

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

**ВЕСТНИК
ПСИХОТЕРАПИИ**

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор В.Ю. Рыбников

№ 41 (46)

Санкт-Петербург
2012

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, 2012
- © Международный институт резервных возможностей человека, 2012

**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 41 (46)

St. Petersburg
2012

Editorial Board

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

Editorial Council

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

For correspondence:

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

BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY

Research & clinical practice journal

© (A.M. Nikiforova All-Russian Centre of Emergency
and Radiation Medicine of the EMERCOM of Russia), 2012
© (International Institute of Human Potential Abilities), 2012

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХИАТРИЯ

<i>Карвасарский Б.Д., Подсадный С.А., Чернявский В.А., Чехлатый Е.И.</i> О вкладе В.Н. Мясищева в научную разработку проблемы психосоматических расстройств	9
<i>Григорьев Г.И., Григорьев С.Г., Мизерене Р., Григорьева А.Г.</i> Особенности применения метода духовно ориентированной психотерапии на православной основе в форме целебного зорока для больных алкоголизмом	25
<i>Белов В.Г., Парфенов Ю.А.</i> Структура психогенной симптоматики в остром периоде у подростков, переживших насилие в семье	42

ПСИХОЛОГИЯ И ПАТОПСИХОЛОГИЯ

<i>Александров А.А., Багненко Е.С.</i> Психологические характеристики женщин с косметическими дефектами кожи лица	52
<i>Малкова Е.Е.</i> Патопсихологические проявления тревоги при психозах в подростковом возрасте	67
<i>Рыбалтович Д.Г., Григорьев С.Г., Мильчакова В.А.</i> Анализ анкетирования интернет-пользователей, имеющих опыт on-line-игры	81
<i>Резникова Т.Н., Селиверстова Н.А., Никифорова И.Г., Ароев Р.А.</i> Психологические варианты эмоциональных нарушений у больных с рассеянным склерозом	99
<i>Слабинский В.Ю., Евдокимов В.И., Ушаков Б.Н.</i> Профессиональное выгорание у специалистов, оказывающих помощь пострадавшим в чрезвычайных ситуациях	109
<i>Баурова Н.Н., Рудой И.С., Грановская Р.М.</i> Особенности развития невротических расстройств у курсантов с различными личностно-типологическими характеристиками	117

СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОЛОГИЯ ТРУДА

<i>Рубченко А.К.</i> Семейная депривация как детерминанта формирования субъектности человека	125
<i>Сысоев В.Н., Будко Д.Ю., Корнилова А.А.</i> Динамика трудовой мотивации персонала управленческого профиля в годовом рабочем цикле	139

Рефераты	146
Сведения об авторах	157
Информация о журнале	161

CONTENTS

PSYCHOTHERAPY AND PSYCHIATRY

<i>Karvasarskiy B.D., Podsadniy S.A., Chernyavskiy V.A., Chehlatiy E.I.</i> About the contribution of Myasishchev to scientific development of an issue of psychosomatic disorders	9
<i>Grigoriev G.I., Grigoriev S.G., Mizerene R., Grigorieva A.G.</i> Peculiarities of using spirit-oriented psychotherapy on orthodox basis as a healing vow in alcoholic patients	25
<i>Belov V.G., Parfyonov Yu.A.</i> Patterns of acute psychogenic symptoms in adolescent survivors of domestic violence	42

PSYCHOLOGY AND PATHOPSYCHOLOGY

<i>Alexandrov A.A., Bagnenko E.S.</i> Psychological characteristics of females with face skin defects	52
<i>Malkova E.E.</i> Pathopsychological anxiety manifestations in adolescents with psy- chotic disorders	67
<i>Rybaltoich D.G., Grigoriev S.G., Milchakova V.A.</i> An analysis of survey data from Internet users experienced in online games	81
<i>Reznikiva T.N., Seliverstova N.A., Nikiforova I.G., Aroev R.A.</i> Psychological variants of mood disorders in patients with multiple scle- rosis	99
<i>Slabinsky V.Yu., Evdokimov V.I., Ushakov B.N.</i> Professional burnout in emergency management specialists	109
<i>Baurova N.N., Rudoy I.S., Granovskaya R.M.</i> Neurotic disorders in military students with various personality peculi- arities	117

SOCIAL PSYCHOLOGY AND LABOUR PSYCHOLOGY

<i>Rubchenko A.K.</i> Family deprivation as a determinant of subjectness of the person	125
<i>Sysoyev V.N., Budko D.J., Kornilova A.A.</i> Annual trends of labour motivation in administrative and managerial personnel	139

Abstracts	146
Information about authors	157
Information about the Journal	161

ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.89 : 159.9

*Б.Д. Карвасарский, С.А. Подсадный,
В.А. Чернявский, Е.И. Чехлатый*

О ВКЛАДЕ В.Н. МЯСИЩЕВА В НАУЧНУЮ РАЗРАБОТКУ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

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

В 1947 г. была опубликована книга одного из ближайших учеников И.П. Павлова – К.М. Быкова «Кора головного мозга и внутренние органы», а в 1960 г. монография К.М. Быкова и И.Т. Курцина – «Кортико-висцеральная патология». В этих книгах взглядам зарубежных ученых на природу так называемых психосоматических заболеваний была противопоставлена отечественная концепция – «кортико-висцеральная патология», основанная на идеях нервизма и результатах многочисленных исследований, полученных с применением методологии изучения условно-рефлекторных механизмов.

Основной моделью заболевания психосоматической природы явилась гипертоническая болезнь, внимание к которой было приковано в связи с ее учащением в послевоенный период и необходимостью разработки методов ее лечения и профилактики.

Одним из центральных в кортико-висцеральной концепции гипертонической болезни явилось положение о том, что это заболевание, по крайней мере в начальном периоде, является неврозом. В соответствии с учением И.П. Павлова, речь шла о подлинном неврозе [26], представляющем болезненное состояние, вызванное трудными условиями, создающими перевозбуждение раздражительного или тормозного процессов в коре головного мозга или их обоих вместе, приводящих к нарушению или срыву высшей нервной деятельности. Трудность для нервной системы жизненной задачи с перенапряжением и нарушением нервных процессов рассматривалась как функциональная сущность гипертонической болезни.

С этим соглашались наши крупнейшие интернисты – Г.Ф. Ланг и А.Л. Мясников, хотя и с некоторыми дополнительными замечаниями. Так, Г.Ф. Ланг (12) писал о гипертонии как неврозе сосудистых корковых цен-

тров. А.Л. Мясников (13), справедливо отмечая, что некоторым распространенным неврозам (неврастения, истерия и др.) отнюдь не свойственно нарушать деятельность сосудодвигательных центров и что к гипертонической болезни должен приводить особый тип невроза, вместе с тем писал, что в начальных своих стадиях гипертоническая болезнь является неврозом не только высших вазомоторных центров, заложенных в определенных отделах коры мозга, подкорковых ганглиях, особенно в гипоталамической области, а также в продолговатом мозгу и мозжечке, но прежде всего неврозом «в Павловском смысле». И далее: «...таким образом заболевание по началу своему нервно-психическое (невроз) переходит в заболевание внутренних органов» [19, с. 74].

Полемизируя с указанными авторами, В.Н. Мясичев, писал что «психогенность невроза и упомянутых психогенно-соматических заболеваний при недостаточно дифференцированном подходе вызвала путаницу и позволяла говорить о гипертонической или язвенной болезни как о неврозах. Однако по своей патогенетической и патофизиологической структуре они отличны от невроза» [21, с. 197].

Невроз – психогенное заболевание, вызванное перенапряжением нервной системы и связанное с целостной реакцией личности. С этой точки зрения не может быть невроза органа. Нарушения деятельности того или иного органа могут по-разному проявляться в системе психогенных нарушений. Во-первых, при общем неврозе нарушения деятельности того или иного органа могут быть одним из частных его проявлений, в том числе и доминирующим. Во-вторых, патогенное нервно-психическое напряжение может, вызвав временное нарушение системы органа, повлечь за собой вторичную условно-рефлекторную фиксацию. Так, эмоция (например, испуг), нарушив деятельность сердца, может вызвать боязнь смерти от сердечного заболевания и зафиксировать в системе временных связей нарушение анатомо-физиологической системы. В-третьих, обстоятельства, вызывающие нервно-психическое переживание, могут по своему содержанию привести к той или иной реакции органа, например отвращению, рвоте. Сложный моральный конфликт может иметь следствием торможение половой функции, или, наконец, идущее от случайного впечатления, от влияния близких, от медперсонала внушение может вызвать через систему эмоциональных представлений длительное расстройство деятельности органа.

В настоящее время применительно к патологии человека уже «недостаточно говорить о нервизме – нервизм свойствен и животным. Выс-

шим уровнем нервизма является психонервизм, разработке которого с позиций материалистической физиологии и психологии в наибольшей степени отвечает психофизиологический подход, опирающийся на выяснение обусловленных индивидуальным опытом и историей развития соотношений между аналитическими нейросоматическими компонентами и более сложными образованиями личности и характера» [24, с. 4].

Указание на связь между возникновением сердечно-сосудистого заболевания и наличием травмирующих психику больного переживаний требует уточнения самого понятия патогенного переживания. Опыт показывает, что условия патогенности психического стресса весьма многообразны, а попытки привести их к одному знаменателю обычно искусственны. То, что патогенно для одного, для другого является безвредным. Переживание оказывается при глубоком анализе производным от личности переживающего и само должно быть объяснено в связи с ее особенностями. Достаточно взглянуть на любое глубокое переживание человека, чтобы убедиться в том, что в основе его лежат взаимоотношения человека с различными сторонами окружающей действительности, что болезненные переживания лишь следствие нарушенных взаимоотношений в том случае, если они занимают центральное место в системе отношений человека к действительности. Их значимость – основное условие аффективного напряжения и аффективной реакции. Аффект и сопутствующий ему нейро-вегетативно-эндокринный компонент реакции являются связующим звеном при возникновении психогенных нарушений соматической системы.

Психофизиологические исследования, проведенные в отделении неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева [11], показали, что в возникновении нарушений сосудистого тонуса и направленности этих нарушений имеет значение не само по себе усиление эмоциональных реакций, а их преломление через особенности личности и ее отношений.

Приемлемо ли само понятие сосудистого невроза? Как уже отмечалось, невроз представляет общее заболевание личности, динамическое нарушение всей деятельности мозга и всей регулируемой им жизнедеятельности. Это общее нарушение вызывается трудностями во взаимоотношении личности с окружающей действительностью и ее требованиями.

Если учесть тот факт, что встречаются случаи высокой степени гипертонии, при которой больные и окружающие их лица не замечают значительных отклонений от нормы со стороны нервной системы, то очевид-

но, что ни с понятием общего невроза, ни с понятием болезненного пункта по И.П. Павлову картина гипертонии не совпадает.

Экспериментальные исследования В.Н. Мясищева [14, 18] еще в 1920-х гг. показали, что задержка внешней анимальной реакции сопровождается усилением внутренней, вегетативной; психотравмирующая ситуация может у более слабых субъектов нарушить нервную, иначе психическую деятельность, вызвать бурные непродуктивные реакции. У более сильных она не вызывает неадекватной реакции, но влечет значительное напряжение, сказывающееся вегетативным сдвигом, в частности гипертензией. Очевидно, что степень нервного напряжения определяется соотношением особенностей личности и объективных условий жизни, но длительность реакции, опасная в смысле патогенеза гипертонической болезни, определяется также внешними условиями и внутренними особенностями личности. Эти особенности характера при гипертонии неоднократно отмечались. Можно их определить как сочетание сенситивности, заторможенности внешних реакций и прочной фиксации эмоциональных реакций. Нет оснований считать, что эти черты, в отличие от других, «характерны для гипертоников, но именно сочетание этих черт при достаточной силе нервной системы с длительной трудной ситуацией является патогенным для последней; лица же слабого типа нервной системы декомпенсируются по невротическому типу. Заслуживает внимание то, что при некотором сходстве и последовательном развитии невроза и гипертонии между ними существует решительная разница» [18, с. 23–24].

Для исследования этого вопроса В.Н. Мясищев [19] обратился к анализу фактической клинической связи гипертонической болезни и невротических расстройств. С этой целью было изучено кровяное давление у 500 больных отделения неврозов Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. Оказалось, что у большинства больных с неосложненными неврозами, т. е. таких, у которых соматические факторы заметной роли не играли, отмечено нормальное артериальное давление, пониженное установлено у 49 и у 19 больных – лабильное кровяное давление. Незначительное и нестойкое повышение артериального давления (до 140/90 мм рт. ст.) выявлено только у 11 человек (максимального и минимального – у 4, только максимального – у 3 и только минимального – у 4). У этих больных типичной являлась ситуация напряжения и неспособности найти выход из создавшегося положения.

Таким образом, пишет В.Н. Мясищев, неосложненные неврозы характеризуются, как правило, нормальным кровяным давлением с более или

менее выраженной лабильностью его. При довольно значительном числе невродов обнаруживается гипотония. В очень небольшом числе случаев – незначительное повышение кровяного давления. «Отсюда можно сделать вывод, что сосудистая гипертензия не характерна для неусложненного неврода [19, с. 68]. И далее: «...приведенные данные заставляют отчетливо дифференцировать психогенно-невротическую гипертензию от гипертонической болезни, в которой психогенный фактор хотя и играет существенную роль, но не единственную, такую же роль играют соматические вредности, поэтому требуется обособление и в известной мере противопоставление гипертонической болезни невроду» [19, с. 75].

Принципиальными отличиями общего неврода от гипертонической болезни, по В.Н. Мясищеву, являются следующие. Для общего неврода обязательны не только перенапряжение основных нервных процессов или их сшибка, но и вызванное ими расстройство, «срыв» высшей нервной деятельности, при котором могут более или менее нарушаться вегетативные, в частности вазомоторные, функции. Для гипертонии же обязательно определенное нарушение регуляции вазомоторной динамики, которое может сопровождаться или не сопровождаться невротическими нарушениями высшей нервной деятельности. Таким образом, коренным условием неврода является нарушение высшей нервной деятельности, без которого нет неврода, коренное нарушение в гипертонии – расстройство сосудистой динамики, без которого нет гипертонической болезни [19].

Замечание А.Л. Мясникова о том, что заболевание по началу своему нервно-психическое (неврод) в дальнейшем переходит в гипертоническую болезнь и другие психосоматические расстройства заострило внимание на следующих вопросах: 1) действительно ли неврод может переходить во внутреннее заболевание, в данном случае в гипертонию? 2) Если это так, то какие же конкретно невроды на основе клинического опыта переходят во внутренние болезни? 3) Только ли гипертония является таким внутренним заболеванием, которое возникает из неврода?

Обычно с гипертонией, отмечает В.Н. Мясищев, как аналогичным типом заболевания сопоставляется язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Однако до сих пор неясно при одинаковой значимости нервного, в том числе коркового, механизма, чем обусловлено развитие этих различных болезней. Более того, в настоящее время в этиопатогенезе язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки ведущее значение придается микробной инфекции *Helicobacter pylori*. На второй и первый

вопросы ответа также нет. Клиника, строго говоря, не знает перехода невроза в соматическое заболевание.

В работе В.А. Абабкова, выполненной в клинике неврозов и психотерапии Института им. В.М. Бехтерева, значительно позже [1], изучался многолетний анамнез (до 25 лет) больных с сердечно-сосудистыми, дыхательными и желудочно-кишечными расстройствами при неврозах.

В связи с необходимостью проведения более тщательной дифференциальной диагностики между неврозами и соматическими заболеваниями, а также для уточнения «соматического» анамнеза невроза пациенты дополнительно обследовались в терапевтической клинике Ленинградского государственного института усовершенствования врачей (в настоящее время – Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова). При этом производились электрокардиография, определение показателей гемодинамики (минутного объема кровообращения и периферического сопротивления в сопоставлении с должными), фазового анализа, заключающегося в исследовании сократительной способности миокарда методом поликардиографии, скорости распространения пульсовой волны по артериям эластического и мышечного типа для изучения регуляции вегетативных функций у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями; пневмотахометрия и спирография – у пациентов с дыхательными нарушениями; рентгенография желудочно-кишечного тракта, исследование кислотообразующей функции желудка – у больных с желудочно-кишечными расстройствами.

Полученные В.А. Абабковым данные, так же как и многолетний опыт работы указанной клиники [8], показывают, что, как правило, не наблюдается трансформации невротических расстройств внутренних органов в соответствующие «большие» психосоматические заболевания – ишемическую болезнь сердца, гипертоническую болезнь, бронхиальную астму и язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. В связи с этим вновь возник вопрос о необходимости четкого разграничения понятий функционально-непсихогенного как стадии органического заболевания и функционально-невротического.

Предлагались различные объяснения этих клинических данных. Так, Ю.М. Губачев и Е.М. Стабровский [5] считают, что сравнительно малая частота сочетаний неврозов и органических заболеваний внутренних органов объясняется особым характером расстройств вегетативных функций у больных неврозами – вегетативной дистонией, которая делает маловероятным развитие длительной гиперфункции отдельных систем, и с характер-

ными для страдающих невротами механизмами психологической защиты, приводящими к уменьшению патогенного эмоционально-аффективного напряжения.

Среди физиологических исследований рассматриваемой проблемы наибольший интерес представляет многолетняя работа, проводившаяся под руководством В.Б. Захаржевского в Институте физиологии им. И.П. Павлова. Вся сложная картина кортико-висцеральных отношений, отмечает В.Б. Захаржевский [6, 7], сводилась к достаточно простой схеме кортико-висцерального рефлекса, а проблема уровня кортикальных влияний сводилась к поиску конкретных клеточных субстратов, определяющих реакцию внутренних органов и систем. И что, несмотря на бесспорность многочисленных данных, полученных авторами «кортико-висцеральной патологии» [4], вряд ли оправдано делать из них вывод, что все без исключения висцеральные процессы находятся под непрерывным кортикальным контролем, обеспечивающим их протекание на надлежащем уровне. Ведь многие из этих процессов (пристеночное пищеварение и транспорт веществ, базальный тонус сосудов и ауторегуляция сосудистого тонуса, гетеро- и гомеометрическая регуляция насосной функции сердца и многие другие) контролируются отнюдь не нервными механизмами [10, 25, 27]. «Высокая степень саморегуляции обеспечивается интраорганными нервными структурами – так называемой метасимпатической нервной системой» [7, с. 13]. Более того, даже многие рефлекторные реакции, замыкающиеся на различных уровнях ЦНС, с трудом поддаются условнорефлекторному воспроизведению. Биологический смысл подобного типа реагирования вполне соответствует современным взглядам об обеспечении базального уровня активности висцеральных систем по преимуществу местными саморегуляторными механизмами и подключении высших уровней нервной системы к висцеральной регуляции лишь в контексте сложных поведенческих актов или при значительных отклонениях гомеостатического равновесия.

Можно предположить, что именно интактность местных саморегуляторных механизмов висцеральных систем препятствует переходу столь характерных для невротозов дисфункций в грубую органическую патологию.

В.Н. Мясищев был прав, когда категорически возражал против одного из основных положений концепции «кортико-висцеральной патологии» о невротозе как основной и наиболее распространенной форме возникновения психосоматических заболеваний. Это положение не получило подтверждения ни на клиническом, ни на экспериментальном материале. Кли-

нические формы невроза сохраняют свою нозологическую самостоятельность на протяжении десятилетий.

Дальнейшее сопоставление общих неврозов с заметным нарушением вазомоторных функций и гипертонической болезни привело к акцентированию внимания на нарушениях при неврозах деятельности различных систем: органов кровообращения, пищеварения, дыхания, половой и др., особенно в тех случаях, когда они являются доминирующими в клинической картине. Вместо понятия «органный невроз», не выдерживающее критики, В.Н. Мясищев [20] предложил обозначать эти расстройства термином «системный невроз», в возникновении и течении которого играет роль психогенный или условно-рефлекторный механизм и отражается трудность во взаимоотношении человека с окружающей его средой, которая по жизненным условиям вызывает перенапряжение в определенной системе и находит свое выражение преимущественно в нарушении деятельности этой системы или органа.

Можно ли рассматривать гипертоническую болезнь как системный невроз? Отвечая на этот вопрос, В.Н. Мясищев [19, с. 76] считает, что «при этом утратила бы смысл всякая постановка вопроса о неврозе системы или органа». В отличие от гипертонической болезни и язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, так называемые сердечные и сосудистые неврозы и неврозы желудка не переходят в органические заболевания. Почему в одних случаях функциональные нарушения переходят в органические, а в других – нет, в настоящее время еще неясно, но можно с определенностью сказать, что недостаточно говорить об общности невроза с гипертонической болезнью и важности психогений для возникновения гипертонической болезни, а необходимо установить те специфические особенности в патогенезе, которые ведут именно к гипертонической болезни.

В ряде работ, рассматривая системные неврозы в качестве центральной группы психосоматических заболеваний, В.Н. Мясищев [22, 24] отмечал, что эти расстройства, являясь психогенными, отличаются от психогенно-соматических заболеваний и указал при этом на характерные для них признаки.

Во-первых, системный невроз не влечет за собой, как правило, заметных деструктивных изменений в страдающем органе. Во-вторых, нарушается не функция органа в целом, а лишь одна или некоторые стороны деятельности органа. В-третьих, именно эти стороны могут быть связаны с определенным психотравмирующим переживанием. Так, проявления системного невроза могут ограничиться только рвотой при отсутствии других

нарушений функции желудка, только тахикардией, только импотенцией и т. п. В-четвертых, переживание нарушенной деятельности сопровождается фиксацией внимания на нарушении и тревожным ожиданием болезненного проявления этой функции. Больной, страдающий психогенными рвотами, потливостью, сердцебиением или болями в сердце, в желудке, импотенцией, в определенной ситуации боязливо ожидает наступления симптома, и он неизбежно наступает.

Тревожно-мнительное отношение к нарушенной деятельности системы понижает порог чувствительности, а повышенная чувствительность усиливает дезорганизующие психогенные влияния на систему. В дальнейшем наблюдаются взаимодействие и взаимоусиление психического и соматического в форме спиралевидного характера патогенного психосоматического процесса.

Обычно в таких случаях говорят об ипохондрической фиксации. Фиксация и ипохондричность несомненно имеют место, но суть в том, что сама фиксация должна быть понятна и объяснена. Иначе слово «фиксация» ничего не дает. «Источники фиксации заключаются здесь в отсутствии связи с жизнью, с людьми, в отсутствии интереса – цели, в личной, семейно-бытовой, включая сексуальную, – неустроенности» [16, с. 51].

Диагностика рассматриваемых заболеваний требует не только тщательного распознавания состояния внутреннего органа, рефлекторных нарушений различного уровня, но и изучения их сложного психогенеза, связанного с историей жизни больного, особенностями его личности и отношений к разным сторонам жизни.

На необходимость выделения системных неврозов, кроме В.Н. Мясищева, указывал также И.М. Аптер [2]. Вместе с тем системные неврозы в качестве отдельной формы в классификациях отечественных авторов обычно не указывались.

Некоторые авторы [28] указывали, что неврозы с выраженными висцеро-вегетативными расстройствами – это обычно проявления скрытых, соматизированных депрессий или малопрогрессирующих форм шизофрении. Эти крайние точки зрения сразу же были подвергнуты критике как психиатрами, так и неврологами.

Высказываясь в пользу самостоятельности системных неврозов, И.М. Аптер [2] вместе с тем отмечал, что системный «невроз – понятие динамическое. На практике чаще психогенное расстройство, возникнув первоначально как системное, перерастает в общий невроз, и, напротив, в клинической картине общего невроза со временем определяющее значе-

ние может приобретать расстройство преимущественно какой-либо одной системы».

Различия в механизмах развития обуславливают и особенности лечения, в частности целесообразность применения психотерапии при неврозах и при гипертонической болезни. При общем неврозе необходима перестройка отношения личности к действительности, переделка самой личности, оздоровление ее в целом. При системном неврозе компенсация нарушенной системы сопровождается внешне компенсацией всей личности, но для излечения системного страдания особенно необходимо изменить отношение больного к его собственной болезни. При психосоматических заболеваниях нет неадекватной реакции личности на заболевание системы. Эти заболевания требуют поэтому прежде всего облегчения объективно трудных или вредных условий и лечения нарушенного органа. Указанные три категории клинических форм и три типа патогенных отношений чаще не изолированы, а сложно переплетаются и комбинируются. Тем не менее они остаются основными. Основными остаются и задача углубленного изучения психогений и соматогений при психических и соматических заболеваниях, и задача лечебно-профилактического овладения ими.

В своих работах В.Н. Мясищев [24] касается проблемы «выбора органа» или «специфичности» при неврозах. Подчеркивая важнейшую роль личностно-психогенных механизмов, он указывает также и на другие возможные факторы, определяющие избирательность нарушения. Это наследственно-конституциональные факторы, при которых одной из причин нарушения функционального состояния той или иной системы является преимущественно врожденная конституциональная недостаточность; психическому фактору в этом случае отводится лишь роль провоцирующего момента. При учете значения конституционального предрасположения, основанного на наследственности, может иметь значение приобретенное предрасположение, обусловленное как перенесенными в течение жизни соматическими вредностями (инфекции, интоксикации, травмы и др.), так и длительно существующим перенапряжением, вызванным условиями жизни, приводящим к дезорганизации системы [15].

Существенной стороной является разграничение в функциональных заболеваниях психогенных и непсихогенных нарушений, отождествление же их является ошибкой. Функциональными непсихогенными являются болезненные состояния, вызванные нарушением соматических условий функционирования нервной системы, например ишемией систем мозга, обеспечивающих пораженную функцию.

Функциональными психогенными являются нарушения, обусловленные патогенными переживаниями или перенапряжением, вызванными противоречием между потребностями и возможностями больного, с одной стороны, требованиями среды и возможностями, предоставляемыми ею человеку, – с другой.

Сравнительный анализ чистых форм психогенных и непсихогенных (соматических и нервно-органических) заболеваний позволяет следующим образом характеризовать особенности каждой из групп [17].

1. Для психогенных заболеваний характерна, во-первых, связь между определенной ситуацией и возникновением, течением и исходом болезни, а также и рецидивом. Вследствие этого можно говорить о «патогенной» ситуации и «патогенных» переживаниях при возникновении заболевания и о разрешении или изменении ситуации при выздоровлении. Этого нет при органическом заболевании, в котором ситуация и переживание играют лишь роль толчка.

2. Во-вторых, существует ясная связь между содержанием условий, при которых возникло заболевание, и содержанием болезненных проявлений. Психогенные симптомы избирательны, мотивированы, содержательны. Эта связь отсутствует в непсихогенных заболеваниях.

3. Психогенные заболевания имеют патогенный центр, с которым связана вся картина болезненных проявлений. По содержанию – это центральный мотив (обстоятельства, лица), с которым связано заболевание, это центр болезненных патогенных отношений. Функционально-динамически – это область, в которой сильнее всего выражены функциональные нарушения. Все симптомы связаны друг с другом благодаря тому, что каждый имеет определенное отношение к центральному мотиву, основному патогенному переживанию. Так, у больной с болезненным отвращением к мужу вследствие его измены связаны рвота, угнетение, нежелание жить, слабость, похудение. Функциональные нарушения вне центрального мотива могут быть слабо выражены. Острота реакций и заметная степень нарушения возбудимости, нарушения функций при переходе от центрального патогенного объекта к не относящимся к нему предметам и явлениям резко убывают. Больные относительно спокойны, но стоит коснуться больных вопросов – и перед нами опять нарушение динамики, болезненная возбудимость, нарушение функций. Усиление расстройства с ухудшением болезненного состояния идет от этого центра, постепенно распространяясь все шире, так что в конце концов больных начинает раздражать каждый пустяк. В противоположность этому в органически обусловленных болез-

ненных состояниях мы имеем дело с измененной функцией, например с ухудшением памяти, внимания, суждения, – с нарушением, равномерно выраженным при разных условиях по отношению к разным объектам.

При выздоровлении, наоборот, болезненная раздражительность суживается, сохраняясь лишь в пределах болезненного центра. Больная, которая вначале не могла ни о чем говорить без слез, через некоторое время после начала лечения плачет только при воспоминании о своей домашней ситуации, а в дальнейшем и об этих своих переживаниях начинает говорить спокойно. Как степень, так и иррадиация возбудимости уменьшаются. Вместе с тем, то или иное впечатление окружающего затрагивает аффективность больной лишь постольку, поскольку оно напоминает ей о пережитой травме.

При непсихогенном заболевании связь симптомов определяется субстратно-функциональными условиями – тесной связью «центров» регулирующих функцию их смежности в простейшем случае. Нарушение функции гораздо менее зависит от отношения к содержанию. Так, аффективная лабильность, характеризующая органика, проявляется в разнообразных условиях и по различным поводам.

4. При психогенных заболеваниях между особенностями (в частности характером) доболезненной личности, патогенной ситуацией, переживаниями и изменениями личности в болезненном состоянии также существует связь, причем в возникновении патогенной ситуации значительная роль принадлежит именно особенностям личности, ее характеру, ее эмоциональности, ее тенденциям и целям, ее отношению к себе; черты же ее в болезненном состоянии вытекают из преморбидных черт, представляя усиление их или противоположность в отношении к ним. Так, если больной первоначально характеризуется как спокойный, уверенный в себе человек, то после двух остро пережитых неудач он делается неуверенным. Третья неудача имеет уже источником неуверенность и волнение, вызванное опасением неудачи.

Патологические изменения характера, которые наблюдаются при непсихогенных заболеваниях, не стоят в связи с особенностями преморбидной личности и не являются следствием патогенной ситуации, а если связаны как-то с ситуацией, то в том смысле, что первоначально болезнь меняет личность, а отсюда уже может произойти нарушение взаимоотношений с окружающим.

5. Терапевтический эффект при неврозах основывается на разрешении патологической ситуации, причем последнее достигается за счет изме-

нения внешних условий или за счет психотерапии, изменяющей отношение и реакции личности на окружающие ее условия. Если при психогенных расстройствах психотерапия представляет основной метод лечения, то в отношении к непсихогенным заболеваниям ее роль сводится к вспомогательному или симптоматическому влиянию.

Приведенные выше признаки психогенных расстройств не всегда отчетливо выражены, но в совокупности делают заключение о психогенном характере нарушения убедительным.

Эти признаки имеют тесную внутреннюю связь, характеризующую природу и механизм психоневротических расстройств в отличие от соматических. В основе невроза лежит неумение справиться с болезненными переживаниями, неразрешимыми для личности вследствие неумения найти реальный, рациональный и продуктивный выход, восстановить нарушенные взаимоотношения личности с особо значимыми для нее сторонами действительности, что влечет за собой расстройство нервно-психической деятельности, которое и обнаруживается в симптомах болезни. Отсюда понятны содержательность, наличие смысла и тенденция, ситуативный характер, связь с историей личности и ее особенностями в картине невроза.

В случаях как органического, так и функционального динамического непсихогенного нарушения страдают первично функции нервно-психической деятельности при нормальных до того взаимоотношениях личности и нормальной ситуации. Поэтому симптомы расстройства не стоят в такой же связи с ситуацией личности, с ее историей и не имеют определенных мотивов. Нарушения отношений здесь возникают вторично, так же как и вторичные психогенные осложнения.

В соответствии с изложенным пониманием, нецелесообразен и неправилен термин соматогенные неврозы [22]. Бесспорно, соматические заболевания могут играть роль, вызывая соматогенную нервность в форме повышенной раздражительности и истощаемости, астенического синдрома, не обусловленного психогенно. На почве соматического заболевания может возникнуть и истинный невроз, т. е. психогенное заболевание, если, при измененной болезнью реактивности, больной столкнется с жизненными трудностями, неудачами, тяжелыми переживаниями, в частности, если переживание болезни вызовет у него страх или тревогу за будущее.

В одной из своих работ, касаясь вопроса о возможности прямой обусловленности «органических» необратимых изменений мозга психогенными факторами, В.Н. Мясищев пишет: «Может ли переходить психогенное функциональное заболевание мозга в органическое? Фактических убедительных

тельных примеров этого нет, и этот вопрос ставится для определения роли психогении в болезненном состоянии мозга и соматических органов (их систем) [23, с. 368].

Статистика заболеваний неврозами в последнее время обнаруживает значительный относительный рост диагноза невращения. Это определяется отчасти ростом этой формы заболеваний, отчасти уменьшением количества больных, страдающих истерией, отчасти изменением проявлений этого заболевания, а главным образом – недостаточно правильным распознаванием невращения и отнесением к ней соматогенной нервности.

Особая роль и адекватность в исследованиях системных неврозов психофизиологического подхода, разработанного В.Н. Мясищевым, освещена нами в отдельной публикации [9].

Литература

1. *Абабков В.А.* Катамнез больных неврозами с системными соматическими расстройствами (индивидуальный патоморфоз и эффективность лечения) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.А. Абабков. – Л., 1984. – 17 с.

2. *Аптер И.М.* Клинико-физиологический анализ некоторых форм системных неврозов / И.М. Аптер // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1964. – Вып. 12. – С. 1858–1863.

3. *Быков К.М.* Кора головного мозга и внутренние органы / К.М. Быков. – 2-е изд. – М. ; Л. : Медгиз, 1947. – 287 с.

4. *Быков К.М.* Кортико-висцеральная патология / К.М. Быков, И.Т. Курцин. – Л. : Медгиз, 1960. – 575 с.

5. *Губачев Ю.М.* Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений / Ю.М. Губачев, Е.М. Стабровский. – Л. : Медицина, 1981. – 216 с.

6. *Захаржевский В.Б.* Физиологические аспекты невротической и психосоматической патологии: механизмы специфичности психовегетативного эффекта / В.Б. Захаржевский. – Л. : Наука, 1990. – 176 с.

7. *Захаржевский В.Б.* Физиологические аспекты соматопсихогений и кортико-висцеральная концепция / В.Б. Захаржевский. – СПб. : Наука, 1992. – 56 с.

8. *Карвасарский Б.Д.* Невротические расстройства внутренних органов / Б.Д. Карвасарский, В.Ф. Простомолотов. – Кишинев : Штиинца, 1988. – 166 с.

9. *Карвасарский Б.Д.* Проблемы психофизиологии в трудах В.Н. Мясищева / Б.Д. Карвасарский, С.А. Подсадный, В.А. Чернявский, Е.И. Чех-

латый // Вестн. С.-Петерб. гос. ун-та. Сер. 12. – 2011. – Вып. 4. – С. 208–221.

10. *Конради Г.П.* Сосудистый тонус / Г.П. Конради. – Л. : Наука, 1973. – 325 с.

11. *Куликов П.Г.* Особенности сосудистой реактивности при неврозах по офтальмодинамометрическим и пьезопульсографическим данным : автореф. дис. ... канд. мед. наук / П.Г. Куликов. – Л., 1965. – 13 с.

12. *Ланг Г.Ф.* Гипертоническая болезнь / Г.Ф. Ланг. – [Л.] : Медгиз, 1950. – 496 с.

13. *Мясников А.Л.* Гипертоническая болезнь / А.Л. Мясников. – М. : Медгиз, 1954. – 392 с.

14. *Мясищев В.Н.* О соотношении внутренней и внешней реакций / В.Н. Мясищев // Новое в рефлексологии и физиологии нервной системы : сб. тр. : в 3 т. / Рефлексологический ин-т по изучению мозга им. В.М. Бехтерева. – М. ; Л. : Гос. изд., 1926. – Сб. 2 : Посвященный памяти В.М. Бехтереву. – С. 202–217.

15. *Мясищев В.Н.* О психогенных висцеральных нарушениях / В.Н. Мясищев, Е.К. Яковлева // Совет. психоневрология. – [Киев ; Харьков], 1937. – № 3. – С. 17–28.

16. *Мясищев В.Н.* Психо-соматические зависимости в динамических расстройствах нервной деятельности / В.Н. Мясищев // Советская невропсихиатрия : сб. тр. : т. 6 / Ин-т по изучению мозга им. В.М. Бехтерева, Ленингр. о-во психиатров и невропатологов, Науч.-исслед. невропсихиатрический ин-т им. В. М. Бехтерева и Ленингр. психиатрич. больницы. – Л. : Биомедгиз, 1941. – С. 49–61.

17. *Мясищев В.Н.* Психоневроз и псевдоневроз / В.Н. Мясищев // Совет. невропсихиатрия. – 1940. – № 3. – С. 17–33.

18. *Мясищев В.Н.* О различной роли нервно-психических факторов в патогенезе сосудистых нарушений / В.Н. Мясищев // Актуальные проблемы психиатрии. – М., 1959. – С. 17–25.

19. *Мясищев В.Н.* Гипертоническая болезнь и неврозы / В.Н. Мясищев // Нервные и психические нарушения при гипертонической болезни. – Л. : Медгиз, 1959. – С. 65–76.

20. *Мясищев В.Н.* Протоколы заседаний Ленинградского общества терапевтов им. С.П. Боткина / В.Н. Мясищев // Терапевт. архив. – 1960. – Т. XXXII, № 4. – С. 89.

21. *Мясищев В.Н.* Соотношение психического и соматического при общих и системных неврозах / В.Н. Мясищев // Вопросы взаимоотношения

психического и соматического в психоневрологии и общей медицине. – Л., 1963. – С. 193–204. – (Тр. С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева : т. XXIX).

22. *Мясищев В.Н.* О соотношении соматического и психического в заболеваниях человека / В.Н. Мясищев // Неврозы и соматические расстройства. – Л., 1966. – С. 16–19.

23. *Мясищев В.Н.* Системные неврозы и соматические нервно-психические заболевания / В.Н. Мясищев // Второй всерос. съезд невропатологов и психиатров 11–16 дек. 1967 г. : материалы к съезду. – М., 1967. – С. 367–369.

24. *Мясищев В.Н.* Психика и сердечно-сосудистые заболевания / В.Н. Мясищев, Б.Д. Карвасарский // Вопросы курортного лечения заболеваний органов кровообращения. – Киев : Здоров'я, 1969. – 208 с.

25. *Осадчий Л.И.* Работа сердца и тонус сосудов / Л.И. Осадчий. – Л. : Наука, 1975. – 188 с.

26. Павловские клинические среды. – М. : Л. : Изд-во АН СССР. – 1954. – Т. 1 – 644 с. ; 1955. – Т. 2 – 579 с. ; 1957. – Т. 3 – 492 с.

27. *Уголев А.М.* Мембранное пищеварение / А.М. Уголев. – Л. : Наука, 1972. – 358 с.

28. *Тополянский В.Д.* Психосоматические расстройства / В.Д. Тополянский, М.В. Струковская. – М. : Медицина, 1986. – 384 с.

**ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ДУХОВНО
ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ НА ПРАВОСЛАВНОЙ
ОСНОВЕ В ФОРМЕ ЦЕЛЕБНОГО ЗАРОКА
ДЛЯ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ**

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова;
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург;
Психотерапевтический кабинет, Паланга (Литва);
Международный институт резервных возможностей человека, Санкт-Петербург

Введение

Пьянство, наркомания и другие патологические зависимости давно приобрели в нашем обществе характер пандемии. Сегодня их следует рассматривать не только как чрезвычайную социальную ситуацию и проблему национальной безопасности в обществе, но и как самый массовый терроризм, ведущий к генетическому вырождению и истреблению нации, к деградации и гибели множества людей. Сегодня у нас просто нет выбора эффективных средств борьбы с зависимостями, кроме одного: необходимо апеллировать к основополагающим духовно-нравственным качествам всего нашего народа, его генетической памяти, к его святым предкам, мученикам и новомученикам Российским, максимально мобилизовав все резервы духовности в противостоянии общему врагу [3].

На адаптивную функцию религии и ее влияние на нравственное состояние как отдельной личности, так и общества в целом неоднократно указывал академик И.П. Павлов на заседаниях в нервной и психиатрических клиниках [9]. И при создании метода духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока (ДОП ЦЗ) на православной основе мы надеялись, что использование христианских традиций при формировании мотивационно-волевых установок в психотерапии болезненных влечений даст положительный эффект, а осмысление сложившейся ситуации с позиций религии позволит мобилизовать резервные возможности психики как не реализованные человеком Божественные таланты, согласно евангельской притче о приумноженных или же зарытых в землю талантах: «...ибо всякому имеющему дастся и приумножится, а у не имеющего отнимется и то, что имеет» (Мф. 25: 29).

В процессе создания метода был изучен и использован дореволюционный опыт борьбы Русской Православной Церкви с алкоголизмом, обобщенный в работе Свято-Александро-Невского общества трезвости и милосердия в Санкт-Петербурге, превратившегося затем во Всероссийское Александро-Невское братство трезвости [6, 7, 8, 11].

В I периоде работы в Международном институте резервных возможностей человека (МИРВЧ) (до 13.02.1994 г.) использование церковного опыта борьбы с алкоголизмом выразилось в участии с проповедью и молебном перед психотерапевтическим сеансом приснопамятного протоиерея Василия Лесняка, кандидата богословия, имеющего огромный опыт исцеления людей от пьянства и наркомании в Ленинградской епархии. На совместную работу отца Василия Лесняка с врачами в деле преодоления пьянства и наркомании 30.10.1990 г. было получено благословение приснопамятного митрополита Ленинградского и Ладожского Иоанна (Снычева). Таким образом, после долгого периода государственного запрета на участие Церкви в лечении больных были заложены научно-практические основы совместной работы врачей и священников.

В новом психотерапевтическом измерении пациент теперь рассматривался не только как больной зависимостью, но и как страждущий грешник, следовательно, имел право не только на медико-социальную, но и на духовную помощь. Отныне он сам принимал на себя обязанность – стать человеком преображенным. Таким образом, психотерапевтическое воздействие обеспечивало не только снятие тяги к алкоголю, но и свободное волеизъявление на духовное возрождение. Как «у разбойника лютого совесть Господь пробудил», так и пьянице горькому разум Отец возвратил [5].

В научной литературе метод ДОП ЦЗ первоначально назывался методом лечебного зарока, отражая лишь финальный этап комплексного психотерапевтического процесса, не раскрывая его важной отличительной особенности – обращенности к духовному началу в человеке. После медицинских и богословских научных исследований в МИРВЧ был сформулирован ряд концептуальных положений, определивших основу теории и практики метода ДОП ЦЗ [4]. Он включает данные естественнонаучного и венаучного познания: клинические симптомы зависимостей и обыденный здравый смысл, богословскую экзегезу и философскую рефлексию, духовный опыт и этические нормы христианства. Рациональность и медицинский прагматизм в данном методе гармонично сочетаются с мистическим учением Церкви. При этом естественно и органически успешно устраняется искусственно создававшееся неприятие психотерапии одновременно как

медицинской науки и как искусства врачевания. Доступное для восприятия пациентов вербальное изложение научно-медицинской и духовно-религиозной информации, а также фабулы строго продуманного многоэтапного лечения обеспечивает высокое качество психотерапевтических результатов [4].

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

Если в I периоде лечения в МИРВЧ при проведении психотерапии понятие духовной зависимости лишь интуитивно нащупывалось, а священник принимал непосредственное участие в структуре психотерапевтического сеанса с проповедью и молебном, то после введения в 1994 г. в психотерапевтическую практику метода ДОП ЦЗ медицинское лечение проводится отдельно от церковного, а духовная зависимость теперь рассматривается как снижение способности самого человека бороться с внешними навязчивыми мыслями и тем самым противостоять злу.

Общая организационная структура метода ДОП ЦЗ получила письменное благословение митрополита Санкт-Петербургского и Ладожского Иоанна 16.11.1994 г. и полностью соответствует «Основам социальной концепции Русской Православной Церкви», принятой на Юбилейном архиерейском соборе в 2000 г. Но еще в 1996 г. патриарх Московский и всея Руси Алексий II и министр здравоохранения А.Д. Царегородцев подписали «Соглашение о сотрудничестве», где говорилось и о совместной работе по организации и обеспечению деятельности церковных обществ и братств трезвости. В 2003 г. было подписано новое «Соглашение о сотрудничестве между Министерством здравоохранения РФ и Русской Православной Церковью». Таким образом, взаимодействие врачей и священников было окончательно узаконено как мирской, так и духовной властью.

Во время совместной работы со Спасо-Парголовским храмом Санкт-Петербургской епархии, в период с 13.02.1994 по 22.02.003 г., организационная структура метода ДОП ЦЗ на православной основе, разработанная врачами-специалистами и духовниками МИРВЧ под научным руководством декана терапевтического факультета Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования Росздрава доктора медицинских наук профессора К.И. Разнатовского включала следующие этапы:

- 1) огласительная беседа врача-психотерапевта;

2) лечебная эмоционально-стрессовая психотерапевтическая беседа, обращенная к пациентам с предложением преодолеть болезненные влечения путем добровольной дачи совместного медицинского (лечебного) зарока;

3) индивидуальная работа врачей с каждым пациентом для осуществления медицинского (лечебного) зарока;

4) беседа о покаянии с пациентами, выразившими желание дать церковный (целебный) зарок;

5) общая исповедь в церкви после медицинского лечения;

7) молебен Александро-Невского братства трезвости, утвержденный дореволюционным Святейшим Синодом;

8) индивидуальная исповедь священнику и принятие церковного (целебного) зарока перед Крестом и Евангелием;

9) причащение пациентов, готовившихся к этому таинству, Святыми дарами, оставленными после Божественной литургии.

В некоторых случаях перед общей исповедью совершалось таинство крещения оглашенных больных.

После принятия зарока за пациентами сохранялась полная свобода выбора по добровольному освобождению от своего обета или снятию его при нарушении. Следует отметить: если зарок был засвидетельствован лишь врачом (медицинский или лечебный зарок), то снимал его только врач, а в том случае, когда зарок приносился на Кресте и Евангелии во время индивидуальной исповеди (церковный или целебный зарок), принять покаяние в его нарушении или даже освободить человека от зарока мог лишь Господь на таинстве покаяния при свидетельстве священника. Если больной нарушал и медицинский, и церковный залоги, то обращался он как к врачу, так и к священнику.

В связи с переносом дальнейшей работы МИРВЧ и Александро-Невского общества трезвости, по благословению митрополита Санкт-Петербургского и Ладожского Владимира (Котлярова), в часовню Святых новомучеников и исповедников российских при храме Феодоровской иконы Божией Матери с 22.02.2003 г. схема эта существенно изменилась. Теперь все больные, решившие принять церковный (целебный) зарок, обязательно участвуют в Божественной литургии, чего не было в Спасо-Парголово-м храме. С 14 января по ноябрь 2006 г. Божественная литургия с Александро-Невским братством трезвости служилась в Феодоровском соборе. В данном храме-памятнике 300-летия Дома Романовых с 1913 по 1932 г. проводилась большая работа по отрезвлению людей от пьянства. Последний настоятель собора архимандрит Лев (Егоров), расстрелянный в

1937 г., являлся последним председателем Александро-Невского братства, ныне канонизирован как новомученик и исповедник российский. В сегодняшнее время духовное окормление работы МИРВЧ осуществляется секретарем Епархиального совета, благочинным Центрального округа Санкт-Петербургской епархии, настоятелем прихода Князь-Владимирского собора профессора, протоиереем Владимиром Сорокиным и председателем издательского отдела Санкт-Петербургской епархии, настоятелем прихода собора Феодоровской иконы Божией Матери, кандидатом богословия, протоиереем Александром Сорокиным.

Организационная структура лечения патологических зависимостей врачами совместно со священниками в настоящее время выглядит следующим образом:

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

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

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

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

- участие в Божественной литургии в соборе Феодоровской иконы Божией Матери всех пациентов, пожелавших принять церковный (целебный) зарок;

- чин исповеди и проповедь перед Божественной литургией;

- индивидуальная исповедь и принятие индивидуального церковного (целебного) зарока перед Крестом и Евангелием;

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

- причащение на Божественной литургии пациентов, готовившихся к этому таинству;

- молебен Александро-Невского братства трезвости;

- дальнейшее воцерковление и регулярные (не реже 1 раза в месяц) посещения пациентами православных храмов для участия в Божественной литургии;

- последующее врачебное психотерапевтическое реабилитационное сопровождение, включающее, при необходимости, и направление в реабилитационные центры.

Индивидуальный прием психотерапевтом проводится по мере необходимости: при первичном обращении, после беседы-сеанса и в дальнейшем при появлении любых жалоб пациента на здоровье. Собственно к врачебному сеансу относятся первые четыре этапа, а также последующие врачебные приемы и реабилитация, которые являются психотерапевтически самодостаточными для первичной эффективной специализированной наркологической помощи. Эти этапы подготавливают пациентов к получению целительной помощи Церкви [2]. Иногда скептики заявляют, что подобный порыв человека прийти в храм после лечения у врача, по сути, часто бывает единственным и не приводит к последующему воцерковлению, так как атеистическая почва, на которой сеется слово Божие, зачастую неблагоприятна [1]. Отвечая на подобный вопрос одному подвижнику, преподобный Серафим Саровский сказал: «Сей, отец Тимон, сей, всюду сей данную тебе пшеницу. Сей на благой земле, сей и на песке, сей на камени, сей при пути, сей и в тернии: все где-нибудь и прозябнет, и возрастет, и плод принесет, хотя и не скоро» [10].

Задача настоящей работы – анализ особенностей больных алкоголизмом давших два зарока, у врача и в Церкви, пролеченных в МИРВЧ.

Материалы и методы

Для решения этой задачи все больные алкоголизмом, впервые обратившиеся в МИРВЧ и его филиалы, были поделены на две группы: 1-я – больные, давшие только лечебный зарок у врача на соответствующее время не употреблять спиртные напитки, 2-я – больные, давшие оба зарока: лечебный у врача и церковный в церкви на соответствующий период не употреблять спиртного.

Исследуемая выборка состояла из социологических и катamnестических данных (катamnез 45 %) о впервые обратившихся больных алкоголизмом в МИРВЧ в периоде с 23.01.1988 по 13.07.2010 г. Численность выборки – 52 517 больных алкоголизмом: первая группа – 46 233 больные, вторая группа – 6284 больные. Мужчин – 45 078, женщин – 7439 человек.

Для изучения результатов посещения церкви и влияния церковного зарока на длительность воздержания от спиртного, сотрудниками службы информации МИРВЧ был разработан специальный бланк учета церковного зарока. Бланк заполнял сам больной своей рукой, удостоверяя то, что он

определенное время обязуется не принимать алкоголь, и ставил свою подпись. Впоследствии бланк передавался священнику, принявшему зарок в церкви на Кресте и Евангелие. Священник на указанном бланке писал свою фамилию и верифицировал его подписью. После церковной службы указанные бланки передавались в отдел информации МИРВЧ, архивировались и учитывались в электронной базе института.

Практика дачи церковного зорка в Спасо-Парголовском храме осуществлялась с 13.02.1994 до 22.02.2003 г., и ее особенностью было то, что зарок всегда, по желанию, возможно было давать в день общего врачебного психотерапевтического лечения в МИРВЧ.

С 22.02.2003 г. дача церковного зорка стала осуществляться в церкви Феодоровской иконы Божией Матери, в центре города, недалеко от Московского вокзала. Из-за удаленности храма от МИРВЧ, где чаще всего проводилось психотерапевтическое лечение, церковный зарок в большинстве случаев стал даваться через некоторое время после лечебного (медицинского) зорка.

В интересах детального анализа роли и места церковного зорка в формировании ремиссии у больных с патологическими зависимостями нами произведена периодизация времени лечения в соответствии с возможностью дать второй зарок непосредственно после лечения в МИРВЧ и местом нахождения церкви, где давался зарок. Исходя из этой посылки, нами выделены три периода лечения в МИРВЧ:

I период (с 23.01.1988 по 13.02.1994 г.) – лечение без зорка в церкви, больные не имели возможности дать церковный зарок. Следует отметить, что пролеченные в этом периоде некоторые больные, позже узнав, что появилось возможность дать дополнительно зарок в церкви, его давали, обычно после продления или после закрепления лечебного зорка.

II период (с 11.02.1994 по 22.02.2003 г. – 1-й период становления метода ДОП ЦЗ) – наряду с методом психотерапии и лечебным зорком была возможность дать церковный зарок в тот же день в Спасо-Парголовском храме.

III период (с 23.02.2003 по июль 2010 г., 2-й период становления метода ДОП ЦЗ) – место церковного зорка перенесено в храм Феодоровской иконы Божией Матери. В связи с удаленностью храма от места проведения медицинского лечения давать церковный зарок в тот же день редко представлялось возможным, и большинство больных приходили в храм через некоторое время.

Результаты и их анализ

Распределение больных алкоголизмом по факту дачи церковного зарок в различные периоды лечения в МИРВЧ приведено в таблице. Чаще всего давали зарок в церкви больные, обратившиеся в МИРВЧ во II периоде лечения. Доля таких больных составила около $\frac{1}{3}$ (31,4 %), в III периоде их оказалась только $\frac{1}{5}$ часть (19,8 %). Из числа больных, пролеченных на I-м этапе лечения, возможностью дать церковный зарок воспользовались 64 больных, или 0,2 %. Таким образом, за I–III периоды (с 13.02.1994 по июль 2010 г.) возможностью церковного зарок в православных храмах воспользовались 29,2 % больных алкоголизмом.

Больные с алкогольной зависимостью, пролеченные в МИРВЧ

Период	Церковный зарок		Всего
	есть	нет	
I	64 (0,2 %)	31 150 (99,8 %)	31 214 (100,0 %)
II	5155 (32,4 %)	10 756 (67,6 %)	15 911 (100,0 %)
III	1065 (19,8 %)	4327 (80,2 %)	5392 (100,0 %)

Важным показателем при изучении эффективности лечения патологических зависимостей и ее прогноза, наряду с дачей зарок, является тот срок, на который дается зарок. Нами в данном исследовании приняты следующие математические выражения сроков зарок с соответствующей медико-психологической интерпретацией установки на трезвость: 1 – до 1 года – больные без определенной установки на лечение – незначительные сроки; 2 – 1 год – больные, сомневающиеся в эффективности врачебной помощи и метода лечения – малый срок; 3 – более года и до пяти лет включительно – больные желающие восстановиться и отложить вопрос о трезвом образе жизни на будущее – средние сроки; 4 – сроки зарок более 5 лет до 10, 15 и даже 25 лет – больные желающие полностью выздороветь – большие сроки; 5 – вся жизнь – больные, желающие трезво жить навсегда. На основе принятой группировки рассчитана структура сроков лечебного зарок среди больных алкоголизмом обеих групп: 1-я – давших только лечебный зарок и 2-я – давших оба зарок (и лечебный и церковный) (рис. 1).

Чаще всего в 1-й группе избирался средний срок лечебного зарок – 55,1 %. Во 2-й группе пациентов, давших лечебный зарок, оказалось меньше 48,9 % ($p < 0,01$). Доля больных, давших лечебный зарок на всю жизнь, было существенно больше во 2-й группе – 24,7 % (в 1-й – 16,7 %, различия при $p < 0,01$). Данный факт приводит к заключению, что уровень

установки на трезвость является фактором, повышающим вероятность дачи второго зарока в церкви. Доли пациентов, давших зарок менее чем на 1 год, на графике не обозначились из-за своей малой численности – до 0,1 % (всего – 55 человек).

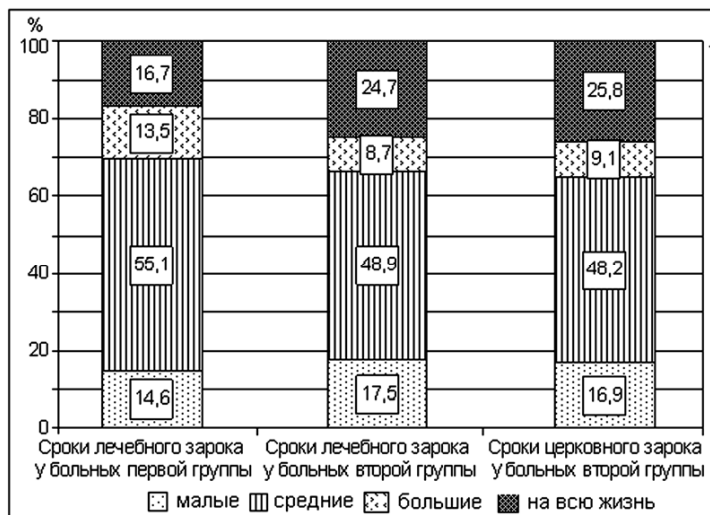


Рис. 1. Распределение больных алкоголизмом в зависимости от сроков леченого и церковного зароксов.

Для изучения гендерных особенностей в выборе сроков лечебного и церковного зарока, нами построен график, представленный на рис. 2. Из графика следует, что основные различия среди мужчин и женщин с различным объемом лечения наблюдаются в группах, давших зарок на всю жизнь и на средние сроки. Так, доля мужчин 2-й группы, давших лечебный зарок на средние сроки (50,5 %), достоверно меньше аналогичных в 1-й группе – (56,2 %). А вот число больных, желающих трезво жить всегда, наоборот, было больше во 2-й группе – практически на ту же долю – и составляет 22,5 и 15,1 % соответственно. Аналогичная по направлению, но более выраженная закономерность наблюдается и среди женщин. Доля женщин 2-й группы со средними сроками лечебного зарока составила 41,4 %, а 1-й группы – 48 %. В то же время доля той же 2-й группы женщин с желанием трезвости на всю жизнь составила 35,6 %, а в 1-й, давших только лечебный зарок, – 26,4 % ($p < 0,001$).

Определенный интерес представляют данные о распределении групп пациентов по срокам как лечебного, так и церковного зарок в ранее описанные периоды работы МИРВЧ. При рассмотрении этого вопроса считаем целесообразным уточнить, что больные, пролеченные в МИРВЧ, делятся на две группы: 1-я – это больные, давшие только лечебный зарок; 2-я – больные, которые после лечебного зарок сходили в храм и дали там еще и церковный зарок. При этом сроки лечебного и церковного зарок не всегда совпадали. Поэтому для 2-й группы нами анализировался отдельно лечебный и отдельно церковный зарок.

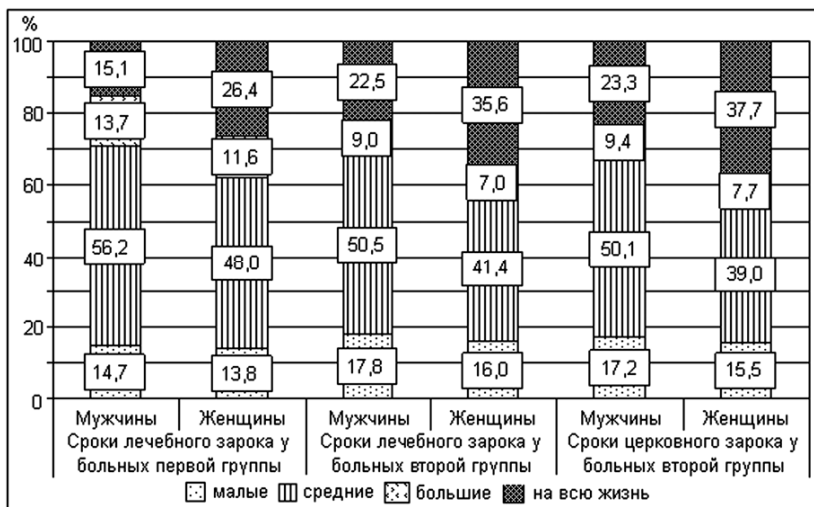


Рис. 2. Распределение больных алкоголизмом по срокам лечебного и церковного зарок в группах больных.

Распределение больных алкоголизмом 1-й группы (давших только лечебный зарок) показывает, что больные, пролеченные в I–III периодах работы института, чаще всего давали лечебный зарок на средний срок (в основном на 5 лет): 56,9 %, 54,0 и 45,5% соответственно. Больные, пролеченные в I периоде, практически с одинаковой частотой давали лечебный зарок на большие сроки (16,2%) и на всю жизнь (15,6 %). Сравнивая больных I периода с больными II-го, следует отметить, что почти в 2 раза повысилась доля больных, давших лечебный зарок на 1 год (с 11,4 до 22,6 %), и снизилась доля больных, давших лечебный зарок на длительные сроки (от 16,2 до 7,7 %). Доли больных III периода, давших зарок на средний

срок (45,5 %) и на всю жизнь (27,5 %), в сравнении с I и II периодами, существенно изменились соответственно в меньшую и большую сторону ($p < 0,001$).

Данные о распределении больных алкоголизмом 2-й группы показывают, что больных, пролеченных в I периоде и затем давших и церковный зарок, оказалось всего 63 человека и чаще всего они выбирали средний срок лечебного залока – 58,7 %, а 20,6 % выбирали большие сроки.

Большинство больных, пролеченных во II периоде – 51,8 %, давали лечебный зарок, как и больные из I периода, на средние сроки. Многочисленной оказалась группа больных, давших лечебный зарок на всю жизнь – 21,8 %.

В III периоде работы МИРВЧ, когда можно было дать церковный зарок в храме Феодоровской иконы Божией Матери, 39,6 % пациентов 2-й группы давали лечебный зарок у врача на всю жизнь. В этот период, по сравнению с двумя предыдущими, существенно меньшей оказалась доля больных, давших лечебный зарок на средние сроки – 34,6 %.

Наряду со сказанным, следует отметить особую тенденцию, которая заключается в том, что с каждым периодом достоверно ($p < 0,01$) снижалась доля пациентов, дававших лечебный зарок у врача только с целью мнимого восстановления и избравших средние сроки – в основном на 5 лет. Их доля уменьшалась последовательно с 58,7 % среди больных I периода до 51,8 % во II периоде и 34,6 % в III периоде. При этом устойчиво увеличивалась доля пациентов, дававших лечебный зарок на всю жизнь, надеясь окончательно порвать с алкоголем и вести трезвый образ жизни навсегда (15,9 %, 21,8 и 39,6 % соответственно).

Следующим логическим шагом нашего исследования стал анализ распределения больных алкоголизмом, давших после лечебного залока церковный зарок, по срокам церковного залока. Тенденции, описанные при анализе лечебного залока для 2-й группы практически полностью проявились и при распределении выбранных сроков церковного залока. Объяснение этому содержится в том, что больные, избравшие определенный срок лечебного залока, как правило, повторяли его, давая зарок в храме.

Обобщенные данные распределения больных алкоголизмом по срокам данного ими лечебного и церковного залоков во II и III периодах работы института приведены на рис. 3. I период нами не учитывался из-за малой численности пациентов, пролеченных в течение этого периода и в последующих периодах давших целебный зарок.

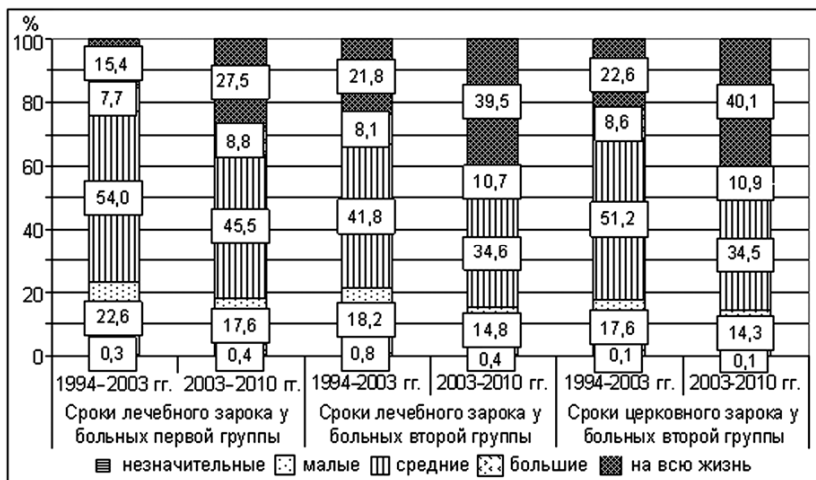


Рис. 3. Распределение больных алкоголизмом обеих групп по срокам лечебного и церковного залока во II и III периодах деятельности МИРВЧ.

Следующим предметом нашего изучения стал вопрос выявления предпочтений в выборе сроков лечебного и церковного залоков в гендерных группах. Отношение к срокам церковного и лечебного залока со стороны мужчин и женщин 2-й группы, впервые обратившихся по поводу зависимости от алкоголя, в различные периоды работы в МИРВЧ приведено на рис. 4 и 5. Описанная выше тенденция уменьшения с годами доли больных, давших лечебный зарок у врача (до залока в храме) на средние сроки, и увеличения доли пациентов, давших зарок на всю жизнь, сохранилась.

Во 2-й группе мужчин доля больных, давших лечебный зарок на 5 лет, уменьшалась последовательно: от 60,4 % – пролеченных в I периоде, до 53,3 % – пролеченных во II и до 36,2 % – пролеченных в III периоде.

Динамика роста доли пациентов, давших зарок на всю жизнь, в эти периоды работы МИРВЧ имеет следующий вид: в I период – 10,4 %, II период – 19,8 %, III период – 36,8 %.

Среди женщин 2-й группы динамика уменьшения доли пациенток, давших лечебный зарок у врача до церковного на средние сроки имеет следующий вид: в I период – 53,3 %, II период – 44,5 %, III период – 27,7 %. Рост же доли пациенток со сроком залока на всю жизнь не столь нагляден и выглядит, соответственно: 33,3 %, 31,9 и 51 % (рис. 4).

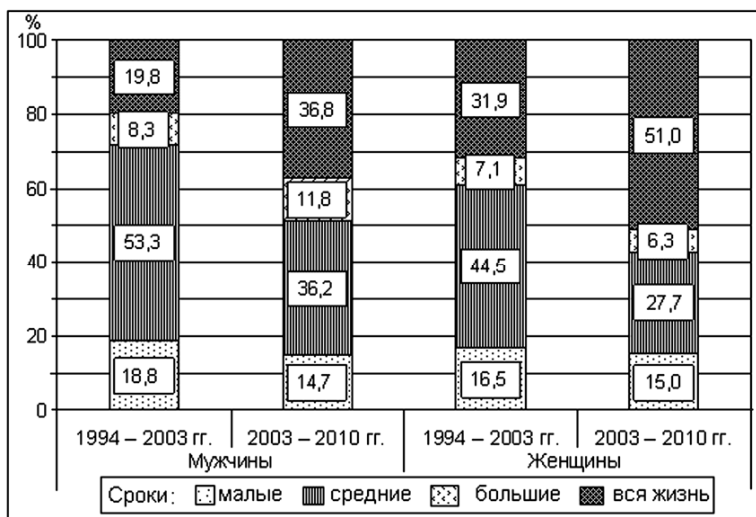


Рис. 4. Распределение мужчин и женщин 2-й группы в зависимости от срока лечебного зорка в периоды работы МИРВЧ.

На рис. 5 представлено распределение мужчин и женщин, давших церковный зарок в различные периоды его становления, которое практически повторяет те же особенности, которые были характерны для распределения этой группы больных в зависимости от сроков данного ими лечебного зорка.

Можно констатировать достоверное ($p < 0,001$) увеличение возраста больных алкоголизмом, как давших два зорка, так и ограничившихся только лечебным зорком, в связи с периодами развития метода ДОП ЦЗ (рис. 6). Из графика становится весьма очевидным статистически значимое превышение среднего возраста больных, давших и церковный зарок, над средним возрастом больных, давших только лечебный зарок ($p < 0,001$), за исключением I периода лечения, когда и не было возможности дать второй зарок в Церкви. Средний возраст пациентов, давших и церковный (целебный) зарок в различные периоды наблюдения, составил соответственно $(38,8 \pm 1,1)$, $(40,2 \pm 0,1)$ и $(42,8 \pm 0,3)$ лет, а пациентов, давших только лечебный зарок, соответственно $(36,7 \pm 0,1)$, $(38,3 \pm 0,1)$ и $(39,5 \pm 0,1)$ лет.

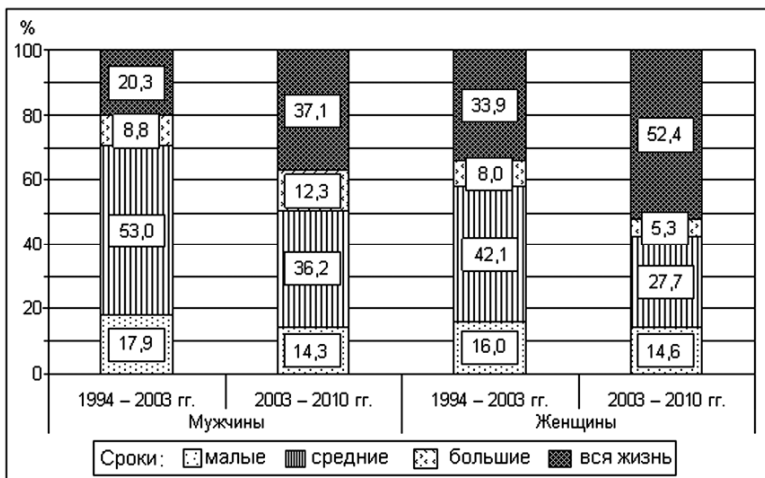


Рис.5. Распределение мужчин и женщин 2-й группы в зависимости от срока церковного зарока в периоды работы МИРВЧ.

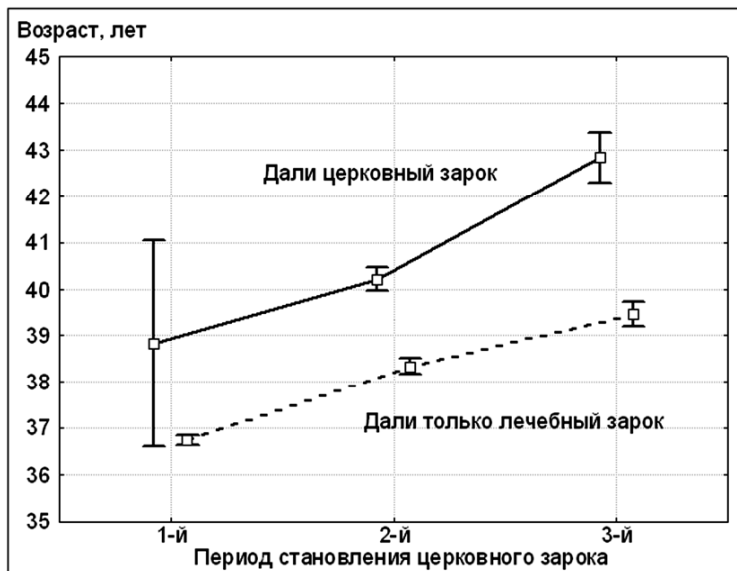


Рис. 6. Средний возраст (с 95 %-ным доверительным интервалом) больных алкоголизмом обеих групп, в периоды работы МИРВЧ.

Результаты изучения вопроса, как часто давали церковный зарок больные алкоголизмом мужчины и женщины различных возрастных групп и в различные периоды деятельности МИРВЧ, приведены на рис. 7 и 8. Больные распределены по возрасту на следующие группы:

- младшая – больные в возрасте до 40 лет;
- средняя – женщины в возрасте 40–55 лет и мужчины 40–60 лет;
- старшая – женщины старше 55 лет и мужчины старше 60 лет.

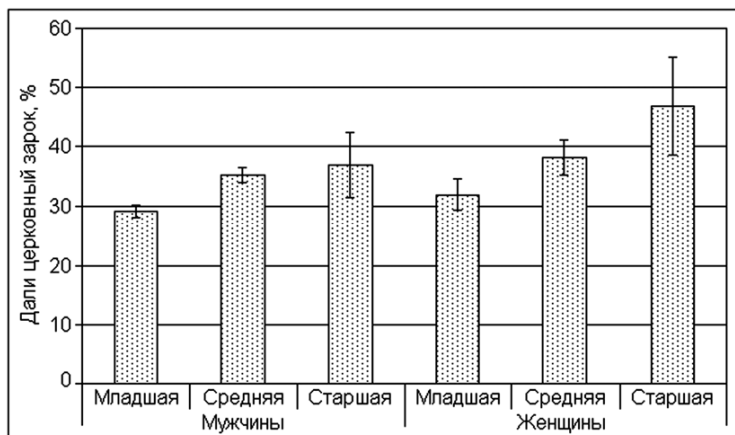


Рис. 7. Гендерно-возрастная характеристика частоты церковного зорка, проведенного в Спасо-Парголовском храме.

Нами установлена закономерность достоверного ($p < 0,05$) повышения доли больных с увеличением возраста больных как среди мужчин, так и среди женщин. При этом следует указать на аналогичную ситуацию во II и III периодах, а также на тот момент, что в III периоде больные мужчины и женщины двух младших возрастных групп достоверно ($p < 0,05$) реже использовали возможность дачи церковного зорка, чем во II периоде. Доля таких мужчин в возрастной группе до 40 лет во II периоде составила 29,1 %, а в III – 16 %; в возрастной группе 40–60 лет – 35,1 и 21,6 % соответственно. Доля женщин, давших церковный зарок, из возрастной группы до 40 лет во II периоде оказалась равной 31,9 %, а из возрастной группы 40–55 лет – 38,1 %. В III периоде доли женщин из этих возрастных групп, давших церковный зарок, составили 17,4 и 22,8 %. Пациенты старших возрастных групп по сравнению с другими достоверно ($p < 0,05$) чаще прибе-

дали к возможностям дать церковный зарок, за исключением, пожалуй, мужчин в период дачи церковного зарока в Спасо-Парголово́м храме.

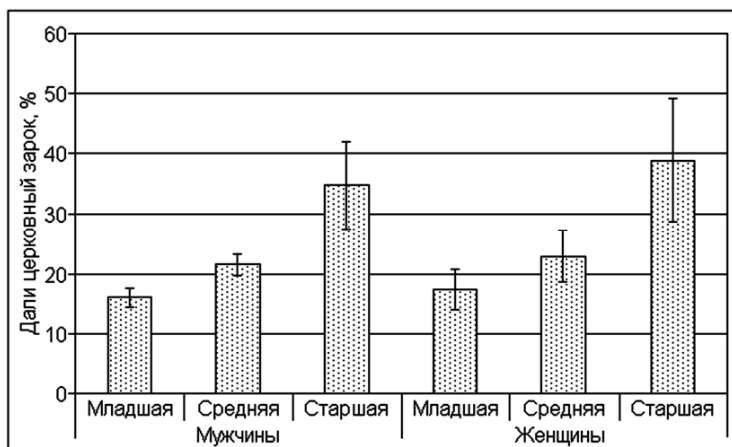


Рис. 8. Гендерно-возрастная характеристика частоты церковного зарока, проведенного в храме Феодоровской иконы Божией Матери.

Заключение

Таким образом, почти $\frac{1}{3}$ больных, пролеченных в обоих периодах становления метода ДОП ЦЗ, дали вторые (целебные) зароки не употреблять спиртные напитки в православных храмах. Зароки в Спасо-Парголово́м храме дали 32 % больных, значительно реже (20 %) дали зароки пациенты в храме Феодоровской иконы Божией Матери. Церковные зароки в Спасо-Парголово́м храме в основном давались в тот же день (94 %). В храм Феодоровской иконы Божией Матери 71 % больных приходили давать целебный зарок в течение первых 3 недель после сеанса, и только 3 % давали зарок в тот же день. Женщины давали церковные зароки чаще (32 %), чем мужчины (29 %). С увеличением возраста частота дачи зарока возрастала от 16 до 39 %, и доля женщин старшего возраста, давших целебный зарок, оказалась близкой к 50 %.

Высокая установка на трезвость и, в связи с этим, выбор сроков лечебного зарока на всю жизнь у 1-й группы больных достоверно чаще (27 %) наблюдался во II периоде становления метода ДОП ЦЗ (в I периоде – 15 %). Выбор сроков зарока как лечебного, так и церковного на всю жизнь у больных 2-й группы показал те же тенденции: 40 % и 22 % соответственно I и II периоду как лечебный, так и церковный. У мужчин 37 % и 20 %

соответственно периодам, у женщин – 51 и 32 % соответственно периодам. Достоверное ($p < 0,001$) увеличение возраста больных алкоголизмом, как давших два зарока, так и ограничившихся только лечебным зарокон, в связи с периодами развития метода ДОП ЦЗ.

Литература

1. Использование христианских православных традиций в методе целебного зарока при формировании мотивационно-волевых установок терапии болезненных влечений / Г.И. Григорьев, О.Н. Кузнецов, В.Г. Лесняк // Выживание человека: резервные возможности и нетрадиционная медицина: материалы 1-й междунар. науч. конф. – М., 1993. – С. 175–176.

2. *Григорьев Г.И.* Огласительная беседа при лечении алкоголизма 27 декабря 2001 года // Исцеление словом : Вып. V. Исцеление верой. – СПб., 2002. – С. 165–196.

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

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

5. Духовно ориентированная психотерапия / под ред. Г.И. Григорьева. – СПб. : ИИЦ ВМедА, 2008. – 504 с.

6. *Лесняк В.Г.* Психотерапия хронического алкоголизма в свете современного православия / В.Г. Лесняк // Вестн. гипнологии и психотерапии. – 1991. – № 1. – С. 7–8.

7. *Лесняк В.Г.* Александро-Невское общество трезвости возрождается / В.Г. Лесняк // Вестн. психотерапии. – 1994. – № 1 (6). – С. 90–92.

8. *Лесняк В.Г.* Отец Александр Васильевич Рождественский – сборник народной трезвости / В.Г. Лесняк // Вестн. психотерапии. – 1997. – № 4 (9). – С. 63–71.

9. Павловские клинические среды : стенограммы заседаний в нервной и психиатрической клинике / ред. К.М. Быкова. – М. ; Л. : Акад. наук СССР, 1954–1957.

10. Преподобный Серафим Саровский и его советы / Рус. духов. центр. – М., 1993. – 207с.

11. *Цыганков В.А.* В помощь гибнущему брату / В.А. Цыганков. – СПб., 2004. – 44 с.

СТРУКТУРА ПСИХОГЕННОЙ СИМПТОМАТИКИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ У ПОДРОСТКОВ, ПЕРЕЖИВШИХ НАСИЛИЕ В СЕМЬЕ

Специальное предприятие «Новое поколение», Санкт-Петербург

Введение

Насилие над детьми в России сегодня является распространенным социальным явлением, требующим немедленного устранения. По информации Комитета Государственной думы по делам женщин, семьи и молодежи, около двух миллионов детей в возрасте до 14 лет ежегодно подвергаются избиению в семье, 10 % детей умирают от полученных побоев [1]. По данным Министерства внутренних дел за 2010 г. в России в результате такого рода преступлений 1918 детей погибли, 12,3 тыс. детей числятся в розыске, в социально опасных условиях проживают 700 тыс. детей [1, 3, 4, 10].

В каждой четвертой российской семье имеют место факты насилия. Каждый год более 50 тыс. российских детей убегают из дома, спасаясь от побоев; по данным на 2008 г., в розыске находятся 25 тыс. несовершеннолетних. От общего количества убитых на почве семейно-бытовых отношений 38 % составляют неспособные защититься дети, инвалиды, женщины [2, 8]. Из-за жестокого обращения примерно 2 тыс. детей и подростков за год совершают самоубийства [15, 16].

Таким образом, данные статистики показывают распространенность и остроту проблемы насилия над подростками в семье в современной психологии.

Цель исследования – выявить особенности, структуру и динамику невротических расстройств у подростков, подвергшихся насилию в семье, в раннем периоде после психической травмы.

Материалы и методы

Обследовали 216 подростков (1-я группа), подвергшихся насилию в семье, проверка эффективности психодиагностического алгоритма выполнена на контрольной выборке – 89 подростках с нормативным типом поведения (2-я группа), учащихся средних общеобразовательных школ № 140 и 161 Красногвардейского района (Санкт-Петербург). Средний возраст обследованных подростков составил $(15,9 \pm 1,8)$ года.

Дополнительно нами были проанализированы данные З.И. Кекелидзе и соавт. (2002) о детях, пострадавших на крупномасштабном пожаре в школе в посёлке Садыбыл в Республике Саха (Якутия) (3-я группа, n = 48) [14, 17].

Исследование проводили по следующим направлениям:

– исследование психопатологической симптоматики по методике «Полуструктурированное интервью для оценки травматических переживаний подростков» (Н.В. Тарабрина) [13];

– исследование агрессивности подростков по методике А. Баса – А. Дарки [7];

– психосемантический анализ самоотношения и отношения к сверстникам подростков, пострадавших вследствие жестокого обращения в семье по методике личностного дифференциала и по методике «незаконченные предложения» [4];

– исследование показателей психического (эмоционального) состояния по тесту М. Люшера [5];

– исследование особенностей когнитивной и эмоциональной сферы по рисуночному тесту Р. Сильвера (оценка взаимосвязи и взаимовлияния когнитивных и эмоциональных процессов) [11];

– изучение стратегий копинг-поведения подростков по показателям теста SACS [6];

– исследование защитных механизмов по методике «Опросник психологических защит» LSI (индекс жизненного стиля) [9].

Экспериментальные материалы, полученные в ходе исследования, подвергались статистической обработке по стандартным программам для персональных компьютеров («SPSS», «Statistica-6») [7, 12].

Результаты и их обсуждение

Изучение психогенной симптоматики в остром периоде после психотравмы у подростков, подвергшихся насилию в семье. Исследование психологического статуса подростков, подвергшихся насилию в семье, в первоначальный период после психотравмы позволило установить, что наиболее часто у пострадавших подростков в первые 2–3 мес после психической травмы встречались симптомы психогенной симптоматики (в рамках невротических, связанного со стрессом расстройств): симптомы аффективной патологии; обсессивная симптоматика; симптомы повышенной возбудимости; компульсивная симптоматика; симптомы повторного переживания психической травмы в виде навязчивых воспоминаний (реминис-

ценций), кошмарных сновидений, отчуждение от других людей; диссоциативные симптомы.

Далее в исследовании было проведено сравнение частоты симптомов невротического расстройства у подростков 1-й и 3-й групп (табл. 1). Для диагностической квалификации выявленных расстройств были использованы критерии острого стрессорного расстройства (ОСР), приведенные в DSM-IV-TR. Для оценки острых стрессовых расстройств использовалось «Полуструктурированное интервью для оценки травматических переживаний подростков» Н.В. Тарабриной [13].

Таблица 1

Частота симптомов острого невротического расстройства у подростков

Группа симптомов	Группа, n (%)	
	1-я	3-я
Диссоциативные	129 (60,0)	30 (62,5)
Повторное переживание	156 (71,7)	38 (79,2)
Избегание	152 (70,0)	36 (75,0)
Повышенная возбудимость	132 (62,1)	31 (64,6)

Как видно из приведенных в табл. 1 данных, частоты симптомов острого стрессового расстройства у подростков 1-й и 3-й групп (по t-критерию Стьюдента для относительных величин) не различаются. При этом симптоматика острого стрессового расстройства у подростков 1-й группы сопоставима по частоте встречаемости диссоциативных симптомов, повышенной возбудимости и дистресса.

Следовательно, у подростков 1-й группы в сравнении с подростками 3-й группы, пострадавшими во время пожара, воздействие психической травмы в семье было сопоставимо выражено по степени изменений психической сферы личности.

Исследование психологического статуса подростков, пострадавших от насильственных действий в семье. Сравнительный анализ агрессивности у подростков 1-й и 2-й групп по тесту А. Басса – А. Дарки представлен в табл. 2.

Как видно из табл. 2, достоверные различия имеются по шкалам «физическая агрессия», «раздражительность», «обида», «подозрительность», «вербальная агрессия» и «чувство вины». Различия же для шкал «косвенная агрессия» и «негативизм» не имели статистической значимо-

сти. Эти данные свидетельствуют о более выраженном воздействии на психику подростков насилия в семье как психической травмы.

Таблица 2
Показатели опросника А. Басса–А. Дарки у подростков,
балл (M ± m)

Показатели теста А. Басса – А. Дарки	Группа		p <
	1-я	2-я	
Физическая агрессия	7,3 ± 0,9	4,6 ± 0,9	0,05
Косвенная агрессия	5,7 ± 1,1	5,5 ± 1,18	–
Раздражительность	6,9 ± 0,8	4,0 ± 0,9	0,05
Негативизм	4,2 ± 1,0	2,7 ± 0,6	–
Обида	7,0 ± 1,0	3,3 ± 0,8	0,05
Подозрительность	7,1 ± 0,8	3,4 ± 0,7	0,05
Вербальная агрессия	7,9 ± 0,7	5,2 ± 1,1	0,05
Чувство вины	6,8 ± 0,6	3,1 ± 0,6	0,05

На следующем этапе проводился анализ результатов исследования подростков с помощью цветового теста М. Люшера (табл. 3). Как видно из приведенных в табл. 3 данных статистического анализа, 1-я группа подростков в сравнении со 2-й группой подростков аналогичного возраста характеризуется достоверно более высоким уровнем психического утомления, тревоги и суммарного отклонения, а вегетативный коэффициент и работоспособность достоверно хуже, чем у подростков контрольной группы ($p < 0,001$).

Таблица 3
Показатели психологического состояния у подростков
по цветовому тесту М. Люшера, усл. ед. (M ± m)

Показатели теста М. Люшера	Группа		p <
	1-я	2-я	
Психическое утомление	17,0 ± 1,9	8,2 ± 1,1	0,05
Психическое напряжение	14,9 ± 1,9	7,1 ± 1,2	0,01
Тревога	18,0 ± 2,3	4,3 ± 0,5	0,05
Эмоциональный стресс	14,7 ± 2,2	7,0 ± 0,8	0,05
Работоспособность	4,1 ± 0,5	8,5 ± 0,2	0,001
Суммарное отклонение	24,5 ± 3,5	10,7 ± 1,1	0,01
Вегетативный коэффициент	1,8 ± 0,1	1,0 ± 0,1	0,001

Далее нами исследовалось содержание страхов у подростков по данным рисуночного теста Сильвера. Результаты изучения особенностей психического состояния подростков, переживших насилие в семье, в острый стрессовый период психической травмы указывают на наличие у них в сравнении с детьми контрольной группы высокого эмоционального напряжения, страха, личностной тревоги, протестных стремлений, дезорганизации межличностного поведения, физического и эмоционального истощения и усталости.

Следующий этап обследования подростков предполагал анализ рисуночного теста Р. Сильвера для выявления особенностей эмоциональной сферы подростков, переживших насилие в семье. Результаты исследования показали, что у подростков 1-й группы сохранялось высокое эмоциональное напряжение даже спустя 2–4 мес после произошедших психотравмирующих событий. В обобщенном виде результаты оценки рисунков подростков представлены в табл. 4.

Таблица 4
Эмоциональные проявления у подростков по данным
рисуночного теста Р. Сильвера, балл (M ± m)

Показатель	Группа		p <
	1-я	2-я	
Эмоциональное содержание рисунков	8,2 ± 1,1	4,2 ± 0,9	0,01
Наличие изображенной ценности	3,3 ± 0,5	3,1 ± 0,2	–
Наличие декоративных элементов	4,3 ± 0,5	7,0 ± 1,1	0,05

Однако психический статус пострадавших подростков 1-й группы также характеризуют потребности в помощи и поддержке, стремление к покою, уютному домашнему очагу, что является позитивным фактом и свидетельствует об их потребности в коммуникации и сохранении элементов доверия к людям и реабилитационном потенциале.

Особенности самоотношения подростков 1-й группы анализировались по результатам методики семантического дифференциала с использованием понятий: «Каким я вижу себя в настоящее время (Я – реальное)», «Каким я хочу быть (Я – идеальное)». Данные психосемантического анализа самоотношения по факторам оценки, силы и активности представлены в табл. 5.

Таблица 5
Психосемантический анализ самооношения у подростков

Шкала	Группа		p <
	1-я	2-я	
Фактор «оценка»			
Я в настоящее время	4,7	8,5	0,01
Каким я хочу быть	4,3	7,5	0,01
Фактор «сила»			
Я в настоящее время	1,5	5,1	0,01
Каким я хочу быть	2,3	3,9	0,01
Фактор «активность»			
Я в настоящее время	-0,5	-1,8	-
Каким я хочу быть	-0,3	-1,7	-

По данным психосемантического анализа установлено, что понятие «Я – реальное» оценивается подростками 1-й группы значительно ниже, чем сверстниками из контрольной группы. Выявленные различия могут свидетельствовать о том, что подростки 1-й группы в целом имеют более низкую самооценку, менее уверены в себе, склонны сосредотачивать внимание на своих недостатках, неудовлетворены собой. Для их сверстников во 2-й группе в большей мере характерно самоуважение, самоприятие.

В дальнейшем нами изучались особенности копинг-поведения и ведущие психологические защиты у подростков, переживших насилие в семье. По данным теста SACS ведущими стратегиями копинг-поведения подростков 1-й группы в раннем периоде после психической травмы являются «поиск социальной поддержки» (29,1 балла; 1-е ранговое место), «импульсивные действия» (27,6 баллов; 2-е ранговое место) и «осторожные действия» (26,1 балла; 3-е ранговое место). Эти данные указывают на преобладание в поведении детей этой группы пассивных и дезадаптивных копинг-стратегий.

По данным теста «Индекс жизненного стиля» у подростков 1-й группы обнаруживается существенное напряжение практически всех механизмов психической защиты, по сравнению с аналогичными показателями у детей контрольной группы.

Кроме того, было установлено, что, по данным экспертных оценок преподавателей, психическая травма оказала негативное влияние на поведенческие особенности подростков, отражающиеся в снижении мотивации учения и в конфликтах с другими детьми.

В ходе статистической обработки данных с помощью многофакторного анализа выделены 5 основных факторов (симптомокомплексов), характеризующих феноменологию (сущность и содержание) психологических проявлений невротической симптоматики и особенностей психологического статуса подростков 1-й группы в раннем периоде после психической травмы (табл. 6).

Таблица 6
Факторный анализ психодиагностических данных подростков, подвергшихся насилию в семье

Номер фактора, название и его факторный вес, %	Методика, показатель	Факторная нагрузка (модуль) показателя
F1 Аффективная симптоматика, 23,2	– «Раздражительность», опросник А.Баса–А.Дарки – «Тревога», тест Люшера – Эмоциональное содержание рисунков – «Реактивные образования», LSI – Расхождения между Я-реальным и Я-идеальным, психосемантический анализ самоотношения – «Эмоциональная неуравновешенность», тест Сильвера	0,661 0,649 0,621 0,613 0,595 0,568
F2 Обсессии, фобии, 19,1	– Эмоциональное содержание рисунков – «Подозрительность», опросник А.Баса–А.Дарки – Психастеническая симптоматика, тест Сильвера – «Избегание», SACS – Сверхценные, навязчивые образования (критерий В), «Полуструктурированное интервью для оценки травматических переживаний подростков» Н.В. Тарабриной	0,802 0,741 0,708 0,689 0,643
F3 Гипевозбудимость, 14,4	– «Физическая агрессия», опросник А.Баса–А.Дарки – «Импульсивные действия», SACS – «Психическое напряжение», тест Люшера – Ситуационная обусловленность поведения, «Полуструктурированное интервью для оценки травматических переживаний подростков» Н.В. Тарабриной – Поведенческая регуляция экспертные оценки	0,851 0,798 0,693 0,640 0,590
F4 Психологические защиты, 13,7	– Фактор диссоциативности, экспертные оценки – «Чувство вины», опросник А.Баса–А.Дарки – «Отрицание», LSI – Диссоциативная (конверсионная) симптоматика, тест экспертные оценки	0,741 0,716 0,658 0,594
F5 Копинг-реакции, 10,8	– «Осторожные действия», SACS – «Поиск соц. поддержки», SACS – «Вербальная агрессия», опросник А.Баса–А.Дарки – Отношение к учёбе (мотивация учения)	0,701 0,602 0,585 0,569

Таким образом, результаты исследования позволили отметить, что у подростков 1-й группы отмечается более интенсивное переживание стресса, признаки которого соответствуют критериям острой невротической патологии.

Выводы

1. Для подростков, подвергшихся насилию в семье, по сравнению с подростками из контрольной группы, характерны: превалирование агрессивных и враждебных реакций ($p < 0,05; 0,01$) в виде физической и вербальной агрессии, раздражительности, обиды, подозрительности и чувства вины (тест А. Баса – А. Дарки), высокий уровень психического утомления, тревоги и суммарного отклонения, а вегетативный коэффициент и работоспособность достоверно снижены ($p < 0,01$) (цветовой тест М. Люшера).

2. По данным результатов психосемантического анализа самоотношения и отношения к сверстникам у подростков, подвергшихся насилию в семье, выявлены достоверно более низкая самооценка, неудовлетворенность собой, неуверенность в своих силах и способностях по сравнению с подростками из контрольной группы. По результатам анализа копинг-стратегий (тест SACS) у подростков, подвергшихся насилию в семье, превалируют просоциальные, прямые, пассивные, асоциальные и агрессивные типы копинг-стратегий; по данным теста LSI у обследуемых подростков выявлено напряжение практически всех психологических защитных механизмов, переживание эмоционального дискомфорта во взаимоотношениях со сверстниками; анализ репертуара поведения установил негативное отношение к школе и низкий уровень успеваемости по школьным предметам у данного контингента.

3. Факторная структура психологического статуса подростков, подвергшихся насилию в семье, в остром периоде включает 5 системообразующих факторов (суммарная дисперсия 81,2 %): F1 «Аффективная симптоматика» (23,2% общей дисперсии), F2 «Обсессии, фобии» (19,1 %), F3 «Гипевозбудимость» (14,4 %), F4 «Психологические защиты» (13,7 %), F5 «Копинг-реакции» (10,8 %), которые отражают феноменологию психологических признаков невротической патологии у подростков в остром периоде после психической травмы.

Литература

1. *Алексеева И.А.* Жестокое обращение с ребенком: причины. последствия, помощь / И.А. Алексеева. – М. : Генезис, 2005. – 256 с.
2. *Белов В.Г.* Фрустрация как предиктор девиантного поведения у подростков / В.Г. Белов, Н.С. Малинина, Ю.А. Парфенов // Учен. зап. ун-та им. П.Ф. Лесгафта. – 2011. – № 11 (81). – С. 26–31.
3. *Белов В.Г.* Психологические особенности подростков с девиантной виктимностью / В.Г. Белов, Ю.А. Парфенов, В.М. Кирьянов // Учен. зап. ун-та им. П.Ф. Лесгафта. – 2011. – № 9 (79). – С. 28–73.
4. *Вдовина М.В.* Межпоколенные конфликты в современной российской семье / М.В. Вдовина // Социол. исслед. – 2005. – № 1. – С. 102–104.
5. *Гиндикин В.Я.* Статистические исследования генеза, клинической динамики и дифференциальной диагностики психопатии. Актуальные вопросы социальной психиатрии и пограничных нервно-психических расстройств / В.Я. Гиндикин. – М. : Медицина, 2005. – 59 с.
6. *Гомжина Е.А.* О психологических механизмах противоправного поведения несовершеннолетних / Е.А. Гомжина // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2008. – № 4. – С. 73–75.
7. *Наследов А.Д.* Математические методы психологического исследования / А.Д. Наследов. – СПб. : Речь, 2008. – С. 297–236/
8. *Никольская И.М.* Кризисная психологическая помощь детям и психологическая защита / И.М. Никольская // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2012. – № 1. – С. 97–104.
9. *Посохова С.Т.* Психодиагностика : конспект лекций / С.Т. Посохова. – М. : АСТ, 2007. – С. 48–54
10. Психологические особенности подростков, подвергающихся жестокому обращению в семье / В.Г. Белов, Г.В. Дробышевская, Р.Г. Коротенкова, Ю.А. Парфенов // Учен. зап. ун-та им. П.Ф. Лесгафта. – 2011. – № 12 (82). – С. 30–35.
11. *Райгородский Д.Я.* Практическая психодиагностика: методики и тесты : учеб. пособие / Д.Я. Райгородский. – Самара : Летопись, 2010. – 458 с.
12. *Сидоренко Е.В.* Методы математической обработки в психологии : учеб. пособие / Е.В. Сидоренко. – СПб. : Речь, 2007. – 350 с.
13. *Тарабрина Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. – СПб. [и др.] : Питер, 2011. – 254 с.

14. *Цуциева Ж.Ч.* Проблемы диагностики посттравматических стрессовых расстройств и психологических особенностей его проявления у детей / Ж.Ч. Цуциева // Вестн. психотерапии. – 2006. – № 18 (23). – С. 12–15.

15. *Цуциева Ж.Ч.* Особенности ценностно-смысловой сферы у детей, переживших террористический акт в Беслане: психологические аспекты / Ж.Ч. Цуциева // Вестн. психотерапии. – 2006. – № 19 (24). – С. 20–24.

16. *Цуциева Ж.Ч.* Посттравматические стрессовые расстройства у детей, жертв террористического акта в Беслане / Ж.Ч. Цуциева // Вестн. психотерапии. – 2006. – № 19 (24). – С. 10–15.

17. *Цуциева Ж.Ч.* Особенности стрессовых расстройств у детей, жертв теракта / Ж.Ч. Цуциева // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2006. – № 3 (27). – С. 14–19.

ПСИХОЛОГИЯ И ПАТОПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.9 : 616.585

А.А. Александров, Е.С. Багненко

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖЕНЩИН С КОСМЕТИЧЕСКИМИ ДЕФЕКТАМИ КОЖИ ЛИЦА

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

Введение

Неудовлетворенность своим внешним видом входит в число десяти главных причин эмоционального дискомфорта и хронического стрессового состояния [8]. Клиническая практика показывает, что косметические проблемы конкретного человека, преломляясь через его ценностно-мотивационную сферу, могут обусловить риск развития психосоматических и психогенных нервно-психических расстройств, других проявлений психологической и социальной дезадаптации личности. И напротив, устранение незначительной, на первый взгляд, косметической проблемы приобретает важное значение в силу своего влияния на эмоциональное состояние человека и статистически доказанное повышение качества жизни [19].

Несмотря на очевидную важность психологической составляющей косметологического лечения, работы по ее изучению малочисленны. Если в отношении психологических характеристик больных с хроническими заболеваниями кожи, обращающихся к пластическим хирургам, существует ряд фундаментальных работ [14, 16–18 20, 21], то психологический статус пациентов косметологических клиник практически не изучен. В то же время четкое представление об индивидуально-личностных характеристиках и социально-психологических проблемах лиц, обращающихся за косметологической помощью, могло бы оптимизировать процесс лечебной коррекции, повысив его психотерапевтический потенциал. Особое значение имеет изучение психологических характеристик пациентов с дефектами кожи лица – важнейшего элемента человеческой коммуникации [3, 6, 10].

Это определило основную цель исследования – изучить комплекс психологических характеристик женщин с косметическими проблемами кожи лица и динамику этих характеристик в процессе лечебной коррекции.

Конкретные задачи: 1) исследовать структуру и динамику эмоционального состояния; 2) определить структуру и динамику самооценки; 3) изучить индивидуально-психологические особенности личности; 4) выявить ценностно-мотивационную направленность личности; 5) определить стратегии совладающего (стресс-преодолевающего) поведения женщин с дефектами кожи лица.

Материал и методы

На основании письменного «информированного согласия» с помощью методов психологической диагностики исследовали 110 женщин (Е – общая группа), обратившихся в Санкт-Петербургский институт красоты в связи с дефектами кожи лица.

Средний возраст женщин составил ($35,6 \pm 1,1$) лет. Анализ возрастных характеристик показал, что наиболее часто обращаются за косметологической помощью по поводу проблем кожи лица женщины в возрасте 26–35 лет (36,4 % от всех обратившихся). Самые молодые (18–25 лет) и зрелые (46–55 лет) женщины обращаются к врачу косметологу одинаково часто (их количество в каждом случае составляет 20 % от всех обратившихся). Наиболее редко обращаются к врачу-косметологу женщины 56 лет и старше (5,5 % от всех обратившихся), и их обращения связаны главным образом с изменением овала лица и мимическими морщинами.

Степень выраженности косметологической проблемы в более чем половине случаев оценивалась лечащим врачом как незначительная (минимальная) и лишь у 11,8 % пациенток – как максимальная. По характеру косметологической патологии пациенток распределили на группы:

- А – 26 женщин, или 23,6 %, с гравитационным птозом;
- В – 37 женщин, или 33,6 %, с мимическими морщинами;
- С – 19 женщин, или 17,3 %, с акне;
- Д – 28 женщин, или 25,5 %, с дегидратацией кожи лица.

Средняя длительность косметологической проблемы составила 20,2 мес; она редко была менее 1 мес (12,7 %) и более 3 лет (19,1 %). Изучение социально-демографических характеристик пациенток показало, что во всех диагностических группах значительно преобладают лица с высшим образованием (72,7 %), постоянно работающие (73,6 %), состоящие в браке (53,6 %) и имеющие детей (60,9 %).

Для реализации задач исследования использовали структурированное интервью, а также комплекс психодиагностических методик: методики «Шкала самооценки» Т. Дембо – С.Я. Рубинштейн [13] и стандартизован-

ных опросники «Доминирующее состояние» [7], «Большая пятерка» (Big V) [12, 15], «Стратегии совладающего поведения» (СПП) [5], «Смысло-жизненные ориентации» (СЖО) [9].

Математико-статистический анализ включал сравнение независимых выборок пациенток, выделенных по диагностическому критерию. Также проведен сравнительный анализ психологических показателей клинической группы с нормативными данными, полученными авторами используемых психологических тестов. Динамичные психологические характеристики – особенности эмоционального состояния и самооценки – анализировались дважды: до начала и по окончании лечебной коррекции. Эти параметры изучались в динамике у тех женщин, курс косметологического лечения которых длился не менее 3 мес. Анализ различий средних значений психодиагностических показателей в независимых выборках и в зависимых выборках (в динамике) проводился с использованием Т-критерия Уилкоксона; частотный анализ градаций номинативных и ранговых признаков – с помощью χ^2 Пирсона.

Результаты и их анализ

В табл. 1 приведены результаты исследования эмоциональных состояний по методике «Доминирующее состояние» у пациентов в группах в начальном периоде косметологического лечения по сравнению с нормативными данными теста (группа F, n = 131), где средние значения для каждой шкалы составляют (50 ± 10) Т-баллов [7].

Таблица 1
Показатели доминирующих эмоциональных состояний у пациентов в группах до лечения в сопоставлении с нормативными данными (F), Т-балл (M ± σ)

Показатель эмоционального состояния	Клиническая группа					p <
	A	B	C	D	E	
Активное–пассивное отношение к жизненной ситуации	43,7 ± 13,0	47,3 ± 11,2	48,7 ± 11,2	45,1 ± 10,0	46,1 ± 11,4	AF* EF***
Тонус высокий–низкий	46,6 ± 10,4	48,6 ± 10,4	52,2 ± 9,9	50,5 ± 11,4	49,2 ± 10,6	–
Спокойствие–тревога	49,9 ± 8,2	50,7 ± 9,6	54,0 ± 9,2	51,5 ± 12,6	51,2 ± 10,1	–
Устойчивость–неустойчивость эмоционального тона	50,0 ± 9,4	48,7 ± 11,5	51,4 ± 10,3	50,7 ± 11,3	50,0 ± 10,7	–
Удовлетворенность–неудовлетворенность жизнью	50,79,0	53,710,0	54,9 ± 9,5	53,3 ± 11,4	53,1 ± 10,0	BF* CF* EF**
Положительный–отрицательный образ самого себя	51,8 ± 9,0	52,1 ± 7,9	48,5 ± 9,8	48,4 ± 9,0	50,5 ± 8,8	–

Здесь и в табл. 2–7. Различия в группах: * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001.

Как видно из табл. 1, в группе женщин с диагнозом «гравитационный птоз» и общей группе пациенток с дефектами кожи лица в начальном периоде косметологического лечения выявляется статистически значимое снижение показателя шкалы «Активное–пассивное отношение к жизненной ситуации» по сравнению с нормативной выборкой. Это свидетельствует о том, что исследованные пациентки до начала лечебной коррекции характеризуются определенным снижением настроения и активности, менее оптимистичны и обладают меньшей уверенностью в возможности успешного решения собственных проблем, по сравнению с большинством здоровых женщин. В то же время, следует учитывать, что показатели шкалы «Активное–пассивное отношение к жизненной ситуации» во всех исследованных группах не выходят за пределы нормативного диапазона.

Одновременно в двух диагностических группах («мимические морщины» и «акне»), а также в общей группе женщин выявляется статистически значимое преобладание показателя шкалы «Удовлетворенность–неудовлетворенность жизнью» по сравнению с нормативной выборкой. Таким образом, уже в начале косметологического лечения названные группы пациенток отличаются от большинства здоровых женщин более выраженным переживанием личной успешности, удовлетворенности самореализацией, способности брать на себя ответственность и делать свой выбор. Можно считать, что у исследованных женщин – пациенток косметологической клиники уровень интернальности (ощущения надежности внутренней опоры) выше популяционного.

Результаты исследования динамики эмоционального состояния по методике «Доминирующее состояние» у женщин общей группы с дефектами кожи лица в процессе косметологической коррекции представлены в табл. 2.

Результаты исследования, представленные в табл. 2, отражают статистически значимое возрастание показателей трех шкал: «Спокойствие–тревога», «Устойчивость–неустойчивость эмоционального тона» и «Положительный–отрицательный образ самого себя» после окончания лечения по сравнению с периодом до лечения. Это свидетельствует об отчетливой положительной динамике эмоционального состояния пациенток в процессе косметологического лечения, проявившееся, в частности, в снижении уровня тревожности, связанной с предстоящим лечением. Феноменологически это проявляется в выравнивании фона настроения, значительном снижении внутреннего напряжения, беспокойства, психического дискомфорта, вегетативных проявлений, сопровождающих ситуационную (свя-

занную с предстоящим лечением) тревожность. Повышение показателя шкалы «Спокойствие–тревога» в процессе лечения отражает в целом повышение уровня фрустрационной толерантности («помехоустойчивости») и уменьшение эмоциональных и поведенческих проявлений, детерминированные уровнем тревоги.

Таблица 2

*Динамика доминирующих эмоциональных состояний
у пациентов общей группы, T-балл (M ± σ)*

Показатель эмоционального состояния	До лечения	После лечения	p <
Активное–пассивное отношение к жизненной ситуации	46,1 ± 11,4	48,4 ± 12,1	–
Тонус высокий–низкий	49,2 ± 10,6	54,7 ± 9,7	–
Спокойствие–тревога	51,2 ± 10,1	57,1 ± 7,8	0,05
Устойчивость–неустойчивость эмоционального тона	50,0 ± 10,7	56,8 ± 10,3	0,05
Удовлетворенность–неудовлетворенность жизнью	53,1 ± 10,0	57,9 ± 7,9	–
Положительный–отрицательный образ самого себя	50,5 ± 8,8	51,2 ± 7,3	0,05

Статистически значимая положительная динамика показателя шкалы «Устойчивость–неустойчивость эмоционального тона», кроме существенного снижения эмоциональной возбудимости и неустойчивости, отражает возрастание способности сохранять эффективность психической регуляции в ситуациях повышенных эмоциональных нагрузок. Изменение показателя шкалы «Положительный–отрицательный образ самого себя» свидетельствует о положительной динамике самовосприятия и самооценки в процессе лечения.

Таким образом, результаты исследования доминирующего эмоционального состояния у женщин с дефектами кожи лица показывают его отчетливую положительную динамику в процессе лечебной коррекции.

Структура и динамика самооценки пациенток четырех диагностических групп изучались с помощью методики «Шкала самооценки», которая проводилась с помощью графического шкалирования (визуально-аналоговой шкалы). В табл. 3 представлены результаты сопоставления отдельных параметров самооценки у пациентов в клинических группах.

Таблица 3

Показатели самооценки у пациентов в группах до лечения, балл (M ± σ)

Показатель самооценки	Группа				p <
	A	B	C	D	
Ум	2,87 ± 0,98	3,04 ± 0,87	3,15 ± 0,99	3,40 ± 0,84	–
Характер	2,77 ± 1,09	2,85 ± 1,26	3,08 ± 1,00	3,24 ± 0,84	–
Внешность	2,70 ± 0,97	3,09 ± 1,04	3,30 ± 0,95	3,55 ± 0,99	AD*
Здоровье	2,47 ± 0,91	3,11 ± 0,96	2,98 ± 0,87	3,30 ± 1,04	AD*

Как видно из табл. 3, у пациентов во всех четырех диагностических группах по всем изученным параметрам («ум», «характер», «внешность», «здоровье») при использовании 10-балльной шкалы получены оценки ниже среднего уровня (ниже 5 баллов). Это указывает на генерализованный (а не локальный, касающийся только внешности) характер снижения самооценки у изученной группы женщин, обратившихся за косметологической помощью.

Наиболее низкие значения оценок по всем параметрам получены в группе женщин с диагнозом «гравитационный птоз»; наиболее высокие – в группе с диагнозом «дегидратация кожи лица». Статистически значимые различия между этими группами получены по аспектам самооценки «внешность» и «здоровье».

В табл. 4 приведены результаты динамического исследования самооценки у пациентов общей группы, проходивших длительный курс косметологического лечения (более 3 мес).

Таблица 4

Динамика показателей самооценки у пациентов общей группы в процессе косметологической коррекции, балл (M ± σ)

Показатель самооценки	До лечения	После лечения	p <
Ум	3,11 ± 0,92	3,59 ± 0,61	0,01
Характер	2,97 ± 1,08	3,65 ± 0,68	0,05
Внешность	3,16 ± 1,03	3,78 ± 0,71	0,01
Здоровье	2,99 ± 0,99	3,45 ± 0,79	0,01

Результаты динамического исследования показывают статистически значимое повышение всех показателей самооценки у пациенток после лечения по сравнению с периодом до лечения. Таким образом, в процессе

лечебной косметологической коррекции происходят положительные изменения самооценки, касающиеся не только принятия своей внешности, но также своих интеллектуальных возможностей, личностно-характерологических свойств и уровня здоровья.

Полученные данные соответствуют представленным выше результатам динамического исследования эмоционального состояния пациенток и подтверждают мнение о том, что самооценка является одним из важнейших индикаторов психического (эмоционального) состояния человека [4].

В табл. 5 приведены результаты исследования личностно-характерологических особенностей у пациенток в группах по сравнению с нормативными данными теста (группа F, n = 131) [15]. Исследование проведено в начальном периоде косметологического лечения.

Таблица 5
Показатели личностных характеристик женщин с дефектами кожи лица в сопоставлении с нормативными данными (F), балл (M ± σ)

Шкала методики Big V	Клиническая группа					F	p <
	A	B	C	D	E		
Экстраверсия	28,4 ± 5,8	28,9 ± 5,6	28,0 ± 4,1	27,1 ± 7,7	28,2 ± 6,0	27,9 ± 4,5	–
Самосознание	29,3 ± 5,3	29,4 ± 5,7	29,1 ± 4,3	30,7 ± 5,8	29,7 ± 5,4	26,6 ± 5,7	AF** BF** CF* DF** EF***
Сотрудничество	32,7 ± 4,0	33,2 ± 5,6	32,8 ± 4,0	33,2 ± 2,7	33,0 ± 4,3	32,9 ± 3,4	–
Эмоциональная стабильность	20,9 ± 4,8	22,6 ± 5,6	24,2 ± 7,1	21,3 ± 5,6	22,1 ± 5,7	24,4 ± 5,5	AF*** DF** F***
Личностные ресурсы	27,1 ± 6,3	27,0 ± 6,3	28,6 ± 5,0	28,7 ± 5,2	27,6 ± 5,8	31,0 ± 4,3	AF** BF** CF* DF* EF***

Как видно из табл. 5, при анализе показателей методики Big V выявлены статистически значимые различия у пациенток общей группы по сравнению с нормативными данными по шкале «Самосознание». Такие же различия выявлены у пациенток в каждой из четырех диагностических групп и нормативными данными. Во всех случаях показатели шкалы «Самосознание» оказались выше в группах пациенток косметологической клиники, чем в нормативной выборке; по своей выраженности эти показатели приближаются к верхней границе средней нормы [15]. Полученные данные свидетельствуют о том, что исследованные пациентки характеризуются большей степенью упорства, целеустремленности, организованно-

сти, возможно, тщеславия и честолюбия, чем большинство здоровых людей. При этом, демонстрируя высокие оценки самоорганизации и стеничности, пациентки остаются неудовлетворенными своими волевыми качествами и активностью (как показывают приведенные выше результаты изучения доминирующего состояния) и хотели бы их увеличить.

Табл. 5 показывает также, что у пациенток в общей группе, а также в группах пациенток с диагнозами «гравитационный птоз» и «дегидратация кожи лица», выявлено статистически значимое снижение показателя шкалы «Эмоциональная стабильность» по сравнению с нормативной выборкой. Полученные данные отражают то, что в общей клинической группе и двух названных подгруппах (А и D) по сравнению с нормой отмечаются большие эмоциональная возбудимость и неустойчивость, на фоне которых легко могут возникать негативно окрашенные состояния и переживания – тревога, эмоциональное напряжение, пессимизм, неоправданное беспокойство за свое здоровье (ипохондрия). Следует, однако, иметь в виду, что выраженность отмеченных признаков эмоциональной нестабильности (нейротизма) в общей клинической группе и в отдельных диагностических подгруппах соответствует диапазону средних значений [15].

Анализ выявил также в каждой из диагностических групп и во всей исследованной группе пациенток статистически значимое снижение показателя шкалы «Личностные ресурсы» по сравнению с нормативной выборкой. Согласно нормативному распределению шкальных оценок, этот показатель во всех клинических группах соответствует уровню ниже среднего [15]. В контексте 5-факторной модели личности, положенной в основу методики Big V [12], снижение показателя шкалы «Личностные ресурсы» свидетельствует о невыраженном стремлении к поиску нового опыта, оригинальных подходов к решению жизненных задач и в то же время о приверженности стереотипам, неприятию нового и непривычного, ограниченном воображении и креативности личности, в целом.

Способы психологического преодоления стрессовых и проблемных ситуаций изучались с помощью тест-опросника «Стратегии совладающего поведения». В табл. 6 приведены результаты исследования копинг-стратегий в группах пациенток по сравнению с нормативными данными (группа F, n = 131), где средние данные для каждой шкалы составляет (50 ± 10) баллов [5]. Исследование проведено в начальном периоде лечения.

Таблица 6

Показатели стратегий стресс-преодолевающего поведения женщин с дефектами кожи лица в сопоставлении с нормативными данными (F), T-балл ($M \pm \sigma$)

Шкала методики СПП	Клиническая группа					p <
	A	B	C	D	E	
Конфронтация	52,2 ± 8,6	51,7 ± 9,6	50,5 ± 8,3	51,3 ± 9,1	51,5 ± 8,9	–
Дистанцирование	48,0 ± 10,5	51,6 ± 10,4	47,0 ± 6,4	50,9 ± 9,9	49,8 ± 9,8	CF*
Самоконтроль	44,7 ± 8,9	49,3 ± 10,0	50,6 ± 7,5	45,6 ± 10,7	47,5 ± 9,7	AF** DF** EF**
Поиск социальной поддержки	52,2 ± 8,0	49,6 ± 8,7	52,5 ± 7,8	51,3 ± 10,2	51,1 ± 8,8	–
Принятие ответственности	47,5 ± 8,6	50,5 ± 10,9	49,3 ± 8,4	47,9 ± 12,3	48,9 ± 10,3	–
Бегство–избегание	51,3 ± 10,4	51,7 ± 8,9	52,0 ± 9,3	52,7 ± 10,0	51,9 ± 9,5	EF*
Планирование решения проблемы	49,9 ± 9,3	48,5 ± 9,9	51,9 ± 9,3	48,6 ± 11,9	49,5 ± 10,1	–
Положительная переоценка	48,9 ± 10,3	46,7 ± 11,9	50,2 ± 9,4	49,9 ± 9,2	48,6 ± 10,4	–

Как видно из табл. 6, статистически значимые различия показателей шкалы «дистанцирование» выявлены у пациенток с диагнозом «акне» по сравнению с нормативной выборкой. В когнитивной теории стресса и копинга Р. Лазаруса [1] стратегия «дистанцирование» относится к неконструктивным стратегиям и предполагает преодоление негативных переживаний, возникающих в связи с жизненными трудностями и проблемами, за счет когнитивного снижения их значимости и степени эмоциональной вовлеченности в проблемы. Подобный способ совладания с жизненными трудностями достоверно реже встречается в группе женщин с диагнозом «акне», чем в нормативной выборке, что свидетельствует о предпочтении пациентками этой группы более конструктивных способов преодоления стресса, связанных, в частности, с поиском социальной поддержки и поиском способов решения проблемы.

Табл. 6 показывает также, что у пациенток общей группы, а также в группах с диагнозами «гравитационный птоз» и «дегидратация кожи лица», выявлено статистически значимое снижение показателей шкалы «самоконтроль» по сравнению с нормативной выборкой. Это снижение указывает на импульсивность в оценке проблемной ситуации и выборе способов ее преодоления, эмоциональную неустойчивость в целом. Эти данные

полностью соответствуют данным, полученным при исследовании личностных свойств с помощью методики Big V, согласно которым в клинической группе в целом, а также в группах с диагнозами «гравитационный птоз» и «дегидратация кожи лица», статистически значимо снижены показатели эмоциональной стабильности по сравнению с нормативной выборкой.

Результаты, представленные в табл. 6, свидетельствуют о том, что пациентки общей группы статистически значимо чаще используют неконструктивную копинг-стратегию «бегство–избегание» по сравнению с нормативной выборкой. Кроме того, в «профиле» совладающего поведения в каждой из диагностических групп эта стратегия является одной из ведущих. В когнитивной теории стресса и копинга стратегия «бегство–избегание» предполагает преодоление личностью негативных переживаний путем интеллектуального отстранения, уклонения от ответственности, а также путем использования физических методов облегчения эмоционального состояния (злоупотребление алкоголем, лекарственными средствами, едой) [5].

Таким образом, при исследовании механизмов психологической адаптации в общей группе женщин с дефектами кожи лица выявлено снижение по сравнению с нормативными данными частоты использования конструктивной копинг-стратегии «самоконтроль» и повышение частоты использования неконструктивной стратегии «бегство–избегание», что вполне соответствует выявленному при изучении личностных свойств снижению (по сравнению со «средней нормой») показателя эмоциональной стабильности.

В то же время необходимо иметь в виду умеренную степень выраженности отмеченных особенностей психологической адаптации: шкальные оценки соответствующих копинг-стратегий, как и другие показатели методики СПП, – в пределах нормативного диапазона, поэтому, как и в случае личностных особенностей, полученные данные, хотя и отличаются от средне-нормативного уровня по трем параметрам копинга, могут отражать лишь особенности психологической адаптации исследованных женщин, а не ее нарушения.

Рассмотренные выше копинг-стратегии являются составной частью сложного механизма совладающего (стресс-преодолевающего) поведения. Важную роль в нем играют личностные копинг-ресурсы [1, 11]. Важнейшим копинг-ресурсом является ценностно-мотивационная направленность личности, придающая индивидуальный личностный смысл поведению человека, в том числе в проблемных и стрессовых ситуациях.

В табл. 7 приведены результаты показателей методики «Смысловые ориентации» в группах пациенток по сравнению с нормативными данными теста (группа F, n = 131) [9]. Исследование проведено в начальном периоде лечения.

Таблица 7
Показатели ценностно-мотивационной направленности личности женщин с дефектами кожи лица в сопоставлении с нормативными данными (F), балл (M ± σ)

Шкала методики СЖО	Клиническая группа					F	p <
	A	B	C	D	E		
Цели в жизни	31,2 ± 6,5	33,0 ± 7,9	33,1 ± 6,1	31,3 ± 7,4	32,1 ± 7,1	29,4 ± 6,2	BF** CF* EF***
Процесс жизни	29,9 ± 6,8	29,8 ± 7,0	29,9 ± 7,9	30,4 ± 5,9	30,0 ± 6,8	28,8 ± 6,1	–
Результативность жизни	25,6 ± 6,2	25,5 ± 6,6	26,2 ± 5,8	25,6 ± 4,0	25,7 ± 5,7	23,3 ± 5,0	BF* CF* DF* EF***
Локус контроля – Я	20,8 ± 5,3	21,5 ± 4,8	21,0 ± 4,6	20,6 ± 4,6	21,0 ± 4,8	18,6 ± 4,3	AF* BF** CF* DF* EF***
Локус контроля – жизнь	28,6 ± 9,0	29,7 ± 7,2	30,6 ± 7,7	30,5 ± 7,5	29,8 ± 7,7	28,7 ± 6,1	–
Общий показатель осмысленности жизни	101,5 ± 21,2	102,3 ± 20,8	104,2 ± 19,9	102,6 ± 16,1	102,5 ± 19,4	95,8 ± 16,5	DF* EF***

Как видно из табл. 7, при анализе данных получены статистически значимые различия по четырем показателям методики СЖО между общей группой пациенток и «средней нормой», а также значимые различия этих показателей между отдельными диагностическими группами пациенток и нормативными данными. В каждом случае (всего 14 значимых различий, включая общий показатель осмысленности жизни) показатели пациенток косметологической клиники оказались выше, чем в нормативной выборке.

Так, в целом по группе, а также в диагностических группах пациенток «мимические морщины» и «акне», показатель шкалы «Цели в жизни» превосходит соответствующий показатель в нормативной выборке, что отражает наличие у исследованных пациенток отчетливых целей и планов на будущее, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу.

Аналогичные результаты получены при анализе показателей шкалы «Результативность жизни». В названных группах пациенток, а также в группе с диагнозом «дегидратация кожи лица» отмечается повышение по-

казателя этой шкалы по сравнению с нормативными данными, что отражает субъективное ощущение (переживание) осмысленности и продуктивности пройденного отрезка жизни, удовлетворенность самореализацией.

Особое значение для психологической адаптации личности имеет интернальный локус контроля, или интернальность, составляющая содержание шкалы «Локус контроля – Я» методики СЖО. Преобладание показателя этой шкалы в общей группе, а также в каждой из диагностических групп, по сравнению со «средней нормой», указывает на то, что исследованные женщины ощущают внутреннюю способность строить свою жизнь в соответствии с собственными целями и представлениями о ее смысле, влиять на ход жизни и нести ответственность за ее значимые события.

В соответствии с приведенными данными, в исследовании выявлено статистически значимое преобладание интегрального показателя осмысленности жизни в общей группе женщин и в группе пациенток с диагнозом «дегидратация кожи лица» по сравнению с нормативным показателем.

Заключение

Таким образом, комплексное психологическое исследование женщин с дефектами кожи лица – пациенток косметологической клиники показало отчетливую динамику доминирующего эмоционального состояния в процессе лечебной коррекции. По окончании лечебной коррекции показатели общего жизненного тонуса, спокойствия, устойчивости настроения и удовлетворенности жизнью превосходили средненормативные показатели. Учитывая обусловленность доминирующего состояния не только ситуационными, но и личностными, а также социально-психологическими факторами [8], можно предположить, что отмеченная динамика затрагивает не только актуальное эмоциональное состояние пациенток, но и более глубокие личностные характеристики и отношения.

По определению Б.Г. Ананьева, важнейшей характеристикой личности, ее самосознания и центральным звеном в системе отношений личности является самооценка. Самосознание и самооценка не только завершают структуру характера, обеспечивая его целостность, но, будучи тесно связанными с жизненными целями и ценностными ориентациями, выполняют функцию регуляции поведения [2]. Изменение различных аспектов отношения к себе (к своему физическому и психологическому «Я») в позитивном направлении является началом более глубоких позитивных сдвигов в системе отношений в целом. Именно такие изменения самооценки в ре-

зультате лечебной косметологической коррекции выявлены у исследованных женщин с дефектами кожи лица.

Исследование структуры и особенностей личности выявило нормативный, сбалансированный характер «профиля личности» в группах пациенток косметологической клиники. Из особенностей личности, отличающих изученных пациенток от «средней нормы», следует отметить упорство и целеустремленность, ригидность установок, приверженность стереотипам, а также повышенную эмоциональную возбудимость и неустойчивость. Названные особенности пациенток, хотя и отличают их от нормативной выборки, выражены умеренно и не могут в существенной степени препятствовать успешной психологической и социальной адаптации, но могут определять ее своеобразие.

При исследовании ценностно-мотивационной направленности личности выявлено, что пациентки косметологической клиники обладают достаточными личностными ресурсами для преодоления стрессовых ситуаций и жизненных трудностей. Высокий уровень интернальности этих женщин соответствует данным изучения доминирующего состояния («удовлетворенность жизнью») и личностных характеристик («самосознание, целеустремленность»). В то же время, выявленные в исследовании эмоциональная неустойчивость и предпочтение эмоционально ориентированного копинга «бегство–избегание» могут отражать затруднения психологической адаптации изученных женщин, зависимость ее от эмоционально-аффективных факторов.

Полученные данные могут быть использованы в процессе психологического сопровождения лечебной косметологической коррекции и также могут служить основанием для разработки специализированных психотерапевтических программ для женщин, испытывающих трудности психологической и социальной адаптации в связи с косметическими дефектами кожи лица.

Литература

1. *Абабков В.А.* Адаптация к стрессу: основы теории, диагностики, терапии / В.А. Абабков, М. Перре. – СПб. : Речь, 2004. – 166 с.
2. *Ананьев Б.Г.* Избранные психологические труды / Б.Г. Ананьев. – М. : Педагогика, 1980. – Т. 1. – 232 с.
3. *Багненко Е.С.* Причины негативного восприятия внешности другого человека: взгляд врача-косметолога [Электронный ресурс] / Е.С. Баг-

ненко // Мед. психология в России : электрон. науч. журн. – 2011. – № 4.
URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)

4. *Вассерман Л.И.* Медицинская психодиагностика: теория, практика, обучение / Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. – СПб. – М. : Академия, 2003. – 736 с.

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

6. *Изард К.* Психология эмоций : пер. с англ. / К. Изард – СПб. [и др.] : Питер, 2007. – 464 с.

7. *Куликов Л.В.* Диагностика доминирующего состояния / Л.В. Куликов // Практикум по психологии здоровья / ред. Г.С. Никифоров. – СПб. [и др.] : Питер, 2005. – С. 44–60.

8. *Куликов Л.В.* Эмоциональная устойчивость личности / Л.В. Куликов. – СПб. : С.-Петербург. гос. ун-т, 2008. – 41 с.

9. *Леонтьев Д.А.* Тест смысложизненных ориентаций (СЖО) / Д.А. Леонтьев. – 2-е изд. – М. : Смысл, 2006. – 15 с.

10. *Либина А.* Психология современной женщины / А. Либина. – М. : Эксмо, 2003. – 816 с.

11. *Никольская И.М.* Совладающее поведение в защитной системе человека / И.М. Никольская // Совладающее поведение: современное состояние и перспективы. – М. : Ин-т психологии РАН. – 2008. – С. 113–137.

12. *Первин Л.* Психология личности: теория и исследования : пер. с англ. / Л. Первин, О. Джон. – М. : Аспект-Пресс, 2001. – 607 с.

13. *Рубинштейн С.Я.* Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике : практ. руководство / С.Я. Рубинштейн. – М. : ЭКСМО-Пресс, 1999. – 303 с.

14. *Сластенина В.В.* Социально-психологические характеристики женщин, прибегающих к услугам эстетической хирургии / В.В. Сластенина // Вестн. Томск. гос. ун-та. – 2007. – № 303. – С. 205–208.

15. *Яничев Д.П.* Когнитивные аспекты самовосприятия личностных черт у пациентов с невротической и неврозоподобной симптоматикой : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Яничев Д.П. – СПб., 2006. – 25 с.

16. *Hong J.* The psychosocial and occupational impact of chronic skin disease / J. Hong, B. Koo, J. Koo // *Dermatol. Therapy.* – 2008. – Vol. 21, N 1. – P. 54–59.

17. *Mühlhan H.* Psychological features in a german sample of female cosmetic surgery candidates / H. Mühlhan, M. Eisenmann-Klein, S. Schmidt // *Aesthetic Plast. Surg.* – 2007. – Vol. 31, N 6. – P. 746–751.
18. Quality-of-life outcomes after cosmetic surgery / M. Rankin, G.L. Borah, A.W. Perry [et al.] // *Plast. Reconstr. Surg.* – 1998. – Vol. 102, N 6. – P. 2139–2145.
19. *Sadick N.S.* The impact of cosmetic interventions on quality of life / N.S. Sadick // *Dermatol. Online J.* – 2008. – Vol. 14, N 8. – P. 2–4.
20. The effects of cosmetic surgery on body image, self-esteem, and psychological problems / T. von Soest, I.L. Kvalem, H.E. Roald, K.C. Skolleborg // *J. Plastic Reconstr. Aest. Surg.* – 2009. – Vol. 62, N 10. – P. 1238–1244.
21. The psychological and social characteristics of patients referred for NHS cosmetic surgery: quantifying clinical need / S.A. Cook, R. Rosser, H. Toone, M.I. James [et al.] // *J. Plast. Reconstr. Aesthetic Surg.* – 2006. – Vol. 59, N 1. – P. 54–64.

АНАЛИЗ АНКЕТИРОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ-ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ, ИМЕЮЩИХ ОПЫТ ON-LINE-ИГРЫ

Международный институт резервных возможностей человека;
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова;
Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Введение

Система Интернет с каждым днем предлагает все новые услуги и возможности, призванные упростить общение, делопроизводство, ведение бизнеса и целый ряд других благ. Существовая немногим более двух десятилетий, Интернет предоставил человечеству не только ранее не мыслимые услуги, но и породил проблемы, среди которых все чаще упоминаемая интернет-зависимость, в том числе зависимость от игры посредством Интернета, или от онлайн-игры [2, 3, 5–8, 10–13]. Онлайн-игры поражают своим разнообразием. Это игры групповые и индивидуальные, платные и бесплатные, ролевые и коммуникативные, сетевые и локальные и т. д.

В научных и медицинских кругах отсутствует единство в признании природы и последствий зависимости от онлайн-игры. Не нашел этот вид зависимости своего места и в Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра (МКБ-10), из-за малого срока существования этой зависимости и даты последнего пересмотра классификации, которые разошлись во времени. Тем не менее, есть все основания полагать, что зависимость от онлайн-игры следует отнести в V класс МКБ-10, объединяющий «Психические расстройства и расстройства поведения (F00–F99)». Одна из рубрик этого класса «Расстройства привычек и влечений (F63)», содержит подрубрику «Патологическое влечение к азартным играм (F63.0)». Трактовка этого вида расстройства «заключается в частых повторных эпизодах азартной игры, которые доминируют в жизни пациента в ущерб социальным, профессиональным, материальным и семейным ценностям и обязательствам». Такое определение, по нашему мнению, позволяет отнести зависимость от on-line-игры в подрубрику «Патологические влечения к азартным играм».

Проблемы игровой зависимости находят широкое отражение в статьях авторов журнала [1, 3, 4, 9, 10]. Цель данного исследования – изучить анализ результатов анкетирования интернет-пользователей, имеющих опыт онлайн-игр.

Материал и методы

В качестве инструмента исследования нами использована анкета, в основу которой положен тест на интернет-зависимость К. Янг 1996 г. в адаптации В.А. Лоскутовой (Буровой) [8, 13]. Анкета состоит из двух разделов: 1-й включает вопросы, характеризующие анамнез формирования зависимости от онлайн-игры и социальный статус респондента, 2-й объединяет вопросы (21 вопрос), предназначенные для определения степени выраженности зависимости.

Всего опрошено 256 респондентов. При ответе на предложенные вопросы предлагались следующие варианты (в баллах):

- никогда или крайне редко – 1;
- иногда – 2;
- регулярно – 3;
- часто – 4;
- всегда – 5.

Минимальная сумма оказалась равной 21 баллу, максимальная – 97 баллам. Пытаясь систематизировать данные, полученные нами при анкетном опросе респондентов, хотя бы раз сыгравших в онлайн-игру, мы столкнулись с проблемой отсутствия критериев отнесения игрока к одной из групп с различной степенью зависимости от этой игры.

Из-за отсутствия к настоящему времени общепринятой классификации степени выраженности зависимости от онлайн-игры, нами предложена собственная шкала, основанная на медианном и квартильном делении вариационного ряда. Медиана оказалась равной 38 баллам, нижний квартиль – 31 балл, верхний квартиль – 49 баллов. В итоге все респонденты, сумма ответов которых оказалась менее 31 балла, были отнесены в группу с отсутствием зависимости (1-я группа – 66 человек). Респонденты с общей суммой баллов от 31 до 38 составили группу со слабой зависимостью (2-я группа – 57 человек), от 38 до 48 – с умеренной зависимостью (3-я группа – 64 человека), от 49 и более – с выраженной зависимостью (4-я группа – 69 человек). Распределение опрошенных респондентов по степени зависимости приведено на рис. 1.

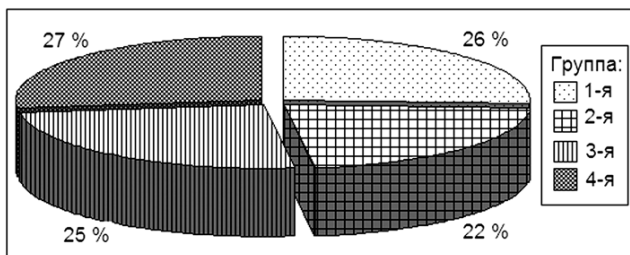


Рис. 1. Распределение респондентов по степени зависимости от онлайн-игры.

Средний возраст респондентов оказался равным ($22,9 \pm 0,3$) года. Самым молодым был 12-летний игрок, самым старшим – 53-летний. 25 % обследованных были в возрасте до 20 лет, 25 % – от 20 до 23 лет, 25 % – от 23 до 25 лет и 25 % – 25 лет и старше, то есть 75 % респондентов имели возраст до 25 лет. Средний возраст в 1-й группе составил ($22,6 \pm 0,5$) года, во 2-й – ($24,1 \pm 0,8$) года, в 3-й – ($22,1 \pm 0,4$) года, в 4-й – ($22,8 \pm 0,6$) года. Межгрупповые возрастные различия недостоверны.

Исследуя связь игрового стажа со степенью зависимости от онлайн-игры, удалось выяснить, что из числа респондентов с игровым стажем до 2 лет $\frac{1}{3}$ опрошенных (33,3 %) оказались не зависимыми от игры (1-я группа), 27,3 % – со слабой степенью зависимости (2-я группа), 21,2 % – с умеренной степенью (3-я группа) и 18,2 % – с выраженной (4-я группа). В группе респондентов со стажем игрового опыта 2 и более года картина несколько иная: лица 1-й группы составили только 24,7 %, 4-й группы – 28,2 %, 3-й – 25,7 % и, наконец, 2-й – 21,5 %. Приведенные данные свидетельствуют, что между стажем игровой зависимости и степенью зависимости существует определенная связь, которая показывает, что с увеличением стажа игры увеличивается и степень зависимости.

Сильная ($r = 0,73$) статистически значимая ($p < 0,001$) связь выявлена между таким предиктором как среднее время, затрачиваемое респондентом на онлайн-игру ежедневно, и степенью зависимости (рис. 2).

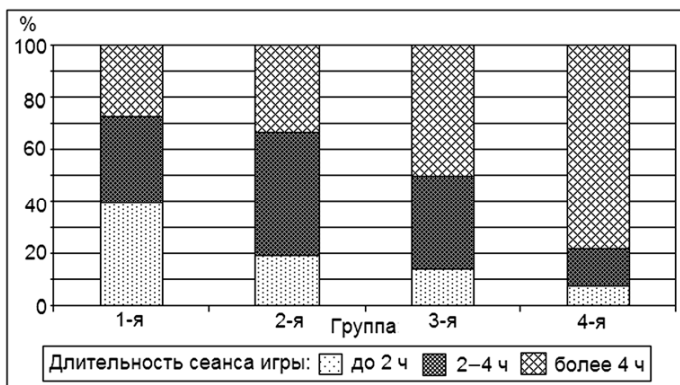


Рис. 2. Распределение респондентов в зависимости от среднего времени, проводимого ими за игрой ежедневно.

В 1-й группе ежедневно проводили за игрой до 2 ч 51 % респондентов, от 2 до 4 ч – 26,8 %, а более 4 ч – всего 14,6 %. В 4-й группе до 2 ч ежедневно играли лишь 9,8 % респондентов, от 2 до 4 ч – 12,2 %, а более 4 ч – уже 43,9 %. Во 2-й и 3-й группе опрошенных лиц столь выраженной зависимости не прослеживалось.

Из числа респондентов, которые имели опыт игры на платных серверах, с зависимостью от онлайн-игры оказалось 78,7 %, из числа тех, кто ранее на платных серверах не играл, было достоверно меньше – 64,6 % ($p < 0,05$).

Доля респондентов, ответивших, что они тратили реальные деньги во время онлайн-игры, устойчиво увеличивалась с возрастанием степени зависимости, начиная с 22,2 % в 1-й группе, далее 23,8 % – во 2-й группе, 26,5 % – в 3-й группе и 27,5 % – 4-й группе. Однако связь размеров денежных сумм, которые тратили респонденты с зависимостью от игры и респонденты, отнесенные в группу независимых, с уровнем зависимости не доказана.

Результаты обработки данных о распределении респондентов в социальных группах (табл. 1), в группах семейного положения (табл. 2), в группах, имеющих детей и бездетных (табл. 3), по уровню зависимости от онлайн-игры демонстрируют тот факт, что безработные, домохозяйки, холостые и бездетные респонденты, имея много свободного времени, тратят его бесконтрольно и пополняют когорту зависимых игроков. Сам же социальный статус, как и семейное положение, наличие или отсутствие детей, су-

щественного влияния на развитие зависимости от онлайн-игры не оказывают. Вывод напрашивается другой: наличие возможности транжирить время увеличивает вероятность развития зависимости от онлайн-игры.

Таблица 1

Распределение респондентов социальных групп по степеням зависимости от онлайн-игры, n (%)

Социальный статус	Группа				Всего
	1-я	2-я	3-я	4-я	
Учащийся	25 (23,1)	22 (20,4)	26 (24,1)	35 (32,4)	108 (100,0)
Рабочий, служащий	39 (35,5)	29 (24,2)	27 (22,5)	25 (20,8)	120 (100,0)
Руководитель, предприниматель	1 (7,6)	4 (30,8)	4 (30,8)	4 (30,8)	13 (100,0)
Домохозяйка, безработный	1 (6,7)	2 (13,3)	7 (46,7)	5 (33,3)	15 (100,0)
Всего	66	57	64	69	256

Таблица 2

Распределение респондентов семейного положения по степеням зависимости от онлайн-игры, n (%)

Семейное положение	Группа				Всего
	1-я	2-я	3-я	4-я	
Женат, замужем	11 (29,0)	12 (31,6)	8 (21,0)	7 (18,4)	38 (100,0)
Холост, не замужем	55 (25,2)	45 (20,6)	56 (25,7)	62 (28,5)	218 (100,0)
Всего	66	57	64	69	256

Таблица 3

Распределение респондентов, имеющих детей и бездетных, по степеням зависимости от онлайн-игры, n (%)

Наличие детей	Группа				Всего
	1-я	2-я	3-я	4-я	
Есть	4 (28,6)	6 (42,9)	3 (21,4)	1 (7,1)	14 (100,0)
Нет	60 (25,2)	50 (21,0)	61 (25,6)	67 (28,2)	238 (100,0)
Всего	64	56	64	68	252

Как следует из данных, демонстрирующих связь уровня образования респондентов со степенью зависимости от онлайн-игры (табл. 4), образование не добавляет осторожности по отношению к опасности вовлечения в игровую зависимость.

Таблица 4

Распределение респондентов различных уровней образования по степеням зависимости от онлайн-игры, n (%)

Образование	Группа				Всего
	1-я	2-я	3-я	4-я	
Высшее	27 (28,1)	23 (24,0)	21 (21,9)	25 (26,0)	96 (100,0)
Не полное высшее	23 (26,8)	21 (24,4)	21 (24,4)	21 (24,4)	86 (100,0)
Среднее специальное и среднее	13 (20,3)	12 (18,8)	19 (29,7)	20 (31,2)	64 (100,0)
Не полное среднее	3 (30,0)	1 (10,0)	3 (30,0)	3 (30,0)	10 (100,0)
Всего	66	57	64	69	256

Изучая связь уровня ежемесячного дохода опрошенных респондентов со степенью зависимости от онлайн-игры (рис. 3), удалось выявить устойчивую тенденцию снижения доли зависимых (3-я и 4-я группы) с повышением среднемесячного дохода. Так, при среднемесячном доходе, не превышающем 3 тыс. рублей, доля респондентов 3-й и 4-й групп составила 63,6 %. С увеличением суммы дохода доля респондентов 3-й и 4-й группы уменьшалась и у опрошенных лиц с доходом 50 тыс. и более рублей составила всего 36,8 %. Полагаем, что эти респонденты прекращали игру при определенном дефиците свободного времени в связи с напряженной работой.

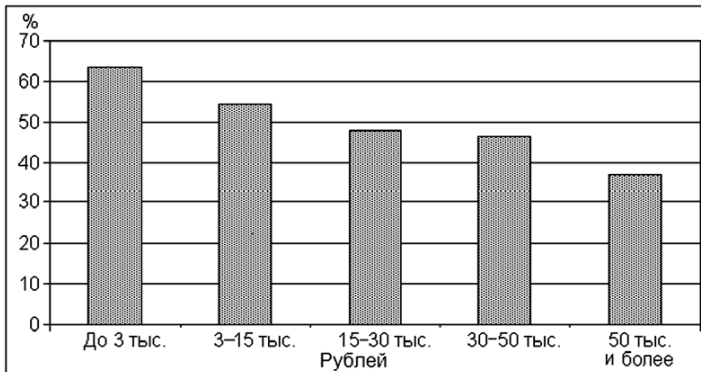


Рис. 3. Частота умеренной и выраженной степени зависимости от онлайн-игры в группах респондентов с различным уровнем среднемесячного дохода.

Существенным моментом в развитии и становлении зависимости играет источник, из которого респонденты получали первую информацию об

онлайн-играх (табл. 5). Роль основного источника такой информации играли друзья и коллеги – в 66 % случаев. Самостоятельно знакомились онлайн-играми 30,5 % опрошенных и 3,5 % – в семье.

Таблица 5

Распределение респондентов в группах с различными источниками информации об онлайн-играх, n (%)

Источник информации об онлайн-играх	Группа				Всего
	1-я	2-я	3-я	4-я	
Семья	4 (44,5)	1 (11,1)	2 (22,2)	2 (22,2)	9 (100,0)
Друзья, коллеги	40 (23,7)	43 (25,4)	42 (24,8)	44 (26,1)	169 (100,0)
Самостоятельно	22 (28,2)	13 (16,7)	20 (25,6)	23 (29,5)	78 (100,0)
Всего	66	57	64	69	256

Если респонденты об онлайн-играх узнавали от членов семьи, то у 44,4 % из них зависимость не развивалась, у 11,1 % развилась зависимость слабой степени и по 22,2 % – умеренной и выраженной. Среди опрошенных, для которых проводниками в онлайн-играх стали друзья и коллеги, картина оказалась менее радужной. 49,1 % из них оказались независимыми или со слабой степенью зависимости, а 50,9 % – с умеренной или выраженной степенью зависимости. Самое неблагоприятное развитие зависимости наблюдалось в группе респондентов, которые самостоятельно познакомились с онлайн-играми. 34,9 % из числа этой группы оказались независимыми или с зависимостью слабой степени, 25,6 % – с умеренной степенью и 29,5 % – с выраженной степенью игровой зависимости.

При изучении отношения респондентов к онлайн-играм (рис. 4) выяснилась его значимая связь с уровнем зависимости от игры. С развитием зависимости увеличивается доля респондентов, давших как положительную, так и отрицательную оценку онлайн-играм. Первые находились в эйфории от игры и случающихся выигрышей, а вторые демонстрируют отрицательный опыт, выражающийся в проигрышах. Примечательно, что с развитием зависимости устойчиво уменьшается доля респондентов с нейтральным, равнодушным отношением к игре.

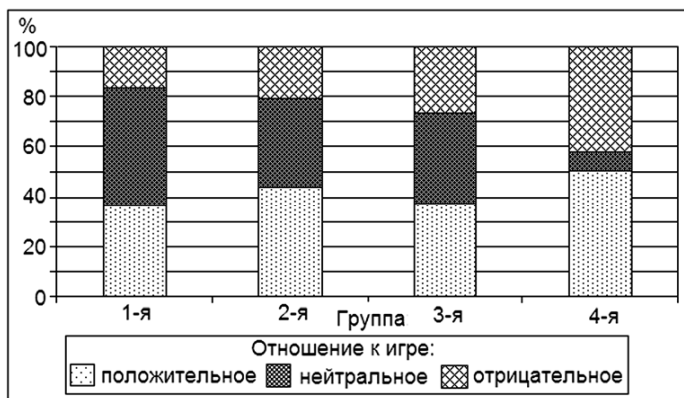


Рис. 4. Распределение респондентов различной степени зависимости по их отношению к онлайн-игре.

Данные, представляющие определенный интерес, получены нами при изучении современного (сегодняшнего) отношения к игре и, в частности, при исследовании вопроса, продолжает ли играть респондент, отнесенный к одной из групп зависимых от онлайн-игры (табл. 6). Игроки с выраженной зависимостью, как и игроки с зависимостью слабой степени, с трудом могут прекратить игру. С наибольшей настойчивостью борются с зависимостью респонденты с умеренной степенью зависимости. Именно этот феномен следует детально исследовать в последующем как особенность проявления зависимости от онлайн-игры, подобной, в общем-то, любой другой игровой зависимости, поскольку при всех других видах зависимости (алкогольная, наркотическая) с увеличением степени зависимости уверенно снижается возможность прерывания зависимости.

Таблица 6
Распределение респондентов в зависимости от того играют ли они в настоящее время, n (%)

Группа	Продолжает играть		Всего
	да	нет	
2-я	46 (80,7)	11 (19,3)	57 (100,0)
3-я	48 (75,0)	16 (25,0)	64 (100,0)
4-я	57 (82,6)	12 (17,4)	69 (100,0)
Всего	151	39	190

Важным признаком в решении вопроса о степени зависимости от онлайн-игры может служить накопленный ранее игровой стаж (табл. 7). Из числа игроков со стажем игры в анамнезе менее 2 лет преобладают те, кто отнесен в 1-ю или 2-ю группы (63,6 %). Среди игроков, имеющих игровой стаж 2 и более лет, доля таких респондентов существенно ниже и составляет 42,9 %.

Таблица 7
Распределение респондентов в группах с различным стажем онлайн-игр, n (%)

Стаж on-line-игры	Группа				Всего
	1-я	2-я	3-я	4-я	
До 2 лет	5 (45,4)	2 (18,2)	3 (27,3)	1 (9,1)	11 (100,0)
2 и более лет	9 (21,4)	9 (21,4)	13 (31,0)	11 (26,2)	42 (100,0)
Всего	14	11	16	12	53

На рис. 5 продемонстрирована устойчивая тенденция уменьшения доли респондентов, имеющих небольшой игровой стаж, с развитием степени зависимости. Доля таких респондентов в группе без зависимости составляет 35,7 % и снижается до 8,3 % в группе выраженной степени зависимости.

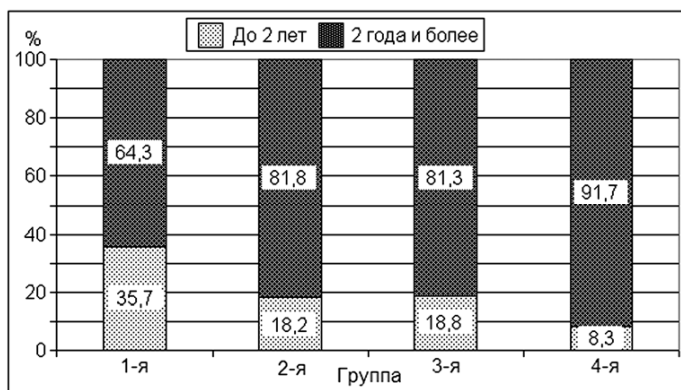


Рис. 5. Распределение респондентов с различными степенями зависимости от онлайн-игры по игровому стажу.

Наряду с другими моментами, мы попытались сравнить распределение по степени тяжести зависимости от онлайн-игры различных профилей

специальностей, в частности, гуманитариев и инженерно-технических (ИТ) специалистов. В результате получены данные (рис. 6), которые демонстрируют практически однородную структуру. Незначительные различия укладываются в рамки статистической погрешности ($p > 0,05$).

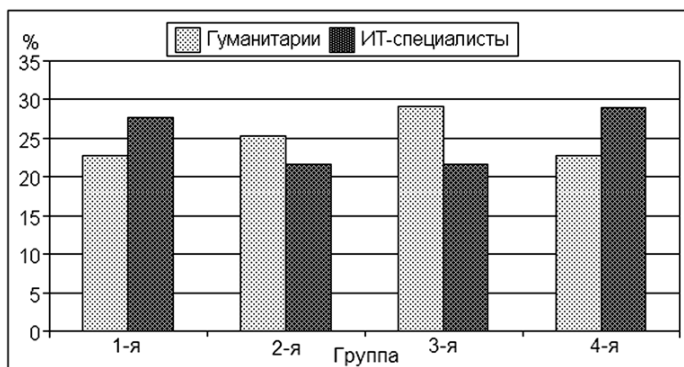


Рис. 6. Распределение респондентов различных специальностей по степеням зависимости от онлайн-игры.

Респонденты, которые отметили, что ранее участвовали в азартных играх, реже уходили в зависимость онлайн-игры, так как у них пока еще присутствует навык контролировать себя в критических ситуациях (табл. 8).

Таблица 8
Распределение респондентов по степеням игровой зависимости в группах с наличием и отсутствием опыта азартных игр, n (%)

Азартные игры в анамнезе	Группа				Всего
	1-я	2-я	3-я	4-я	
Да	16 (40,0)	5 (12,5)	10 (25,0)	9 (22,5)	40 (100,0)
Нет	50 (23,1)	52 (24,1)	54 (25,0)	60 (27,8)	216 (100,0)
Всего	66	57	64	69	256

Данные, представленные на рис. 7, демонстрируют ту роль, которую играет увлеченность человека игрой. С увеличением уровня зависимости возрастает доля респондентов, отметивших повышенную увлеченность игрой. Более половины респондентов, не зависящих от игры (51,5 %), отметили повышенную увлеченность игрой. В группах различной степени зависимых доля увлекающихся респондентов существенно возрастает: с 66,7 %

при легкой степени до 89,1 % при умеренной и 88,4 % при выраженной степени игровой зависимости.

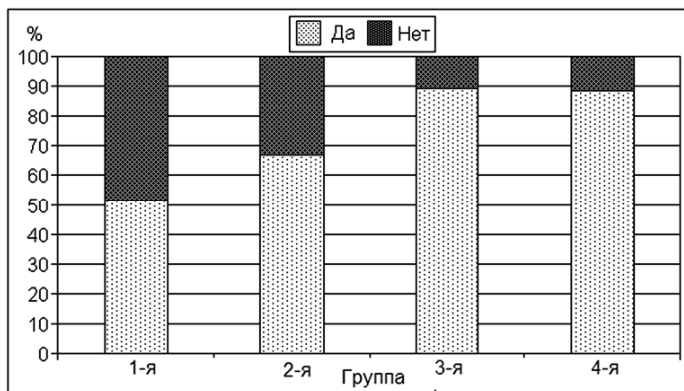


Рис. 7. Распределение респондентов, отметивших в своих ответах высокую увлеченность игрой или ее отсутствие.

Противоположную тенденцию демонстрирует характер связи тяжести зависимости от онлайн-игры и выраженности суицидальных проявлений (рис. 8). С утяжелением степени зависимости возрастает доля респондентов, указавших в своих ответах на наличие суицидальных мыслей. В группе с отсутствием зависимости таких респондентов было 7,6 %, при слабой степени зависимости – 12,5 %, умеренной – 17,2 %, а при выраженной – уже около $\frac{1}{3}$ (33,3 %).

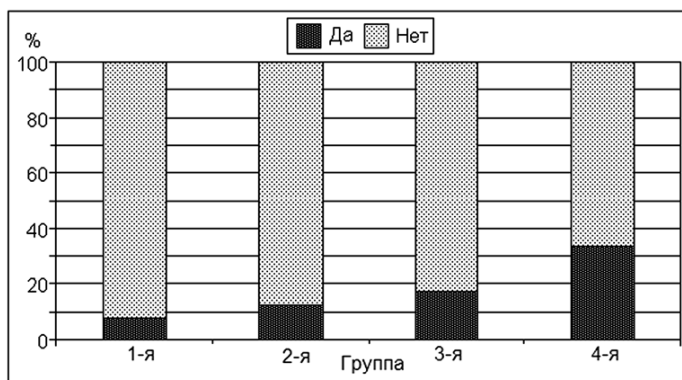


Рис. 8. Распределение респондентов, отметивших в своих ответах наличие суицидальных мыслей в анамнезе.

При сравнении степени влияния на развитие зависимости от онлайн-игры таких моментов, как случаи злоупотребления алкоголем и наркотиками (рис. 9), выяснилось, что прием наркотических средств способствует более интенсивному погружению в игровую зависимость. Из числа всех опрошенных респондентов на случаи злоупотребления алкоголем указали 25 %, а на злоупотребления наркотиками – 12,3 %. При изучении распределения этих респондентов по степени зависимости от онлайн-игры выяснилось, что доля злоупотребляющих алкоголем в группе независимых респондентов в 2 раза больше, чем злоупотребляющих наркотиками (26,6 и 13,9 % , соответственно). В группе со слабой степени зависимости наблюдается противоположная картина: доля респондентов, злоупотребляющих наркотиками, более чем в 2 раза больше доли лиц, злоупотребляющих алкоголем (33,3 и 15,6 % – соответственно). В 4-й группе их доли практически выравниваются и различия находятся в пределах статистической погрешности.

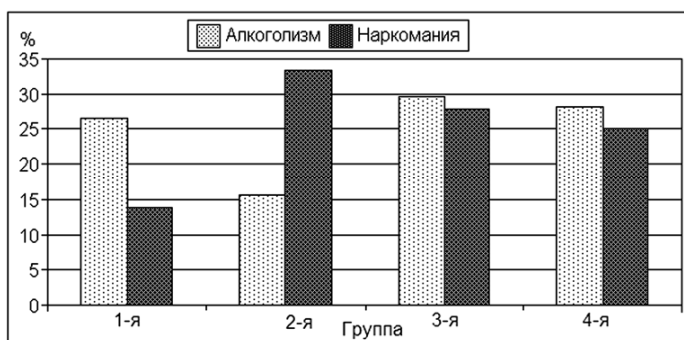


Рис. 9. Распределение респондентов, отметивших в своих ответах наличие в анамнезе алкоголизма или наркомании.

Заключение

Из приведенных данных следует, что зависимости от онлайн-игры подвержены люди молодого возраста в среднем ($22,9 \pm 0,3$) года. 75 % из числа опрошенных в возрасте до 25 лет. В нашем исследовании не выявлено зависимости развития стадии зависимости от возраста. Существенное влияние на развитие игровой зависимости оказывает игровой стаж, с увеличением которого утяжеляется степень зависимости.

Статистически значимыми предикторами для определения степени зависимости от онлайн-игры стали среднее время, затрачиваемое респон-

дентом на онлайн-игры ежедневно ($p < 0,001$), наличие опыта игры на платных серверах ($p < 0,05$), отношение к онлайн-игре ($p < 0,001$). Доля респондентов, ответивших, что они тратили реальные деньги во время онлайн-игры, устойчиво увеличивалась с возрастанием степени зависимости.

Показатели социального статуса, семейное положение, образование, специальность, наличие или отсутствие детей существенного влияния на развитие зависимости от онлайн-игры не оказывают. Выявлена устойчивая тенденция снижения доли зависимых в группах респондентов с высоким ежемесячным заработком. Из сказанного следует, что наличие возможности транжирить время увеличивает вероятность развития зависимости от онлайн-игры.

С большей вероятностью развивалась зависимость у респондентов, вовлеченных в игру друзьями или коллегами. С развитием степени зависимости нейтральная оценка онлайн-игры устойчиво снижается, а заметную динамику демонстрирует положительное или отрицательное отношение к игре. Респонденты со слабой и выраженной степенями зависимости с трудом могут прекратить игру. Участие в азартных играх в анамнезе снижает вероятность ухода в зависимость от онлайн-игры, а повышенная увлеченность игрой такую вероятность повышает.

Литература

1. Азартная игра – разновидность патологической зависимости и ее лечение методом духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зорока / Г.И. Григорьев, С.Г. Григорьев, Е.В. Волгушева, Р.В. Мизерене // *Вестн. психотерапии.* – 2005. – № 13 (18). – С. 130–140.
2. *Войскунский А.Г.* Актуальные проблемы психологии зависимости от Интернета / А.Г. Войскунский // *Психол. журн.* – 2004. – № 1. – С. 90–100.
3. *Евдокимов В.И.* Методические аспекты диагностики развития интернет-зависимости / В.И. Евдокимов, О.В. Литвиненко // *Вестн. психотерапии.* – 2008. – № 25 (30). – С. 68–74.
4. *Евдокимов В.И.* Научно-методические аспекты развития и лечения патологической зависимости от азартных игр / В.И. Евдокимов, В.В. Зайцев // *Вестн. психотерапии.* – 2007. – № 20 (25). – С. 57–71.
5. *Зайцев В.В.* Патологическая склонность к азартным играм: методология, распространенность, диагностика и лечение / В.В. Зайцев, В.И. Евдокимов // *Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях.* – 2008. – № 2. – С. 67–74.

6. *Козлов В.В.* Психология игровой зависимости / В.В. Козлов, А.А. Карпов. – М. : Психотерапия, 2011. – 332 с.

7. *Литвиненко О.В.* Психологические детерминанты компьютерной игровой зависимости и особенности ее психопрофилактики : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Литвиненко О.В. ; [Всерос. центр. экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России]. – СПб., 2008. – 20 с.

8. *Лоскутова В.А.* Интернет-зависимость как форма нехимических аддиктивных расстройств : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Лоскутова В.А. ; [Новосиб. гос. мед. акад.]. – Новосибирск. 2004. – 23 с.

9. *Мильчакова В.А.* Характеристика больных игроманией, обратившихся за медико-психологической помощью в МИРВЧ / В.А. Мильчакова, Н.В. Советная // Вестн. психотерапии. – 2006. – № 17 (22). – С. 111–120.

10. *Рыбалтович Д.Г.* Интернет-зависимость: реальная патология или норма развития информационного человечества? / Д.Г. Рыбалтович, В.В. Зайцев // Вестн. психотерапии. – 2011. – № 40 (45). – С. 23–34.

11. *Рыбников В.Ю.* Распространенность компьютерной игровой зависимости среди населения мегаполиса / В.Ю. Рыбников, О.В. Литвиненко, В.А. Юренкова // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2008. – № 4. – С. 72–76.

12. *Шайдулина А.Ф.* Особенности клиники и лечения пациентов с патологической склонностью к азартным играм и компьютерной зависимостью : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Шайдулина А.Ф. ; [С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 2004. – 20 с.

13. *Янг К.С.* Диагноз – интернет-зависимость / К.С. Янг // Мир Internet. – 2000. – № 2. – С. 24–29.

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ТРЕВОГИ ПРИ ПСИХОЗАХ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

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

Введение

В последние годы в Российской Федерации рост количества психических расстройств у детей и подростков стал особенно заметным и в целом опережает аналогичные показатели у взрослых [9]. Исследования последних лет показали, что в структуре всей психической патологии у детей до 14 лет психотические расстройства составляют 3,1 % [23]. Эпидемиологические исследования показали, что тревога в рамках психотического расстройства встречается у 2,5 % детей и подростков [31], причем средний возраст к периоду начала заболевания приходится на пубертатный возраст.

Собственно функциональный аспект исследований детской и подростковой тревожности предполагает рассмотрение её как системного свойства, которое проявляется на всех уровнях активности ребенка. Несмотря на неизменную популярность исследований, как самого понятия тревожности, так и его уровней в клинике психических расстройств, измерение ее, по нашему мнению, остается совершенно неудовлетворительным с научной точки зрения [5]. К примеру, зачастую в высказываниях клиницистов-психиатров можно встретить обсуждения «свободноплавающей» и «связанной» тревожности, как двух видов тревожности, которые могут иметь различные проявления и различную степень выраженности у одного и того же человека.

Некоторые психиатры отождествляют тревожность с реакцией стресса, другие рассматривают ее как форму страха, третьи – как атипичную депрессию [14, 21]. Когда же речь заходит о тревоге у детей и подростков, возникающей в рамках психотического состояния, то здесь ученые еще более лаконичны в высказываниях относительно ее психологических характеристик, отмечая лишь ее наличие/отсутствие, опираясь в своих оценках лишь на субъективный уровень ее выраженности. В то же время, при тяжелых (чаще, процессуальных) расстройствах, сопряженных с бредообразованием и галлюцинациями чаще встречаются описания тревожности в связи со страхами, возникающими на этом фоне.

Тем не менее, несмотря на все разногласия и субъективность оценок, исследователи оказываются единодушными в трактовках роли тревоги в патогенезе психических расстройств, где она может служить как пусковым механизмом, так и механизмом, осложняющим течение уже имеющегося расстройства, накладывая свой отпечаток на личность в целом. Это мнение находит подтверждение в данных о неблагоприятном прогнозе при сочетании синдромов тревоги, страхов, навязчивостей с личностными нарушениями, особенно – с шизотипическим, зависимым, истерическим и пограничным вариантами расстройств личности [28, 29]. При этом самым прогностически неблагоприятным считается сочетание всех этих личностных свойств у одного пациента [30].

Что же касается интересующей нас психотической формы тревоги, то в настоящее время на нее существует, как минимум, две точки зрения. С одной стороны, тревогу рассматривают в рамках депрессивных состояний, подчеркивая, что она всегда является производным от депрессии, возникает вторично на фоне депрессивного состояния (как правило, речь идет о тревожной (ажитированной) депрессии) [1, 4]. С другой стороны, тревожные психотические состояния могут выделяться в отдельную группу как третий аффективный синдром, наряду с депрессией и манией. Так, М.Ю. Попов [20] выделяет в группе аффективных расстройств синдром психотической тревоги, а Ю.Л. Нуллер [18] сообщает о «психозах тревоги», которые за рубежом принято называть «эндогенной тревогой».

Как известно, принятая для взрослых классификация психических расстройств оказалась неприменимой в отношении детей. В частности, течение психотических расстройств у детей отличается от такового у взрослых, прежде всего тем, что рост и развитие личности ребенка взаимодействуют с болезненным процессом. В соответствии с этим возможны два варианта прогноза: в первом случае значительных задержек роста и развития ребенка не отмечается, в периоде дефекта у таких детей преобладают типичные для психозов расстройства личности; во втором случае дети в периоде дефекта отличаются слабоумием или же задержкой развития различной степени тяжести.

Если тревожные расстройства во взрослом возрасте подробно, глубоко и концептуально рассматриваются в работах отечественных и зарубежных психиатров последних лет, то современные клинические исследования в области детской и, особенно, подростковой психиатрии малочисленны. Объектом изучения служат проявления тревоги преимущественно в рамках симптоматики шизофрении и обсессивно-компульсивного рас-

стройства, хотя подобного рода расстройствами, конечно же, не ограничиваются. При этом И.И. Сергеевым и Э.Л. Казанцевой [22] в качестве общей тенденции развития тревожных расстройств у детей выявлена следующая динамика: манифестная овладевающая личностью тревога сменяется навязчивым состоянием, а затем трансформируется в сверхценное образование. Кроме того, они обратили внимание на то, что тревожно-фобические феномены в клинике психотических состояний у детей и подростков довольно часто встречаются в рамках обсессивно-компульсивного расстройства.

Сложность своевременной правильной нозологической оценки тревожной симптоматики подтверждается и проспективными исследованиями. Во многих работах авторы констатировали, что длительно существовавшие и неблагоприятно протекавшие тревожные нарушения нередко впоследствии оказываются начальными проявлениями различных форм шизофрении. Это свидетельствует о значимости ранней дифференциальной диагностики данной симптоматики. К началу подросткового возраста клиническая картина тревожных переживаний заметно усложняется, обогащаясь новыми сюжетами и более сложными формами стратегий преодоления (как более конструктивных, так и малоэффективных) [7, 15, 32, 33]. Кроме того, ряд авторов [8, 17] оценивают сам подростковый возраст как фактор, предрасполагающий к развитию тревожности.

Тревожные, обсессивно-фобические, дисморфофобические симптомокомплексы у подростков исследовались и в структуре расстройств пищевого поведения [6]. Также в последние годы были подробно описаны клинические проявления социофобических нарушений, достигавшая субпсихотического уровня боязнь собственного уродства в структуре дисморфофобических образований как аффективной, так и шизотаксической природы в этом возрасте [25, 27].

В рамках нашего исследования тревога у подростков видится, как своеобразная реакция на попытки справиться с нарастанием внутренней дезинтеграции на всех уровнях функционирования, характерной для данного возрастного периода. Не секрет, что все подростки, без исключения, подвержены серьезным структурным изменениям, связанным с формированием идентичности. Вопрос о том, каким образом закономерно возникающая в этом возрасте тревога трансформирует внутреннее ощущение единства «Я» на фоне психотических нарушений представляется важным с точки зрения изучения механизмов нормального и аномального развития личности.

Материалы и методы

В рамках психотического уровня расстройств с преимущественно тревожной симптоматикой нами были исследованы 153 подростка (82 девочки и 71 мальчик) в возрасте от 11 до 17 лет, проходящие амбулаторное и стационарное обследование и лечение в различных лечебных, научных и консультативных учреждениях. Данные больные были исследованы всесторонне при непосредственном участии врачей-клиницистов (психиатров, психоневрологов, психотерапевтов и т.п.) на базах Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева (консультативного, детского и подросткового отделения, отделения реабилитации психически больных, а также отделения хирургического лечения нервных и психических заболеваний), консультативно-диагностического центра Санкт-Петербургской педиатрической академии и Санкт-Петербургского городского кризисного центра для детей и подростков.

В структуре актуального психического состояния всех исследованных больных выделялись в качестве профилирующих тревожные расстройства. В данной работе при формировании группы больных с тревожной симптоматикой во главу угла нами был поставлен принцип «психотическое–непсихотическое», оценивающий такой психический параметр как уровень психических расстройств, своеобразную глубину и выраженность психопатологической картины заболевания. Соответственно, основными критериями включения больных в данную группу помимо признаков выраженной тревожности было наличие грубых нарушений в восприятии и осмыслении реальности (бред, галлюцинации, помрачение сознания); отсутствие осознания болезни (нарушение критики); неправильное, а чаще нелепое и опасное поведение (психомоторное возбуждение, склонность к агрессии, стремление к суициду, отказ от помощи врача). Правильность диагноза психического заболевания психотического уровня (наличия психотического эпизода) у этих подростков была подтверждена катамнестическими данными, получаемыми как непосредственно в момент обследования, так и спустя 5–7 лет после первичного обследования.

Вне всяких сомнений столь грубая симптоматика являлась серьезным препятствием для психодиагностического исследования. Поэтому такие больные исследовались в периоды редукции активной продуктивной симптоматики на фоне выраженных проявлений тревоги.

Все исследованные нами подростки были условно разделены на две группы по характеру клинических проявлений: 1-я ($n = 111$ подростков, или 72,5 %) – процессуальные заболевания, включившие в себя шизофре-

нию и шизотипические расстройства; 2-я (n = 42 подростка, или 27,5 %) – аффективные расстройства психотического уровня, включая органические. Как видно из табл. 1, почти $\frac{2}{3}$ исследованных больных относились к 1-й группе.

Таблица 1

*Распределение школьников по нозологическим
и возрастным группам, n (%)*

Возрастная группа	Клиническая группа		Всего
	1-я	2-я	
Младшие подростки, 11–12 лет	19 (17,1)	-	19 (12,4)
Подростки, 13–14 лет	22 (19,8)	10 (23,8)	32 (20,9)
Старшие подростки, 15–17 лет	70 (63,1)	32 (76,2)	102 (66,7)
Итого	111 (72,5)	42 (27,5)	153 (100,0)

Кроме того, исследованные группы школьников, страдающих патологией психотического уровня неравномерно распределились по возрасту. Так, менее всего (12,4 %) оказалось в нашей выборке младших подростков (11–12 лет), чуть больше (20,9 %) – ребят среднего подросткового возраста (13–14 лет) и почти $\frac{2}{3}$ (66,7 %) – старших подростков. Данный факт вполне красноречиво показывает особенности биогенетической этапности индивидуального развития, когда можно отчетливо наблюдать переход от аффективного к эмоционально-идеаторному уровню нервно-психического реагирования. Ведь именно ему соответствует согласно биогенетической теории этапности индивидуального развития период, когда наиболее вероятными оказываются расстройства психотического уровня, сопряженные с расстройствами сознания, наличием сверхценных образований и нарушениями мышления. Кроме того, данную тенденцию можно проследить и относительно нозологических особенностей возрастного распределения. Так, шизофрения и шизотипические расстройства могут проявляться уже у младших подростков, в то время, как эмоционально-идеаторные аффективные нарушения психотического уровня отчетливо проявляются только на фоне пика пубертатного криза, соответствующего переходу от негативной фазы развития к позитивной. Именно этот переход, представляется здесь своего рода лакмусовой бумажкой, способной от дифференцировать аффективные расстройства невротического и психотического уровней.

Для экспериментально-психологического изучения возрастной динамики структуры тревоги у подростков с тревожными расстройствами

психотического уровня была использована оригинальная «Методика многомерной оценки детской тревожности» (МОДТ) [16], шкалы которой оценивают: 1-я – общую тревожность, 2-я – тревогу в отношениях со сверстниками, 3-я – тревогу, связанную с оценкой окружающих, 4-я – тревогу в отношениях с учителями, 5-я – тревогу в отношениях с родителями, 6-я – тревогу, связанную с успешностью в обучении, 7-я – тревогу, возникающую в ситуациях самовыражения, 8-я – тревогу, возникающую в ситуациях проверки знаний, 9-я – снижение психической активности, обусловленное тревогой, 10-я – повышенную вегетативную реактивность, обусловленную тревогой.

Разработанные нами принципы многомерной оценки детской тревожности способны отразить не только уровень и характер тревожности у детей и подростков школьного возраста (7–18 лет), но также и максимально возможный спектр ситуаций, в которых эта тревожность может возникать. Опросник отвечает современным психометрическим критериям надежности ($r = 0,51 \div 0,78$) и валидности ($r = 0,47 \div 0,56$).

Полученные данные экспериментально-психологического исследования были обработаны статистически. Для выявления особенностей проявлений тревоги и тревожности у школьников разных поло-возрастных групп при патологии психотического уровня, а также оценки динамики их различий производилось сопоставление средних величин шкальных оценок опросника МОДТ в исследуемых группах. Выявлялись те шкалы, для которых различия достигали уровня статистической значимости ($p < 0,05$). Такое сопоставление проводилось отдельно для каждой из четырех исследованных подгрупп, сформированным по возрастным диапазонам и полу.

Результаты и их анализ

Как можно видеть из табл. 2, мальчики и девочки нозологически относительно равномерно распределились в исследуемых группах. Что касается собственно нозологической наполненности групп, то в 1-й группе среди исследованных нами детей преобладали больные с шизотипическим расстройством F21 (28,8 %) и параноидной формой шизофрении F20.0 (23,4 %), а во 2-й – синдромом де ля Туретта F95.2 (21.4 %), тревожным расстройством органической природы F06.4 (21.4 %) и собственно депрессивным эпизодом F32 (19,1 %) психотического уровня.

Таблица 2

Групповые расстройства с преимущественно астеническими, тревожно-фобическими, обсессивно-фобическими, тревожно-депрессивными и поведенческими жалобами, n (%)

	Девочки	Мальчики	Всего
<i>1-я группа</i>	60 (54,1)	51 (45,9)	111 (72,5)
Параноидная шизофрения (F20.0)	16 (26,7)	10 (19,6)	26 (23,4)
Постшизофреническая депрессия (F20.4)	2 (3,3)	3 (5,9)	5 (4,5)
Шизотипическое расстройство (F21)	21 (35,0)	11 (21,6)	32 (28,8)
Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении (F23.0)	10 (16,7)	5 (9,8)	15 (13,5)
Другие острые преимущественно бредовые психотические расстройства (F23.3)	7 (11,7)	7 (13,7)	14 (12,6)
Другие острые и транзиторные психотические расстройства (F23.8)	1 (1,6)	6 (11,8)	7 (6,3)
Шизоаффективное расстройство (F25)	3 (5,0)	9 (17,6)	12 (10,9)
<i>2-я группа</i>	22 (52,4)	20 (47,6)	42 (27,5)
Депрессивный эпизод (F32)	5 (22,8)	3 (15,0)	8 (19,1)
Синдром Аспергера (F84.5)	3 (13,6)	1 (5,0)	4 (9,5)
Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности (F60.6)	-	6 (30,0)	6 (14,2)
Трихотиломания (F63.3)	-	2 (10,0)	2 (4,8)
Расстройство поведения (F91)	2 (9,1)	-	2 (4,8)
Тикозное расстройство (F95)	1 (4,5)	1 (5,0)	2 (4,8)
Комбинированное голосовое и множественное двигательное тикозное расстройство (синдром де ля Туретта) (F95.2)	2 (9,1)	7 (35,0)	9 (21,4)
Тревожное расстройство органической природы (F06.4)	9 (40,9)	-	9 (21,4)
Всего	82 (53,6)	71 (46,4)	153 (100,0)

Остановимся на клинических проявлениях психотических расстройств тревожного регистра у исследованных нами больных. При изучении данных анамнеза больных первой группы (шизофрения и шизотипические расстройства) особо обратил на себя внимание тот факт, что у многих из исследованных нами подростков с шизотипическим расстройством (F21) и острым полиморфным психотическим расстройством без симптомов шизофрении (F23.0) психотическая тревога первоначально была вызвана психогенными факторами. Психогении, которые переносились этими подростками, были шокowymi или же – в подавляющем большинстве – имели характер длительной травматизации («провалился в люк, долго там

находился, кричал, пока не был извлечен строителями», совершение обратных действия в отношении подростка, участие или присутствие в качестве свидетеля при дорожно-транспортном происшествии со смертельным исходом, при террористических актах, военных действиях на территории Чечни, Дагестана и Ингушетии и т.п.). В этих случаях роль психогении, которая придавала заболеванию ряд черт, свойственных реактивному состоянию, несомненна, хотя клиницистами и не исключалась возможность того, что психотический эпизод у данных подростков начался раньше, чем они получили психогенный шок. Течение и исход заболевания в данных случаях были очень тяжелыми, возможно, в связи с массивностью переживания. В других, менее выраженных случаях и при более легком течении заболевания реактивное состояние отходило на второй план. Кроме того, исследованных нами больных характеризовало то, что даже самая незначительная причина могла давать тяжелую, совершенно неадекватную тревожную реакцию – у них наблюдалась не свойственная психике данного возраста склонность к инертности в переживаниях. Можно было предполагать, что психогении, отдаленные в сроках от начала заболевания, все же не утрачивали своего значения как фактор патогенетический для развития психоза.

Типичными симптомами, характеризующими уровень тревоги при параноидной форме шизофрении (F20.0) и шизоаффективном расстройстве (F25) у исследованных нами подростков, при остром начале являлись страхи, возникшие в связи с искаженным восприятием окружающего. Эти страхи появлялись эпизодически и часто сопровождалась галлюцинациями. Обращали на себя внимание растерянность, затруднение контакта, особенно речевого, неадекватность поведения. Страхи, наблюдаемые нами, у данных подростков отличались от невротических своей немотивированностью и психологической непонятностью, остротой переживания, полной убежденностью в реальности того, что их вызвало. Подростков, переживающих состояние такого страха невозможно было ни отвлечь, ни успокоить, их внимание невозможно было переключить ни на что другое. В связи с этим исследованные нами подростки отличались высоким уровнем тревожности, были растеряны. Наряду с этим, вне состояния подобного рода тревожных опасений их реакции на окружающий мир были лишены привычной их возрасту аффективной живости. Их также отличала раздражительность, характеризующаяся нелепостью реакции в ответ на внешнюю причину, их вызвавшую. Переживаемые на начальных стадиях заболевания галлюцинации, как правило, со временем исчезали, но высокий уро-

вень субъективно переживаемой тревоги, их сопровождающей довольно часто сохранялся и повторялся как постоянный симптом во всех стадиях заболевания.

Для больных, отнесенных нами к группе аффективных расстройств настроения, личности и поведения тревожного спектра была характерна синдромальная нечеткость, легкость перехода на другой психопатологический уровень, тяготение к особой подростковой фабуле, отражающей возрастные особенности ключевых переживаний, свойственных этапу подростковой, а также нестабильность вегетативного статуса придающая этой симптоматике особую окраску. Угнетенное настроение сочеталось с выраженной тревогой, страхом, беспокойством, ожиданием несчастья, неотвратимых бед, «чего-то страшного». Во время такого состояния могли наблюдаться акты аутоагрессии вплоть до суицидальных попыток и самоубийств, формировались бредовые идеи самообвинения и преследования. При этом тревожно-депрессивный аффект сочетался с замедленностью и затруднением всех психических процессов и нарушениями сна.

В начале собственно депрессивного эпизода (F32) и уклоняющегося расстройства личности (F60.6) отмечалось изменение всего поведения подростка в целом: он переставал заниматься привычным ему делом, не сразу отвечал на вопросы, поступки его часто были непонятны и импульсивны, затруднялся речевой контакт. В случае подобного рода психотического поведения (F91) в начальной стадии заболевания их поступки отличались неожиданностью и необъяснимостью и с точки зрения присущих им характерологических свойств, и истории предшествующего развития. Кроме того, на фоне признаков повышенной тревожности указанная симптоматика в дальнейшем имела тенденцию к росту и обострению без видимых причин. В этих случаях их отличала особая стойкость, резистентность к различным видам терапевтических вмешательств в сочетании с утрированным отсутствием эго-дистонности восприятия нарушений, переходящих с уровня сверхценностных психопатологических образований в регистр субпсихотической симптоматики.

Психотический уровень тревожно-фобических нарушений у подростков исследовался нами также в рамках тревожного расстройства органической природы (F06.4) и синдрома де ля Туретта (F95.2). В варианте, ассоциированном с расстройствами аффективного и невротоподобного регистров, у больных подростков с обсессивно-фобической симптоматикой (преимущественно – навязчивыми страхами контрастного типа с обыденным содержанием) обнаруживались проявления социальной тревоги, изо-

лированные фобии, сохранявшая эго-дистонность к имевшимся опасениям. При этом сами obsessions (преимущественно с тематикой заражения), сосуществовавшие с расстройствами параноидного регистра, сопровождались большим количеством защитных действий, включая ритуалы мытья и очищения, и утратой эго-дистонности. К пику подросткового возраста клиническая картина подобного рода расстройств у этих пациентов усложнялась, становилась более полиморфной, симптомы нередко отличала незавершенность, присоединялись расстройства, характерные именно для подросткового возраста, включавшие нарушения поведения, сложные дисморфофобические, тревожные и ипохондрические конструкции, а также анорексию. Нередко такие подростки обнаруживали поведенческие девиации, в рамках реакций гиперкомпенсации и группирования со сверстниками.

Ниже представлены результаты экспериментально-психологического исследования по МОДТ (см. рис. 1–3). Подробному анализу подвергались только статистически значимые ($p < 0,05$) различия в показателях уровня тревожности в исследованных половозрастных группах подростков с тревожными расстройствами психотического уровня.

Как можно видеть на рис. 1, возрастную динамику характера и уровня тревожности подростков, страдающих тревожными расстройствами психотического уровня, определяют ряд особенностей. Обращает на себя внимание отсутствие динамики показателей тревожности в отношениях со старшими (учителями – 4-я шкала и родителями – 5-я шкала), причем если тревога в отношениях с учителями стабильно держится на уровне нормативной, то в ситуациях общения с родителями она имеет устойчивую тенденцию быть завышенной. Это может свидетельствовать о некоторой «стабильной» роли взрослых в формировании тревожных опасений психотического круга у подростков вне зависимости от возраста. Поскольку именно отношения со старшими в подростковом возрасте подвергаются особым напряжениям, то данный факт может свидетельствовать в пользу некоторой отрешенности или неадекватном восприятии роли старшего в развитии эмоционально-насыщенных переживаний.

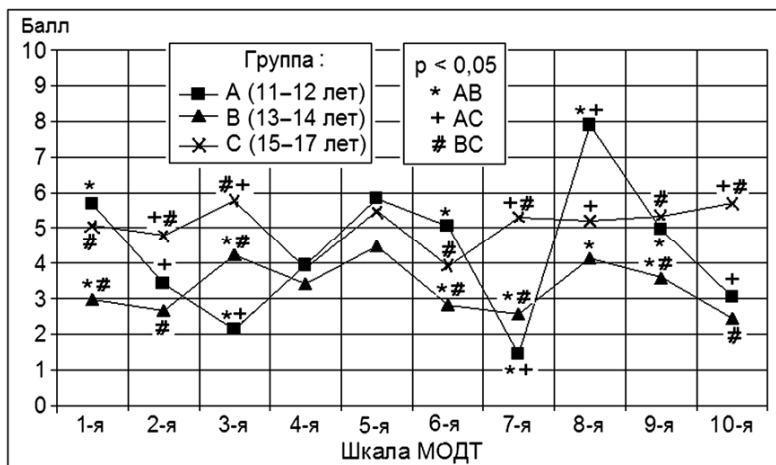


Рис. 1. Динамика проявлений тревожности у подростков при патологии психотического уровня.

В то же время значительной трансформации подвергается с возрастом показатель тревоги, связанной с оценкой окружающих (3-я шкала) и в ситуациях самовыражения (7-я шкала), которые резко актуализируются в переживаниях подростков от ее практического отсутствия в возрасте 11–12 лет до достаточно высоких ее показателей к 15–17 годам. Указания именно на данный возраст можно найти в различных исследованиях, в частности, по данным И.В. Макарова [14] средний возраст начала заболевания простой и параноидной формой шизофрении вне зависимости от типа течения составляет $(12,0 \pm 1,1)$ года. Собственно и сама клиническая картина говорит о том, что подростки становились все более замкнутыми, теряли прежнее чувство юмора, совершали странные и необъяснимые поступки; у них появлялись безосновательные и порой нелепые страхи, жалобы на то, что они боятся «сойти с ума».

По всей видимости, с развитием психотической симптоматики подростки все больше ощущают собственную неадекватность при взаимодействии с окружающими, когда высказывают не вполне ясные идеи, не находившие отклика у окружающих. Любые контакты, направленные на презентацию собственных представлений наткнулись у них на стену непонимания или откровенных насмешек, что, безусловно, не могло не сказаться на эмоциональном состоянии, связанном с ожиданием их реакции. С нашей точки зрения именно тревога послужила толчком к защите от подоб-

ного рода «напряженных» взаимоотношений, актуализируя иррациональные убеждения, приводящие к «когнитивным искажениям» (тревога по А.Эллису [26]). Особо обратила на себя внимание в связи с этим своеобразная интерпретация подростками отношений и оценок окружающих. Так, подростки 15–17 лет чаще говорили о тревоге в связи с преследованием их со стороны школьных товарищей, кого-либо из родственников, учителей, «экстрасенсов» или «колдунов», инопланетян и персонажей из виртуального компьютерного мира.

Рассмотрим подробнее гендерные особенности динамики тревожности у школьников при патологии психотического уровня. Как видно из рис. 2 и 3, наиболее общие тенденции оказываются в значительной степени связанными с полоспецифическими особенностями тревожных переживаний подростков различных возрастных групп.

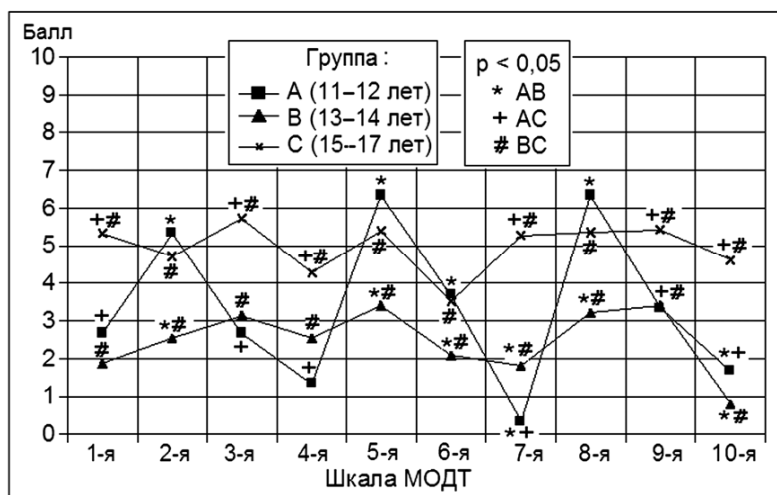


Рис. 2. Динамика проявлений тревожности у девочек-подростков при патологии психотического уровня.

Так, можно говорить о полоспецифической особенности динамики тревоги возникающей при общении с близкими взрослыми (5-я шкала), когда у мальчиков вне зависимости от возраста этот показатель остается относительно стабильным, тогда как у девочек в начале подросткового криза (11–12 лет) он крайне высок, а на переходе негативной фазы криза в позитивную (13–14 лет) резко снижается, чтобы к окончанию школьного обу-

чения (15–17 лет) стабилизироваться на отметке повышенного. Данный феномен можно проследить и в отношениях со сверстниками (2-я шкала), и в связи с успешностью в обучении (6-я шкала), и в ситуациях проверки знаний (8-я шкала) на фоне колебаний показателя вегетативной реактивности (10-я шкала). Данный факт согласуется с результатами М.Д. Ефремовой [10] и Е.В. Жалюнене [11], которые указывали на нарастание неадекватности переживаний именно в ключевых темах, характерных для подросткового возраста, а также нестабильность вегетативного статуса, придающую их симптоматике особую окраску.

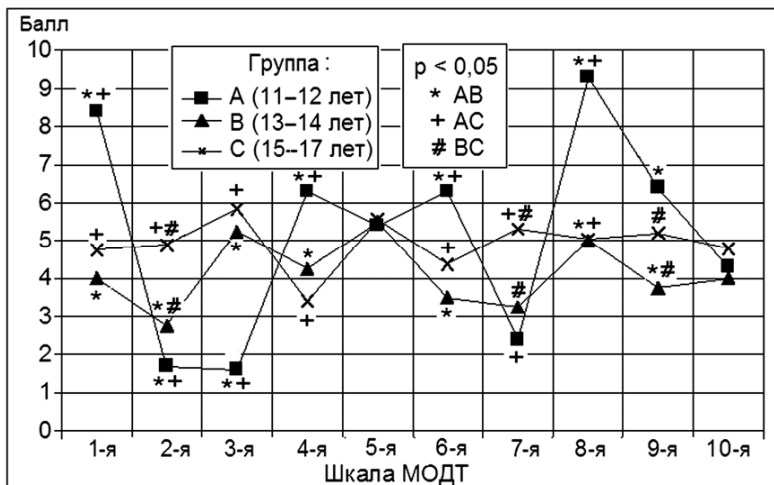


Рис. 3. Динамика проявлений тревожности у мальчиков-подростков при патологии психотического уровня.

Поскольку в норме акцент тревоги на отношениях с родителями («близкими взрослыми») постепенно переносится на значимых взрослых (учителей) и далее трансформируется в тревогу во взаимоотношениях со сверстниками, то в случае психотического уровня патологии такой трансформации очень личных связей в приемлемые и общепринятые роли не происходит. В связи с тем, что снижение показателей тревоги в личностно-значимых для подростка сферах в самую острую фазу – фазу перехода – наблюдается именно у девочек, можно предположить влияние психотической симптоматики на адекватность восприятия действительного положения дел, когда акценты тревожных переживаний смещаются с психологически понятных на вычурные или малозначимые для данного возрастного

этапа моменты. Динамика эмоциональных проявлений у мальчиков в этом плане оказывается более «понятной» с точки зрения классических представлений о психотическом пациенте данного возраста, когда отношения со сверстниками (2-я шкала) с возрастом имеют тенденцию к повышению значимости, а соответственно, – росту тревоги, а с учителями (формальными взрослыми) (4-я шкала) обесцениваются. Данный показатель оказывается сильно зависящим от пола ребенка, поскольку с возрастом у девочек он заметно растет, а у мальчиков – падает.

Коль скоро актуальность тревожных переживаний, связанных с «близкими» отношениями (со значимыми близкими – родителями и сверстниками) постепенно теряет свою напряженность и они перестают для больного играть роль объекта, поддерживающего развитие «Я», то согласно одной из высказанных Х. Кохутом [13] идей, любой другой, кто эту функцию в сознании подростка выполняет может функционировать как эго-объект. Безусловно, фактор пола учителя (в нашей действительности – это преимущественно женщины) оказался связанным с успешностью в обучении, поскольку беспокойство, которое испытывают подростки (в большей степени, мальчики) заставляет их регрессировать к прелогическому мышлению, выражаясь в магическом мышлении.

Таким образом, снижение с возрастом тревоги в отношениях с учителями у мальчиков может быть объяснено нарастанием архаических психологических защит, защищающих его личность от дезинтеграции. В то же время, рост этого показателя у девочек отражает, по всей видимости, нарастание восприятия конкурентных отношений с образами учителей. Ведь именно учитель, задавая вопросы, на которые не всегда известен «правильный ответ», способен поставить под сомнение в глазах окружающих позитивную оценку собственных возможностей.

Можно предположить, что собственно тревога у подростков 12–13 лет определяет яркие полоспецифические различия в трансформации психических состояний при патологии психотического уровня, когда у мальчиков в большей степени задействуются так называемые «глубинные» (психофизиологические) механизмы саморегуляции, отвечающие за витальный тонус (психическая активность и вегетативная реактивность), в то время, как у девочек в большей степени страдают межличностные отношения с близкими родственниками и друзьями. Вероятно, именно эти тенденции проявлений тревоги можно считать неблагоприятными прогностическими признаками в плане перехода тревожных переживаний с уровня

сверхценных психопатологических образований в регистр субпсихотической симптоматики.

Изначально, в возрасте 11–12 лет (начала пубертата) мы можем наблюдать реакции и переживания подростков с тревожными расстройствами психотического уровня, которые можно соотнести с «невротическими», поскольку на этом уровне развития мы еще не сталкиваемся с выраженным нарушением тестирования реальности, процесс формирования идентичности больного подростка несмотря на тенденции к диффузии является относительно сохранным (компенсированным). Впоследствии, еще до перехода состояния личностной структуры больного на «истинно психотический» уровень с утерей тестирования реальности и рыхлой диффузной идентичностью, приводящей к все более выраженной патологии межличностных отношений, мы можем отмечать этап, так называемой, «психопатизации». Этот этап характеризуется тенденциями к увеличению нарушения контроля реальности и себя, разрыхлению идентичности и увеличению напряженности в сфере социального взаимодействия. Так называемое, магическое мышление здесь, по всей видимости, служит средством контроля внешнего мира. Подобного рода «уходы от реальности» Дж. Стайнер [24] определил, как «психические убежища» – своеобразные душевные состояния, в которые пациенты прячутся, скрываясь от тревоги и психической боли. Именно такой способ совладания с тревогой, с его точки зрения, оказывается наиболее приемлемым в случае трансформации невротических пациентов в психотических. Под психическими убежищами в нашем случае можно понимать сложноорганизованные системы защитных механизмов, а тревогу – как страх перед дезинтеграцией себя или ощущением себя дезинтегрированным. Кроме того, варианты описанной выше динамики ряд исследователей [2, 3, 19] соотносят с «разрастанием дыры в Я», когда именно психопатологическая симптоматика используется психотическим пациентом как средство адаптации к реальности и совладания с аффектом тревоги. Соглашаясь с мнением О. Кернберга [12] можно полагать, что по мере усиления психотической обусловленности тревоги, исследованные нами пациенты вынуждены были использовать все более архаические и мощные психологические защиты, чрезмерно сильно искажающие реальность и нарушающие ее тестирование.

Заключение

Таким образом, по результатам исследования динамики проявлений тревожности у подростков при патологии психотического уровня можно

выделить следующие моменты. У исследованных нами подростков наблюдается нарастание неадекватности тревожных переживаний именно в ключевых темах, характерных для подросткового возраста, а также нестабильность вегетативного статуса, придающая их симптоматике особую окраску, когда с возрастом мы наблюдаем увеличение нарушения контроля реальности и себя, разрыхление идентичности и усиление напряженности в сфере социального взаимодействия. Так, по мере развития актуальность тревожных переживаний, связанных с «близкими» отношениями (со значимыми близкими - родителями и сверстниками) постепенно теряет свою напряженность и они перестают для больного подростка играть роль объекта, поддерживающего развитие «Я». В то же время тревога в сфере общения с формальными взрослыми (учителями) оказывается сильно зависящей от пола ребенка (у девочек она заметно растет, а у мальчиков – падает). Другими словами, именно психопатологическая симптоматика используется психотическим пациентом как средство адаптации к реальности и совладания с аффектом тревоги, связанной с ощущением роста личностной дезинтеграции.

Литература

1. *Аведисова А.С.* Депрессия + тревога: диагностика и лечение / А.С. Аведисова. – М. : Sender, 2003. – 32 с.
2. *Аммон Г.* Динамическая психиатрия / Г. Аммон. – СПб., 1996. – 197 с.
3. *Аммон М.* Психологические основы системы психотерапевтических воздействий в динамической психиатрии : автореф. дис. ... д-ра психол. наук / Аммон М. – СПб., 2004. – 46 с.
4. *Астапов В.М.* Генезис тревоги и депрессии / В.М. Астапов, А.Н. Гасилина // Мир психологии.– 2011. – № 1 (65). – С. 225–234.
5. *Астапов В.М.* Тревожные расстройства в детском и подростковом возрасте: теория и практика : монография / В.М. Астапов, Е.Е. Малкова. – М. : МПСИ ; Воронеж : МОДЭК, 2011. – 368 с.
6. *Балакирева Е.Е.* Нервная анорексия у детей и подростков : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Балакирева Е.Е. – М., 2004. – 24 с.
7. *Гиндикин В.Я.* Личностная патология / В.Я. Гиндикин, В.А. Гурьева. – М. : Триада-Х, 1999. – 266 с.
8. *Грошева Е.В.* Особенности течения шизофрении у подростков в зависимости от сопутствующих социально-психологических факторов /

Е.В. Грошева, А.Н. Алехин // Вестн. Балт. пед. академии. – 2005. – № 61. – С. 75–78.

9. *Гурович И.Я.* Актуальные проблемы детской психиатрической службы в России / И.Я. Гурович, В.М. Волошин, В.Б. Голанд // Соц. и клинич. психиатрия. – 2002. – Т. 12, вып. 2. – С. 15–18.

10. *Ефремова М.Д.* Обсессивно-фобические расстройства с явлениями мизофобии при вялотекущей шизофрении / М.Д. Ефремова // Журн. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2001. – № 2 (101). – С. 12–17.

11. *Жалюнене Е.В.* Ипохондрический синдром в дебюте юношеской шизофрении (особенности психопатологии и прогноз) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Жалюнене Е.В. – М., 1990. – 21 с.

12. *Кернберг О.* Тяжелые личностные расстройства / О. Кернберг. — М. : Класс, 2005. – 464 с.

13. *Кохут Х.* Анализ самости: систематический подход к лечению нарциссических нарушений личности / Х. Кохут. – М. : Когито-Центр, 2003. – 368 с.

14. *Макаров И.В.* Лекции по детской психиатрии / И.В. Макаров. – СПб. : Речь, 2007. – 293 с.

15. *Малкова Е.Е.* Особенности психологических защит и их связь с тревогой у подростков с шизотипическим расстройством / Е.Е. Малкова // Учен. зап. СпбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – 2011. – Т XVIII, № 4. – С. 48–49.

16. *Малкова (Ромицына) Е.Е.* Психодиагностическая методика многомерной оценки детской тревожности : пособие для врачей и психологов / Е.Е. Малкова (Ромицына) ; С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. – СПб., 2007. – 34 с.

17. Некоторые сравнительно-возрастные особенности формирования небредовых ипохондрических расстройств у детей и подростков / А.А. Кашникова, Ю.Б. Коваленко, Е.В. Корень [и др.] // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – М., 2008. – № 1. – С. 85–90.

18. *Нуллер Ю.Л.* Тревога и ее терапия / Ю.Л. Нуллер // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – № 4 – С. 35–37.

19. Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. – СПб. : Ин-т им. В.М. Бехтерева, 2003. – 438 с.

20. *Попов М.Ю.* Тревога в структуре острых психотических состояний как обоснование подходов к терапии / М.Ю. Попов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – № 2. – С. 54–56.

21. *Попов Ю.В.* Тревожные состояния в Международной классификации психических болезней 10-го пересмотра / Ю.В. Попов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – Т. 4. – № 2. – С. 44–46.
22. *Сергеев И.И.* Фобические расстройства у детей и подростков / И.И. Сергеев, Э.Л. Казанцева. – М. : Аванти, 2005. – 195 с.
23. Состояние психического здоровья детей: проблемы, пути решения : решение коллегии Минздрава РФ от 15.05.2001 г. : протокол № 9. – М. : МЗ РФ, 2001. – 10 с.
24. *Стайнер Дж.* Психические убежища. Патологические организации у психотических, невротических и пограничных пациентов : пер. с англ. / Дж. Стайнер. – М. : Когито-Центр, 2010. – 239 с.
25. *Цуцуйковская М.Я.* Роль психобиологических характеристик юношеского возраста в формировании клинической картины депрессий и особенностях терапии / М.Я. Цуцуйковская // Психиатрия. – 2003. – № 5. – С. 21–28.
26. *Эллис А.* Когнитивный элемент депрессии, которым несправедливо пренебрегают / Э. Эллис // Моск. психотерапевтич. журн. – 1994. – № 1. – С. 7–47.
27. *Этингоф А.М.* Клинико-психопатологические особенности и типология юношеских дисморфофобических депрессий / А.М. Этингоф // Психиатрия. – 2003. – № 5. – С. 53–58.
28. A prospective three-year follow-up study of borderline personality disorder in patients / R. Antikainen, J. Hintikka, J. Lehtonen [et al.] // Acta Psychiat. Scand. – 1995. – Vol. 5. – P. 327–335.
29. DSM-III-R personality disorders in a mood and anxiety disorders clinic: Prevalence, comorbidity and clinical correlates / S.N. Flick, P.P. Roy-Byrne, D.S. Cowley [et al.] // J. Aff. Dis. – 1993. – Vol. 2. – P. 71–79.
30. Effect of axis II diagnoses on treatment outcome with clomipramine in 55 patients with obsessive-compulsive disorder / L. Baer, M. Jenike, D.W. Black [et al.] // Arch. Gen. Psychiat. – 1992. – Vol. 49. – P. 862–866.
31. Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents / L.A. Valleni-Basile, C.Z. Garrison, K.L. Jakson [et al.] // J. Am. Acad. Child. Adol. Psychiat. – 1994. – Vol. 33. – P. 782–791.
32. *Nissen G.* Pubertatskrisen und Storungen der psychosexuellen Entwicklung / G. Nissen // Lerbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie / H. Harbauer (Hrsg.). – Berlin, 1971. – P. 133–137, 155.
33. Symptoms of anxiety disorders in normal children / D.J. Bell-Dolan [et al.] // J. Am. Acad. Child. Adol. Psychiat. – 1990. – Vol. 29. – P. 759–765.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Институт мозга человека им Н.П. Бехтеревой РАН, Санкт-Петербург

Введение

Изучение эмоциональных характеристик личности является актуальной проблемой медицины, психологии, нейрофизиологии и др. научных дисциплин. К эмоциональным нарушениям относят тревогу, депрессию, агрессию и страх и др. Однако не меньшее значение имеет сочетание различных по своему характеру эмоциональных составляющих личности, соотношение которых по разному определяет поведение человека, и особенно больного человека. В этом плане представляют интерес работы по исследованию различных соотношений эмоциональных характеристик, имеющих смешанный, комбинированный характер и даже противоположную направленность [2, 6, 7, 16, 20]. Можно предположить, что такого рода эмоциональная дисгармония имеет разрушительное действие как для самого человека и его здоровья, так и для окружающего социума. Особенно важны такие исследования при болезнях человека, механизмы развития которых обусловлены и органической патологией, и психогенезом. Например, рассеянный склероз (РС) – тяжелое неврологическое заболевание с непредсказуемым течением, приводящее к ранней инвалидизации больных.

При РС наряду с тяжелой неврологической симптоматикой в клинической картине отмечаются эмоциональные нарушения [1, 5]. Среди них в литературе описаны главным образом тревожность, депрессивные явления, аффективные расстройства, эмоциональная неустойчивость [5]. Некоторые авторы [1, 9] считают тревожность чертой личности, присущей больным рассеянным склерозом. Наряду с этим в последнее время большое внимание уделяется агрессивным проявлениям [19].

Однако указаний на сложность, неоднозначность или противоречивость и возможные психологические варианты соотношений эмоциональных нарушений при РС в литературе встречается недостаточно.

В связи с этим целью нашего исследования было выявление психологических вариантов эмоционально-личностных нарушений у больных с РС в связи с задачами диагностики, лечения и реабилитации.

Материалы и методы

Обследовали 95 больных с РС (31 мужчина и 64 женщины) в возрасте от 18 до 57 лет, с легкой и средней степенью тяжести по расширенной шкале инвалидизации (EDSS) [21] от 1,5 до 4,5 баллов и длительностью заболевания от 1 до 30 лет. Все больные находились в стадии ремиссии и не имели отчетливой очаговой неврологической симптоматики.

Основными методами клинико-психологического исследования являлись наблюдение, беседа и психологические тесты. Использовали комплекс психологических методик:

- тест Тейлор для исследования тревоги [10], позволяющий выделить ее три вида (соматическую, невротическую и социальную);
- шкалу депрессии В. Зунга для оценки депрессивных явлений [17];
- опросник Баса–Дарки для исследования агрессии [8];
- стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ) для оценки личностного статуса [18].

Математическую обработку осуществляли с помощью пакета Statistica 7.0.

Результаты и их анализ

Основные жалобы больных, как правило, совпадали с неврологическими нарушениями (двигательными, чувствительными и др.) и были подробно изложены в наших более ранних работах [11–13, 15].

В процессе беседы активных жалоб на эмоциональные расстройства в виде агрессии и страха практически не встречалось. В 60 % случаев больные отмечали проблемы эмоционального характера (тревогу, беспокойство, раздражительность, сниженный фон настроения и др.).

Показатели теста СМИЛ в группе больных с РС имели значительные отклонения от нормы (рис. 1).

Особенности профиля СМИЛ свидетельствуют о том, что актуальное психическое состояние больных с РС характеризуется психической напряженностью, озабоченностью своим состоянием, пессимистическими тенденциями и некоторой отрешенностью от окружающей действительности. Изложенное свидетельствует о явлениях дезадаптации личности.

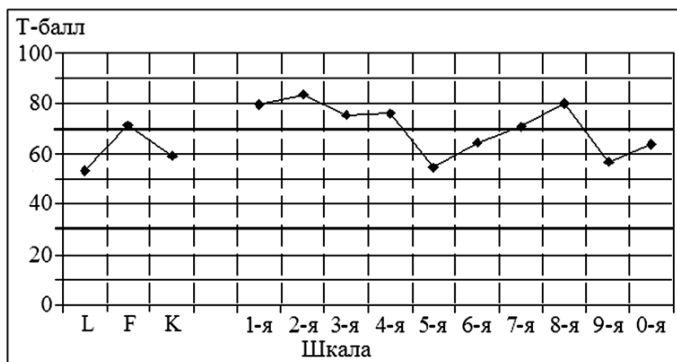


Рис 1. Усредненный профиль личности по СМИЛ в группе больных с РС.

Обозначения шкал: L – лжи, F – аггравации и симуляции, K – коррекции, 1-я – невротический сверхконтроль, 2-я – пессимистичность, 3-я – эмоциональная лабильность, 4-я – импульсивность, 5-я – женственность – мужественность, 6-я – ригидность, 7-я – психастения, 8-я – индивидуалистичность 9-я – оптимистичность, 0-я – социальная интроверсия.

Данные, полученные по тесту Тейлор, показали, что уровень тревоги в группе больных с РС оказался высоким у 82 % лиц, из них у 36 % больных выявлен средний (с тенденцией к высокому), а у 46 % больных – высокий уровень тревоги. Только в 18 % случаев показатели суммарной тревоги были в пределах нормы. Наиболее выраженной у больных была невротическая тревога, средние показатели которой были выше соматической и социальной ($p < 0,05$) (табл. 1). Таким образом, больные с РС в подавляющем большинстве имели высокую тревожность, что свидетельствовало об отражении стресса в связи с развитием болезни.

Как видно из табл. 1, усредненные показатели по тесту «Шкала депрессии» Зунга (при норме до 50 баллов) свидетельствовали у больных с РС об отсутствии депрессии. При этом индивидуальные показатели у больных в 83,4 % случаев были в пределах нормы и лишь в 16,6 % случаях выявлено их небольшое повышение, свидетельствующее о легкой депрессии невротического характера. Кроме того, повышение показателей по шкале Зунга наблюдалось только в сочетании с повышением пессимистичности по 2-й шкале СМИЛ. Следует отметить, что у 50 % больных с РС отмечалось повышение только показателей по 2-й шкале СМИЛ. Нужно подчеркнуть, что тест Зунга позволяет оценить клинический уровень депрессии и определить степень выраженности депрессивного расстройства,

в то время как 2-я шкала СМИЛ является показателем общего психологического дискомфорта, пессимистичности и неудовлетворенности своей жизнью.

Таблица 1

Показатели психологических тестов у больных с РС, балл (M ± σ)

Тест	Шкала	Показатель
Тейлор	Соматическая тревога	6,3 ± 2,7
	Неврогическая тревога	10,7 ± 4
	Социальная тревога	6,7 ± 1,5
	Общая тревога	23,9 ± 8,1
В. Зунга	Депрессия	41,2 ± 8,1
Баса–Дарки	Физическая агрессия	3,7 ± 2,7
	Косвенная агрессия	4,7 ± 1,6
	Раздражительность	4,8 ± 2,1
	Негативизм	2,0 ± 1,3
	Обида	3,6 ± 1,8
	Подозрительность	3,4 ± 2,2
	Вербальная агрессия	6,1 ± 2,3
	Чувство вины	5,8 ± 2,1
	Общая агрессивность	14,3 ± 4,5
Враждебность	6,8 ± 3,5	

По тесту Баса–Дарки было выявлено, что в 77,7 % у больных с РС имели место повышение показателей агрессии: в 55,5 % случаев отмечалось повышенное чувство вины, в 41,1 % – вербальной агрессии, в 22,2 % – раздражительности, в 33,3 % – косвенной агрессии. Только у 23,3 % больных выявлены нормативные показатели по всем показателям теста. При этом повышение общей агрессивности наблюдалось у 24,4 % больных, а общей враждебности – у 16,6 %. Таким образом, у больных с РС выявлялись агрессивные признаки реагирования, которые отразились в большинстве случаев повышением вербальной агрессии и чувства вины.

Беседа и опрос позволили высказать предположение, что повышенное чувство вины у больных с РС связано с внутренними затяжными конфликтами и переживаниями проблемных ситуаций, предшествующих заболеванию. Таким образом, у большинства больных с РС по данным психологических тестов выявляются различные виды эмоциональных расстройств. В связи с этим представляло интерес рассмотреть варианты возможных сочетаний разных эмоциональных характеристик друг с другом.

Анализ индивидуальных данных при исследовании больных с РС позволил выделить основные возможные варианты сочетаний различных видов эмоциональных отклонений. Среди них выделяются эмоциональные проявления в виде повышения только одного из показателей: либо суммарной тревоги по тесту Тейлор (Т), либо показателя агрессии по тесту База–Дарки (А), либо депрессии по 2-й шкале СМИЛ или тесту Зунга (Д).

Наряду с этим встречались варианты сочетаний повышенных показателей Т+А, Т+Д, А+Д, Т+А+Д. Таким образом, выделено 7 возможных вариантов сочетаний повышения психологических показателей Т, А, Д и один вариант без отклонения от нормы (в целом, 8 возможных вариантов). Следует сказать, что явления страха в исследуемой группе больных РС были единичными (у 3 испытуемых). В табл. 2 представлено количество лиц с разными встречающимися вариантами сочетаний эмоциональных показателей у больных РС.

Таблица 2
Сочетание высоких эмоциональных показателей
у больных с РС, %

Сочетание высоких показателей	%
А+Д+Т	54,5
А+Д	5,6
А+Т	8,8
Д+Т	6,7
А	7,7
Т	5,6
Д	4,4
Норма	6,7

Как видно из табл. 2, более половины больных с РС имеют одновременное (тотальное) повышение разных эмоциональных показателей (агрессии, депрессии и тревоги). У остальных больных определялись сочетания либо двух видов эмоциональных нарушений, либо повышение отдельных эмоциональных показателей. Лишь у небольшой части больных (6,7 %) эмоциональных отклонений по психологическим тестам на момент исследования не отмечалось.

Выявленные варианты нарушений эмоционального состояния по разным тестам у больных с РС дали основание рассмотреть структуру личности по СМИЛ в трех подгруппах с разными вариантами сочетаний эмо-

циональных расстройств: с одним видом, т. е. либо Т, либо Д, либо А (1-я группа); с двумя видами – Т+Д, Т+А, Д+А (2-я группа) и всех видов эмоциональных нарушений – Т+Д+А (3-я группа).

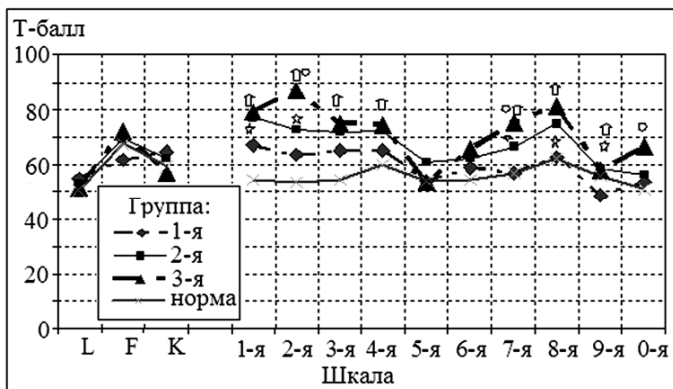


Рис. 2. Усредненный профиль личности по СМИЛ в группах.
 Достоверные различия при сравнении:
 * – 1-й и 2-й групп; ° – 1-й и 3-й групп; † – 2-й и 3-й групп.

Оказалось, что у больных 1-й группы, которые имели один вид эмоционального нарушения, наблюдались нормативные показатели по СМИЛ независимо от выраженности этих показателей. Во 2-й группе наблюдались лишь небольшие отклонения показателей по отдельным шкалам СМИЛ. У больных 3-й группы отмечалось выраженное повышение всего профиля личности по СМИЛ.

Как видно из табл. 3, 1-я и 3-я группы различались по всем показателям эмоционального состояния. Нужно отметить, что выделенные группы не имели различий по возрасту. 3-я группа характеризуется более выраженным разносторонним нарушением эмоционального состояния по сравнению с 1-й и 2-й группами. Кроме того, в этой группе больных достоверно больше длительность заболевания.

Таким образом, больные с РС характеризуются высоким уровнем тревоги, депрессии невротического характера и наличием агрессивных явлений. Наблюдаются разнообразные сочетания эмоциональных нарушений у больных с РС. Показано, что одновременное повышение разных видов эмоциональных расстройств (Т, Д, А) ведет к значительной дезадаптации личности (по данным теста СМИЛ).

Таблица 3
Различия по данным психологических тестов в группах

Тест, показатель		Различия между группами, $p <$		
		1-й/2-й	2й/3-й	1-й/3-й
Тейлор	Соматическая тревога	0,029	–	
	Невротическая тревога	–	0,001	0,001
	Социальная тревога	–	0,004	0,001
	Общая тревога	–	0,001	0,001
Зунга	Депрессия	–	0,003	0,001
Басса-Дарки	Раздражительность	–	0,048	0,002
	Обида	–	0,037	0,001
	Подозрительность	0,039	–	0,003
	Чувство вины	–	0,001	0,001
	Враждебность	0,039	–	0,001
Другие	Шкала тяжести заболевания (EDSS)	–	0,001	–
	Длительность заболевания	0,011	–	0,018
	Возраст	–	–	–

Обсуждение результатов

Проведенные исследования выявили достаточно широкий и разнообразный диапазон (спектр) эмоциональных нарушений у больных с РС. Основными среди них были тревога, депрессия и агрессия. Явления страха у обследованных больных встречались в отдельных случаях. Что касается тревоги и депрессии при РС, то они отмечаются по многим литературным данным клиницистами, психологами, нейрофизиологами [1, 5, 9]. Как правило, обсуждаются вопросы происхождения и патогенеза этих расстройств – т. е. они рассматриваются в качестве черта личности или как следствие развития заболевания [5, 11, 14]. Нужно отметить, что эти психологические отклонения больными в основном осознаются и предъявляются в жалобах. Скорее всего их можно расценивать как результат общего расстройства центральной нервной системы и развития внутренней картины болезни, который имеет функциональный характер. Вместе с тем, у большинства больных выявлено наличие агрессии, проявляющейся разными признаками, главным образом в виде повышения чувства вины и вербальной агрессии.

Проблема агрессии в настоящее время является сверхактуальной в нашем обществе и поднимается многими учеными [2, 4, 7, 20]. Клинико-психологический аспект этой проблемы чрезвычайно важен, поскольку

общепризнанным является психосоматический механизм полома в организме при разных заболеваниях [7]. При РС за последние годы в литературе также появились отдельные указания на проявление агрессии у больных РС [3, 19]. Об этом же говорят и наши данные. Сам факт наличия агрессивных проявлений у больных с РС свидетельствует о важности эмоциональных механизмов в патогенезе заболевания. Следует еще раз подчеркнуть отсутствие у больных осознания этих явлений, носящих зачастую разрушительный характер, что подчеркивается многими исследователями [3, 19].

Наряду с выделением ведущих нарушений в эмоциональной сфере больных с РС, систематизированных работ по комплексному психологическому исследованию различных видов эмоциональных расстройств известно немного [19]. Как показали наши исследования, значение имеет не только дисбаланс в эмоциональной сфере, но и сочетание различных видов эмоциональных нарушений, т. е. общая структура эмоционального дефекта. В наших исследованиях выделены 8 вариантов таких сочетаний, один из которых относится к нормативным, а остальные связаны с вовлеченностью в эмоциональный дефект разных видов эмоциональных нарушений. Показано, что при наличии одновременного сочетания различных видов эмоциональных нарушений у больных с РС наблюдается выраженная дезадаптация личности, в то время как при наличии одного вида эмоционального нарушения такого рода личностных отклонений не отмечается.

Заключение

Таким образом, выявлена общая структура эмоционального дефекта при РС, которая является важной и для понимания психологической картины болезни, и для диагностики психологического статуса, и для определения эмоциональных психологических структур – мишеней, необходимых в лечебных, психотерапевтических, коррекционных целях и для разработки реабилитационных программ.

Литература

1. *Алексеева Т.Г.* Спектр нейропсихологических изменений при рассеянном склерозе/ Т.Г. Алексеева, А.Н. Бойко, Е.И. Гусев // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2000. – Т. 100, № 11. – С. 15–20.
2. *Абрамова А.А.* Агрессивность при депрессивных расстройствах: автореф. дис. ... канд. психол. наук / А.А. Абрамова. – М., 2005. – 25 с.

3. Биоповеденческая терапия рассеянного склероза / Л.А. Кузнецова, Н.А. Малкова, О.С. Шубина [и др.] // Бюл. СО РАМН. –2004. – № 3 (113). – С. 92–97.

4. *Воронин А.Н.* Дискриминантность вербальных и невербальных методов оценки агрессивности / А.Н. Воронин, Е.В. Лучинина // Экспериментальная психология. – 2011. – № 1. – С. 85–99

5. *Гусев Е.И.* Рассеянный склероз / Е.И. Гусев, Т.Л. Демина, А.Н. Бойко. – М. : Нефть и газ, 1997. – 464 с.

6. *Евдокимов В.И.* Психологические механизмы генезиса негативных эмоциональных состояний в деятельности сотрудников Государственной противопожарной службы МЧС России / В.И. Евдокимов, В.Л. Марищук, Т.И. Шевченко // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2007. – № 2. – С. 46–54.

7. *Ениколопов С.Н.* Враждебность и проблема здоровья человека / С.Н. Ениколопов, А.В. Садовская // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2000. – Т. 100, № 7. – С. 59–64.

8. *Ениколопов С.Н.* Опросник Баса–Дарки // Практикум по психодиагностике / С.Н. Ениколопов. – М. : Изд-во МГУ, 1990. – С. 6–11.

9. *Заславский Л.Г.* О значении личностной тревожности в заболеваемости рассеянным склерозом / Л.Г. Заславский // Рассеянный склероз: основы здоровья : сб. ст. – СПб. : Лики России, 1999. – С. 11–14.

10. *Немчин Т.А.* Состояния нервно-психического напряжения / Т.А. Немчин. – Л. : Изд-во ЛГУ, 1983. – 166 с.

11. О значении психологического исследования для диагностики и лечения больных рассеянным склерозом / Т. Н. Резникова, И. Ю. Терентьева, Н.А.Селиверстова, Ю. Г. Хоменко // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2007. – Т. 107, № 7. – С. 36–42.

12. Особенности личности и функционирование структур головного мозга (по данным ПЭТ-исследования) у больных рассеянным склерозом / Т.Н. Резникова, И.Ю. Терентьева, Г.В. Катаева [и др.] // *Нейроиммунология*. – 2004. – Т. 11, № 3/4. – С. 47–52.

13. Особенности метаболизма структур головного мозга при осознанной и неосознанной тревожности / Т.Н. Резникова, И.Ю. Терентьева, Г.В. Катаева [и др.] // Физиология человека. – 2008. – Т. 34, № 5. – С. 1–8.

14. Особенности механизмов психической адаптации у больных рассеянным склерозом / В.Н. Клейменов, Н.Г. Терехова, А.И. Синюшкин [и др.] // *Нейроиммунология, нейроинфекция, демиелинизация: сб. ст.* – СПб. : Лики России, 1997. – С. 46–49.

15. ПЭТ-исследование головного мозга человека и психологические защитные механизмы личности больных рассеянным склерозом / Т.Н. Резникова, И.Ю. Терентьева, Г.В. Катаева, А.Г. Ильвес // Физиология человека. – 2004. – Т. 30, № 4. – С. 25–31.

16. *Рагозинская В.Г.* Эмоциональные состояния и их нейрофизиологические корреляты у больных с психосоматическими заболеваниями: автореф. дис. ... канд. психол. наук / В.Г. Рагозинская. – СПб., 2010. – 24 с.

17. *Смулевич А.Б.* Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич. – М.: Мед. инфор. аг-во, 2003. – 432 с.

18. *Собчик Л.Н.* Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ) / Л.Н. Собчик. – СПб. : Речь, 2002. – 217 с.

19. An exploration of anger phenomenology in multiple sclerosis / U. Nocentini, G. Tedeschi [et al.] // European J. of Neurology. – 2009. – Vol. 16, N 12. – P. 1312–1317.

20. *Koh K.B.* Predominance of anger in depressive disorders compared with anxiety disorders and somatoform disorders / K.B. Koh, C.H. Kim, J.K. Park // Clin. Psychiatry. – 2002. – Vol. 63, N 6. – P. 486–490.

21. *Kurtzke J.F.* Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS) / J.F. Kurtzke // Neurology. – 1983. – Vol. 33, N 12. – P. 1444–1452.

**ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ У СПЕЦИАЛИСТОВ,
ОКАЗЫВАЮЩИХ ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШИМ
В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ**

Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова;
Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург

Введение

В 1974 г. Н.Н. Freudenberger предложил термин выгорание (burnout) для описания психофизиологических изменений, вызванных хроническим стрессом, у профессионалов вследствие выполнения служебных обязанностей. Однако во многом интерес к данному феномену вырос после публикаций Кристины Маслач (1986), разработавшей инструментарий для количественной оценки burnout [4, 13].

Несмотря на большое количество публикаций, посвященных профессиональному выгоранию (ПВ), среди исследователей нет единого понимания природы этого феномена. Так, в настоящее время существует несколько моделей выгорания, описывающих данный феномен [1, 3, 4, 11, 12]. Наиболее перспективным представляется направление, рассматривающее ПВ с позиций теории стресса [8]. Эксперт по профессиональным стрессам Cary Cherniss (1980) приравнивает выгорание к дистрессу в его крайнем проявлении и к третьей стадии общего синдрома адаптации – стадии истощения, одновременно подчеркивая, что момент перехода стресса в выгорание четко не определен [10]. В.В. Бойко (1996) предложил рассматривать развитие ПВ по трем фазам: напряжения, резистенции, истощения [2], а в наших предыдущих публикациях научно обоснована корректность подобного соотнесения [5, 6]. Под ПВ (у В.В. Бойко он называется «Синдром эмоционального выгорания») понимается выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергетики) в ответ на определенные психотравмирующие воздействия.

К факторам, способствующим формированию ПВ, относят личностные, ситуативные и профессиональные [4]. В настоящее время исследова-

тели ищут дополнительные факторы, влияющие на формирование ПВ [6, 7]. В плане дальнейшего уточнения механизмов формирования выгорания представляется важным вопрос взаимосвязи феноменов тревоги, депрессии и показателей ПВ.

При проведении исследования были выдвинуты предположения, что профессиональная деятельность в условиях хронического стресса с высокой эмоциональной насыщенностью (врачи-хирурги, профконсультанты департамента Федеральной государственной службы занятости населения) будет способствовать формированию у специалистов ПВ.

Материал и методы

Объект исследования составили специалисты, оказывавшие помощь пострадавшим в чрезвычайных ситуациях (ЧС) и работающие в условиях высокой эмоциональной напряженности:

1-я группа – врачи-хирурги, принимавшие участие в ликвидации последствий землетрясения на о. Сахалине ($n = 30$), все мужчины, средний возраст ($34 \pm 8,5$) лет, со стажем работы (10 ± 5) лет. В 1 ч 04 мин 28 мая 1995 г. по местному времени у северо-восточного побережья о. Сахалин произошло землетрясение силой до 9 баллов по шкале Рихтера. Смещение почвы в эпицентре достигало 8 м. Из 17 пятиэтажных 80-квартирных домов в г. Нефтегорске не уцелело ни одного. Ситуация усугубилась тем, что в развалинах вспыхнул пожар из-за взрыва бытового газа. До катастрофы в Нефтегорске проживало 3140 человек, в результате стихийного бедствия общее количество погибших составило 2184 человека, 587 человек – тяжелораненые и дети – были эвакуированы с полуострова в лечебные учреждения на материке в течение первых дней после стихийного бедствия. Медицинскую помощь пострадавшим оказывали врачи лечебных учреждений Дальневосточного региона, командированные на о. Сахалин в зону ЧС;

2-я группа – профконсультанты департамента Федеральной государственной службы занятости населения по Приморскому краю, реализовавшие специализированные программы психологической помощи безработным из числа ветеранов боевых действий, длительно неработающим жителям моногородов ($n = 32$), все женщины, средний возраст ($36,0 \pm 7,4$) лет, стаж работы (3 ± 1) год. Исследование было проведено в 2000 г. в рамках реализации государственного контракта.

В качестве группы сравнения (3-я группа) были привлечены работники отдела по работе с налогоплательщиками управления Министерства по налогам и сборам России по Приморскому краю ($n = 147$), все женщи-

ны, средний возраст респондентов составил $(33,8 \pm 6,6)$ лет, стаж работы $(4,4 \pm 2,2)$ года. Исследование было проведено в рамках государственного контракта в 2002 г.

Главное различие групп заключалось в субъективно понимаемой разнице общественной значимости результатов труда. Для оценки психологического статуса в группах использовали методики:

1) для определения уровня ПВ применялся опросник оценки синдрома эмоционального выгорания В.В. Бойко [2, 4]. Опросник состоит из 84 суждений, позволяющих диагностировать три фазы ПВ: напряжение, резистенция и истощение. Каждая фаза стресса диагностируется на основе четырех характерных для нее симптомов. Показатель выраженности каждого симптома колеблется в пределах от 0 до 30 баллов (9 баллов и меньше – не сложившийся симптом, 10–15 баллов – складывающийся симптом, 16 и более – сложившийся симптом). Показатель сформированности каждой фазы может находиться в диапазоне от 0 до 100 баллов (36 и менее баллов – фаза не сформировалась, 37–60 баллов – фаза в стадии формирования, 61 и более баллов – сформировавшаяся фаза);

2) SRRS – The social readjustment rating scale T. Holmes, P. Rahe [1] – создана сотрудниками Медицинской школы Вашингтонского университета в 1967 г. как инструмент исследования количества социально значимых событий, произошедших в жизни индивидуума, и стала первой шкалой, позволяющей количественно оценивать уровень стресса. По мнению авторов шкалы, оптимальным является суммарный уровень годичного стресса до 100 баллов включительно, например, у 49 % больных раком суммарная оценка превышала 300 баллов [9];

3) HADS – госпитальная шкала тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression scale) – создана A.S. Zigmond, R.P. Snaith (1983) и относится к субъективным шкалам и предназначена для скринингового выявления тревоги и депрессии. В 1993 г. М.Ю. Дробижевым шкала адаптирована для русскоязычной популяции [9]. Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих 2 субшкалы: тревога (HADS_т) и депрессия (HADS_д). При интерпретации результатов учитывался суммарный показатель по каждой субшкале, при этом выделялись 3 области его значений: 0–7 баллов – норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии), 8–10 баллов – субклинически выраженный признак (тревога/депрессия), 11 и выше баллов – клинически выраженный признак (тревога/депрессия).

Для выявления сходства (различий) данных по разным выборкам использовали Q-критерий Розенбаума и U-критерий Манна – Уитни. Для оценки сдвига по зависимым выборкам применялись критерий Вилкоксона и критерий знаков. Взаимозависимости определяли при помощи корреляционного анализа Спирмена. В статье представлены ($M \pm \sigma$) и значимые коэффициенты корреляции ($p < 0,001$).

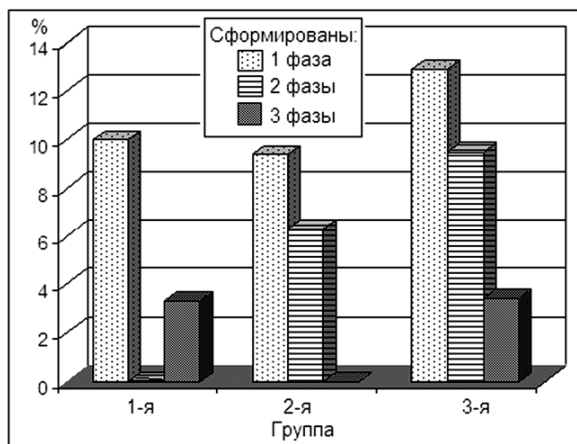
Результаты и их анализ

В табл. 1 представлены результаты экспериментально-психологического исследования показателей ПВ в профессиональных группах. Проведенные исследования выявили низкий уровень (3–4 %) сформированности ПВ у обследованных лиц. Сравнительный анализ результатов по тесту Бойко показал, что наиболее выражены показатели ПВ были у представителей 3-й группы (рисунок).

Таблица 1
Данные опросника Бойко в группах, балл

Группа	Фаза напряжения (Н), симптом				
	Общий балл	Н-1	Н-2	Н-3	Н-4
1-я	29,1 ± 15,8	8,3 ± 4,9	7,4 ± 4,8	6,4 ± 4,6	7 ± 5,3
2-я	24,6 ± 14,3	7,8 ± 5,2	5,4 ± 3,6	5,7 ± 5,1	6 ± 4,8
3-я	38,7 ± 18,0	11 ± 5,5	9,2 ± 5,6	9,9 ± 6,5	8,7 ± 6,1
	Фаза резистентности (Р), симптом				
	Общий балл	Р-1	Р-2	Р-3	Р-4
1-я	26,8 ± 10,1	7,4 ± 2,7	5,8 ± 2,8	7,3 ± 3,8	6,3 ± 4,6
2-я	31,2 ± 19,0	8,7 ± 6,6	8,4 ± 5,7	6,6 ± 6,5	7,5 ± 6,8
3-я	37,4 ± 16,0	10,1 ± 4,5	9,2 ± 5,1	9,5 ± 5,8	8,6 ± 6,4
	Фаза истощения (И), симптом				
	Общий балл	И-1	И-2	И-3	И-4
1-я	26,7 ± 10,7	7,4 ± 3,3	6,3 ± 4,5	6,2 ± 4,1	6,8 ± 3,3
2-я	26,3 ± 18,6	6,1 ± 4,5	7,4 ± 6,5	7,4 ± 7,5	5,9 ± 4,2
3-я	38,1 ± 18,3	10,4 ± 5,8	9,4 ± 5,9	9,6 ± 6,1	8,8 ± 5,9

Условные обозначения: Н-1 – переживание психотравмирующих обстоятельств; Н-2 – неудовлетворенность собой; Н-3 – чувство безысходности; Н-4 – тревога и депрессия; Р-1 – неадекватное избирательное эмоциональное реагирование; Р-2 – эмоционально-нравственная дезориентация; Р-3 – расширение сферы экономии эмоций; Р-4 – редукция профессиональных обязанностей; И-1 – эмоциональный дефицит; И-2 – эмоциональная отстраненность; И-3 – личностная отстраненность, или деперсонализация; И-4 – психосоматические и психовегетативные нарушения.



Сформированные фазы ПВ по опроснику Бойко (%).

Количество людей со сформированной одной фазой в этой группе равнялось 12,9 %, с двумя – 9,5 %, с тремя – 3,4 %, в 1-й и 2-й группах эти показатели были равны соответственно 10 %, 0 и 3,3 %; 9,4 %, 6,3 и 0 %. Эти данные противоречили нашей гипотезе исследования и показали больший, чем ранее предполагалось, потенциал восстановления и самопомощи. Кроме того, у представителей 2-й группы сформированный синдром эмоционального выгорания не выявлен, что объясняется тем, что в 2000–2005 гг. профконсультанты ДФГСЗН по Приморскому краю, занимавшиеся фактически психологическим консультированием и психотерапией, сами регулярно получали профессиональную психологическую и психотерапевтическую помощь как в рамках групп профессиональной поддержки (Баллинтовские и супервизионные группы), так и в рамках образовательных программ по практической психологии и психотерапии. Несмотря на относительно благоприятный результат, по нашему мнению, представители всех выделенных групп должны участвовать в специализированных программах, направленных на профилактику ПВ.

Результаты шкал SRRS и HADS сведены в табл. 2. Оказалось, что по тесту SRRS достоверные различия обнаружены между 1-й и 3-й группами и 2-й и 3-й группами по тесту SRRS, по шкале «тревога» теста HADS достоверные различия обнаружены между 2-й и 3-й группами.

Таблица 2

Данные клинических шкал в группах, балл

Шкала	Группа			p <
	1-я	2-я	3-я	
SRRS	71,2 ± 26,4	63,6 ± 28,7	88 ± 45,7	1/3 – 0,05; 2/3 – 0,001
HADS _T	5,0 ± 4,5	4,0 ± 4,2	6,0 ± 4,6	2/3 – 0,05
HADS _д	4,0 ± 3,7	4,0 ± 3,9	5,0 ± 5,7	

По шкале стрессогенных факторов SRRS в 1-й и 2-й группах суммарный показатель выше 100 баллов имели 9,9 % и 6,3 % соответственно. В 3-й группе таких лиц было 23,8 %, что статистически больше, чем в 1-й и 2-й группах ($p < 0,001$).

Клинически выраженный признак тревоги (11 баллов и более) отмечался у 13,2 % респондентов 1-й группы, у 9,4 % – 2-й группы и у 18,4 % – 3-й группы. Клинически выраженный признак депрессии (11 баллов и более) отмечался у 6,6 % респондентов 1-й группы, у 6,3 % – 2-й группы и у 17,7 % – 3-й группы ($p < 0,05$ по сравнению с 1-й и 2-й группой).

Проведенный корреляционный анализ позволил выявить значимые коэффициенты корреляции ($p < 0,001$) у сотрудников 3-й группы между многими данными субшкал опросника Бойко и показателями тестов SRRS и HADS (табл. 3).

Таблица 3

Таблица значимых ранговых коэффициентов корреляции Спирмена

Шкала	Опросник Бойко (СЭВ)														
	Фаза напряжение (Н)					Фаза резистентность (Р)					Фаза истощение (И)				
	Н-1	Н-2	Н-3	Н-4	ΣН	Р-1	Р-2	Р-3	Р-4	ΣР	И-1	И-2	И-3	И-4	ΣИ
1-я группа															
SRRS									0,54	0,71					
HADS _T											0,57			0,41	0,38
HADS _д					0,55	0,53		0,44	0,59	0,64	0,66	0,54	0,46		0,77
2-я группа															
SRRS										0,63			0,67		0,59
HADS _T															
HADS _д						0,58			0,67	0,72	0,69	0,63	0,83		0,84
3-я группа															
SRRS	0,44		0,38	0,45	0,44	0,32	0,33	0,41	0,50	0,51	0,53	0,46	0,44	0,42	0,55
HADS _T	0,49	0,39	0,61	0,59	0,68	0,38	0,36	0,38	0,50	0,48	0,52	0,47	0,36	0,45	0,49
HADS _д	0,52	0,36	0,47	0,49	0,57	0,49	0,50	0,32	0,53	0,58	0,64	0,54	0,46	0,48	0,64

Полагаем, что уровень выраженности тревожности и депрессии у лиц 3-й группы способствовал формированию у них ПВ. Аналогичные результаты были получены А.Н. Gielis (2011) и Е. Grebot (2011) при обследовании 166 офисных работников в Нидерландах и 995 государственных служащих во Франции. В качестве значимого фактора формирования ПВ ими был выделен феномен *boredom* («скуки») [12, 14, 15].

Заключение

Проведенное исследование выявило достоверную ($p < 0,001$) связь уровня тревоги и депрессии с показателями ПВ по опроснику Бойко. Полагаем, что получено еще одно подтверждение тому, что формированию ПВ способствуют не только высокая эмоциональная насыщенность труда, но и феномен «скуки», потеря смысла работы, малая общественная польза результатов труда.

Количество специалистов, работающих в условиях избыточных эмоциональных реакций, со сформированным синдромом ПВ по критерию Бойко оказалось относительно небольшим (3–4 %). Несмотря на относительно благоприятный результат, по нашему мнению, представители данных групп должны участвовать в специализированных программах, направленных на мониторинг и профилактику ПВ.

Литература

1. *Абабков В.А.* Адаптация к стрессу: основы теории, диагностики, терапии / В.А. Абабков, М. Пере. – СПб. : Речь, 2004. – 166 с.
2. *Бойко В.В.* Энергия эмоций / В.В. Бойко. – СПб. [и др.] : Питер, 2004. – 474 с.
3. *Березовская Л.Г.* К вопросу критериев риска развития синдрома «эмоционального выгорания» / Л.Г. Березовская, В.Ю. Слабинский, С.А. Подсадный // Проблемы исследования синдрома «выгорания» и пути его коррекции у специалистов «помогающих» профессий (в медицинской, психологической и педагогической практике) : сб. науч. ст. / под ред. В.В. Лукьянова, С.А. Подсадного ; Курск. гос. ун-т. – Курск : КГУ, 2007. – С. 17–19.
4. *Водопьянова Н.Е.* Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – СПб. [и др.] : Питер, 2005. – 336 с.
5. *Евдокимов В.И.* Методические проблемы оценки синдрома профессионального выгорания у врачей-травмотологов / В.И. Евдокимов,

А.И. Губин // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2009. – № 3. – С. 85-91.

6. Евдокимов В.И. Влияние семейных отношений на профессиональное выгорание медицинских сестер / В.И. Евдокимов, Г.Н. Ралдугин, Н.В. Хмелинина // Вестн. психотерапии. – 2010. – № 33 (38). – С. 104–112.

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

8. Орел В.Е. Синдром психического выгорания личности / В.Е. Орел ; Ин-т психологии Рос. акад. наук. – М. : Изд-во Ин-та психологии РАН, 2005. – 329 с.

9. Психодиагностическое исследование в психотерапии / В.Ю. Слабинский, И.Г. Ульянов, Н.А. Гордиенко, Е.А. Колотильщикова. – Владивосток : Изд-во Дальневост. ун-та, 2006. – 200 с.

10. Усанина С.В. К вопросу о синдроме эмоционального выгорания / С.В. Усанина, В.Ю. Слабинский // Позитум. – 2002. – № 3. – С. 63–68.

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

12. Grebot E. Stress et burnout au travail : identifier, prevenir, guerir / E. Grebot. – Paris : Eyrolles, 2010. – 245 p.

13. Maslach C. The truth about burout: How organization cause personal stress and what to do about it / C. Maslach, M.P. Leiter. – San Francisco : Jossey-Bass, 1997. – 186 p.

14. Roy S. Job Burnout among Prison Staff in the United States and Croatia: A Preliminary Comparative Study / S. Roy, T. Novak, L. Miksaj // International Journal of Criminal Justice Sciences (IJCS) – Official Journal of the South Asian Society of Criminology and Victimology (SASCV) – 2010. – Vol. 5. – P. 189–202.

15. Understanding workplace boredom among whitecollar employees: Temporary reactions and individual differences [Electronic resource] / A.H. Gielis, van der Heijden, J.L. Schepers, J. Nijssen // European journal of work and organizational psychology : Psychology Press, 2011. – 29 p. – URL: <http://www.tandfonline.com/loi/pewo20>.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У КУРСАНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ЛИЧНОСТНО- ТИПОЛОГИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ

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

Введение

Результаты современных клинико-эпидемиологических исследований в области психического здоровья указывают на значительный рост психической заболеваемости [2, 3]. Отмеченные изменения нашли отражение и среди военнослужащих, при этом пограничные психические расстройства занимают одно из ведущих мест не только в структуре психической заболеваемости, но и при увольнениях военнослужащих [4]. Вместе с тем, большинство современных научных исследований по данной проблеме посвящено изучению психической заболеваемости у военнослужащих, проходящих военную службу по призыву, и лишь незначительное их число направлено на курсантов высших военных учебных заведений, несмотря на высокую распространенность психических расстройств среди данного контингента обучающихся. При этом многими авторами указывается на значительные сложности диагностики психических отклонений на ранней (донозологической) стадии, когда их выраженность еще не превысила психологический уровень [1].

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе клиники психиатрии и групп профотбора Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. На первом этапе были проанализированы данные историй болезни 196 курсантов с диагнозом, соответствующим рубрике F 4 по МКБ-10 (невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства), проходивших обследование и лечение в клинике психиатрии с 1987 по 2009 г. Обследуемый контингент представлял собой однородную группу мужчин в возрасте от 18 до 26 лет, средний возраст – $(20,5 \pm 0,5)$ года.

Индивидуально-психологические особенности курсантов определяли при помощи Миннесотского многофакторного личностного опросника (ММРІ) по шкалам: L (ложь), F (достоверность), К (коррекция), Hs (ипохондрия), D (депрессия), Hy (истерия), Pd (психопатия), Mf (мужественность – женственность), Pa (паранойя), Pt (психастения), Sc (шизоидность), Ma (гипомания), Si (социальная интроверсия).

На втором этапе по архивным материалам были изучены результаты профессионального психологического отбора (ППО), проводившегося на момент поступления этих же курсантов в военные вузы, где также учитывались показатели методики ММРІ.

Результаты и их обсуждение

С целью выделения типологических групп курсантов с различными индивидуально-личностными характеристиками в доболлезненный период применялся кластерный анализ показателей методики ММРІ, полученных на этапе поступления курсантов в военный вуз.

В ходе кластерного анализа была построена дендрограмма и выделено четыре кластера: I кластер включает такие показатели шкал ММРІ, как F, Hs, D; II кластер – K, Hy, Pd, Pa, Ma; III кластер – Mf, Pt, Sc; IV кластер включает только показатели шкалы Si. Так как шкала Si (социальная интроверсия) присоединяется к совокупности как монокластер, это свидетельствует о том, что данный показатель является «аномальным наблюдением», или «выбросом».

Таким образом, с помощью кластерного анализа среди показателей личностных полученных на донозологическом этапе характеристик курсантов с невротическими расстройствами было выделено три группы, которые являлись основой для развития невротических расстройств.

1-ю группу (n = 56) составили курсанты, у которых на этапе поступления в военный вуз по методике ММРІ в личностном профиле преобладали астено-ипохондрические черты. В анамнезе данной группы больных преобладали такие личностные особенности, как склонность к сниженному фону настроения, избегание серьезной ответственности из страха не справиться, пессимистичность в оценке своих перспектив, мнительность, повышенная утомляемость, раздражительность. В детстве они избегали шумных компаний, были плаксивы, капризны, в основном проводили время с мамой или бабушкой. В школе избегали общественных мероприятий, не пользовались авторитетом среди одноклассников. У этой категории обучающихся с детства отмечалась склонность к простудным заболеваниям,

из-за этого часто происходили пропуски занятий. В период обучения в военном вузе отмечались частые обращения в медицинскую службу и, как следствие, наличие многочисленных учебных «отработок». Болезненное состояние у пациентов этой группы проявлялось плаксивостью, безынициативностью, вялостью, высокой истощаемостью, тоской по дому и родным, повышенной чувствительностью к особенностям взаимоотношений в воинском коллективе, сниженным фоном настроения, раздражительностью, повышенной ранимостью.

Сравнение индивидуально-личностных особенностей курсантов с астено-ипохондрическими чертами личности в преморбиде (данные ППО) и дебюте невротических расстройств показало (табл. 1) достоверное ($p \leq 0,05$) повышение в период развития заболевания по шкалам ММРІ: Hs, D, Hy, Mf, Pt.

Таблица 1
Индивидуально-личностные особенности у курсантов 1-й группы по тесту ММРІ, T-балл ($M \pm m$)

Шкала ММРІ	Период обследования		p <
	преморбид	дебют	
L (ложь)	65 ± 2	58 ± 1	–
F (достоверность)	67 ± 1	72 ± 2	–
K (коррекция)	59 ± 1	58 ± 2	–
Hs (ипохондрия)	71 ± 1	80 ± 1	0,05
D (депрессия)	72 ± 1	81 ± 2	0,05
Hy (истерия)	61 ± 2	77 ± 1	0,01
Pd (психопатия)	66 ± 2	69 ± 2	–
Mf (мужественность–женственность)	67 ± 2	77 ± 1	0,05
Pa (паранойя)	59 ± 2	64 ± 2	–
Pt (психастения)	66 ± 2	82 ± 2	0,01
Sc (шизоидности)	65 ± 2	72 ± 2	–
Ma (гипомания)	59 ± 1	56 ± 2	–
Si (социальная интроверсия)	53 ± 1	57 ± 1	–

Из табл. 1 видно, что после развития заболевания в данной группе курсантов отмечался подъем по шкалам «невротической триады» (Hs, D, Hy), а также подъемы по шкалам Pt и Mf, что отражает механизм защиты по типу «бегства в болезнь», при этом болезнь являлась как бы «ширмой», маскирующей стремление переложить ответственность за существующие проблемы на окружающих. На первый план у курсантов 1-й группы вы-

ступали ипохондрическая фиксация, депрессивные переживания, эмоциональная лабильность, пессимистический взгляд на жизнь, повышенная тревожность за состояние своего здоровья. Подъем по шкале Mf в мужском профиле указывает на пассивность личностной позиции, сентиментальность, повышенные чувствительность, слезливость, потребность в гармоничных взаимоотношениях.

В ходе лечения состояние курсантов с преобладанием астено-ипохондрических черт личности в доболезненный период во всех случаях нормализовалось, улучшался фон настроения, появлялись планы на будущее, проходили навязчивые мысли о наличии у них тяжелого соматического заболевания. Курсанты 1-й группы меньше стали «прислушиваться» к различным проявлениям со стороны организма, снижался уровень тревоги за состояние своего здоровья, нормализовался эмоциональный фон. В 64,3 % случаев курсанты 1-й группы были настроены на прекращение обучения в военном вузе из-за высоких профессиональных нагрузок.

2-ю группу (n = 70) составили курсанты, у которых в преморбидном периоде преобладали истеро-возбудимые черты личности. Во время поступления в военный вуз у них отмечалось повышение показателей шкал K, Hy, Pd, Pa и Ma теста MMPI.

В анамнезе у курсантов 2-й группы с детства проявлялись такие характеристики, как повышенная активность, общительность, яркость эмоциональных проявлений, лидерские черты, стремление к публичным выступлениям, целеустремленность, упорство в отстаивании своей позиции, «обостренное чувство справедливости». У большинства еще в школьные годы отмечались конфликты с одноклассниками, а иногда и с преподавателями. Практически все курсанты данной группы отличались хорошим физическим развитием.

Развитие болезненного состояния в первую очередь проявлялось поведенческими нарушениями: низкой дисциплинированностью, прогулами занятий, конфликтностью с начальством и однокурсниками, вспыльчивостью, периодическим злоупотреблением алкогольными напитками. У 75 % поводом для госпитализации в клинику явились демонстративные суицидные попытки.

Сравнение индивидуально-личностных особенностей курсантов с преобладающими истеро-возбудимыми чертами в преморбиде и дебюте невротических расстройств показало достоверное снижение показателей по шкалам MMPI D, Hy, Pd, Pa, Sc и Ma (табл. 2).

Таблица 2

Индивидуально-личностные особенности у курсантов 2-й группы по тесту ММРІ, Т-балл (M ± m)

Шкала ММРІ	Период обследования		p <
	преморбид	дебют	
L (ложь)	62 ± 2	67 ± 2	–
F (достоверность)	51 ± 2	49 ± 2	–
K (коррекция)	67 ± 3	75 ± 1	–
Hs (ипохондрия)	47 ± 2	47 ± 2	–
D (депрессия)	52 ± 2	44 ± 3	0,01
Hу (истерия)	71 ± 2	48 ± 2	0,01
Pd (психопатия)	75 ± 2	57 ± 2	0,01
Mf (мужественность–женственность)	64 ± 2	56 ± 1	–
Pa (паранойя)	69 ± 2	51 ± 1	0,05
Pt (психастения)	65 ± 2	55 ± 2	–
Sc (шизоидности)	66 ± 2	59 ± 2	0,05
Ma (гипомания)	77 ± 1	64 ± 3	0,05
Si (социальная интроверсия)	41 ± 2	42 ± 3	–

Из табл. 2 видно, что показатели базисных шкал в основном снижались в период лечения по сравнению с данными, полученными при поступлении курсантов в военный вуз. Данные, полученные на втором этапе исследования, находились в пределах нормативных значений от 40 до 65 Т-баллов, при этом показатели Hs, D, Hу были даже занижены. Следует обратить внимание на значительное повышение показателей шкалы К до 75 Т-баллов и шкалы L до 65 Т-баллов во время нахождения курсантов в клинике психиатрии. Данный факт указывает на желание скрыть переживания, подчеркнуть свое стремление соответствовать общепринятым нормам и правилам. При заполнении методики пациенты 2-й группы старались показать себя с лучшей стороны, отрицая наличие каких-либо проблем, связанных с состоянием здоровья и общим самочувствием. В беседе данные пациенты пытались оправдать свой поступок, высказывали пожелание продолжить обучение в военном вузе, оценивали свое самочувствие как хорошее.

В первые дни госпитализации у всех курсантов 2-й группы отмечались повышенная раздражительность, гневливость, аффективная неустойчивость, резко сниженный фон настроения, связанный с фактом госпитализации в клинику и переживаниями, что впоследствии их могут отчислить из военного вуза. Все курсанты высказывали сожаление о своих дей-

ствиях, приведших к госпитализации. На фоне проводимого лечения состояние курсантов в большинстве случаев нормализовалось. У них в короткие сроки выравнивался фон настроения, поведение становилось более упорядоченным, суждения – более взвешенными, однако переживания, связанные с желанием продолжить обучение в военном вузе, сохранялись. В 42,8 % (n = 30) случаев курсанты 2-й группы подлежали отчислению из военного вуза по состоянию здоровья.

3-ю группу (n = 70) составили курсанты с преобладанием шизоидно-сенситивных черт личности. На этапе поступления в военный вуз по методике ММРІ у данных курсантов в личностном профиле отмечались повышения по шкалам *Mf*, *Pt*, *Sc*.

В анамнезе данной группы курсантов преобладали такие личностные особенности, как повышенная тревожность, мнительность, замкнутость, необщительность. В детстве наблюдались склонность к формированию различных страхов (страх темноты, оставаться одному дома и т. д.), стремление проводить время в одиночестве за чтением книг. В школе они учились в основном на «отлично» и «хорошо», 63 % обучающихся из 3-й группы окончили школу с золотой или серебряной медалями. В общественных мероприятиях участия не принимали, избегали публичных выступлений, во время которых испытывали выраженную тревогу. Физически были развиты удовлетворительно.

В период обучения в военном вузе курсанты 3-й группы зарекомендовали себя в основном с положительной стороны. В характеристиках командиров на всех курсантов данной группы отмечались ответственность, исполнительность, дисциплинированность, хорошая успеваемость. Общение происходило в узком кругу близких на курсе друзей. Учились в основном на «хорошо» и «отлично», практически без отработок. Особым авторитетом в коллективе не пользовались, при этом конфликтных ситуаций с однокурсниками и командованием не отмечалось.

Болезненное состояние у пациентов 3-й группы с более выраженными шизоидно-сенситивными чертами личности проявлялось плаксивостью, безынициативностью, тоской по дому, склонностью к самообвинениям из-за того, что «не справились с учебой в военном вузе, не оправдали надежд родителей», сниженным фоном настроения, вялостью, повышенной утомляемостью, снижением работоспособности. Несмотря на сильное желание вернуться домой, отмечалось стремление продолжить обучение в военном вузе из-за нежелания расстраивать родителей своими неудачами, отмечались идеи самоуничтожения.

Сравнение индивидуально-личностных особенностей курсантов с преобладающими шизоидно-сенситивными чертами в преморбиде (данные ППО) и дебюте невротических расстройств показало (табл. 3) достоверное повышение в период развития заболевания показателей по шкалам ММРІ: F, Hs, D, Hy, Mf, Pt.

Таблица 3

Индивидуально-личностные особенности у курсантов 3-й группы по тесту ММРІ, T-балл (M ± m)

Шкала ММРІ	Период обследования		p <
	преморбид	дебют	
L (ложь)	48 ± 2	58 ± 1	–
F (достоверность)	51 ± 1	61 ± 2	0,05
K (коррекция)	68 ± 1	63 ± 2	–
Hs (ипохондрия)	53 ± 1	77 ± 1	0,01
D (депрессия)	60 ± 1	76 ± 2	0,01
Hy (истерия)	65 ± 2	77 ± 1	0,01
Pd (психопатия)	67 ± 2	65 ± 2	–
Mf (мужественность–женственность)	77 ± 2	79 ± 2	0,05
Pa (паранойя)	59 ± 2	64 ± 2	–
Pt (психастения)	78 ± 2	82 ± 2	0,05
Sc (шизоидности)	75 ± 2	75 ± 2	–
Ma (гипомания)	67 ± 1	61 ± 2	–
Si (социальная интроверсия)	41 ± 1	51 ± 1	–

Из табл. 3 видно, что после развития заболевания отмечался подъем по «невротической триаде» (шкалы Hs, D, Hy), а также подъемы по шкалам Pt и Mf, что отражает механизм защиты по типу «бегства в болезнь». На первый план выступали ипохондрическая фиксация, депрессивные переживания, эмоциональная лабильность, пессимистический взгляд на жизнь, повышенная тревожность за состояние своего здоровья, идеи самоуничтожения, самообвинения. Подъем по шкале Mf в мужском профиле указывает на пассивность личностной позиции, сентиментальность, повышенные чувствительность, потребность в гармоничных взаимоотношениях. Полученный профиль напоминал профиль курсантов с астено-ипохондрическими чертами личности, полученный в ходе обследования в психиатрической клинике.

В первые дни госпитализации у всех курсантов с шизоидно-сенситивными чертами характера отмечались сниженный фон настроения, эмо-

циональная лабильность, снижение волевой активности, идеи самообвинения и самоуничтожения. В контакт в основном вступали неохотно, были фиксированы на том, что не справились с обучением в военном вузе. Мимика печальная. На фоне проводимого лечения состояние курсантов постепенно нормализовалось, выравнивался фон настроения, они становились более активными. Большинство из них высказывали желание продолжить обучение в военном вузе, переживали, что родители расстроились, узнав об их госпитализации в клинику психиатрии. В 95,7 % (n = 67) случаев курсанты продолжили обучение.

Заключение

Низкие адаптационные способности курсантов были обусловлены преобладанием в структуре личности астено-ипохондрических, истеро-возбудимых или шизоидно-сензитивных черт личности, которые определяли особенности интрапсихического конфликта в условиях высоких эмоциональных нагрузок. У курсантов с доминирующими астено-ипохондрическим и шизоидно-сензитивным личностными радикалами после развития заболевания на первый план выступили тревожно-депрессивные переживания и конверсионная симптоматика; у курсантов же с истеро-возбудимыми чертами – стремление скрыть переживания, оправдать свое поведение и продолжить обучение в военном вузе.

Литература

1. *Александровский Ю.А.* Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский – М. : Медицина, 2000. – 496 с.
2. *Дмитриева Т.Б.* Социальная психиатрия / Т.Б. Дмитриева, Б.С. Положий // Психиатрия : нац. руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова [и др.]. – М., 2009. – С. 134–169.
3. *Краснов В.Н.* Охрана психического здоровья – общая ответственность / В.Н. Краснов // Соц. и клинич. психиатрия. – 2001. – Т. 11, № 2. – С. 5–6.
4. *Нечипоренко В.В.* Профилактика пограничных нервно-психических расстройств у военнослужащих / В.В. Нечипоренко, В.И. Курпатов // Воен.-мед. журн. – 1995. – № 2. – С. 21–24.

СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОЛОГИЯ ТРУДА

УДК 316.356.2 : 316.613.4

А.К. Рубченко

СЕМЕЙНАЯ ДЕПРИВАЦИЯ КАК ДЕТЕРМИНАНТА ФОРМИРОВАНИЯ СУБЪЕКТНОСТИ ЧЕЛОВЕКА *

Обнинский институт атомной энергетики
Национального исследовательского ядерного университета

Сегодня как никогда остро стоит проблема не только физического (физиологического), но и психического здоровья человека как в России, так и во всем мире. Психическое здоровье закладывается еще в детстве, в родительской семье. Ученые психологи, оценивая социально-психологический климат в современной семье, констатируют, что увеличивается количество таких семей, где дети растут в неблагоприятных условиях – в условиях психической депривации. Оказалось, что условия депривации характерны не только для неблагополучных, но и для вполне нормальных семей. Дело в том, что, например, в России широко распространена практика отправления своих детей в детские оздоровительные лагеря, в санатории, к бабушкам и дедушкам, к другим родственникам на весь летний период. Часто это объясняется заботой родителей об отдыхе и здоровье детей, но, как показывает практика, такая разлука с родительской семьей приводит к нарушению привычной для ребенка среды развития, к психической депривации в семье, которая в дальнейшем отразится на формировании его субъектности.

С нашей точки зрения, необходимо различать близкие по смыслу, но не тождественные друг другу понятия – депривация, переживание, сепарация, разлука.

Психическая депривация (от англ. deprivation – утрата, лишение, потеря) – это лишение общения с семьей, близкими. Этот термин введен чехословацкими психологами Й. Лангмейер и З. Матейчек, которые на основе обобщения данных мировой науки и практики, а также своего многолетнего опыта изучения детей из детских домов и школ интернатов, вы-

* Работа выполнена при финансовой поддержке РФНФ (грант № 11-16-40015а/Ц).

явили феномен, который был обозначен ими понятием «психическое лишение», или «психическая депривация». Они определяют его как психическое состояние, возникшее в результате таких жизненных ситуаций (называемых депривационными ситуациями), где субъекту не предоставляется возможность для удовлетворения некоторых основных жизненных психических потребностей в достаточной мере и в течение продолжительного времени [7].

Попадая в такие ситуации, человек испытывает негативное переживание, особенность которого состоит в том, «что оно возникает в критической ситуации, ситуации невозможности, т. е. такой ситуации, в которой субъект сталкивается с невозможностью реализации внутренних потребностей своей жизни (мотивов, стремлений и пр.)» [3, с. 31].

Следовательно, близким по смыслу термину «депривация» является термин «переживание», определение которого дал Ф.Е. Василюк. Переживание понимается им как особая внутренняя деятельность по преодолению жизненных событий. Смысл этой деятельности – восстановить функциональное равновесие организма [3]. На наш взгляд, термину «депривация» соответствует более узкое понятие, чем «переживание», так как переживание может быть как позитивным, так и негативным, а депривация только негативна. Причем термин «депривация» отражает пассивную позицию субъекта, а «переживание» – его активную позицию.

Еще более узким понятием по сравнению с депривацией является понятие «сепарация (отделение)» – «термин, обозначающий уход от объекта или прекращение с ним каких-либо отношений. В психоаналитическом смысле сепарация представляет собой интрапсихический процесс, входящий в структуру сепарации–индивидуации, благодаря которому индивид приобретает чувство себя как самостоятельной и независимой от объекта целостности, другими словами, приобретает свойства субъекта. Способность к сепарации является важным компонентом развития каждого индивида. Умение изживать проявления сепарации указывает на достижение индивидом соответствующего уровня развития. С другой стороны, несвоевременное или чересчур резкое отделение ребенка от заботящегося объекта может привести к серьезным осложнениям и искажениям развития и адаптации, вплоть до возникновения длительной депрессии или психопатических явлений. Вызывающая травму сепарация может быть обусловлена как физической (разлука), так и психологической (одиночество вдвоем) недоступностью объекта» [14, с.191].

Физическая сепарация или разлука – это пространственное разделение, жизнь врозь [11], при которой прекращается эмоциональная связь, и чем интенсивнее была связь, тем тяжелее переживается разлука. Вызывающая травму физическая или психологическая сепарация, сопровождающаяся негативными переживаниями, – это один из видов депривации.

Психическое переживание утраты эмоциональной связи в результате пространственного разделения или отчуждения со значимыми объектами, которое возникает при разлуке с семьей или одним из родителей и приводит к искажениям развития и адаптации ребенка, мы будем называть семейной депривацией.

Поскольку семья является основополагающим фактором развития ребенка, следует говорить о семейной депривации как разновидности социальной и эмоциональной депривации. В зависимости от субъекта, создающего психотравматическую (депривационную) ситуацию для ребенка, различают материнскую, отцовскую, родительскую и детскую депривацию (субъекты братья и сестры). Причем семейная депривация может быть как эпизодической (временная разлука с одним из родителей или с семьей), так и хронической (постоянная разлука). Больше всего исследований было проведено по вопросам материнской депривации.

Под *материнской депривацией* чаще всего понимают отсутствие материнского заботливого отношения к детям. О материнской депривации идет речь в ситуациях разлуки с матерью при госпитализации ребенка или отсутствии матери, при поступлении ребенка в детский сад, отказе от ребенка еще в роддоме или подкидывании ребенка, продаже собственного ребенка. Даже в семье может наблюдаться такое поведение матери (игнорирование, враждебность, конфликтность, жестокое обращение с ребенком, неприятие, отказ в помощи, сотрудничестве), которое приведет к депривации.

Исследования, проведенные в больницах с госпитализированными детьми, показали три стадии в эмоциональном восприятии ребенком долгой разлуки с матерью. На 1-й стадии дети протестуют, буянят, ищут маму и, если она возвращается на этом этапе, некоторое время ведут себя плохо – «наказывают» ее за плохое поведение. Но, выплеснув гнев, становятся прежними (мамы тоже наказывают пропавших детей, когда находят их, ведь эмоции, которые движут людьми в аналогичных ситуациях, похожи).

На 2-й стадии, если разлука продолжается больше 1 месяца, ребенок становится вялым и апатичным. Он не успокаивается и переживает, что мама к нему больше не вернется. Если мама возвращается на этой стадии,

то ребенок очень привязан к ней, выглядит очень неуверенным в себе. Возвращение в обычное русло занимает больше времени, и ребенку нужно пройти через протест, прежде чем стать прежним. Это, как ни странно, хороший знак. Ребенок должен полностью избавиться от накопившихся отрицательных эмоций и убедиться, что его по-прежнему любят и он может не бояться выразить этот гнев.

На 3-й стадии, после 2 месяцев сепарации, ребенок начинает восстанавливаться, он снова играет и ведет себя как обычно, но цена этому выходу из апатии – любовь к матери. Он перестает любить свою маму, чтобы справиться с разлукой, ведь если не любить кого-то, то и потерять его не страшно. Воссоединение семьи на этой стадии – очень болезненный процесс, так как ребенок не идет на эмоциональный контакт, остается нечувствительным к реакциям со стороны взрослых. Если во время разлуки у ребенка был кто-то, кто заменял ему маму, то 3-я стадия скорее всего не наступит, и именно поэтому при госпитализации ребенка родителям разрешают в последнее время находиться вместе с ним в медицинском учреждении.

Первые описания неблагоприятных последствий семейной депривации сделал Л.Ф. Мейер, который в качестве главной причины младенческой смертности называет отсутствие «стимулирующего» влияния матери [10]. Реакцию детей разных возрастов на сепарацию от матери в различных условиях также изучали и описывали психологи разных научных школ [2, 7, 19, 23].

А. Фрейд и Д. Берлингом приводят фактический материал, свидетельствующий о драматическом, а иногда и трагическом влиянии на ребенка разлуки с матерью. «Реакции, выдаваемые ребенком на разлуку с матерью, особенно сильны. Ребенок чувствует себя оставленным всеми теми, кого он хорошо знает в своем мире, теми, кто для него много значит. Переживая разлуку, некоторые дети отказываются от еды и сна. Многие протестуют против того, чтобы их ласкали незнакомые люди. Одни дети привязаны к игрушкам, которые дала мать, другие – к чему-то из постельных принадлежностей или одежде, которую принесли из дома» [19, с. 191]. Также Р. Шпиц описывает детей одного детского дома, которые в возрасте 3 месяцев были разлучены со своими матерями. Уход, питание, гигиенические условия в этом учреждении были типичными для всех хорошо поставленных заведений такого рода. Однако у всех детей произошла резкая задержка их психического развития. В течение 2 лет погибло 37 % малышей, в живых остался 21 ребенок. К описываемому моменту младшему ре-

бенку было 2 года, старшему – 4 года и 1 месяц. 5 из них были неспособны к самостоятельному передвижению каким-либо способом, сидели без поддержки только 3, ходили с посторонней помощью 8, а самостоятельно только 5, не умели есть ложкой 12, сами одеваться 20 детей. Весьма низким оказалось и их психическое развитие. Так из 21 ребенка 6 детей вовсе не умели говорить, 13 – говорили по 2–5 слов и лишь один умел составлять предложения. Но наиболее яркой особенностью детей этого детского дома было их невротическое поведение, которое проявлялось в следующих симптомах:

- а) задумчивость, печаль, плач, но без крика и вокализации;
- б) замыкание в себе, отрицательное отношение к окружающим, стремление уйти от всех, отстраниться от посторонних;
- в) ареактивность, пониженный темп движений, отбрасывание игрушек и предметов, прикоснувшихся к ребенку, ступорозное состояние;
- г) потеря аппетита, отказ от еды, исхудание;
- д) бессонница.

Указанные симптомы развивались у многих детей после разлуки в течение 2 лет с матерью [23].

Интенсивное научное изучение проблемы психической депривации началось в 1960-х гг. Дж. Боулби и его сподвижницей М. Эйнсворт. Результаты их исследований показали необходимость связи ребенка именно с биологической матерью. Они раскрыли значение этой связи для нравственного и физического развития ребенка в раннем возрасте [2]. С развитием исследований материнской депривации выяснилось, что последствия ее могут охватывать широкий спектр психопатологических состояний – от легких задержек психического развития до выраженной дебильности, от транзиторных депрессивных состояний до тяжелых искажений эмоциональной сферы с неспособностью к сопереживанию, пассивностью, коммуникативными нарушениями, т. е. невозможностью в дальнейшем устанавливать полноценные контакты с другими людьми, с необратимым недоразвитием навыков общения.

Исследования ряда отечественных авторов [4, 5, 8, 9, 12, 13] также указывают на нарушения эмоционального развития ребенка при разлуке с матерью. Присутствие матери и ее влияние способствуют формированию чувства безопасности и стабильности у ребенка. Основные эмоционально-личностные деформации возникают у детей-сирот как следствие эмоциональной депривации из-за разлуки с матерью, так как потребность в эмоционально-теплом контакте как базовая жизненная потребность остается

неудовлетворенной. По мнению И.В. Грибановой, неудовлетворенные потребности не редуцируются сами собой; пока они не удовлетворены, они закрепляются достаточно прочно [4].

Наблюдая у таких детей тяжелые повреждения личности, касающиеся самосознания и интеллектуального развития, ученые высказали предположение о том, что эмоциональная депривация делает особенно острым сам «момент отторжения». Этот травмирующий комплекс сохраняется у ребенка на всю жизнь. Дети, изолированные с рождения до 6 месяцев, навсегда остаются менее разговорчивыми, чем их сверстники, воспитываемые в семье. Изоляция ребенка от матери от 1 до 3 лет приводит к тяжелым последствиям, отражающимся на интеллектуальном и личностном развитии, которые с трудом поддаются компенсации.

Отцовская депривация наблюдается у детей в связи с разлукой с отцом, вследствие смерти отца (крайний случай), ухода отца из семьи, в результате развода родителей, длительной командировки отца; а также вследствие самоустранения отца от воспитания детей: он может игнорировать ребенка, враждебно отвергать его, критиковать, придирается, никогда не хвалить, избегать контактов с ним, быть жестоким с ребенком, ограничивать его свободу и т. д. При уходе отца из семьи даже грудной ребенок способен остро переживать психическую травму, которую испытывает его мать в процессе развода. Ученые считают, что новорожденный остается частью организма матери, находится в симбиозе с ней, поэтому чутко реагирует на настроение матери. Дети 2¹/₂–3¹/₂ лет реагируют на распад семьи плачем, расстройством сна, повышенной пугливостью, снижением познавательных процессов, проявлением неопытности, пристрастием к собственным вещам и игрушкам, так называемым переходным объектам. И если ребенок чувствует фрустрацию, страх, то с помощью переходного объекта, который символически заменяет отсутствующего родителя, он быстрее справляется с этими эмоциями [24].

Дети 3¹/₂–4¹/₂ лет при разлуке с отцом показывают повышенную гневливость, агрессивность, переживание чувства утраты, тревожность. Экстраверты делаются замкнутыми и молчаливыми, проявляется чувство вины за распад семьи. У детей 5-6 лет тоже наблюдаются усиление агрессии, тревоги, раздражительность, неуверенность, гневливость.

По данным Г. Фигдора, у подростков, растущих без отца, присутствуют жестокость, заниженная самооценка, а у мальчиков – подростков с высокой самооценкой отцы заботливы, пользуются их доверием и являются для своих детей авторитетом. Интересно, что есть зависимость само-

оценки подростков от возраста матерей в период развода. Так, среди детей женщин, которым при расторжении брака было меньше 24 лет, только 22 % мальчиков имели высокую самооценку. Если матери развелись в более старшем возрасте, то уже 42 % детей имели высокую самооценку [18].

Исследование В.А. Сысенко показало, что особенно болезненно реагируют на развод мальчики 7–12 лет. Девочки же особенно остро переживают разлуку с отцом в возрасте от 2 до 5 лет. Очень болезненно переживает распад семьи единственный ребенок. Те дети, у кого есть братья и сестры, намного легче переживают развод. Так как в таких ситуациях дети вымещают агрессию или тревогу друг на друга, то это значительно снижает эмоциональное напряжение и уменьшает вероятность нервных срывов [17].

В ситуации развода, ввиду того что он происходит не сразу, отношения членов семьи уже бывают нарушены заранее. Многое зависит и от того, какие были отношения с ушедшим родителем. Чем прочнее эмоциональная связь с отцом, тем тяжелее разлука. Часто у ребенка имеется лишь незначительная связь с отцом, но иногда данная связь бывает весьма тесной, и ребенок в таком случае переносит разлуку почти так же тяжело, как смерть [1].

Наблюдающееся в некоторых семьях самоустранение отцов от воспитания детей связано скорее всего с незрелостью их личности, которая выражается в нежелании и неумении иметь дело с ребенком, в поверхностном интересе к его делам, чувствам, эмоциям. «Эмоциональная нищета» таких отцов имеет глубокие корни в прародительской семье, где он сам был отвергнут своими родителями, не испытывал родительского тепла, поэтому и сам не может создать благополучную эмоциональную атмосферу в своей семье. У детей могут возникнуть различные страхи, которые проявляются в фантазиях, снах и т. д. Страх становится не только способом привлечь к себе внимание родителей и всех окружающих, но и возможностью заполнить вакуум общения [7, 20].

Детская депривация или трудные взаимоотношения между детьми в семье могут возникнуть из-за явного предпочтения родителями определенного ребенка или детей одного пола. Например, если основное внимание уделяется только мальчикам, то девочки в такой семье чувствуют себя неполноценными, отчужденными и не любят своих братьев, и наоборот. Все первенцы чутко реагируют на изменение эмоционального баланса в семье, когда рождается второй ребенок. Нередко происходящие изменения

в семье сопоставимы со свержением с престола. Дети могут чувствовать себя забытыми, отверженными, у них появляется зависть. Когда такие переживания интенсивны, возникают серьезные проблемы, психические травмы. Когда дети подрастают, то старший стремится унижить, ущемить младшего. Если при этом младший обгоняет старшего ребенка в какой-то сфере деятельности (учебе, спорте, играх), то старший очень тяжело переживает этот факт, ощущая свою неполноценность. Появляются агрессивность, вспыльчивость, недисциплинированность, перепады настроения, снижается успеваемость в школе. Младший ребенок тоже сталкивается с не менее сложными проблемами, переживаниями. У него возникает чувство собственной неполноценности из-за невозможности сравниться со старшим ребенком, который его высмеивает, демонстрируя собственное превосходство. Действия старшего ребенка напоминают своеобразную месть младшему за отобранные малышом любовь и внимание родителей. Соперничество, конкуренция старшего и младшего – довольно распространенное явление в семьях.

Внутренняя депривация, или самодепривация, появляется тогда, когда у ребенка возникает необходимость игнорировать свои чувства, эмоции и желания для сохранения своей собственной позитивной оценки «Я». В основе этого явления лежит внутриличностный конфликт, связанный с тем, что родители не придают значимости переживаниям ребенка в нужный момент, обесценивают их, исходя из своей взрослой позиции. Такое родительское недопонимание своего ребенка бывает из-за того, что ребенок еще не может или не умеет выразить свои эмоции и ощущения словами. Внутренняя депривация приводит к наличию множества страхов, протекающих в виде приступов, сопровождающихся тревожным настроением, дрожью, соматовегетативными расстройствами (энурезом, тиками, заиканием), нарушением отношений со взрослыми и сверстниками.

Разделение деприваций на отцовскую, материнскую, детскую и самодепривацию условно, ведь семья – единый организм, где все отношения, проблемы не изолированы, а вплетены друг в друга. Сильнейшим депривирующим фактором считается разлука с семьей. При этом прекращается эмоциональная связь между ребенком и привычной средой и, как следствие, нарушаются эмоциональные контакты, что в свою очередь приводит к потере безопасности, защищенности. Длительный дефицит эмоционально созвучного общения порождает у ребенка неуверенность в положительном отношении к нему родных, вызывая чувство тревоги и ощущение эмоционального неблагополучия. Нередко в ситуации долгой разлуки у ребенка

возникает диффузное «разливание» тревоги, когда она становится доминирующим эмоциональным фоном, на котором искажается развитие психики, возникает отчуждение. Вдали от семьи ребенок может испытывать стыд, обвинение, страх, агрессию. Он пытается понять суть происходящего с ним, осмыслить ситуацию, не удовлетворяющую его. Известно, что дети по-разному решают эту проблему. Есть два пути внутренней «переработки» ситуации отрыва от семьи:

1-й – отвержение себя, если ребенок склонен к переживанию чувства вины. Он как бы соглашается с фактом отделения от семьи за свои плохие поступки или плохие мысли. У ребенка возникает тяжелое чувство, ведущее к потере самоуважения, принуждающее к исправлению своего «плохого» поведения;

2-й – отвержение родителей. Ребенок приходит к выводу, что именно родители виноваты в том, что он оторван от семьи, оставлен один. Он пытается найти новое доказательство вины родителей, иначе осмысливает давнее происшествие, возникает аутоагрессия по поводу привязанности к матери, к отцу, появляются мечты о возвращении прежних отношений. Его состояние – это смесь гнева, злости, обиды и любви к родителям. По отношению к родителям такие дети часто ведут себя агрессивно, специально их раздражают. Обе позиции – и отвержение себя, и отвержение семьи – психологически обоснованы, но не способствуют быстрому и успешному приспособлению к новой ситуации и сохранению эмоциональных связей с родителями. В первом случае энергия ребенка уходит на самобичевание, во втором – на субъективный разрыв с семьей, отчуждение. Дети не видят объективных обстоятельств, принуждающих к долгой разлуке. Однако если с детьми предварительно подробно обсуждают обстоятельства, проигрывают ситуации, то приспособление к новой ситуации идет быстрее, а взаимоотношения с родителями остаются более близкими. Ребенку помогают увидеть все обстоятельства вынужденной разлуки, помогают убедиться в том, что его не обманывают. В результате такого спокойного осмысления ситуации разлуки в безопасной семейной атмосфере мысли ребенка постепенно направляются на объективный анализ положения и не приводят к угрызениям совести или к дискредитации семьи.

Двойную психологическую травму переживают дети, чьи родители лишены родительских прав. Это, с одной стороны, плохое обращение в родительской семье и негативный жизненный опыт, а с другой – разрыв с семьей. Вне контакта с близкими взрослыми дети чувствуют себя одинокими и беззащитными. Они очень остро чувствуют боль утраты близких

отношений с родителями, даже если родители и не такие, как им (детям) хотелось бы. Но они любят своих родителей, порой додумывая хорошее и не замечая плохое. Все дети из неблагополучных семей хотят, чтобы их отец и мать были заботливыми и любящими. Такую вынужденную разлуку ребенок может переживать как смерть родителей, вина во всем тех людей, которые забирают их из семьи. Тогда все жизненные ресурсы ребенка «работают» на защиту от тревоги, страха, от чувства эмоционального дискомфорта в ситуации нестабильности, неустроенности. Эффективно учиться и работать в это время невозможно, ибо страдают не только высшие психические функции (мышление, внимание, память), но и элементарные психические функции и автоматизированные действия.

Однако простого перемещения ребенка в новую ситуацию (детский дом или новую семью) и помощи в переживании разлуки с семьей не всегда достаточно для того, чтобы «новая» жизнь сложилась хорошо – прошлый опыт, навыки, страхи остаются с ребенком. Разлука с семьей приводит не только к разрыву отношений привязанности, но и к перемене социального и психологического статуса. При этом положение «социальных сирот» из неблагополучных семей более выигрышное, чем у детей отказников из домов ребенка: даже плохая реальность лучше, чем никакой. У первых есть знания о своих предках и своей семье, которые позволяют удовлетворять их «потребность в корнях», создавая так называемое чувство корня [22].

С утратой основных ориентиров (семьи и ближайшего окружения) нарушается восприятие себя и собственной жизни – оно приобретает неустойчивый и фрагментарный характер, в результате чего создается ощущение неадекватности. Н.К. Радина указывала, что «существует связь между процессами развития самопринятия и процессами “переработки” психотравмирующего опыта: остро переживаемое чувство горя утраты семьи (родителей) затрудняет возможность установления взаимоотношений с другими людьми, блокирует процесс идентификации, что в свою очередь препятствует развитию позитивного самопринятия» [15, с. 31]. Постепенно личностная эмоциональная «энергия» из прошлого, погружение в фантазирование о родителях, в страхи, уныние и т. д. переносятся в настоящее и служат источником активности для установления отношений и образования связей с людьми, актуальными для дня сегодняшнего. Чем выше число этих связей у ребенка, тем увереннее можно говорить о том, что психотравмирующий опыт переработан и поэтому негативные эмоции, связанные с утратой родителей, не возникают. Причем фантазии о родителях и

выраженные переживания, связанные с потерей семьи, присущи, как правило, детям до подросткового возраста. Более старшим присуща переоценка своего положения и «эмоциональная глухота» [15]. Мы считаем, что «эмоциональная глухота» – это самозащита, одетый на душу «панцирь», изолирующий «клубок» горя ребенка.

Реакции детей на разлуку с родителями различны. Последствия разлуки могут быть как отдаленными, так и ближайшими и проявляться как первичные реакции на ситуацию потери. Одно из самых ближайших последствий потери для детей – нарушение их адаптации к повседневной жизни в их поведении. Д.Н. Исаев отмечает наиболее часто встречающиеся клинические проявления реакции дезадаптации (кризисных состояний): эмоциональную слабость, аффективную взрывчатость (вспыльчивость), повышенную возбудимость, гиперактивность, уныние, подавленность, тревожность, беспокойство, страхи, стремление к уединению, заторможенность, трудности контактов со сверстниками, агрессивность и аутоагрессивность, нарушения поведения, расстройство сна, головные боли, мутизм и другие речевые нарушения, невротические реакции [6].

Среди исследований, посвященных изучению ближайших реакций на потерю, выделяют работы ученых, которые описали общий индекс психопатологии. Этот индекс состоит из комплекса факторов:

- 1) депрессивное настроение (плач, печаль, раздражительность);
- 2) депрессивные синдромы (нарушение сна, ночные кошмары, плохой аппетит, потеря веса тела, головная боль, потеря интереса к деятельности);
- 3) соматические синдромы (боль, вялость и т. д.);
- 4) поведенческие синдромы (ссоры и драки со сверстниками или, наоборот, «замыкание в себе»). Эти симптомы свойственны всем возрастам и детям разного пола [21].

Также различны и отдаленные психологические последствия разлуки. Неудовлетворенная в детстве потребность в близости во взрослом состоянии может проявиться как стремление во чтобы то ни стало привлечь к себе внимание других людей, в зависимом поведении и поиске одобрения своих действий на стороне, в чувствительности к холоду, в излишней разговорчивости или, наоборот, в замкнутости, в страхе разлуки, боязни одиночества, поиске покровительства, повышенном беспокойстве или, наоборот, в апатии. Все это говорит о неосознанном стремлении личности удовлетворить свои базовые потребности, неудовлетворенные в детстве. Однако проблема заключается в том, что сделать это уже практически невозможно. Никакое количество суррогатов материнской любви не сможет

возместить человеку чувство безопасности, которое он не смог получить в детстве. Он должен сам найти эту безопасность внутри себя.

Так, исследование автора этой статьи показало, что разлука в детстве с семьей или одним из родителей вызывает негативное отношение к себе, которое сохраняется до поздней юности не только у хронически, но и у эпизодически депривированных юношей и девушек, переживших в детстве расставание с родителями в силу разных причин [16].

Таким образом, исследования психологов свидетельствуют о том, что различного вида депривации (неполноценные эмоциональные контакты между детьми и родителями, материнская депривация, отцовская депривация, конфликтность между матерью и отцом, лишение родительского попечения, развод родителей и т. п.) неизбежно негативно отражаются на личности ребенка, на формировании его субъектности и самоотношения.

Конечно депривационные ситуации, которые переживает человек в жизни, не ограничиваются потерями отношений со значимыми лицами. Они могут быть самыми разными: перемена места жительства, переход из одной школы в другую, окончание школы, поступление в вуз, рождение младшего брата или сестры, жестокое обращение родителей и т. д. Но именно семейная депривация наиболее негативно влияет на развитие личности ребенка и на возможности его эффективной адаптации в социуме. Почему же семейная депривация отрицательно сказывается на физическом, эмоционально-личностном и интеллектуальном развитии ребенка? Как влияет характер отношений до разлуки как на формирование субъектности ребенка, так и на психологическое состояние матери? Эти вопросы остаются пока без ответов и ждут своих исследований.

Литература

1. *Андреева А.Д.* Как помочь ребенку пережить горе / А.Д. Андреева // *Вопр. психологии.* – 1991. – № 2. – С. 87–97.
2. *Боулби Дж.* Привязанность: пер. с англ. / Дж Боулби ; общ. ред. и вступ. ст. Г.В. Бурменской. – М. : Гардарики, 2003. – 477 с.
3. *Василюк Ф.Е.* Психология переживания: анализ преодоления критических ситуаций / Ф.Е. Василюк. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1984. – 234 с.
4. *Грибанова Г.В.* Нарушения формирования привязанностей у детей-сирот в раннем возрасте / Г.В. Грибанова // *Дефектология.* – 1994. – № 3. – С. 10–16.
5. *Дубровина И.В.* Особенности психического развития детей в семье и вне семьи / И.В. Дубровина, М.И. Лисина // *Возрастные особенности*

психического развития детей : сб. науч. тр. / отв. ред. И.В. Дубровина, М.И. Лисина. – М. : Изд-во АПН СССР, 1982. – С. 3–19.

6. *Исаев Д.Н.* Предупреждение реакций дезадаптации / Д.Н. Исаев // Обучение и воспитание детей «группы риска» : хрестоматия / под ред. В.М. Астапова, Ю.В. Микадзе. – М. : Ин-т практ. психологии, 1996. – С. 88–102.

7. *Лангмейер Й.* Психическая депривация в детском возрасте / Й. Лангмейер, З. Матейчек. – Прага : Авиценум, 1984. – 334 с.

8. *Лисина М.И.* Влияние отношений с близкими взрослыми на развитие ребёнка раннего возраста / М.И. Лисина // *Вопр. психологии.* – 1961. – № 3. – С. 117–124.

9. *Лисина М.И.* Общение, личность и психика ребенка / М.И. Лисина ; под ред. А.Г. Рузской. – 2-е изд. – М. : Моск. психол.-соц. ин-т ; Воронеж : МОДЭК, 2001. – 384 с.

10. *Мейер Л.Ф.* Госпитализм детей грудного возраста / Л.Ф. Мейер. – М., 1914. – С. 11–14.

11. *Ожегов С.И.* Толковый словарь русского языка: 72500 слов и 7500 фразеологических выражений / С.И. Ожегов, Н.Ю. Шведова ; Ин-т рус. яз., Рос. фонд культуры. – М. : Азъ, 1992. – 955 с.

12. *Прихожан А.М.* Дети без семьи: (детский дом: заботы и тревоги общества) / А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых. – М. : Педагогика, 1990. – 160 с.

13. *Прихожан А.М.* Особенности психического развития младших школьников, воспитывающихся вне семьи / А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых // *Вопр. психологии.* – 1982. – № 2. – С. 80–86.

14. Психоаналитические термины и понятия : словарь : [пер. с англ.] / под ред.: Б.Э. Мура, Б.Д. Фаина. – М. : Класс, 2000. – 304 с.

15. *Радина Н.К.* Изучение самопринятия у детей, воспитывающихся в закрытых дошкольных учреждениях и в семье / Н.К. Радина // *Вопр. психологии.* – 2000. – № 3. – С. 23–34.

16. *Рубченко А.К.* Генезис самоотношения юношей и девушек, переживших в детстве разлуку с родителями / А.К. Рубченко // *Теоретические и прикладные проблемы психологии личности* : сб. ст. всерос. науч.-практ. конф. – Пенза, 2006. – С. 72–74.

17. *Сысенко В.А.* Отцы и дети / В.А. Сысенко // *Социол. исслед.* – 1986. – № 2. – С. 94–101.

18. *Фигдор Г.* Дети разведенных родителей: между травмой и надеждой / Г. Фигдор. – М. : Наука, 1995. – 376 с.

19. *Фрейд А.* Война и дети / А. Фрейд, Д. Берлингем // Развитие личности. – 2004. – № 3. – С. 184–208.
20. *Эйдемиллер Э.Г.* Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. – СПб. [и др.] : Питер, 1999. – 656 с.
21. *Юницкий В.А.* Психология детской потери (обзор зарубеж. исслед.) / В.А. Юницкий // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. – 1991. – № 2. – С. 49–55.
22. *Fromm E.* The anatomy of human destructiveness / E. Fromm. – N. Y. : Holt, Rinehart and Winston, 1973. – 521 p.
23. *Spitz R.A.* Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood / R.A. Spitz // Psychoanalytic Study of Child. – 1945. – Vol. 1. – P. 53–74.
24. *Winnicott D.W.* Transitional objects and transitional phenomena / D.W. Winnicott // Int. J. of Psychoanal. – 1953. – N 34. – P. 89–97.

ДИНАМИКА ТРУДОВОЙ МОТИВАЦИИ ПЕРСОНАЛА УПРАВЛЕНЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В ГОДОВОМ РАБОЧЕМ ЦИКЛЕ

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова;
Военный инженерно-технический институт, Санкт-Петербург

Введение

Успешность осуществления человеком определенного вида деятельности в существенной степени определяется его субъективным отношением к работе, значимостью выполняемого задания, желанием работать и рядом других факторов, зависящих от личностных особенностей человека [1]. Важнейшим из них в этом отношении является мотивация, определяемая как «субъективно окрашенное состояние, возникающее на основе активации мозговых структур, побуждающее высших животных и человека совершать действия, направленные на удовлетворение своих потребностей» [2, 6, 9].

Мотивацией объясняется выбор между различными вариантами действия, разными, но равнопритягательными целями. Процессы мотивации имеют определенное направление: достичь или избежать поставленной цели, осуществить определенную деятельность или воздержаться от нее, сопровождаются определенным уровнем эмоционального напряжения [3, 5].

Именно мотивация помогает человеку выбирать определенный вид деятельности, достигать успеха в ее осуществлении. Определение мотивации как «субъективно окрашенного состояния, возникающего на основе активации мозговых структур» [6], т. е. обусловленность потребностями (в том числе и физиологическими), подчеркивает связь этого психического явления с морфо-физиологическим уровнем функционального состояния [11]. Своеобразие мотивационно-личностных особенностей находит выражение в выработке у человека специфических поведенческих схем или «паттернов поведения» [4, 12, 13], способствуя или препятствуя развитию определенных видов функционального состояния. Поэтому, с нашей точки зрения, в основу прогноза эффективности работы персонала следует положить исследование мотивационной сферы личности, в частности трудовой мотивации, как основного фактора, определяющего потенциальную возможность успешного выполнения деятельности.

Цель исследования – оценка особенностей структуры и динамики трудовой мотивации персонала административно-управленческого профиля в течение года на основании психосемантического подхода.

Материалы и методы

Обследовали 76 специалистов административно-управленческого профиля деятельности в возрасте от 28 до 54 лет. В обследуемой группе женщины составили 71 % (52 человека), мужчины – 29 % (24 человека).

Для оценки мотивации использовали вариант методики семантического дифференциала, предложенный И.Л. Соломиным и соавт. [7, 8, 12] для измерения профессиональной направленности личности. В нем из множества шкал, применяемых Осгудом, был выбран набор из 18 7-балльных шкал признаков, входящих с наибольшим весом в факторы «ценности», «силы» и «активности». Пример оценки одного из понятий по шкалам признаков приведен в табл. 1.

Таблица 1
Оценка одного из понятий теста по шкалам признаков

Мое будущее																	
Печальное	1	2	3	4	5	6	7	Радостное	Глубокое	1	2	3	4	5	6	7	Мелкое
Холодное	1	2	3	4	5	6	7	Горячее	Приятное	1	2	3	4	5	6	7	Противное
Тяжелое	1	2	3	4	5	6	7	Легкое	Медленное	1	2	3	4	5	6	7	Быстрое
Горькое	1	2	3	4	5	6	7	Сладкое	Сильное	1	2	3	4	5	6	7	Слабое
Спокойное	1	2	3	4	5	6	7	Бурное	Хорошее	1	2	3	4	5	6	7	Плохое
Маленькое	1	2	3	4	5	6	7	Большое	Активное	1	2	3	4	5	6	7	Пассивное
Грязное	1	2	3	4	5	6	7	Чистое	Мягкое	1	2	3	4	5	6	7	Твердое
Бодрое	1	2	3	4	5	6	7	Вялое	Красивое	1	2	3	4	5	6	7	Уродливое
Нежное	1	2	3	4	5	6	7	Суровое	Острое	1	2	3	4	5	6	7	Тупое

Ряд понятий выражал некоторые человеческие потребности («мое увлечение», «достижение успеха», «общение с людьми» и др.), другие понятия обозначали определенные виды деятельности («моя профессия», «занятие спортом» и др.).

Степень близости категорий, выражающих потребности, к понятиям, обозначающим определенные виды деятельности, которая количественно выражена в сходстве профилей их шкальных оценок по соответствующим признакам, может рассматриваться как выраженность мотива к определенному виду деятельности. Таким образом определяли ведущие мотивы,

их взаимоотношение и иерархию в «семантическом пространстве» человека.

Отношение к различным видам деятельности характеризуется мотивами этой деятельности, потребности, которые к данной деятельности побуждают; позитивными и негативными переживаниями, связанными с этим видом деятельности. Ассоциация понятия «моя работа» с понятиями «мое увлечение» или «интересное занятие» может говорить о том, что трудовая деятельность человека побуждается наиболее значимыми и устойчивыми базовыми потребностями. Если работа связана в сознании с настоящим, трудовая деятельность побуждается менее стабильными актуальными потребностями. Если рядом с понятием «моя работа» располагаются понятия «неприятности», «неудача», «болезнь», работа воспринимается как источник стресса, негативных переживаний.

Для характеристики эмоционального отношения (ЭО) к выполнению своих профессиональных обязанностей использовали цветовой тест отношений (ЦТО) [7]. Оценивали отношение к понятиям: «мое здоровье», «моя работа», «мое будущее». Результаты обрабатывали с использованием компьютеризированного варианта ЦТО.

При оценке результатов исследования учитывали величину и знак коэффициентов корреляции (r) между цветовой характеристикой понятия и последовательностью цветов, отранжированных в порядке субъективного предпочтения. Использовали следующие критерии: $r > 0,5$ – оцениваемое понятие эмоционально принимаемо; $-0,5 > r > 0,5$ – понятие эмоционально индифферентно; $r < -0,5$ – понятие эмоционально отвергаемо. По результатам методики ЦТО были определены две группы сотрудников: с положительным ($n = 32$) и отрицательным ($n = 19$) ЭО к служебным обязанностям.

Результаты и их обсуждение

В исследовании проводили сравнительную оценку особенностей трудовой мотивации у групп персонала в начале и при окончании годового рабочего цикла. Результаты методики «Семантический дифференциал» представлены в табл. 2.

Как видно из представленных в табл. 2 результатов оценки изменений в структуре мотивационной сферы персонала, статистически значимых различий (при $p < 0,05$) в течение годового рабочего цикла не определяется. Выявлена тенденция к увеличению семантических расстояний между понятием «моя работа» и понятиями «мое увлечение», «интересное занятие» и «общение с сотрудниками», а так же к снижению расстояний

между понятием «моя работа» и понятиями «мое настоящее», «болезнь» и «неприятности» к окончанию годового рабочего цикла.

Таблица 2
Семантические расстояния понятий у персонала
в период годового рабочего цикла, усл. ед. ($M \pm m$)

Понятие	Месяц работы	
	I	XI
Моя работа/мое увлечение	1,24 ± 0,43	2,04 ± 1,28
Моя работа/интересное занятие	1,82 ± 0,56	2,98 ± 1,81
Моя работа/мое настоящее	1,25 ± 0,67	0,97 ± 0,53
Моя работа/материальное благополучие	1,95 ± 0,57	1,81 ± 0,53
Моя работа/общение с сотрудниками	0,91 ± 1,38	1,50 ± 0,57
Моя работа/болезнь	4,26 ± 2,86	3,11 ± 1,89
Моя работа/неприятности	4,26 ± 1,88	2,96 ± 1,10

Оказалось, что в группе сотрудников с положительным ЭО коэффициент корреляции между цветовой характеристикой понятия «моя работа» и последовательностью цветов, отранжированных в порядке субъективного предпочтения составил ($0,79 \pm 0,03$) усл. ед., в группе сотрудников с отрицательным ЭО – ($-0,65 \pm 0,08$) усл. ед. Различия показателей в группах статистически достоверны ($p < 0,05$).

В табл. 3 представлены семантические расстояния, определенные по факторам силы, активности и ценности, между понятием «моя работа» и некоторыми другими понятиями, у групп персонала с различным ЭО к работе в I месяц рабочего цикла после очередного отпуска.

Таблица 3
Семантические расстояния понятий у групп с различным ЭО к работе
в I месяц рабочего цикла, усл. ед ($M \pm m$)

Понятие	ЭО к работе	
	положительное	отрицательное
Моя работа/мое увлечение	0,60 ± 0,31*	2,92 ± 1,11
Моя работа/интересное занятие	0,95 ± 0,48*	3,53 ± 1,64
Моя работа/мое настоящее	1,54 ± 0,32*	0,85 ± 0,21
Моя работа/материальное благополучие	1,95 ± 0,58	1,12 ± 0,49
Моя работа/общение с сотрудниками	2,11 ± 1,22*	0,96 ± 0,43
Моя работа/болезнь	4,76 ± 2,18*	1,51 ± 1,02
Моя работа/неприятности	3,89 ± 1,78*	1,57 ± 1,14

Здесь и в табл. 4, 5 * – $p < 0,05$ при сравнении в группах.

Данные табл. 3 указывают на статистически значимые различия значений большинства семантических расстояний у групп с различным ЭО к работе.

В табл. 4 представлены результаты психосемантического исследования трудовой мотивации персонала с различным ЭО на XI месяце годового рабочего цикла.

Таблица 4

Семантические расстояния понятий у групп с различным ЭО к работе в XI месяце рабочего цикла, усл. ед. ($M \pm t$)

Понятие	ЭО к работе	
	положительное	отрицательное
Моя работа/мое увлечение	0,83±0,44*	3,53±1,55
Моя работа/интересное занятие	1,38±0,52*	3,91±1,92
Моя работа/мое настоящее	1,74±0,41*	1,46±0,39
Моя работа/материальное благополучие	1,73± 0,68	1,09±0,32
Моя работа/общение с сотрудниками	2,86±1,99*	1,27±0,84
Моя работа/болезнь	3,09± 2,18*	1,15±1,26
Моя работа/неприятности	3,23±1,53*	1,09± 1,25

Основные различия между группами, выявленные в начале годового рабочего цикла, сохранились и в его конце. Обращает на себя внимание тенденции к увеличению семантических расстояний между понятием «моя работа» и понятиями «мое увлечение» и «интересное занятие», а также к снижению их величины между понятием «моя работа» и понятиями «болезнь» и «неприятности» на IX месяце работы, характерные для обеих рассматриваемых групп.

Резюме

Выявленная в процессе динамической оценки структуры трудовой мотивации персонала в течение года тенденция к увеличению семантических расстояний между понятием «моя работа» и понятиями «мое увлечение», «интересное занятие» и «общение с сотрудниками», а также к снижению расстояний между понятием «моя работа» и понятиями «мое настоящее», «болезнь» и «угроза» может указывать на наличие субъективных признаков хронического утомления.

Статистически значимые меньшие семантические расстояния между понятием «моя работа» и понятиями «мое увлечение» и «интересное заня-

тие» у группы персонала с положительным эмоционально-оценочным отношением к работе может говорить о том, что трудовая деятельность этой группы испытуемых побуждается наиболее значимыми и устойчивыми базовыми потребностями. Для группы с отрицательным эмоционально-оценочным отношением к работе она оказалась связана в большей степени с настоящим. Это свидетельствует о том, что трудовая деятельность персонала этой группы побуждается менее стабильными актуальными потребностями. Кроме того, этой же группой работа в значительно большей степени воспринимается как источник стресса, негативных переживаний, на что указывают статистически значимо меньшие семантические расстояния между понятием «моя работа» и понятиями «неприятности», «болезнь».

Литература

1. *Билый А.М.* Оценка преимущественного типа личности по системе ЭСКАЛ и темперамент/ А.М. Билый // *Вестн. психотерапии.* – 2009. – № 37 (42). – С. 69–80.
2. *Вилюнас В.К.* Психологические механизмы мотивации человека / В.К. Вилюнас. – М. : МГУ, 1990. – 285 с.
3. *Занковский А.Н.* Исследование функциональных состояний человека-оператора с помощью метода семантического дифференциала / А.Н. Занковский // *Методики исследования и диагностики функционального состояния и работоспособности человека-оператора в экстремальных условиях.* – М. : Изд-во Ин-та психологии АН СССР, 1989. – С. 39–51.
4. *Зараковский Г.М.* Психофизиологический анализ мотивации достижения и избегания в трудовой деятельности / Г.М. Зараковский, В.И. Савченко // *Физиология человека.* – 1989. – Т. 15, № 9. – С. 81–90.
5. *Ильин Е.П.* Мотивы человека: теория и методы изучения / Е.П. Ильин. – Киев : Наукова думка, 1998. – 138 с.
6. *Симонов П.В.* Мотивированный мозг. Высшая нервная деятельность и естественно-научные основы общей психологии / П.В. Симонов. – М. : Наука, 1987. – 269 с.
7. *Соломин И.Л.* Экспресс-диагностика персонала / И.Л. Соломин. – СПб. : Речь, 2008. – 280 с.
8. *Соломин И.Л.* Психосемантический подход к исследованию трудовой мотивации : автореф. дис ... канд. психол наук / И.Л. Соломин. – СПб., 2009. – 26 с.

9. *Bush L.E.* Individual differences in multidimensional scaling of adjectives denoting feelings / L.E. Bush // *J. Pers. Soc. Psychol.* – 1973. – N 25. – P. 50–57.

10. *Kelly G.A.* A theory of personality : The psychology of personal constructs / G.A. Kelly. – N. Y. : Norton, 1963. – 190 p.

11. *Atkinson J.W.* An introduction to motivation / J.W. Atkinson, D. Birch. – N. Y., 1978. – 423 p.

12. *Snider J.I.* Semantic differential technique / J.I. Snider, C. Osgood. – Chicago : Aldine, 1969. – 681 p.

РЕФЕРАТЫ

**Карвасарский Б.Д., Подсадный С.А., Чернявский В.А., Чехла-
тый Е.И.** О вкладе В.Н. Мясищева в научную разработку проблемы психо-
соматических расстройств // Вестник психотерапии. – 2012. – № 41 (46). – С.
9–24.

Раскрывается истории становления научных представлений о психо-
соматических расстройствах в 1950–1960 гг. в СССР. Отражена полемика
взглядов о понятиях органичный и системный неврозы на модели формиро-
вания гипертонической болезни. Представлен сравнительный анализ пси-
хогенных и непсихогенных заболеваний, позволивший В.Н. Мясищеву
охарактеризовать основные отличия каждой из указанных групп рас-
стройств. Раскрыт научный вклад В.Н. Мясищева в разработку проблемы
психосоматических соотношений в отечественной медицине.

Ключевые слова: психосоматические расстройства, кортико-
висцеральная патология, системный невроз, психогенные и непсихогенные
заболевания.

Григорьев Г.И., Григорьев С.Г., Мизерене Р., Григорьева А.Г.
Особенности применения метода духовно ориентированной психотерапии
на православной основе в форме целебного зарока для больных алкоголиз-
мом // Вестник психотерапии. – 2012. – №41 (46). – С. 25–41.

На примере анализа данных более чем двадцатилетнего наблюдения
за 52 517 больными алкоголизмом, пролеченных в Международном инсти-
туте резервных возможностей человека (МИРВЧ) при сотрудничестве со
Спасо-Парголовским храмом и храмом Феодоровской иконы Божией Ма-
тери показана высокая эффективность духовно-ориентированной психоте-
рапией методом церковного зарока. При этом доказано, что духовная со-
ставляющая является более популярной среди женщин и больных старше-
го и пожилого возраста. В период сотрудничества МИРВЧ и православных
храмов около $\frac{1}{3}$ больных наряду с лечебным зароком давали также вторые
(церковные) зароки в Храмах не употреблять спиртные напитки, что зна-
чительно повышало длительность ремиссии.

Ключевые слова: Международный институт резервных возможно-
стей человека, духовно ориентированная психотерапия методом церковно-

го зарок, православная психотерапия, психотерапия алкоголизма, лечебный зарок, церковный зарок.

Белов В.Г., Парфенов Ю.А. Структура психогенной симптоматики в остром периоде у подростков, переживших насилие в семье // Вестник психотерапии. – 2012. – № 41 (46). – С. 42–51.

Проведен анализ психологического статуса у 216 подростков, пострадавших в результате жестокого обращения в семье, в остром периоде после психической травмы. Показано, что острая реакция на жестокое обращение в семье характеризуется наличием выраженных психологических нарушений в эмоционально-волевой, ценностно-мотивационной и когнитивной сферах, что отражается на феноменологии их невротической патологии и обуславливает формирование устойчивой симптоматики невротического расстройства, нарушений сна, тревоги, фобий, дезадаптивных копинг-стратегий, просоциальных копинг-защит, социальной дезадаптации. Разработана факторная модель острых психических последствий жестокого обращения в семье, которая описывает психологический статус подростков, пострадавших в результате семейного насилия, посредством выделенных 5 ведущих симптомокомплексов: «Аффективная симптоматика», «Обсессии, фобии», «Гипевозбудимость», «Психологические защиты», «Копинг-реакции».

Ключевые слова: подростки, семейное насилие, жестокое обращение в семье, психотравма, стресс, невроз, дезадаптация.

Александров А.А., Багненко Е.С. Психологические характеристики женщин с косметическими дефектами кожи лица // Вестник психотерапии. – 2012. – № 41 (46). – С. 52–66.

Представлены результаты психологического исследования 110 женщин с дефектами кожи лица – пациенток косметологической клиники. Исследование проводилось с использованием структурированного интервью и пяти психодиагностических методик после получения информированного согласия пациенток. Статистически подтверждена положительная динамика эмоционального состояния и самооценки исследованных женщин в процессе лечебной косметологической коррекции. Показано, что индивидуально-психологические свойства личности, стратегии совладающего поведения и ценностные ориентации пациенток с дефектами кожи лица от-

личаются от средних популяционных, но не выходят за границы нормативного диапазона. Личность и поведение исследованных женщин характеризуются сочетанием интернальности, целеустремленности, устойчивости сформированных ранее представлений и ценностей с повышенной эмоциональной возбудимостью и неустойчивостью.

Ключевые слова: косметический дефект, косметологическая коррекция, психологические характеристики, динамика самооценки и эмоционального состояния.

Рыбалтович Д.Г., Григорьев С.Г., Мильчакова В.А. Анализ анкетирования интернет-пользователей, имеющих опыт on-line-игры // Вестник психотерапии. – 2012. – № 41 (46). – С. 67–80.

Представлены результаты Интернет-исследования 256 респондентов и установили. Установлено, что on-line-играм подвержены люди в возрасте ($22,9 \pm 0,3$) года. Детерминантами степени зависимости от on-line-игры стали среднее время, затрачиваемое респондентом на on-line-игры ежедневно, наличие опыта игры на платных серверах, отношение к on-line-игре. Доля респондентов, ответивших, что они тратили реальные деньги во время on-line-игры, устойчиво увеличивалась с возрастанием степени зависимости. Выявлена устойчивая тенденция снижения доли зависимых в группах респондентов с высоким ежемесячным заработком. С большей вероятностью развивалась зависимость у респондентов, вовлеченных в игру друзьями или коллегами. С развитием степени зависимости, нейтральная оценка on-line-игры устойчиво снижается, а заметную динамику демонстрирует положительное или отрицательное отношение к игре.

Ключевые слова: Интернет, Интернет-зависимость, on-line-игры, детерминанты классификации on-line-игры, on-line-анкетное исследование.

Малкова Е.Е. Патопсихологические проявления тревоги при психозах в подростковом возрасте // Вестник психотерапии. – 2012. – № 41 (46). – С. 81–98.

Анализируется динамика проявлений тревожности у 153 подростков в структуре шизофрении, шизотипического расстройства, аффективных расстройств настроения, личности и поведения психотического уровня. Показано, что именно психопатологическая симптоматика используется психотическим пациентом как средство адаптации к реальности и совлада-

ния с аффектом тревоги, связанной с ощущением роста личностной дезинтеграции. С возрастом у подростков с психозами наблюдается нарастание неадекватности характерных для данного возраста тревожных переживаний в сфере социального взаимодействия, усиление нестабильности вегетативного статуса, увеличение нарушения контроля реальности и себя, приводящее к разрыхлению личностной идентичности.

Ключевые слова: тревога, тревожность, психоз, подростки, возрастная динамика, личностная идентичность.

Резникова Т.Н., Селиверстова Н.А., Никифорова И.Г., Ароев Р.А.

Психологические варианты эмоциональных нарушений у больных с рассеянным склерозом // Вестник психотерапии. – 2012. – № 41 (46). – С. 99–108.

Психологическое исследование структуры эмоционального дефекта у 95 больных с рассеянным склерозом выявила различные варианты сочетаний эмоциональных нарушений, включающих тревогу, депрессию невротического характера и агрессивных явлений. Показано, что при одновременном сочетании всех видов эмоциональных нарушений у больных с рассеянным склерозом наблюдается выраженная дезадаптация личности (по данным СМИЛ), в то время как при наличии одного вида эмоционального нарушения такого рода личностных дефектов не отмечается.

Ключевые слова: рассеянный склероз, варианты эмоциональных нарушений, психодиагностика, дезадаптация личности.

Слабинский В.Ю., Евдокимов В.И., Ушаков Б.Н. Профессиональное выгорание у специалистов, оказывающих помощь пострадавшим в чрезвычайных ситуациях // Вестник психотерапии. – 2012. – № 41 (46). – С. 109–116.

Оценен уровень выраженности профессионального выгорания (ПВ), тревожности и депрессии у специалистов, работающих в условиях высокой (30 врачей-хирургов, оказывавших медицинскую помощь пострадавшим в землетрясении в г. Нефтегорске (28.05.1995 г.) и у 32 профконсультантов департамента Федеральной государственной службы занятости населения по Приморскому краю), 147 сотрудников отдела по работе с налогоплательщиками управления Министерства по налогам и сборам России по Приморскому краю. Количество специалистов со сформированным синдромом ПВ по критерию Бойко оказалось относительно небольшим (3–4 %).

Проведенное исследование выявило достоверную связь ($p < 0,001$) уровня тревоги и депрессии с показателями ПВ по опроснику В.В. Бойко у лиц, работающих в условиях с низким эмоциональным напряжением. Полагаем, что формированию ПВ способствуют не только высокая эмоциональная насыщенность труда, но и феномен «скуки», потеря смысла работы, малая общественная польза результатов труда.

Ключевые слова: профессиональное выгорание, необычайная ситуация, стресс, эмоциональная напряженность, скука.

Баурова Н.Н., Рудой И.С., Грановская Р.М. Особенности развития невротических расстройств у курсантов с различными личностно-типологическими характеристиками // Вестник психотерапии. – 2012. – № 41 (46). – С. 117–124.

Проанализированы данные историй болезни 196 курсантов, находившихся на лечении с 1987 по 2009 г. в клинике психиатрии Военно-медицинской академии по поводу невротических, связанных со стрессом соматоформных расстройств (F 4 МКБ-10), а также показатели профессионального психологического отбора этих же курсантов, полученные в доболезненный период. Оказалось, что низкие адаптационные способности у курсантов были обусловлены преобладанием в структуре личности астено-ипохондрических, истеро-возбудимых или шизоидно-сензитивных черт личности, которые и определяли особенности интрапсихического конфликта в условиях высоких эмоциональных нагрузок.

Ключевые слова: психо-эмоциональная нагрузка, стресс, невротические расстройства, психодиагностика, курсанты военных вузов.

Рубченко А.К. Семейная депривация как детерминанта формирования субъектности человека // Вестник психотерапии. – 2012. – № 41 (46). – С. 125–138.

Представлен теоретический обзор зарубежных и отечественных исследований неблагоприятных последствий семейной депривации для физического, эмоционально-личностного и интеллектуального развития ребенка, а также для формирования его субъектности и отношения к себе. Проводится сравнение понятий депривация, переживание, сепарация, разлука. Дано определение семейной депривации и рассмотрены ее виды: материнская, отцовская, детская и внутренняя.

Ключевые слова: переживание, депривация, сепарация, разлука, семейная депривация, субъектность, самоотношение.

Сысоев В.Н., Будко Д.Ю., Корнилова А.А. Динамика трудовой мотивации персонала управленческого профиля в годовом рабочем цикле // Вестник психотерапии. – 2012. – № 41 (46). – С. 139–145.

Оценивали особенности структуры и динамики трудовой мотивации у 78 специалистов административно-управленческого профиля в течение года на основании психосемантического подхода. В процессе динамической оценки структуры трудовой мотивации персонала в течение года определена тенденция к увеличению семантических расстояний между понятием «моя работа» и понятиями «мое увлечение», «интересное занятие» и «общение с сотрудниками» а так же к снижению расстояний между понятием «моя работа» и понятиями «мое настоящее», «болезнь» и «угроза», что может указывать на наличие субъективных признаков хронического утомления. Определено, что трудовая деятельность группы персонала с положительным эмоционально-оценочным отношением к работе побуждается наиболее значимыми и устойчивыми базовыми потребностями. Для группы с отрицательным эмоционально-оценочным отношением она оказалась связана в большей степени с настоящим. Это свидетельствует о том, что трудовая деятельность этой группы персонала побуждается менее стабильными актуальными потребностями. Кроме того, этой же группой работа в значительно большей степени воспринимается как источник стресса, и негативных переживаний.

Ключевые слова: семантический дифференциал, эмоционально-оценочное отношение, трудовая мотивация, семантическое расстояние, персонал административно-управленческого профиля.

Karvasarskiy B.D., Podsadniy S.A., Chernyavskiy V.A., Chelatiy E.I. About the contribution of Myasishchev to scientific development of an issue of psychosomatic disorders // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy] – 2012. – No 41 (46). – P. 9–24.

Scientific ideas about psychosomatic disorders in 1950–1960 in our country are described retrospectively. Controversial views on concepts of organ and system neuroses are reflected in the model of hypertension formation. Psychogenic and non-psychogenic diseases are comparatively analyzed; this allowed

V.N. Myasishchev to characterize basic distinctions of each of the indicated groups of disorders. The scientific contribution of V.N. Myasishchev to development of psychosomatic correlations in our medicine is highlighted.

Keywords: psychosomatic disorders, corticovisceral pathology, system neurosis, psychogenic and non-psychogenic diseases.

Grigoriev G.I., Grigoriev S.G., Mizerene R., Grigorieva A.G. Peculiarities of using spirit-oriented psychotherapy on orthodox basis as a healing vow in alcoholic patients // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy] – 2012. – No 41 (46). – P. 25–41.

High effectiveness of spirit-oriented psychotherapy on orthodox basis as a healing vow was shown during analysis of more than 20-year follow-up data from 52,517 alcoholic patients treated in the International Institute for Human Reserve Capabilities (IIHRC) in cooperation with Spas-Pargolovsky church and a church of Fedorovsky Icon of the Virgin. Spirit component was proved to be more popular among women and older/aged persons. During IIHRC cooperation with orthodox churches, about 1/3 of patients along with healing vow gave also the second (church) vows in churches to abstain from alcohol beverages, thus significantly prolonging a remission.

Keywords: International Institute for Human Reserve Capabilities, spirit-oriented psychotherapy on orthodox basis as a church vow, orthodox psychotherapy, psychotherapy for alcoholism, healing vow, church vow.

Belov V.G., Parfyonov Yu.A. Patterns of acute psychogenic symptoms in adolescent survivors of domestic violence // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy] – 2012. – No 41 (46). – P. 42–51.

Psychological status was analyzed in 216 adolescents suffered from domestic abuse in the acute period after a psychic trauma. It is shown that the acute response to domestic abuse is characterized by pronounced psychological disorders in the emotional-volitional, value-motivational and cognitive domains, which is reflected in the phenomenology of neurotic pathology and causes stable symptoms of neurotic disorders, sleep disorders, anxiety, phobias, maladaptive coping strategies, prosocial coping defenses, and social maladjustment. The factor model of acute psychological effects of domestic abuse was developed to describe a psychological status of adolescents affected by domestic violence. Five leading symptom complexes were identified, as follows: Affective Symptoms,

Obsessions and Phobias, Hyperexcitability, Psychological Defense, Coping Responses.

Keywords: adolescents, domestic violence, domestic abuse, psychic trauma, stress, neurosis, maladjustment.

Alexandrov A.A., Bagnenko E.S. Psychological characteristics of females with face skin defects // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy] – 2012. – No 41 (46). – P. 52–66.

Psychological status was assessed in 110 females with face skin defects who were patients of a cosmetic clinic. After obtaining an informed consent, the structured interview and five psychodiagnostic tests were used. Positive trends in emotional state and self-esteem during corrective cosmetic treatment were statistically confirmed in females under study. Individual personality characteristics, coping strategies, value orientations of females with face skin defects were shown to differ from mean population values but well within normal range. Internality, purposefulness, stability of preformed beliefs and values combined with increased emotional lability were typical for personalities and behavior of females under study.

Keywords: cosmetic defects, cosmetic procedures, psychological characteristics, self-esteem and emotional state over time.

Rybaltovich D.G., Grigoriev S.G., Milchakova V.A. An analysis of survey data from Internet users experienced in online games // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy] – 2012. – No 41 (46). – P. 67–80.

According to results of online survey in 256 respondents, it was established that online games are popular among young people of (22.9 ± 0.3) years. Mean time spent on online games per day, experience of playing at payservers, and attitude to online games appeared to be determinants of online game addiction. Percentage of respondents spending real money during online games persistently increased with addiction severity. A persistent trend for decreased percentage of addicts was reported for respondents with high monthly income. Those involved into the game by friends and colleagues were more likely to develop addiction. With addiction severity, a neutral assessment of online games persistently decreases, while positive or negative attitudes to games increase.

Keywords: Internet, Internet addiction, online games, determinants of online game classification, online survey.

Malkova E.E. Pathopsychological anxiety manifestations in adolescents with psychotic disorders // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy] – 2012. – No 41 (46). – P. 81–98.

Anxiety manifestations over time are analyzed in 153 teenagers with schizophrenia, schizotypal disorders and affective disorders of mood, personality, and psychotic behavior. Psychotic patients were shown to use psychopathology symptoms to adjust to reality and cope with anxiety affect related to feeling of increased personality disintegration. Inadequacy of age-specific anxiety related to social interactions, vegetative instability, disrupted reality and self-control increase with age, leading psychotic adolescents to diffusion of personal identity.

Keywords: state anxiety, trait anxiety, psychosis, adolescents, age dynamics, personal identity.

Reznikiva T.N., Seliverstova N.A., Nikiforova I.G., Aroev R.A. Psychological variants of mood disorders in patients with multiple sclerosis // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy] – 2012. – No 41 (46). – P. 99–108.

Psychological research of emotional deficiency patterns in 95 patients with multiple sclerosis has revealed various combinations of mood disorders, including anxiety, neurotic depression, and aggression phenomena. Combination of all the variants of mood disorders (as opposed to a single mood disorder) in patients with multiple sclerosis were shown to be associated with marked personality maladjustment (according to MMPI).

Keywords: multiple sclerosis, variants of mood disorders, psychodiagnostics, personality maladjustment.

Slabinsky V.Yu., Evdokimov V.I., Ushakov B.N. Professional burnout in emergency management specialists // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy] – 2012. – No 41 (46). – P. 109–116.

Severity of professional burnout (PB), trait anxiety and depression was assessed in specialists working under high emotional stress (30 surgeons rendering assistance to earthquake victims in Neftegorsk (May 28, 1995) and 32 vocational consultants from the Federal State Service for Public Employment in Maritime Territory) and 147 officers working with taxpayers in the revenue office. There were relatively few specialists with PB syndrome according to Boiko

criterion (3–4 %). The study revealed a significant correlation ($p < 0.001$) between depression and PB parameters according to V.V. Boiko in persons working under emotional stress. PB is presumed to be facilitated by both high emotional stress and boredom phenomenon, loss of work meaning, low public value of work results.

Keywords: professional burnout, emergency, stress, emotional stress, boredom.

Baurova N.N., Rudoy I.S., Granovskaya R.M. Neurotic disorders in military students with various personality peculiarities // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy] – 2012. – No 41 (46). – P. 117–124.

Case histories of 196 military students with diagnoses of stressogenic neurotic and somatoform disorders (ICD-10 F 4), who received treatment at the psychiatry clinic of the Military Medical Academy in 1987-2009, have been investigated. The data have been compared with pre-disease results obtained earlier during vocational selection of the same military students. Low adaptive abilities turned out to be caused by prevailing astheno-hypochondriac, hystero-affective and schizoid-sensitive personality traits, which determined peculiarities of intrapsychic conflicts under intense psycho-emotional loading.

Keywords: psycho-emotional loading, stress, neurotic disorders, psychodiagnostics, case histories, military students.

Rubchenko A.K. Family deprivation as a determinant of subjectness of the person // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy] – 2012. – No 41 (46). – P. 125–138.

Presented is a theoretical review of domestic and foreign research on adverse consequences of family deprivation for physical, personal and intellectual development of a child, and also for his subjectness and self-attitude formation. Concepts of deprivation, experience, separation are compared. A definition of family deprivation is provided, their forms (maternal, paternal, child and inner) are considered.

Keywords: experience, deprivation, separation, family deprivation, subjectness, self-attitude.

Sysoyev V.N., Budko D.J., Kornilova A.A. Annual trends of labour motivation in administrative and managerial personnel // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy] – 2012. – No 41 (46). – P. 139–145.

Patterns and dynamics of motivation of staff of administrative and managerial profile during the year were evaluated via a psychosemantic approach. Trends to increase the semantic distance between "my job" and the concepts of "my passion", "interesting work" and "communication with staff" and to reduce the distance between "my job" and the concepts of "my present", "disease" and "threat" during dynamic evaluation of annual staff motivation patterns may indicate subjective signs of a chronic fatigue. It was determined that the work activity of staff with a positive emotional-evaluative attitude to work was prompted by the most significant and stable relevant needs. For the group with negative emotional-evaluative attitude it was linked with the present to a greater extent. Therefore, labor activity of this group of staff is motivated by less stable relevant needs. Besides, the same group tends to perceive their work as a source of stress and negative experience.

Keywords: semantic differential, emotional and evaluative attitudes, work motivation, semantic distance, administrative and managerial personnel.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Александров Артур Александрович – Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, профессор кафедры психологии и педагогики, доктор медицинских наук профессор; 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41, e-mail: profalexandrov@yandex.ru.

Аров Рафаил Алексеевич – Учреждение Российской академии наук Институт мозга человека им Н.П. Бехтеревой, аспирант; 197376, Санкт-Петербург, ул. академика Павлова, д. 9, р.т. (812) 234-92-53.

Багненко Елена Сергеевна – Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, внешний соискатель кафедры психологии и педагогики; врач-дерматолог-косметолог «Санкт-Петербургского института красоты на Савушкина»; 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41, e-mail: e_bagnenko@mail.ru.

Баурова Наталия Николаевна – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, медицинский психолог клиники психиатрии, кандидат психологических наук; 195009, Санкт-Петербург, ул. Боткинская, д. 17, р.т. (812) 329-71-89.

Белов Василий Георгиевич – специальное предприятие «Новое поколение», начальник научно-исследовательской лаборатории по сопровождению делинквентных подростков, доктор медицинских наук, доктор психологических наук профессор; 198328, Санкт-Петербург, ул. Доблести, д. 24-3; e-mail: belv1@yandex.ru.

Будко Джина Юрьевна – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, доцент кафедры военной психофизиологии, кандидат психологических наук; 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, р.т. (812) 542-46-05.

Грановская Рада Михайловна – Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, профессор научно-исследовательского отдела организации научной деятельности, доктор психологических наук профессор; 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 4/2.

Григорьева Анастасия Григорьевна – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, врач-интерн кафедры госпитальной терапии; Международный институт резервных возможностей человека, сотрудник отдела информации; 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6.

Григорьев Григорий Игоревич – Международный институт резервных возможностей человека, директор; профессор кафедры психологии и педагогики Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, заслуженный врач Российской Федерации, доктор медицинских наук профессор; 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11, р. т. (812) 513-67-97, e-mail: grigorijgi@hotmail.com.

Григорьев Степан Григорьевич – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, старший научный сотрудник НИЛ кибернетики научно-исследовательского отдела медико-информационных технологий, доктор медицинских наук профессор; 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6.

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

Карвасарский Борис Дмитриевич – ФГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им В.М. Бехтерева» МЗ и СР РФ, главный научный сотрудник отделения неврозов и психотерапии, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук профессор; 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, кор. 2, р.т. (812) 412-73-08, e-mail: chekhlaty@mail.ru.

Корнилова Анна Анатольевна – Военный инженерно-технический институт, доцент кафедры психологии, кандидат медицинских наук; 191123, Санкт-Петербург, ул. Захарьевская, д. 22, р.т. (812) 438-14-38.

Малкова Елена Евгеньевна – Российский государственный педагогический университет им. А.И.Герцена, доцент кафедры клинической психологии, докторант, кандидат психологических наук доцент; 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48, р.т. (812)-312-07-22, e-mail: Helen_malkova@herzen.spb.ru.

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

Мильчакова Валентина Александровна – Международный институт резервных возможностей человека, медицинский психолог; доцент кафедры психологии и педагогики Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, кандидат психологических наук доцент; 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11, р. т. (812) 513-67-97, e-mail: vestnik-pst@yandex.ru.

Никифорова Ирина Григорьевна – Учреждение Российской академии наук Институт мозга человека им Н.П. Бехтеревой, научный сотрудник, кандидат медицинских наук; 197376, Санкт-Петербург, ул. Академика Павлова, д. 9, р.т. (812) 234-92-53.

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

Подсадный Сергей Александрович – ГОУ ВПО «Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», доцент кафедры психотерапии, кандидат медицинских наук доцент; 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, корпус 2. e-mail: podsadnyi@mail.ru.

Резникова Татьяна Николаевна – Учреждение Российской академии наук Институт мозга человека им Н.П. Бехтеревой, ведущий научный сотрудник, доктор медицинских наук профессор; 197376, Санкт-Петербург, ул. Академика Павлова, д. 9, р.т. (812) 234-92-53, e-mail: tnrznikova@gambler.ru.

Рубченко Алла Казимировна – Обнинский институт атомной энергетики Национального исследовательского ядерного университета (ИАТЭ НИЯУ «МИФИ»), доцент кафедры психологии, к. психол. н.; 249031, г. Обнинск, Калужской обл., ул. Курчатова, д. 20, р.т. (48439) 6-30-89, e-mail: a671011@gmail.com.

Рудой Иван Степанович – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, доцент клиники психиатрии, доктор медицинских наук; 195009, Санкт-Петербург, ул. Боткинская, д. 17, р.т. (812) 329-71-89.

Рыбалтович Дарья Григорьевна – Международный институт резервных возможностей человека, медицинский психолог; 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11, р.т. (812) 513-67-97, e-mail: danika@list.ru.

Селиверстова Наталья Алексеевна – Учреждение Российской академии наук Институт мозга человека им Н.П. Бехтеревой, научный сотрудник, кандидат психологических наук; 197376, Санкт-Петербург, ул. Академика Павлова, д. 9, р.т. (812) 234-92-53, e-mail: seliv_nat@mail.ru.

Слабинский Владимир Юрьевич – Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, доцент кафедры психотерапии, кандидат медицинских наук доцент; 195067, Санкт-

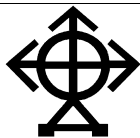
Петербург, Пискаревский пр., д. 47/1; р.т. (812) 567-73-11; e-mail: slabinsky@mail.ru.

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

Ушаков Борис Николаевич – Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, профессор научно-исследовательского отдела организации научной деятельности, доктор медицинских наук профессор; 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 4/2.

Чернявский Владимир Анатольевич – ФГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» МЗ и СР РФ, соискатель отделения неврозов и психотерапии; 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, кор. 2, р.т. 8 (812) 412-33-04.

Чехлатый Евгений Иванович – ФГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» МЗ и СР РФ, ведущий научный сотрудник отделения неврозов и психотерапии, доктор медицинских наук профессор; 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, кор. 2, р.т. 8 (812) 412-33-04, e-mail: chekhlaty@mail.ru.



ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ»

Редакционная коллегия

194352 Россия, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11,

Тел/факс (812) 513-67-97, 592-35-79

e-mail: vestnik-pst@yandex.ru

Уважаемые коллеги!

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

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 года и является научным рецензируемым журналом, имеет **свидетельство о перерегистрации средства массовой информации** ПИ № ФС77-34066 от 07 ноября 2008 г., выданное Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций. С 2002 года журнал включен в каталог **Распечати 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 доцент Мильчакова Валентина Александровна сайт ФГУЗ ВЦЭРМ МЧС России: www.arcerm.spb.ru, сайт МИРВЧ: www.mirvch.com

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

Научный редактор журнала – доктор медицинских наук профессор Евдокимов Владимир Иванович (e-mail: 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 21.03.12.

Формат 60×84¹/₁₆. Печать – офсетная.

Тираж 1000 экз. Объем 10,13 п.л.

Бумага офсетная. Заказ № 3842.

Отпечатано в ООО «Политехника-сервис»

с оригинала-макета заказчика.

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