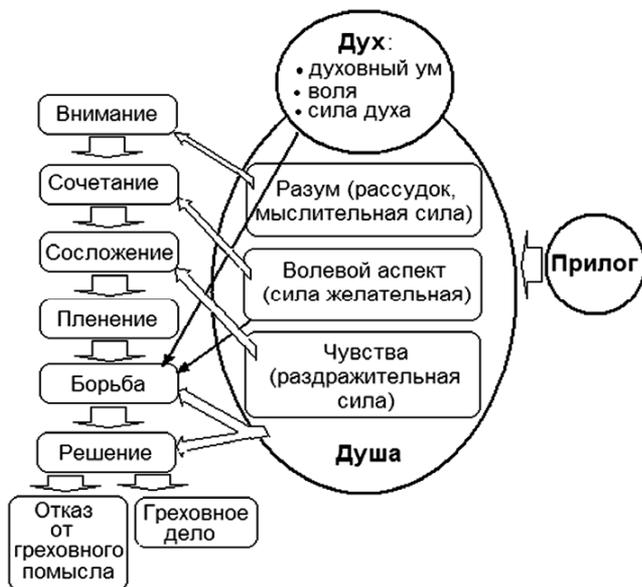


Рис. 3. Реакция личности на прилог.

Особенно опасен помысел, приносимый 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». В этом смысле помыслы, по выражению Григория Синаита, суть «слова бесов и предтечи страстей» [9, с. 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» [9, с. 27].

Если разум не отвергает греховный помысел, а удостаивает его внимания, беседует с ним, то он входит в состав мыслей человека и начинает воздействовать на волю (см. рис. 3). Если человек волевым усилием не станет противиться помыслу разума, 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» [9, с. 29]. Как пишет Антоний Великий: «Воля, которая действует в сердце человеческом, бывает тройка: первая – от дьявола; вторая – от человека; третья – от Бога».

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 (см. рис. 3) и определяется преподобным Иоанном Лествичником как «согласие души с представившимся помыслом, соединенное с услаждением» [6, с. 248].

Следующий этап – пленение (см. рис. 3). Преподобный Иоанн Лествичник указывает: «пленение есть насильственное и невольное увлечение сердца» [6, с. 248]. При переходе от этого этапа к решению греха в намерении отцы-аскеты подметили особое состояние души, называемое борьбой. Оно характеризуется как взаимное сопротивление помысла и воли, склоняющейся или к истреблению страсти в помысле, или к соизволению на страстный помысел. При этапе борьбы могут включиться духовная воля и волевой душевный аспект (см. рис. 3). Это происходит благодаря благодатному воздействию или непосредственно со стороны Бога, или через ангела-хранителя, святых или молитвы ближних. Если происходит соизволение на страстный помысел, то есть проявление согласия человека своей воли на греховное дело, остается придумать конкретные средства для достижения цели. Это происходит на следующем этапе, который называется решением. В этом случае, по словам преподобного Силуана Афонского, «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».

Беспрепятственное проникновение мира космического зла в душу человека через помыслы может привести к очень печальным последствиям. Прежде всего образуется неадекватное восприятие внешнего и внутреннего мира. Расстроенная благодаря демоническому внедрению психика дает искаженную картину мира и, соответственно, неверные реакции на поступающие раздражители, что еще более усиливает неустойчивость душевного состояния и служит базой для формирования различного рода стрессорных ситуаций, психической дезадаптации личности, снижения качества жизни и развития психогенно обусловленных расстройств.

Одной из самых распространенных трагедий у людей нашего времени стала проблема утраты смысла жизни, то есть, выражаясь языком психологии, ее дальних перспектив. Имея достаточно высокий уровень благосостояния, люди не знают, зачем и для чего живут. Это сопровождается выраженными эмоциональными переживаниями, толкающими к пьянству, наркомании или даже самоубийству. Нередко самосознание людей настолько замыкается в своих внутренних негативных переживаниях, что их ум начинает принимать желаемое за действительное, жить в некой виртуальной реальности, бесконечно оторванной от действительности. Более того, в уме одного и того же человека возможно существование нескольких таких надуманных мирков, которые нередко противоречат друг другу и конфликтуют между собой. Безусловно, такие длительно текущие негативные состояния не могут проходить для души и тела бесследно.

### ***Непосредственное воздействие демонического мира на волю и чувства человека***

Кроме указанного воздействия на человека через помыслы, возможно еще непосредственное влияние демонических сил на его волю и чувства. Причем сила этого воздействия во многом определяется степенью греховности человека, его родовой духовной заданности, духовным настроем, участием или неучастием в церковных таинствах, присутствием или отсутствием позитивных или негативных мистических воздействий от других людей. Ниже мы подробно рассмотрим все вышеуказанные пункты.

***Грех, греховность и ее степени.*** Православие определяет греховность как смертельное заболевание павшего человеческого естества, где человек – это тяжело больной пациент, а Бог – любящий врач. Шестой Вселенский собор (VII в.) прямо определяет грех как болезнь души. А в богослужебной практике Православной Церкви такое понимание греха выражено в многочисленных молитвословиях, и самые известные из них – в

чине Исповеди. Человеку, исповедающему свои грехи, говорится: «Внемли убо, понеже бо пришел еси во врачевницу, да не неисцелен отыдеши».

Сам по себе грех не имеет онтологической сущности. Зло, согласно православному вероучению, не обладает самостоятельным существованием, а является искажением добра, своеобразным грибок на здоровом теле. Так, например, образование ржавчины возможно лишь при наличии железа, а болезнь возможна только при наличии здоровья. Грех паразитирует на здоровых импульсах человеческой природы. Многие наши влечения (включая сексуальные и прочие физиологические потребности), с точки зрения православной аскетике, нужны, добры и заложены в нас Господом. Грех же рождается при искажении, неадекватном усилении или несвоевременной реализации различного рода инстинктов, заложенных в человеческую природу Богом.

Греческое слово «амартия», обозначающее грех, буквально переводится как «промах», непопадание в цель. Это происходит от того, что человек «стреляет не в ту цель или не в том направлении». Совершая любой грех, человек нарушает волю Божию и заставляет свою природу работать не так, как это было задумано Творцом. А поскольку Бог есть любовь и все, что создано и устроено Им, служит только во благо, любое иное действие приведет к повреждению объекта, а это и есть грех. Иными словами, грех – это все то, что приносит духовный, психический или физический вред человеку или другому Божьему созданию.

Невольно возникает вопрос, так все же почему человека так влечет ко греху. Очень хорошо, на наш взгляд, на этот вопрос ответил на своем электронном сайте [11] архимандрит Рафаил Карелин: «Если бы какой-нибудь психолог взял на себя труд изучить характер и поведение демона, то он бы пришел к выводу, что имеет дело с душевнобольным, который вмещает в себя все известные психопатологии заболевания. Он бы нашел в нем и манию величия, и параноидальные состояния, фобии, галлюцинации и т. д. Кажется, что демон большое существо, которое источает из себя вирусы душевных заболеваний. Это источник, из которого льется в мир безумие и метафизическая тьма. Что влечет человека к демону? Что он ищет в грехе? В своей жизни каждый из нас неоднократно убеждался в том, что в грехе нет ни радости, ни счастья как состояния души, а только переживания душевной смерти прежде телесной смерти. Почему грех манит человека? Грех – это безумие, добровольное погашение сознания, уродство, потеря себя, погружение в состояние внутренней тьмы, потеря благодати, отпадение от Бога, душевный хаос, ощущение скверны, которая, как вода

губку, пропитывает душу и тело. Это одна из загадок нашего бытия, что влечет нас к греху, что находят люди в сатанинских сектах, где жестокость и извращение принимают ритуальный характер. Нам кажется, что объяснение греха мы можем найти только в одном, что грех – это не изолированное действие человека, а условие демонообщения. Демон – падший Ангел, который сохранил ангельскую силу, только направленную к злу; сохранил мощь своей природы; сохранил огромный, превышающий человеческое представление потенциал сил и возможностей, и поэтому демонообщение дает человеку иллюзию познать через грех новые глубины бытия, воспринять демоническую энергию, стать подобным падшему духу в его мнимой свободе. По-нашему мнению, существует мистика греха, и человек стремится почерпнуть черную энергию из океана космического зла и войти в контакт, в союз, в завет с тем существом, который стал творцом греха и антиподом Бога. Для богообщения нужно непрестанное усилие, борьба со страстями и с первородным грехом. А для демонообщения не нужно ничего, кроме прыжка вниз. Поэтому, по-нашему мнению, присутствие в грехе демона как живого существа, с которым мы входим в контакт, делает грех притягательным. Это демонообщение осуществляется в подсознании человека. Даже люди неверующие чувствуют, что во время таких грехов, как убийство, на них давит какая-то посторонняя сила. Но не только давит, она манит их совершить преступление. Шизофрения – это раздвоение личности, а в грехе происходит соединение двух: демона и человеческой души. Только, в отличие от шизофрении, сохраняется сознание своего поступка и добровольное согласие на грех. Даже при тирании демона это сознание не исчезает. В грехе заложено тайное желание осуществить единство с демоном, тайная любовь к демону, поэтому вечные муки – это вечное состояние демонообщения – единства, которое превратилось в вечную константу. Не сам по себе грех, а приближение через грех к сатане наполняет душу человека каким-то мутным восторгом и ожиданием каких-то новых емкостей бытия. Господь назвал демона лжецом и человекоубийцей. Демон лжет, как иллюзионист, обещая блаженство в грехе, а затем совершает дело человекоубийцы, погружая душу во мрак как подобие смерти, лишая ее Бога – источника жизни. И опять демон со своей черной энергией подходит к человеку, заманивает его в поле своих иллюзий, и опять делает человека подобием трупа. И странное дело, человек вместо того, чтобы отшатнуться от греха, как от огня, уже опалившего его, ищет снова счастья в новых глубинах греха, в новых степенях демонообщения и опять становится живым трупом. Поэтому грех это не только ошибка, излише-

ство, невоздержание или болезнь; грех это не вид особой лжемистики, антипод богообщения. Грех необъясним как антропологический феномен. Он уходит, как дерево корнями в землю, в мир метафизического зла. В реальном демоноподобии через грех скрыта тайна вечных мук, которые так яростно отвергаются современными гуманистами, реформаторами христианства».

Если грех входит в привычку и становится для человека источником удовольствия, то в естестве грешника постепенно происходит перерождение благодатных природных свойств, употребляемых отныне лишь для получения греховных наслаждений. Эти свойства выходят из-под контроля человеческой воли, становятся неуправляемыми и превращаются в страсти, которые требуют от павшего человека все новых и новых греховных наслаждений. Преподобный Исаак Сирий говоря о страстях, указывал, что грешник подобен псу, который лижет пилу и пьянеет от вкуса собственной крови.

У ряда святых отцов мы находим деление греха на три категории:

- *первородный* – это греховное поражение человеческой природы, наступившее в результате грехопадения первых людей, иными словами, та самая наследственная болезнь, передающая расположенность человеческого рода ко греху. Как указывал преподобный Макарий Египетский, «преступивший заповедь, Адам принял в себя закваску страстей, так и родившиеся от него, и весь род Адамов по преемству стали причастниками этой закваски; а при постепенном преуспевании и возрастании до того уже умножились в людях греховные страсти, что простерлись они до прелюбодеяний, непотребств, идолослужений, убийств и других непотребных дел, пока все человечество не вскисло пороками»;

- *родовой грех* – это специфическая расположенность к определенным видам греха, проявившаяся и закрепившаяся в определенном человеческом роде;

- *личный грех* – грех, содеянный конкретной личностью, в конкретное время.

При таком понимании греха легко понять, почему потомки страдают из-за грехопадения прародителей. Сегодня всем известно, что множество серьезных заболеваний бывают наследственными. Никого не удивляет, что дети алкоголиков, например, могут иметь врожденную предрасположенность к алкоголизму, не говоря уже о целом букете сопутствующих заболеваний. И если грех – это болезнь, значит, он вполне может передаваться по наследству.

Исходя из всего выше сказанного, сделаем следующие необходимые определения. Итак, под степенью греховности человека, мы понимаем степень его погруженности в греховную жизнь, укорененности в нем навыков греховного поведения (то есть наличие греховных привычек, страстей, деструктивных стереотипов поведения).

Родовая духовная заданность – это весь объем позитивных и негативных духовных и душевных предрасположенностей, зачатков добродетелей, пороков, талантов, которые человек получает при рождении как генетическую духовно-душевную наследственность от своего рода.

Духовный настрой – твердо принятое и практически исполняемое решение о ведении правильной духовной жизни.

Участие в церковных таинствах – это прежде всего регулярная исповедь и причастие святых Христовых Таин, а также по мере необходимости соборование (елеосвящение). При этом очень важно регулярно молиться за церковными богослужениями, выполнять домашнее молитвенное правило, поститься во все посты и постные дни.

Молитва ближних и Церкви за человека играет огромную роль в его жизни. Бог есть любовь, и когда люди по любви просят Творца за кого-то, то Он охотно выполняет молитвы просящих. Изливаемая Богом благодать укрепляет человека в делании добра и попадает бесовские козни на него направленные. По закону сродства человеческих душ всякое доброе дело, выполняемое бескорыстно и посвящаемое за кого-то, присваивается тому человеку, за которого оно сделано. Это духовно укрепляет последнего, помогает его духовному преуспеянию.

Колдовство, чародеяние со стороны одержимых инфернальным миром людей тоже может оказывать негативное воздействие на человека. Известно, что человек, будучи существом социальным, постоянно в той или иной степени контактирует с окружающими его людьми. При этом происходит своеобразное духовно-психическое взаимопроникновение и взаимодействие. Священное Писание об этом предупреждает: «Блажен муж, иже не иде на совет нечестивых» (благ, праведен тот человек, который не ходит на совещание людей неправедных) (Пс. 1: 1) и «худое сообщество развращает добрые нравы». Народная же мудрость свидетельствует по этому поводу: «с кем поведешься, того и наберешься». Сила колдовского воздействия зависит прежде всего от степени греховности объекта чародеяния, а также от силы колдуна (в том числе уровня иерархии его беса-помощника). Чем больше в человеке того, что принадлежит миру тьмы, тем легче вхо-

дит в него негативное воздействие. Оно использует имеющееся в личности зло как своеобразные каналы для проникновения в его душу и тело.

Воздействие на чувства может проявляться в виде сильнейшего, почти непреодолимого чувства стремления к чему либо. Например, чувства ярости, гнева, безудержной похоти или ничем необъяснимого страха. При этом объективная мотивация для появления данного чувства может быть незначительной или вообще отсутствовать. Если человек при этом все-таки сможет претерпеть и сразу не отдаться деструктивному чувству, а тем более способен встать на молитву или чтение Священного Писания, то яростная вспышка вскоре проходит.

С другой стороны, воздействие падших духов на чувственную сферу может выражаться и не в столь бурном проявлении чувственного желания, а в постоянном давлении его присутствия. Например, постоянным желанием наркомана является наркотик или пьяницы – алкоголь.

Воздействие демонических сил на волевую сферу может проявляться или в полной ее парализации, или в крайнем ослаблении. Так, например, человек понимает, что этого делать нельзя, но не в состоянии противиться надвигающемуся на него влечению. Это происходит от того, что духовная воля у него не развита, а волевой душевный аспект парализован образовавшимся греховным навыком. Например, игроман понимает, что нельзя погружаться в азартную игру, но не в силах отказаться от соблазна. Его воля как бы парализована, сила ее полностью утрачена. Отсутствие силы воли, руководства ее со стороны ума – самая распространенная духовная и психическая болезнь нашего времени. Начинается она с раннего детства, а становится явной особенно в школьный период. Многие дети просто неспособны контролировать свое поведение, принуждать себя к учебе и труду. В психологии такая болезнь, характеризующая парализацией воли, называется абулией.

Человек по замыслу Творца – существо целостное. Сознание и тело, душа и дух являются неделимыми частями единой целостной системы. Поэтому, чтобы добиться полного исцеления, нельзя лечить только симптомы болезни, нужно лечить всего человека. Необходимо выявить, какие нарушения на духовном, душевном и телесном уровнях привели к возникновению заболевания. По сути дела, источником болезней является грех, который искажает человеческую природу. Именно поэтому самым важным для больного человека является примирение с Богом, восстановление правильной духовной жизни. Это первый этап выздоровления. Вторым этапом выздоровления является обретение душевной цельности, душевного равнове-

сия, мира с самим собой, осознания ответственности за свою болезнь. В Священном Писании имеется ряд указаний на связь страстей и болезней: «Ревность и гнев сокращают дни, а забота прежде времени приводит старость» (Сир. 30: 26); «Утешай сердце твое и удаляй от себя печаль, ибо печаль многих убила, а пользы в ней нет» (Сир. 30: 25). Современная психотерапия отследила и проанализировала связь между соматическими заболеваниями и определенными душевными состояниями человека. Работа над последними, как правило, приводит к частичному или полному выздоровлению болящего. В исследовании в сфере психосоматических взаимоотношений, которое мы проводили, опираясь на христианскую антропологию и ПТЛ, была выявлена прямая связь между болезнями, их психическими причинами (чаще всего страстями и устойчивыми аффективными реакциями) и духовными повреждениями, послужившими синдромами данных болезней. Нами на основе христианской антропологии и ПТЛ была также разработана и соответствующая методика исцеления. В основе ее лежит снятие духовных синдромов, затем нормализация психического состояния, далее, если это необходимо, лечебное воздействие на телесную составляющую человека.

*Приведем примеры.* Болезни сердца зачастую возникают как следствие недостатка любви и безопасности, а также от эмоциональной замкнутости. Сердечные расстройства происходят из-за невнимания к собственным чувствам. Человек, запрещающий себе проявлять свою любовь к другим людям, непременно столкнется с проявлениями сердечно-сосудистых заболеваний. Православие всегда говорит о необходимости искренности, открытости, непосредственности в выражении своих чувств. «Будьте как дети», – говорит Иисус Христос. А дети, пока они еще не испорчены неправильным воспитанием, всегда искренни и цельны. Когда им плохо, они плачут, весело – смеются, любят и открыто говорят об этом. Это оказывается необходимым для сохранения психического и физического здоровья. Нельзя загонять свои чувства и эмоции внутрь. Они не исчезают и по закону сохранения энергии направляются внутрь организма, отчасти в подсознание. Оттуда разрушительным образом воздействуют на человека в целом. Можно спросить: а что же делать с негативными эмоциями? Разве их не надо преодолевать? Безусловно, надо с ними работать. Вместе с тем мы должны помнить, что затаенная, к примеру, злоба, зависть или похоть разрушительно действует на организм грешника. Их надо вывести из себя. Как? Например, сердечной молитвой и покаянием пред Богом. Хорошо

при этом употребить земные поклоны, громко вслух прочитать покаянные молитвы.

Для тела можно заняться тяжелой домашней работой или спортом. Быстрая ходьба или пробежка до пота, для мужчин бой с тенью или спортивные игры также способствуют выводу негативной энергии. Занятие любым видом творчества, игра на музыкальных инструментах или пение будут полезны в данной ситуации. Это все для тела и души. Но начинать надо с духовной работы. Если не каяться в совершенных грехах и имеющихся страстях, не противодействовать и не преодолевать их – все остальное становится бесполезным, так как корень болезни, скорби и несчастья останется нетронутым. И искушение будет постоянно повторять, овладевать и разрушать человека.

ПТЛ и другие методы православной психологии применялись в амбулаторном антинаркотическом центре «Воскресение» при Санкт-Петербургской епархии в 2007–2010 гг. За это время реабилитацию в центре прошли более тысячи человек. Это наркозависимые и их родственники. Часть из них была направлена в стационарные центры «Саперное», «Торфяное» и другие православные центры, а также в монастыри и подворья, принимающие наркозависимых. Эффективность реабилитации среди тех, кто от начала и до конца прошел программу центра, составила около 70 %. За счет чего же достигается такой высокий результат? Главным и основополагающим в работе центра «Воскресение» является принцип: помочь наркозависимому, а также и их ближайшему окружению стать другими людьми, приобрести четкую духовную ориентацию, совершенно иную мотивационную структуру личности. Достижение этой цели и позволяет достичь такого высокого реабилитационного эффекта. На основе ПТЛ и других методов православной психологии и педагогики осуществляется помощь страдающим алкоголизмом, табакокурением, игровой, компьютерной, интернетной, оккультной зависимостями. По многолетним данным наблюдений школы Православной психологии и медицины, подобная методика лечения и дает очень высокие результаты и стабильность ремиссии.

### *Литература*

1. *Асмолов А.Г.* Психология личности / А.Г. Асмолов. – М. : МГУ, 1990. – 367 с.
2. *Аверинцев С.С.* «Боже! Ты Бог мой» [Электронный ресурс] // Лит. газ. – 16.01.1991. – URL: [http://www.gumer.info/bibliotek\\_Buks/Literat/aver/bgm.php](http://www.gumer.info/bibliotek_Buks/Literat/aver/bgm.php).

3. *Игнатий*, епископ Ставропольский. Творения – М. : Сретенский монастырь, 1997. – Т. 3. – 570 с.
4. *Исихий*, пресвитер Иерусалимский. Главы о трезвении // Добролюбие / пер. свт. Феофана Затворника. – М. : Свято-Троицкая Сергиева лавра, 1992. – Т. 2, гл. 43. – С. 155–202.
5. *Иерофей (Влахос)*, митрополит. Православная психотерапия. – М. : Свято-Троицкая Сергиева лавра, 2004. – 368 с.
6. *Иоанн Лествичник*, преподобный. Лествица, возводящая на небо. – М. : Лествица, 1997. – 672 с.
7. *Макарий Египетский*, преподобный. Духовные беседы. – М. : Свято-Троицкая Сергиева лавра, 1994. – 535 с.
8. *Никодим Святогорец*. Невидимая брань. – М., 1892. – 240 с.
9. *Николай (Могилевский)*, митрополит. Тайна души человеческой – М. : Отчий дом, 1999. – 172 с.
10. *Софроний*, архимандрит. Старец Силуан. – М. : Сретенский монастырь, 2000. – 463 с.
11. Официальный сайт архимандрита Рафаила Карелина [Электронный ресурс]. – URL: <http://karelin.ru/>.
12. *Яннарас Х.* Избранное : личность и эрос / Х. Яннарас. – М., 2005. – 94 с.

## РЕФЕРАТЫ

**Араби Л.С., Сысоев В.Н., Кремнева Т.В.** Аудио-визуальная стимуляция в комплексной терапии психогенно обусловленных расстройств // Вестник психотерапии. – 2011. – № 39 (44). – С. 9–17.

Для оценки эффективности использования аудио-визуальной стимуляции (АВС) в комплексной терапии больных с психогенно обусловленными расстройствами проведен сравнительный анализ динамики психофизиологических показателей функционального состояния организма у основной и контрольной групп пациентов (по 37 человек в группе). В основной группе проведены 2 серии по 5 сеансов АВС продолжительностью 20 мин с перерывом 2 дня. Сопоставление динамики полученных электрофизиологических и психологических показателей позволяют сделать вывод о том, что применение АВС в комплексном лечении способствует упорядочиванию структуры поля биопотенциалов коры головного мозга, что свидетельствует об оптимизации его функционального состояния; снижению тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы; нормализует актуальное психическое состояние. Эти эффекты обеспечивают более сбалансированную регуляцию функций организма и соответственно успешность лечения.

**Ключевые слова:** психофизиологическая коррекция, аудио-визуальная стимуляция, психогенно обусловленные расстройства, психическое состояние, стрессоустойчивость.

**Бабурин И.Н., Дубинина Е.Е., Кирьянова В.В., Гончарова В.Г., Соколян Н.А.** Минеральный состав крови при невротических расстройствах // Вестник психотерапии. – 2011. – № 39 (44). – С. 18–27.

Исследовали 43 пациента с невротическими расстройствами. У всех пациентов в крови определялись концентрации ионов  $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$ , а также содержание  $\text{Ca}$ ,  $\text{Mg}$ ,  $\text{Cu}$ ,  $\text{Zn}$ ,  $\text{Cl}$  и  $\text{P}$ . В качестве контрольной группы обследовались здоровые лица (15 человек). Установлены корреляционные взаимосвязи между макро- и микроэлементами в крови и клиническими проявлениями невротических расстройств.

**Ключевые слова:** невротическое расстройство, микроэлементы, макроэлементы.

**Терлецкий О.В.** Психологическая характеристика и психофармакотерапия больных псориазом // Вестник психотерапии. – 2011. – № 39 (44). – С. 28–38.

Изучены проявления тревожности и сопутствующих психических расстройств у 179 больных вульгарным псориазом. Всем больным проводилась одинаковая общая и наружная терапия. Отличие состояло в том, 115 больным в схему лечения был включен атаракс. Контрольную группу составили 52 человека – практически здоровых лиц. Больные псориазом отличаются от здоровых лиц более высокими показателями личностной и реактивной тревожностью. В результате проводимой терапии у больных наблюдалась положительная клиническая динамика. Однако лучшие результаты были получены у пациентов, получающих атаракс. У них раньше на ( $11 \pm 3$ ) дня в сравнении с другими больными наступало разрешение псориазных бляшек. Исследование показало, что атаракс необходимо более широко использовать в комплексной терапии вульгарного псориаза.

**Ключевые слова:** псориаз, тревожность, коморбидность, атаракс.

**Бриль М.С.** Ситуации, провоцирующие агрессивное поведение // Вестник психотерапии. – 2011. – № 39 (44). – С. 39–54.

Раскрываются социальные представления об агрессии у студентов из Санкт-Петербурга, Владикавказа и Сочи. Теория социальных представлений, разработанная в конце прошлого века, в настоящее время вновь становится популярной. Изученный подход позволяет выявлять ситуации, провоцирующие агрессивное поведение и, таким образом, сделать шаг к разработке методов профилактики насилия и жестокости.

**Ключевые слова:** социальная психология, социальное представление, агрессивное поведение, студенты.

**Кирьянов В.М., Парфенов Ю.А.** Многомерная оценка индивидуально-психологических факторов социально-психологической адаптации подростков с несоциализированным расстройством поведения // Вестник психотерапии. – 2011. – № 39 (44). – С. 55–63.

Изложены теоретические принципы и эмпирические результаты многомерной оценки вклада пяти основных компонентов (эндогенных са-ногенетических факторов) социально-психологической адаптации подростков с несоциализированным расстройством поведения в условиях заня-

тости на базе специально организованной среды – однородного подросткового трудового коллектива.

**Ключевые слова:** поведение, девиации, делинквентность, саногенетические факторы, подростки.

**Колотильщикова Е.А.** Обоснование психологических механизмов невротических расстройств // Вестник психотерапии. – 2011. – № 39 (44). – С. 64–78.

Обследовали 1060 пациентов с невротическими расстройствами и 591 здоровых лиц со средним возрастом 33,4 и 34,9 лет соответственно с использованием экспериментально-психологического, нейропсихологического и психофизиологического методов. Больные с невротическими расстройствами отличаются от практически здоровых лиц особенностями структуры личности, более высоким уровнем психической ригидности, жесткости когнитивных установок, экстернальности локуса контроля, определенной спецификой совладающего поведения, структуры иерархии ценностей и интеллектуально-познавательной деятельности. Выявлено, что у пациентов изученной клинической группы обнаруживаются нарушения в деятельности отделов коры головного мозга, обеспечивающих комплексное взаимодействие нескольких анализаторных систем. Установлено, что изменения биоэлектрической активности мозга свидетельствуют об усилении роли лимбико-ретикулярного комплекса в формировании корковой активности.

**Ключевые слова:** психологические механизмы, невротическое расстройство, экспериментально-психологические и нейропсихологические характеристики, спектральный анализ ЭЭГ.

**Родыгина Ю.К., Дерягина Л.Е.** Состояние психических процессов сотрудников профессиональных групп занятых экстремальным трудом // Вестник психотерапии. – 2011. – № 39 (44). – С. 79–84.

Проведен анализ состояния психических (познавательных) процессов у сотрудников различных профессиональных групп в условиях экстремальной службы. Выявлено, что профессиональная деятельность вызывает ухудшение функционирования психических процессов лиц занятых экстремальным трудом. Определена специфика изменений психической сферы в зависимости от профессиональной группы. После 10 лет службы в подразделении экстремального профиля выявлено снижение мнестических

функций, перестройка динамики умственной работоспособности. Полученные данные расширяют возможности для решения задач профессионального отбора, расстановки кадров, своевременной психокоррекции и психопрофилактики.

**Ключевые слова:** экстремальная профессиональная деятельность, память, внимание, мышление.

**Ашанина Е.Н., Кулаков Д.В.** Эффективность парциального применения аудиовизуального воздействия и биологически обратной связи для коррекции дезадаптивных психических состояний специалистов экстремальных профессий // Вестник психотерапии. – 2011. – № 39 (44). – С. 85–92.

Представлены результаты исследования эффективности парциального применения аудиовизуального воздействия и биологически обратной связи для коррекции дезадаптивных психических состояний у специалистов экстремальных профессий на примере сотрудников Государственной противопожарной службы МЧС России. Приводятся данные эмпирических исследований динамики коррекции дезадаптивных нервно-психических состояний по данным оценки психического статуса, интеллектуальных функций, физической работоспособности и функциональных резервов организма.

**Ключевые слова:** стресс, экстремальная деятельность, пожарные, психодиагностика, аудиовизуальное воздействие, биологически обратная связь, психическая коррекция.

**Решетникова Е.М.** Психологический статус и реабилитационная работа с участниками ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Вестник психотерапии. – 2011. – № 39 (44). – С. 93–105.

Рассматриваются основные принципы оказания и организации реабилитационной работы для участников ликвидации аварии на ЧАЭС. В процессе проведенных работ и исследований осуществлялось изучение психоэмоционального статуса, проводилось специальное психодиагностическое обследование. В последствие разработан алгоритм последовательного внедрения и расширения объема и перечня психотерапевтических и психокоррекционных методов в практике реабилитационных мероприятий.

**Ключевые слова:** участники ликвидации последствий аварии на ЧАЭС, психологический статус, реабилитационная работа, индивидуальная и групповая психокоррекция, психоэмоциональное состояние.

**Подсадный С.А., Гайдамакина Е.В., Зотова А.В.** Становление общественных медицинских организаций и профессионального психотерапевтического сообщества в России // Вестник психотерапии. – 2011. – № 39 (44). – С. 106–116.

Представлен исторический очерк формирования общественной медицины в России XVIII–XX вв. – первых медицинских обществ, специализированных психиатрических обществ и съездов. Обсуждение вопросов психотерапии, медицинской психологии и пограничных расстройств на съездах невропатологов и психиатров способствовало объединению специалистов в области психотерапии и пограничной психиатрии, что привело в конце XX в. к самостоятельной организации психотерапевтического сообщества в нашей стране. Первые психотерапевтические общественные организации – Российская психотерапевтическая ассоциация (РПА), Профессиональная психотерапевтическая лига (ППЛ).

**Ключевые слова:** общественная медицина, общества, съезды, психотерапевтические общественные организации.

**Мороз А.А.** Гармонизация знаний христианской и психологической антропологии. Православная теория личности // Вестник психотерапии. – 2011. – № 39 (44). – С. 117–137.

В качестве мировоззренческой основы для психологической антропологии предложена христианской антропология, которая рассматривает человека как высшее творение Бога, своего рода микрокосмос. Человек здесь соединяет в себе три начала: дух, душу и тело. Трехфакторная модель человека определяет его развитие и характер жизнедеятельности. Православная теория личности, представленная автором, основана на божественных откровениях Ветхого и Нового Заветов, святоотеческой аскетической литературе, христианской антропологии и тех разработках психологической науки, которые не противоречат христианскому мировоззрению и нашли свое подтверждение в практической жизни.

**Ключевые слова:** гармонизация, христианская и психологическая антропологии, православная теория личности, православная психосоматика, православная психология.

**Arabi L.S., Sysoev V.N., Kremneva T.V.** Audio-visual stimulation in comprehensive treatment of psychosomatic diseases // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2011. – No 39 (44). – P. 9–17.

To evaluate the effectiveness of audio-visual stimulation (AVS) in the treatment of psychosomatic diseases, the comprehensive analyses of psychophysiological parameters over time was carried out in main and control groups of psychosomatic patients (each group included 37 patients). In the main group, 2 series of 5 AVS sessions with 2-day intervals were conducted. Duration of exposure was 20 minutes. Comparison of electrophysiological and psychological indicators over time suggest that the use of audio-visual stimulation in comprehensive treatment of psychosomatic patients facilitates streamlining the field structure of bioelectric potentials of the cerebral cortex (i.e., optimization of its functional status), reduces the tone of the sympathetic autonomic nervous system and thus normalizes current mental state. These effects provide a more balanced regulation of body functions and, consequently, the success of treatment.

**Keywords:** audio-visual stimulation, psychosomatic diseases, mental state, stress-resistance.

**Baburin I.N., Dubinina E.E., Kiryanova V.V., Goncharova V.G., Sokolian N.A.** Blood mineral composition in patients with neurotic disorders // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2011. – No 39 (44). – P. 18–27.

Forty three patients with neurotic disorders in comparison with 15 healthy people as a control group were examined. Blood concentrations of Na<sup>+</sup> and K<sup>+</sup> ions, blood content of Ca, Mg, Cu, Zn, Cl and P were determined in all patients. Correlations between content of trace elements and macronutrients in blood and clinical presentations of neurotic disorders were found.

**Keywords:** neurotic disorders, trace elements, macronutrients.

**Terletskiy O.V.** The psychological characteristics and psychopharmacotherapy of patients with psoriasis // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2011. – No 39 (44). – P. 28–38.

The anxiety and related mental disorder manifestations were studied in 179 patients with psoriasis vulgaris. All the patients received similar system and local treatment. The only difference was an addition of Atarax in the treatment schedule of 115 patients. The control group was comprised of 52 virtually healthy subjects. The psoriasis patients appeared to have higher state and trait anxiety. Positive clinical trends were observed in patients due to the treatment conducted. However, the best results were obtained in the Atarax group, where resolution of psoriasis eruptions was achieved (11 ± 3) days ear-

lier. The study showed that Atarax has to be more widely used in the complex therapy of the vulgar psoriasis.

**Keywords:** psoriasis, anxiety, comorbidity, Atarax.

**Bril M.S.** Situations provoking aggressive behavior // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2011. – No 39 (44). – P. 39–54.

Social representations about aggression in students from St. Petersburg, Sochi and Vladikavkaz are described. Theory of social representations was formulated at the end of the last century, but nowadays it becomes popular again. The approach studied makes it possible to reveal aggression-provoking situations and, thus, to develop methods for preventing violence and cruelty.

**Keywords:** social psychology, social representations, aggressive behavior, students.

**Kirianov V.M., Parfyonov Yu.A.** Multidimensional assessment of individual psychological factors of social and psychological adaptation in adolescents with conduct disorder // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2011. – No 39 (44). – P. 55–63.

There are provided theoretical principles and empirical results of a multidimensional assessment of the contribution of five major components (endogenous sanogenetic factors) of socio-psychological adaptation in adolescents with conduct disorder in employment setting on the basis of a specially organized environment — an uniform teenage workforce.

**Keywords:** behavior, deviance, delinquency, sanogenetic factors, teens.

**Kolotilshikova E.A.** Justification of the psychological mechanisms of neurotic disorders // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2011. – No 39 (44). – P. 64–78.

Patients with neurotic disorders (1060 persons) and 591 healthy individuals (mean age of 33.4 and 34.9 years, respectively) were examined using experimental psychological, neuropsychological and psychophysiological methods. Patients with neurotic disorders differ from virtually healthy individuals by features of personality structure, a higher level of mental rigidity, cognitive set rigidity, locus-of-control externality, certain specific coping behavior, structure and hierarchy of values, intellectual and cognitive function. Functional disorders in brain cortex which provides a complex interplay of several analyzer systems

were observed in patients of clinical groups studied. It is established that changes in the bioelectric brain activity indicate strengthening the role of limbic-reticular complex in cortical activity formation.

**Keywords:** psychological mechanisms, neurotic disorder, experimental psychological and neuropsychological characteristics, EEG spectral analysis.

**Rodygina Yu.K., Deryagina L.E.** Psychic processes in professionals engaged in extreme activities // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2011. – No 39 (44). – P. 79–84.

Psychic (cognitive) processes in different professionals during extreme activities were analyzed. Specific changes in the psychic sphere were determined in different professional groups. After 10-year experience of extreme activities, decreased mnemonic functions and reconstruction of dynamics of mental abilities were observed. These findings increase possibilities for professional selection, personnel placement, timely correction and prevention of mental disorders.

**Keywords:** extreme professional activity, memory, attention, thinking.

**Ashanina E.N., Kulakov D.V.** Effectiveness of partial audiovisual impact and biological feedback for correction of desadaptive mental states of specialists of extreme professions // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2011. – No 39 (44). – P. 85–92.

Study results on effectiveness of partial audiovisual impact and biological feedback for correction of desadaptive mental states in specialists of extreme professions by example of State Fire-Fighting Service, Emercom of Russia are provided. Empirical study data are presented on correction of desadaptive nervous and mental states over time based on assessment of mental status, intellectual functions, physical performance, and body functional backups.

**Keywords:** stress, extreme activity, fire-fighters, psychodiagnostics, audiovisual impact, biofeedback, psychocorrection.

**Reshetnikova E.M.** Mental status of clean-up workers of the Chernobyl aftermath and their rehabilitation // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2011. – No 39 (44). – P. 93–105.

Main principles of rendering and organizing rehabilitation services for clean-up workers of the Chernobyl aftermath are considered. Psychoemotional status was studied, along with psychodiagnostic assessment. Further, the algo-

rithm for consecutive introduction and expansion of scope and the list of psychotherapy and psychocorrection methods in the rehabilitation practice was developed.

**Keywords:** clean-up workers of the Chernobyl aftermath, psychological status, rehabilitation work, individual and group psychocorrection, psychoemotional status.

**Podsadny S.A., Gaidamakina E.V., Zotova A.V.** Establishment of public medical organizations and professional psychotherapeutic community in Russia // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2011. – No 39 (44). – P. 106–116.

A historical sketch on social medicine (first medical associations, specialized psychiatric associations and congresses) formation in Russia in XVIII–XX centuries is provided. Discussions on psychotherapy, medical psychology and borderline disorders at the congresses of neurologists and psychiatrists facilitated consolidation of professionals in psychotherapy and borderline psychiatry, thus eventually leading to independent psychotherapeutic community in our country at the end of XX century. Russian Psychotherapy Association (RPA) and Professional Psychotherapy League (PPL) were the first public psychotherapeutic organizations.

**Keywords:** social medicine, associations, congresses, psychotherapeutic public organizations.

**Moroz A.A.** Harmonization of Christian and psychological anthropology knowledge. An orthodox personality theory // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2011. – No 39 (44). – P. 117–137.

As a vision basis for psychological anthropology, Christian anthropology was suggested that considers humans to be higher creations of the God, something of microcosms. The human here joins in himself three elements: Spirit, Psyche, and Body. The three-factor human model determines human development and life activity. Orthodox theory of personality provided by the author is based upon the Divine Revelations of the Old and the New Covenant, patristic ascetic writings, Christian anthropology, and groundwork of psychology science that do not contradict the Orthodox vision and are confirmed in the real life.

**Keywords:** harmonization, Christian and psychological anthropology, Orthodox theory of personality, Orthodox psychosomatics, Orthodox psychology.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Ашанина Елена Николаевна** – Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, доцент кафедры общей и дифференциальной психологии, кандидат психологических наук, доцент, 199178, Санкт-Петербург, В.О., 12 линия, д. 13 а, e-mail: liola@nm.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.

**Бриль Михаил Сергеевич** – Санкт-Петербургский государственный университет, аспирант кафедры социальной психологии, младший научный сотрудник Научно исследовательского центра им. Б.Г. Ананьева, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7-9, e-mail: BRIMIS@yandex.ru.

**Гайдамакина Екатерина Васильевна** – Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, ассистент кафедры психотерапии, кандидат медицинских наук, 195067, Санкт-Петербург, Пискаревский пр., д. 47.

**Гончарова Варвара Георгиевна** – ООО «Медицинский Центр ЭКО», врач-физиотерапевт, 192029, пр. Большой Смоленский, д. 6, лит А, e-mail: Nephertary@mail.ru.

**Дерягина Лариса Евгеньевна** – Московского университета МВД России, профессор кафедры психологии, доктор медицинских наук, профессор, 117437, Москва, ул. Академика Волгина, д. 12, e-mail: lderiyagina@mail.ru.

**Дубинина Елена Ефимовна** – ФГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им В.М. Бехтерева», главный научный сотрудник отделения клинико-диагностических исследований, доктор биологических наук, профессор, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, корп. 2, р.т. (812) 412-90-75, e-mail: eedubinina@rambler.ru.

**Зотова Анна Владимировна** – Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, ассистент кафедры психотерапии, 191015, Санкт-Петербург, ул. Кировная, д. 41

**Кирьянов Владимир Михайлович** – Санкт-Петербургская академия управления и экономики, аспирант, 199178, г. Санкт-Петербург, 12-я Линия, д. 13, e-mail: my-internet@yandex.ru.

**Кирьянова Вера Васильевна** – Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, заведующая кафедрой физиотерапии и курортологии, доктор медицинских наук, профессор, 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41, e-mail: kiryanova\_vv@mail.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, e-mail: kea63@gambler.ru.

**Кремнева Татьяна Викторовна** – Международная клиника «МЕДЕМ», врач-косметолог отделения реабилитации и восстановительной медицины, 191095, Санкт-Петербург, ул. Марата, д. 6.

**Кулаков Дмитрий Валерьевич** – Санкт-Петербургский университет государственной противопожарной службы МЧС России, соискатель, 196128, Санкт-Петербург, Московский пр., д. 149, e-mail: liola@nm.ru.

**Лотфи Араби Сами** – ООО «Центр инновационной медицины», главный врач, 191186, Санкт-Петербург, Невский пр., д. 22.

**Мороз Алексей Аркадьевич** – амбулаторный антинаркотический центр «Воскресение» при Санкт-Петербургской епархии, протоиерей, гранд доктор психологии, профессор, 191167, Санкт-Петербург, наб. реки Монастырки, д. 1, Санкт-Петербургское Епархиальное управление, Отдел противодействия наркомании и алкоголизму, e-mail: mogozy@mail.ru.

**Парфенов Юрий Александрович** – специальное предприятие «Новое поколение», научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории по сопровождению делинквентных подростков, кандидат медицинских наук, 198328, г. Санкт-Петербург, ул. Доблести, д. 24-3, e-mail: my-internet@mail.ru.

**Подсадный Сергей Александрович** – Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, доцент кафедры психотерапии, кандидат медицинских наук, доцент, 195067, Санкт-Петербург, Пискаревский пр., д. 47, e-mail: podsadnyi@mail.ru.

**Решетникова Екатерина Михайловна** – ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России», научный сотрудник научно-исследовательского отдела медико-

психологических проблем, 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 4/2, e-mail: catbox@list.ru.

**Родыгина Юлия Кимовна** – Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова, доцент кафедры психиатрии и наркологии с курсом общей и медицинской психологии, кандидат медицинских наук, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8, e-mail: yugodygina@yandex.ru.

**Соколян Нина Агвановна** – ФГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им В.М. Бехтерева», заведующая клинико-диагностической лабораторией, кандидат биологических наук, старший научный сотрудник, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, корп. 2, р.т.: (812) 527-69-01, e-mail: Ninasokolyan@mail.ru.

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

**Терлецкий Олег Васильевич** – специализированный медицинский центр «Альтермед», врач дерматолог, кандидат медицинских наук, 194295, Санкт-Петербург, Северный пр., д. 18/1, e-mail: tov011@yandex.ru



**ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ»**  
Редакционная коллегия

194352 Россия, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11,  
Тел/факс (812) 513-67-97, 592-35-79  
e-mail: vestnik-pst@yandex.ru

**Уважаемые коллеги!**

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 смежных 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.arcerm.spb.ru](http://www.arcerm.spb.ru), сайт МИРВЧ: [www.mirvch.com](http://www.mirvch.com)

**Главный редактор журнала** – доктор медицинских наук, доктор психологических наук профессор Рыбников Виктор Юрьевич (e-mail: [rvikiriina@rambler.ru](mailto:rvikiriina@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 28.09.11.  
Формат 60×84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Печать – офсетная.  
Тираж 1000 экз. Объем 9,5 п.л.  
Бумага офсетная. Заказ № 2334.  
Отпечатано в ООО «Политехника-сервис»  
с оригинала-макета заказчика.  
191023, Санкт-Петербург, ул. Инженерная, 6.