

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

**ВЕСТНИК
ПСИХОТЕРАПИИ**

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор В.Ю. Рыбников

№ 49 (54)

Санкт-Петербург
2014

Редакционная коллегия

В.И. ЕВДОКИМОВ (Москва); С.Г. ГРИГОРЬЕВ (Санкт-Петербург);
Р. МИЗЕРЕНЕ (Паланга); В.А. МИЛЬЧАКОВА (Санкт-Петербург);
Н.А. МУХИНА (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); Е.А. КОЛОТИЛЬЩИКОВА (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); Е.И. ЧЕХЛАТЫЙ (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, 2014
- © Международный институт резервных возможностей человека, 2014

**Nikiforov Russian Centre of Emergency and Radiation
Medicine, EMERCOM of Russia**

**BULLETIN OF
PSYCHOTHERAPY**

RESEARCH & CLINICAL PRACTICE JOURNAL

EDITOR-IN-CHIEF V.YU. RYBNIKOV

N 49 (54)

St. Petersburg
2014

Editorial Board

V.I. EVDOKIMOV (Moscow); S.G. GRIGORJEV (St. Petersburg);
R. MISERENE (Palanga); V.A. MILCHAKOVA (St. Petersburg);
N.A. MUKHINA (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); E.A. KOLOTILSCHIKOVA (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); E.I. CHEKHLATY (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

© Nikiforov Russian Centre of Emergency and Radiation
Medicine, EMERCOM of Russia, 2014
© International Institute of Human Potential Abilities, 2014

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХОТЕРАПИЯ

| | |
|---|----|
| Александров А.А. Значение катарсиса в аналитико-катаргической терапии | 7 |
| Ташлыкков В.А. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия с интеграцией когнитивных и гипносуггестивных техник при лечении соматоформных расстройств | 23 |
| Ялов А.М. Побочные эффекты психотерапии и психологическая культура | 31 |
| Никольская И.М., Грановская Р.М. Психология веры как основа кризисной психологической помощи в со- владании с переживанием утраты | 39 |

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

| | |
|--|-----|
| Алехин А.Н., Литвиненко О.А. Проблема идентичности: онтогенетические и клинико-психологические аспекты | 59 |
| Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю. Организационные аспекты психологической помощи больным с сердечно- сосудистыми заболеваниями | 79 |
| Черкашина С.А., Родыгина Ю.К. Особенности психосоматического статуса студентов с соматоформными расстройствами полости рта и способы их психокоррекции | 91 |
| Васильева А.В., Вахренева О.А., Караваева Т.А. Сравнительный анализ психосоциальных характеристик пациентов с неврат- стенией и неврозоподобными резидуально-органическими расстройствами . | 101 |
| Чередникова Т.В. Связь нарушений мышления при шизофрении с клинико-биосоциальными факторами | 114 |

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И НАРКОЛОГИЯ

| | |
|--|-----|
| Декало Е.Э., Курпатов В.И. Готовность к лечению больных опийной наркоманией как актуализация антинаркотической устойчивости: эффективность мотивационных мето- дов психологической интервенции | 125 |
|--|-----|

НАУКОВЕДЕНИЕ

| | |
|--|-----|
| Евдокимов В.И., Зотова А.В., Тонкошкурова Л.А. О необходимости создания единой базы данных отечественных диссерта- ционных исследований | 135 |
| Информация о журнале | 153 |

CONTENTS

PSYCHOTHERAPY

| | |
|--|----|
| Aleksandrov A.A. Value of catharsis in the analytic-cathartic therapy | 7 |
| Tashlykov V.A. Personality-oriented (reconstructive) psychotherapy with the integration of cognitive and hypnosuggestive techniques when treating somatoform disorders | 23 |
| Yalov A.M. Side effects of psychotherapy and psychological culture | 31 |
| Nikolskaya I.M., Granovskaya R.M. Psychology of faith as the basis for crisis psychological assistance in coping with bereavement | 39 |

MEDICAL PSYCHOLOGY

| | |
|---|-----|
| Alekhin A.N., Litvinenko O.A. Problem of identity: ontogenetic and clinical-psychological aspects | 59 |
| Nikolaev E.L., Lazareva E.Yu. Organizational issues of psychological service for patients with cardiovascular diseases | 79 |
| Cherkashina S.A., Rodygina Yu.K. Psychosomatic state features of students having somatoform disorders of the oral cavity and methods of their psychological adjustment | 91 |
| Vasileva A.V., Vakhreneva O.A., Karavaeva T.A. Comparative analysis of the psychosocial characteristics of patients with the neurasthenia and neurosis-like residual-organic cerebral disorders | 101 |
| Cherednikova T.V. Correlations of the thought disorders in schizophrenia with clinical and socio-biological factors | 114 |

CLINICAL PSYCHOLOGY AND NARCOLOGY

| | |
|--|-----|
| Dekalo E.E., Kurpatov V.I. Treatment readiness of drug addicts as actualization of anti-drug resistance: effectiveness of motivational methods of psychological intervention | 125 |
|--|-----|

SOCIOLOGY OF SCIENCE

| | |
|---|-----|
| Evdokimov V.I., Zotova A.V., Tonkoshkurova L.A. The need to create a single database of domestic dissertation research..... | 135 |
| Information about the Journal | 153 |

ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 615.851

А.А. Александров

ЗНАЧЕНИЕ КАТАРСИСА В АНАЛИТИКО-КАТАРТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова (Россия, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41)

Раскрывается значение катарсиса в аналитико-катартической терапии (АКТА). В противовес традиционному пониманию переживания как процесса созерцания (переживание–созерцание) АКТА рассматривает переживание как активный деятельный процесс, преобразующий психологическую ситуацию. В связи с этим разводятся понятия «эмоциональное отреагирование» (абреакция) как сугубо эмоциональный процесс и катарсис как завершение интенсивной внутренней работы по осознанию интрапсихического конфликта и преодолению трудной ситуации. Рассматривается основная техника АКТА – «диалог–встреча» (encounter) – процедура, в процессе которой внутреннее противоречие идентифицируется, обостряется и разрешается «взрывом», приводящим к осознанию и коррекции нарушенных отношений пациента.

Ключевые слова: клиническая психология, психотерапия, аналитико-катартическая терапия, отреагирование, катарсис, диалог-встреча.

Аналитико-катартическая терапия (АКТА – аналитико-катартическая терапия Александрова) [1] – это авторская модель, представляющая собой современную версию патогенетической психотерапии, в которой психогенетический анализ дополняется использованием катартической техники, включающей элементы монодрамы, гештальт-терапии и клиент-центрированной психотерапии. Основными теоретическими концепциями АКТА являются:

- 1) психология отношений В.Н. Мясищева и основанная на ней концепция невроза [10];
- 2) концепция незавершенных действий Б.В. Зейгарник [8];
- 3) концепция «педагогического взрыва» А.С. Макаренко [9].

Александров Артур Александрович – д-р мед. наук проф. Сев.-Зап. гос. мед. ун-та им. И.И. Мечникова (191015, Россия, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41), e-mail: profalexandrov@yandex.ru.

Работа над созданием современной модели патогенетической психотерапии, проводимая на протяжении двадцати с лишним лет, была вызвана стремлением к усилению ее эффективности и сокращением сроков лечения. Созданная в 1930-х годах, патогенетическая психотерапия прошла в своем развитии 3 этапа:

1-й – связан с деятельностью В.Н. Мясищева и его сподвижников (Е.К. Яковлева, Р.А. Зачепиский) – это первоначальная версия конфликт-центрированной психотерапии неврозов, разработанная на основе психологии отношений [11];

2-й – интеграция групповой динамики и создание личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Карвасарского–Исуриной–Ташлыкова (1970–1990-е годы) [7];

3-й – связан с попытками создания интегративной модели личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии [6].

Именно в рамках этого проекта (начало которому было положено в начале 1990-х годов) формировалась АКТА.

Интеграция групповой динамики, естественно, не могла решить (да и не ставила перед собой такую задачу) всех проблем индивидуальной патогенетической психотерапии. Б.Д. Карвасарской неоднократно указывал на «недостаточную разработанность» ее метода. В значительной степени это связано с историей становления патогенетической психотерапии, которое происходило под влиянием двух ведущих в то время методов психотерапии – рациональной психотерапии П. Дюбуа и Ж. Дежери-на и психоанализа.

В.Н. Мясищев отмечал, что несомненная заслуга З. Фрейда заключается в том, что он первый понял значение истории личности в патогенезе невроза. Этот исторический подход к больному, который не предусматривался методом Дюбуа [5], лег в основу патогенетической психотерапии. В то же время патогенетическая психотерапия не могла принять метода свободных ассоциаций, предназначенного для прямого анализа «бессознательного». Этот метод был скомпрометирован спекулятивными интерпретациями анализируемого материала, исходящими из теоретических концепций психоанализа и, в частности, учения о детской сексуальности. Главной техникой патогенетической психотерапии становится метод Дюбуа – «беседа–дискуссия», – суть которого заключается в том, что врач в беседах с больным путем умело подобранных логических доказательств заставляет больного отказаться от его неправильных установок. Однако Е.К. Яковлева, при активном участии которой разрабатывался метод пси-

хотерапии, указывала, что всего полученного в ходе беседы материала является недостаточным для того, чтобы вскрыть полностью конфликтные переживания больного, а главное, символику навязчивых явлений, и тогда приходится прибегать к таким дополнительным мероприятиям, как метод свободных ассоциаций и разбор сновидений. При этом она подчеркивала, что этим методам, в особенности разбору сновидений, не придается той «специфической окраски, которой овевала их психоаналитическая школа». Так писала о методе патогенетической психотерапии Е.К. Яковлева в кандидатской диссертации в 1940 г. [14]. Однако в докторской диссертации на ту же тему в 1958 г. уже отсутствует упоминание и о методе свободных ассоциаций и разборе сновидений. Эти признания свидетельствуют не только о генетической связи патогенетической психотерапии с психоанализом, но и о том дефиците метода, который она испытывала в результате отказа от свободных ассоциаций. Понимая, что метод «беседы–дискуссии» не может соперничать с методом свободных ассоциаций в возможности непосредственного доступа к неосознаваемому («вытесненному») материалу, В.Н. Мясищев, отказываясь от некоторых приемов психоанализа, стремился к разработке научных экспериментально верифицированных методов изучения неосознаваемых аспектов психики. В его клинике широко применялся метод ассоциативного эксперимента с одновременной записью кожно-гальванической реакции на словесные раздражители эмоционально-значимые для больных. Однако применяемый метод ассоциативного эксперимента не мог в полной мере восполнить дефицит в доступе к неосознаваемому психологическому содержанию.

Другим слабым местом патогенетической психотерапии является недостаточное использование ею катартических механизмов психотерапии, в то же время ее создателями постоянно подчеркивалась важность того, чтобы психотерапевтический процесс был достаточно эмоционально насыщенным, наполненным переживаниями больного. Осознание психологических механизмов болезни отнюдь не ограничивается когнитивной сферой (не сводится к так называемому «интеллектуальному осознанию»): бесполезно разъяснять пациенту психологические причины его расстройства, апеллируя к чистому разуму. Более того, некоторые пациенты догадываются о сути внутреннего противоречия или с легкостью принимают версию невроза, предлагаемую терапевтом, избегая тем самым конфронтацию с тяжелыми внутренними переживаниями – источником истинных причин, лежащих в основе заболевания. В этих случаях интеллектуальное осознание следует рассматривать как один из вариантов психологической защиты.

Для подлинного понимания психологических механизмов болезни интеллектуальное осознание должно дополняться осознанием эмоциональным.

Таким образом, патогенетической психотерапии недоставало технических средств, предназначенных для приведения в движение или усиления катартических механизмов лечебного действия психотерапии. Конечно, катарсис может происходить и без применения специальных технических приемов как спонтанное завершение процесса проработки эмоционально значимых переживаний. В этих случаях катарсис выступает как один из механизмов, или факторов, лечебного действия. В процессе работы с пациентом психотерапевт создает условия для возникновения катарсиса. Здесь многое зависит от личности терапевта, его сочувственного отношения к пациенту, доверительности, умению вызвать пациента на откровенность и самораскрытие. Именно эти качества способствуют спонтанному включению катартических механизмов терапии. Е.К. Яковлева отмечала, что далеко не все пациенты, подвергнутые патогенетической психотерапии, выздоравливают от невроза. У некоторых отмечается лишь временное улучшение, у других же не удается добиться даже некоторого улучшения. Не связано ли это частично с тем, что патогенетической психотерапии недоставало технических приемов в работе с переживаниями пациентов, предназначенных для «вызывания катарсиса»?

В нашу задачу входило создание на основе патогенетической психотерапии более доступного для пациентов, более массового и эффективного метода психотерапии, к тому же более привлекательного для современных психотерапевтов, с учетом достижений зарубежной психотерапевтической практики последних десятилетий, в первую очередь методов феноменологического направления и психодрамы. Включение в патогенетическую психотерапию психодраматических техник и элементов гештальт-терапии преобразует ее аналитический метод в аналитико-катартический, что придает ему новое качество. В отличие от патогенетической психотерапии аналитико-катартическая терапия не просто создает условия для «включения» эмоций, полагаясь на спонтанное возникновение катарсиса, она его активно вызывает, целенаправленно используя катартические механизмы.

Поскольку разработанная модель позиционирует себя в качестве самостоятельного метода психотерапии, возникает необходимость более пристального рассмотрения терапевтического значения и статуса катарсиса в аналитико-катартической терапии. Неоднозначная оценка катарсиса в психотерапии связана с разными интерпретациями этого феномена. Достаточно сказать, что в философской литературе понятие катарсиса имеет бо-

лее полутора тысяч различных толкований. В разных школах психологии и психотерапии используется много близких по значению понятий. Это «ага-переживание» – в гештальт-психологии, «эксплозия» – в гештальт-терапии, «инсайт» – в психодинамической психотерапии, «состояние полного оргазма» – в теории В. Райха, «вершинные переживания» (peak experiences) – А. Маслоу в тех моментах, когда бываем наиболее увлеченными, взволнованными и захваченными жизнью. В поэзии – это описание моментов экстаза, в религии – это глубокие мистические переживания. Нередко понятием «катарсиса» пользуются в метафорическом, образно-художественном смысле.

Психоанализ ограничивает катарсис терапевтическим эффектом эмоционального отреагирования – разрядке эмоции, связанной с вытесненным ранее переживанием. На заре психоанализа считалось, что отреагирование терапевтично само по себе, независимо от того, понимает ли пациент важность вытесненного переживания. Вызывая катарсис у своих пациентов в состоянии гипноза, З. Фрейд (1895) пришел к убеждению, что одного катарсиса недостаточно для терапевтического изменения и, отказавшись от этого метода, начал практиковать открытый им психоанализ с его ориентацией на осознание (инсайт), которого Фрейд добивался с помощью интерпретаций свободных ассоциаций и сновидений. Само понятие катарсиса было заменено Фрейдом на «абреакцию», которую стали рассматривать как терапевтически хотя и полезный, но отнюдь не основной механизм лечебного действия, как предпосылку для эффективной психотерапии.

Именно в таком ракурсе рассматривался катарсис в клиент-центрированной терапии К. Роджерса [16]: терапевт поощряет свободное выражение чувств клиента, лежащих в основе его проблем и конфликтов, в условиях психотерапевтических отношений принимающего характера (акцептации). Понимаемый таким образом катарсис служит предпосылкой для следующего этапа психотерапии – развития инсайта. С течением времени пришло осознание того, что и одного инсайта недостаточно. Было замечено, что один лишь интеллектуальный инсайт не вызывает эмоциональных или поведенческих изменений. В целях проведения успешной терапии необходимо, чтобы процесс самосознания был скорее эмоциональным, чем интеллектуальным. Я. Морено применял понятие «инсайта-в-действии», чтобы подчеркнуть, что рост самосознания в психодраме обесценивается действием, а не вербальной интерпретацией.

Трудность теоретического обоснования катарсического метода, с которой сталкивается АКТА, состоит в том, что в психотерапии понятия ка-

тарсис и абреакция зачастую употребляются как синонимы: катарсис рассматривается как сугубо эмоциональный процесс, не связанный с инсайтом. Говоря о том, что катарсиса недостаточно, И. Ялом в обоснование этого умозаключения пишет: «... в конце концов, мы все испытываем эмоциональные переживания, иногда очень сильные, на протяжении всей жизни, однако далеко не всякое переживание ведет к изменению» [15]. Какое же переживание ведет к изменению, а какое – нет? Если под переживанием понимать сугубо эмоциональный процесс, то одних эмоций, пусть даже очень выразительных, пожалуй, не достанет, чтобы разрешить какую-либо сложную жизненную ситуацию. Однако именно такая точка зрения на переживание разделяется многими теоретиками психотерапии. В гештальт-терапии катарсис – это проявление эмоции, иногда бурное (гнев, крики, рыдания и т.п.), обычно приводящее к исчезновению чувства подавленности, разрядке напряжения или дедраматизации. В гештальт-терапии, – указывают С. и А. Гингер, – специально не стремятся к катарсису, но он нередко может возникнуть спонтанно, в частности после использования приема «усиления» (амплификации). За ним почти всегда следует вербализация [4], то есть переживание сводится к «проявлению эмоции», а вербализация к нему отношения не имеет, она лишь «следует за ним». Таким образом, психические процессы хоть и связаны между собой, но действуют порознь.

На практике такой дискретный подход оборачивается разработкой и использованием техник, адресованных к той или иной психической модальности: мышлению, эмоциям, поведению. Например, в рационально-эмотивной терапии А. Эллиса техники разделяются на три группы: когнитивные, эмотивно-эвокативные (вызывающие эмоции) и поведенческие. В отличие от таких дискретных подходов АКТА предлагает интегрированную технику, которая позволяет «прорабатывать» внутренние конфликты, воздействуя сразу на все три компонента нарушенных отношений – эмоции, когниции и поведение. АКТА работает не с отдельными психическими процессами, а с переживаниями. «Пережить» значит перенести какие-либо тягостные события, преодолеть какое-нибудь тяжелое чувство или состояние. Когда мы оцениваем, как какой-либо человек переживает постигшую его утрату, то речь идет не о его способности испытывать страдание, т.е. способности переживать в традиционном психологическом смысле термина, а о том, как ему удастся преодолеть страдание, выдержать испытание, выйти из кризиса и восстановить душевное равновесие, словом, психологически справиться с ситуацией [3].

Ф.Е. Василюк различает два понимания переживания: переживание-деятельность и переживание-созерцание. При переживании-деятельности речь идет о некотором активном, результативном внутреннем процессе, реально преобразующем психологическую ситуацию. Согласно же традиционному психологическому пониманию переживание задается через категорию психического явления (чувство, воля, представление, память, мышление и т.д.) и непосредственно испытывается субъектом, дано ему. Такой вид переживания Ф.Е. Василюк называет переживанием–созерцанием. Переживание–деятельность – особая форма активности, позволяющая человеку в критической жизненной ситуации перенести тяжелые события, обрести благодаря переоценке ценностей осмысленность существования [3].

В аналитико-катартической терапии катарсис – это метод работы с переживанием как процессом внутреннего переосмысления и преодоления конфликтной (кризисной) ситуации. В отличие от гештальт-терапии метод АКТА заключается не в концентрации на феноменально ощущаемом потоке переживаний (чувств, ощущений), за которыми в глубинах подсознания скрываются «обломки» внутренних конфликтов, элементы невротических комплексов и т.п., а в интенсивной эмоционально заряженной аналитической работе ума, направленной на осознание внутреннего конфликта и поиск выхода из трудной ситуации. В диалогической технике АКТА происходит слияние двух аспектов переживания: созерцательного и деятельного.

Понятия «интеллектуальное осознание» и «эмоциональное осознание» выражают собой итог дихотомического мышления, попыток рассмотрения целого с позиций отдельных модальностей – эмоции и мышления. Осознание как целое – это интегрированный процесс, в котором эмоции и когниции слиты воедино. Интеллектуальный инсайт, если он не сопровождается эмоциональным осознанием, – это не ассимилированное личностью знание, оно есть, но изолировано в силу действия механизмов психологической защиты. В сущности, интеллектуальное осознание – это дефект работы психотерапевта (если не применяемой техники), поскольку не были созданы условия для преодоления сопротивления. Знание должно быть переработано эмоционально, переоценено в свете нового опыта, который становится доступным пациенту в результате преодоления сопротивления, и только тогда оно ассимилируется личностью, становится ее частью. «Я не хочу этого знать!» – позиция невротической личности, суть проявление феномена личностной дезинтеграции. Смысл этой позиции в том, что «я знаю, но не в моих интересах это знать, поэтому продолжаю вести себя

так, как если бы я не знал». Такая позиция возникает на основе черт личности, которые В.Н. Мясичев отмечает в качестве особенно выступающих в структуре невроза, затрудняя благополучное разрешение болезненной ситуации, – это:

1) перевес субъективного и аффективного над объективным и логическим с относящимися сюда чертами импульсивности, кататимности, эгоцентризма, упрямства, сензитивности, фантастичности и т.д.;

2) перевес аффективной инертности над аффективной пластичностью, создающей вязкие доминанты болезненных переживаний [11].

Аналитико-катаргическая терапия разводит понятия катарсиса и абреакции. Абреакция, или эмоциональное отреагирование, это «выкидыш», мертворожденное дитя катарсиса. Это «холостой выстрел», «фальстарт» – впустую затраченная энергия. Поэтому то, что делает Роджерс в начале терапии, – создает условия для катарсиса, под которым он понимает лишь эмоциональное высвобождение, – на самом деле не является катарсисом с точки зрения АКТА. Он создает условия для спонтанности пациента, более свободного реагирования, раскрепощения и т.п., то есть необходимые для психотерапии предпосылки, в то время как для АКТА катарсис – это конечная цель психотерапии, ее искомый результат.

Диалог в АКТА – это процедура (процесс), благодаря которой невидимая внутренняя работа пациента (его переживания) становится внешне видимой для терапевта, что позволяет ему вмешиваться в эту внутреннюю работу и изнутри направлять ее, преодолевая сопротивление пациента. Это процесс экстерииоризации внутренней проработки конфликтной ситуации, вызывающей тяжелые переживания. Катарсис – метод очищения от страхов, тревоги, депрессии, гнева, ненависти и прочих негативных эмоций и переживаний в процессе внутренней работы через освобождение от заблуждений ума и порочных страстей (эгоизма, своекорыстия, жадности, властолюбия и пр.). АКТА реабилитирует катарсис, возвращая ему аристотелевское значение. Катарсис напрямую связан с театром, ибо театр делает видимым скрытое: только через диалог проясняется внутренний конфликт.

Катарсис связан не только с осознанием, но и с последующей перестройкой психологических отношений. Для подтверждения этого важного с точки зрения психотерапии положения обратимся к исследованиям катарсиса в области художественного восприятия и творчества. Л.С. Выготский [цит. по 13] понимал психологический механизм катарсиса как редукцию негативных эмоций посредством синтеза противоположных эмоциональных тенденций в структуре произведения искусства. Анализируя

психологию эстетической реакции, он приходит к убеждению, что истинную ее природу составляет «аффективное противоречие и его разрешение в коротком замыкании противоречивых чувств». От басни до трагедии – пишет Л.С. Выготский – закон эстетической реакции один: она заключает в себе аффект, развивающийся в двух противоположных направлениях, который в завершительной точке, как бы в коротком замыкании, находит свое уничтожение. В этом превращении аффектов, в их самосгорании, во взрывной реакции, приводящей к разряду тех эмоций, которые тут же были вызваны, и заключается катарсис эстетической реакции. Полемизируя с Выготским Т.А. Флоренская [13], анализируя трагедию Софокла, высказывает точку зрения, что переживание трагического действия приводит не к разрядке нервной энергии, не к «погашению» и «уничтожению» аффектов, а к их преобразованию и гармонизации. Зритель уходит не «разряженным», а «наполненным» и «воодушевленным» [13]. Автор задается вопросом, почему противоречие разнонаправленных тенденций в искусстве приводит к их примирению? Ведь обычно такое противоречие вызывает внутриспсихический конфликт, а не разрядку напряжения. Различные планы, о которых говорил Л.С. Выготский, выступают в анализе Т.А. Флоренской как два противоположно направленных уровня в содержании трагедии: уровень внешнего действия и уровень смысловой. Следуя далее за текстом Флоренской, попробуем сопоставить (в скобках) ее мысли о катарсисе с понятиями психотерапии. Смысловое содержание (подавленные эмоции, вытесненные мотивы) не дано зрителю (психотерапевту и пациенту), но должно быть выявлено им в процессе его соучастия в трагическом действии (в процессе аналитической терапии). К выявлению сущности подводит и развитие самого действия (постепенное самораскрытие пациента в процессе терапии). В трагической катастрофе («жизненной драме пациента») внешнее явление («маска») и его смысл («тень») сходятся на одной вершине (осознание конфликта): трагический герой, осознавший смысл происходящих явлений (интеллектуальное осознание), ценой мучительных страданий (переживание, катарсис, эмоциональное осознание) побеждает в себе то, что противоречило его человеческому достоинству (перестройка, коррекция отношения). Это соединение внешнего и внутреннего (противоречивых отношений личности), явления и сущности переживается как открытие, озарение, как удовлетворение от завершения пути напряженного поиска.

В кульминации трагедии происходит разрешение проблемы, разворачивающейся по ходу действия. Но это проблема не интеллектуальная, а

нравственная, духовная. На вершине трагедии сопереживание и сострадание зрителя герою переходит в совместное осознание, разрешение жизненной проблемы. Сострадание и страх снимаются, благодаря переходу сознания и переживания зрителя (вслед за осознанием героя) из плана индивидуальных переживаний в иной план – общечеловеческих ценностей и идеалов. Субъективно это переживается зрителем как душевный подъем, чувство просветленности, гармонии, готовности к высоким и добрым поступкам. «Это превращение отрицательных эмоций в положительные благодаря включению в иную, более высокую систему ценностей, характерно для психологической трансформации, называемой катарсисом» [13, с. 569].

Катарсис – это осознание. Но не в смысле фрейдовского погружения в низины подсознательного. Это – расширение границ индивидуального сознания до всеобщего. Такое расширение сознания по-новому освещает индивидуальный опыт, прошлое человека, помогая ему увидеть свои отклонения и их пагубные последствия. Это осознание, пишет Флоренская, мучительно, смерти подобно. Освобождение от устоявшихся ложных взглядов, желаний, привычек, отвержение своего прежнего «я» требует решимости и подвига. Но страдание очищения радостно потому, что освещается смыслом обретения новой жизни – поднятия в меру человеческого признания к всеобщности, универсальности. Таким образом, сущность катарсиса рассматривается Флоренской как фундаментальная реконструкция личности, которая осознает свою универсальную природу и несовместимость ее прежнего эгоцентрического отношения (позиции) к ней. Катарсис основан на синтезе радости осознания своего подлинного «я» и страдании от раскаяния (сожаления). Этот тип катарсиса представлен в судьбе Эдипа.

Эти рассуждения Флоренской для нас очень важны, поскольку убеждают в том, что психотерапия – это не просто искусство, это область «высокого искусства», искусства перестройки системы отношений личности от узко эгоцентрических интересов к доминированию высших общечеловеческих идеалов.

В контексте аналитико-катартического терапии следует различать переживание как продолжительный и в значительной степени неосознаваемый психический процесс и его завершение в виде ага-переживания как внезапного (в виде озарения) осознания сущности психологической проблемы. Сбор анамнеза в процессе бесед-дискуссий с анализом жизни, личности и патогенной ситуации пациента можно рассматривать отчасти как подготовительный этап психотерапии – этап количественного накопления информации, необходимой для изменений, как подготовка к качественно-

му прорыву на более высокий уровень самосознания. На этом «фоне» в виде «фигур» применяются катартические техники, приводящие к ага-переживанию. В этих беседах затрагиваются «болезненные точки», конфронтация пациента с которыми приводит к актуализации переживаний и интенсивной интроспекции. Пациенту не разъясняют, в чем суть его проблемы, ему лишь указывают на эти болезненные точки. Он близок к осознанию, но еще полон внутренних противоречий, сомнений, еще сопротивляется, цепляясь за уже пошатнувшийся и надтреснувший образ своего «Я»: он в смятении, нерешительности, подавлен, одним словом, испытывает состояние глубокого душевного кризиса. Применяемые на этом фоне катартические техники действуют подобно «шокотерапии», однако прорыв к новому восприятию реальности возможен лишь при условии достижения пациентом необходимой степени зрелости. «Бесполезно трясти дерево, пока плод не созрел». Более или менее длительный подготовительный этап призван способствовать процессу «созревания».

Основной техникой АКТА, непосредственно нацеленной на осознание внутреннего конфликта, является монодраматическая техника под названием «Диалог–встреча». Под «встречей» понимается столкновение противоречивых отношений личности – двух составляющих внутреннего конфликта, одна из которых недостаточно осознается протагонистом. Если применять язык гештальт-психологии, то эта неосознаваемая часть конфликта находится в области «фона»: ее необходимо переместить в область «фигуры», с тем, чтобы она стала «заметной» («ага!»). Однако проблема состоит в том, что протагонист активно не желает замечать очевидное («слепое пятно»), всячески уклоняется от признания наличия у себя неприемлемых для образа Я тенденций, прибегая к различного рода механизмам психологической защиты. И дело здесь вовсе не в недостатке логических или критических способностей: осознанию препятствует аффективная переработка конфликта, логика уступает напору сильных эмоций. «Встреча» это еще и взаимодействие терапевта и протагониста (пациента). Терапевт подготавливает эту встречу и проводит ее – все находится под его контролем. Терапевт замечает очевидное противоречие, он видит «слепое пятно» (в чужом глазу...) или, по меньшей мере, различает размытые контуры просвечивающей сквозь фон фигуры. Его цель помочь пациенту различить нечеткие очертания, переместить фигуру в область ясного восприятия.

Внутреннее противоречие выявляется или в процессе предварительного психогенетического анализа, проводимого в форме бесед терапевта с пациентом, или непосредственно во время проигрывания конфликта. В по-

следнем случае терапевт методом проб и ошибок, провоцируя, фрустрируя, конфронтируя пациента, намечает контуры рабочей версии для себя с тем, чтобы затем вместе с пациентом, отождествившись с ним и погрузившись в мир его переживаний, убедиться в ее достоверности. Терапевт не просто пассивно сочувствует как в терапии Роджерса («да, я понимаю, как вам тяжело»), он принимает деятельное эмпатическое участие.

В процессе диалога-встречи пациент последовательно отождествляется с конфликтующими тенденциями своей личности. Внутренний конфликт разыгрывается с помощью техники «пустого стула» – изобретения Я. Морено. Здесь используются два варианта: 1) диалог с самим собою (со своим двойником, или alter ego); 2) диалог с «воображаемым другим» – с эмоционально значимой фигурой или лицом, непосредственно вовлеченным в межличностный конфликт. Диалог-встреча с другим расценивается в АКТА как более эффективный, поскольку в этом случае прорабатывается конкретный актуальный конфликт в ситуации его обострения «здесь и сейчас». Суть катартической техники состоит не в том, чтобы вызвать сильные душевные волнения путем проигрывания реальной конфликтной ситуации из прошлого или настоящего пациента – если бы ставилась такая задача, то трудно было бы рассчитывать на большее, нежели эмоциональное отреагирование, – а в проигрывании внутреннего конфликта в диалоге с воображаемым другим, в процессе которого происходит экстернализация внутренних противоречий и болезненных переживаний протагониста. Диалог с воображаемым другим не является пассивным отражением реальных межличностных отношений, он носит виртуальный характер: протагонист создает «новую реальность» в отношениях с другим, отличную от реальной жизни и реальных отношений за пределами терапевтической среды (диалога-встречи). Это встреча с подлинными отношениями, диалог на началах искренности, честности, предельной открытости и ответственности. Цель такой виртуальной встречи – раскрытие «суровой правды жизни», саморазоблачение, вскрытие истинных мотивов и интересов.

Этот диалог не следует рассматривать и как попытку решения межличностного конфликта путем поиска компромисса, это бескомпромиссная переоценка протагонистом своих отношений через осознание собственного вклада в возникновение конфликтной ситуации. Диалог, таким образом, разыгрывается не в межличностной плоскости отношений, а сугубо в интрапсихической. Визави (воображаемый другой) служит экраном, на который протагонист проецирует свой комплекс – неосознаваемые чувства, мысли, мотивы. Без этого экрана трудно было бы вскрыть этот комплекс и

проработать его. Вот почему АКТА не нуждается во многих вспомогательных Я, олицетворяемых другими участниками разыгрываемой драмы, как это практикует классическая психодрама Я. Морено. Все вспомогательные роли здесь играет психотерапевт, без помощи которого протагонист, отягченный грузом психологических комплексов и защит неспособен к созданию этой новой реальности. Диалог, как правило, начинается весьма вяло, но постепенно, благодаря действиям терапевта, внутренний конфликт протагониста обостряется, диалог приобретает характер безжалостного по отношению к себе, откровенного разговора о подлинных чувствах и желаниях. Обостренный до предела конфликт разрешается «взрывом» – внезапным осознанием и последующей коррекцией нарушенного отношения [2].

Преодоление сопротивления – главная задача психотерапевта. Хорошо известен афоризм Ф. Перлза «что и как важнее, чем почему». Он нуждается в толковании. Традиционный (психодинамический) подход утверждает, что если пациент осознает причину своего симптома, то последний исчезает, поскольку необходимость в защите отпадает. Феноменологический же подход в лице Перлза [12] утверждает: если снять защиту, то исчезает симптом – стало быть, знание причины менее важно. В процессе психотерапевтического сеанса терапевт наблюдает, что делает пациент для избегания осознания, и как он это делает, другими словами, как на вербальном и невербальном (на «языке тела») уровнях выражается его сопротивление? Гештальт-терапевт конфронтирует пациента с этими проявлениями психологической защиты (проекцией, интроекцией, ретрофлексией и др.), добиваясь снятия защиты и наступления осознания. Эти идеи Ф. Перлза важны для нас в той степени, в какой они акцентируют внимание терапевта на феноменах защиты и сопротивления. Эти феномены наиболее ярко проявляются в ситуации «сейчас» в процессе использования техники диалога-встречи. Весь пафос АКТА состоит именно в этой технике, что качественно отличает ее от техники патогенетической психотерапии, при которой беседа-дискуссия ограничивается сугубо диалогом между пациентом и терапевтом. Именно это обстоятельство дает основание заявлять об АКТА как самостоятельном методе психотерапии, развившемся на теоретическом фундаменте психологии отношений В.Н. Мясищева.

При проведении патогенетического анализа понимание больным причины развития у него заболевания часто достигалось за счет удлинения сроков лечения, а также применения «осторожной» (в виде предположения) интерпретации. При аналитико-катартической терапии, целенаправ-

ленно используя катартические механизмы лечебного действия с помощью специально предназначенных для этого технических приемов, добиваются сокращения сроков лечения, не прибегая при этом к интерпретации.

Итак, АКТА рассматриваем катарсис как осознание, которое возникает в виде озарения на высоте интенсивного переживания, сопровождаясь снятием психологической защиты с высвобождением подавленных чувств. В аналитико-катартической терапии катарсис является психотерапевтической техникой, которая приводит в движение несколько неразрывно связанных между собой лечебных механизмов – абреакцию, кларификацию, «ага-переживание», – которые в свою очередь ведут к коррекции нарушенного отношения. Исходя из вышеизложенных позиций, аналитико-катартическая терапия следующим образом формулирует свои основные цели:

- 1) помощь пациенту в идентификации внутренних противоречий (выявление содержания интрапсихического конфликта);
- 2) помощь в отождествлении пациента с отвергаемыми сторонами конфликта;
- 3) обострение конфликта психотерапевтом;
- 4) помощь пациенту в преодолении психологического сопротивления.

В результате всех этих действий терапевт подводит пациента к внутреннему «взрыву», – катарсису – который сопровождается осознанием, разрядкой ущемленного аффекта и коррекцией отношений.

Если патогенетическая психотерапия предназначалась сугубо для лечения неврозов, что подчеркивалось и в ее названии – «патогенетическая психотерапия неврозов», – то аналитико-катартическая терапия, благодаря наличию в ее арсенале диалогического психодраматического метода, в большей степени предназначенного для анализа системы отношений пациентов, нежели для установления связи невротического симптома с патогенной ситуацией, может быть использована и в тех случаях, при которых отсутствуют классические невротические симптомы, а также в психологическом консультировании лиц, отягощенных теми или иными личностными проблемами.

Литература

1. Александров А.А. Аналитико-катартическая терапия эмоциональных нарушений. – СПб. : СпецЛит, 2014. – 231 с.
2. Александров А.А. Катарсис: внутренний взрыв, ведущий к реорганизации отношений // Вестн. психотерапии. – 2013. – № 46 (51). – С. 22–35.
3. Василюк Ф.Е. Психология переживания. Анализ преодоления кризисных ситуаций. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1984. – 200 с.

4. Гингер С., Гингер А. Гештальт-терапия контакта : [пер. с фр.]. – СПб. : СпецЛит., 2001. – 288 с.
5. Дюбуа П. (Dubois P.) Психоневрозы и их психическое лечение : [пер. с фр.]. – СПб. : Изд-во К.Л. Риккера, 1912. – 382 с.
6. Интегративные аспекты современной психотерапии : сб. ст. / под общ. ред. М.М. Кабанова. – СПб., 1992. – 157 с. – (Сб. науч. тр. / Психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева ; т. 131).
7. Карвасарский Б.Д. [и др.]. Психотерапевтическая энциклопедия. – СПб. [и др.] : Питер, 2000. – 1019 с.
8. Мазур Е.С. Концепция незавершенных действий в гештальт-терапии // Гештальт-95 : сб. материалов Моск. гештальт-ин-та за 1995 г. – М. : МГИ, 1996. – 83 с.
9. Макаренко А.С. Избранные педагогические произведения : статьи, лекции, выступления. – М. : Учпедгиз, 1946. – 304 с.
10. Мясисев В.Н. Личность и неврозы. – Л. : Изд-во ЛГУ, 1960. – 428 с.
11. Мясисев В.Н. О генетическом понимании психоневрозов // Советская невропсихиатрия. – Л., 1939. – Т. 2. – С. 112–140.
12. Перлз Ф. Практика гештальт терапии – М. : Ин-т общегуманит. исслед., 2001. – 480 с.
13. Флоренская Т.А. Катарсис как осознание // Бессознательное: природа, функции, методы исследования. – Тбилиси, 1978. – Т. 2. – С. 562–570.
14. Яковлева Е.К. Патогенез и психотерапия невроза навязчивых состояний : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Л., 1940.
15. Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии : [пер. с англ.]. – СПб. [и др.] : Питер, 2000. – 640 с.
16. Rogers C.R. Counseling and Psychotherapy. – Boston : Houghton Mifflin, 1942.

Aleksandrov A.A. Znachenie katarsisa v analitiko-katarticheskoy terapii [Value of catharsis in the analytic-cathartic therapy]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 1. P. 7–22.

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov,
(191015, Russia, Saint-Petersburg, Kirochnaya st. 41)

Aleksandrov Arthur Aleksandrovich – Dr. Med. Sci., Prof. of the North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (191015, Russia, Saint-Petersburg, Kirochnaya st. 41), e-mail: profalexandrov@yandex.ru.

Abstract. The meaning of catharsis in the analytic-cathartic therapy (ACT) is uncovered. In contrast to the traditional understanding of a process of contemplation (experience-contemplation), ACT considers experience as an active process that changes the psychological situation. In connection with this, concepts of "emotional acting out" (abreaction) as an exclusively emotional process and catharsis as the completion of an intensive internal work on the realization of intrapsychic conflict and

overcoming difficult situation are separated. Considered is a basic technique of ACT – "dialogue-meeting" (encounter) – a procedure in which an internal contradiction is identified, exacerbated and resolved by the "explosion" which leads to awareness and correction of the broken relationship of the patient.

Keywords: clinical psychology, psychotherapy, analytic-cathartic therapy; abreaction; catharsis, encounter.

References

1. Aleksandrov A.A. Analitiko-katarticheskaya terapiya emotsional'nykh narusheniy. Sankt-Peterburg. 2014. 231 p.
2. Aleksandrov A.A. Katarsis: vnutrenniy vzryv, vedushchiy k reorganizatsii otноsheniy. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2013. N 46. P. 22–35.
3. Vasilyuk F.E. Psikhologiya perezhivaniya. Analiz preodoleniya krizisnykh situatsiy. Moskva. 1984. 200 p.
4. Ginger S., Ginger A. Geshtal't-terapiya kontakta. Sankt-Peterburg. 2001. 288 p.
5. Dyubua P. (Dubois P.) Psikhonevrozy i ikh psikhicheskoe lechenie. Sankt-Peterburg. 1912. 382 p.
6. Integrativnye aspekty sovremennoy psikhoterapii. Ed. M.M. Kabanova. Sankt-Peterburg. 1992. 157 p.
7. Karvasarskiy B.D. [et al.]. Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya. Sankt-Peterburg. 2000. 1019 p.
8. Mazur E.S. Kontseptsiya nezavershennykh deystviy v geshtal't-terapii. *Geshtal't-95*. Moskva. 1996. 83 p.
9. Makarenko A.S. Izbrannye pedagogicheskie proizvedeniya. Moskva. 1946. 304 p.
10. Myasishchev V.N. Lichnost' i nevrozy. Leningrad. 1960. 428 p.
11. Myasishchev V.N. O geneticheskom ponimanii psikhonevrozov. *Sovetskaya nevropsikhiatriya*. Leningrad. 1939. Vol. 2. P. 112–140.
12. Perlz F. Praktika geshtal't terapii. 2001. 480 p.
13. Florenskaya T.A. Katarsis kak osoznanie. *Bessoznatel'noe: priroda, funktsii, metody issledovaniya*. Tbilisi. 1978. Vol. 2. P. 562–570.
14. Yakovleva E.K. Patogenez i psikhoterapiya nevroza navyazchivyykh sostoyaniy. Leningrad. 1940.
15. Yalom I. Teoriya i praktika gruppovoy psikhoterapii. Sankt-Peterburg. 640 p.
16. Rogers C.R. Counseling and Psychotherapy. Boston : Houghton Mifflin. 1942.

ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ (РЕКОНСТРУКТИВНАЯ) ПСИХОТЕРАПИЯ С ИНТЕГРАЦИЕЙ КОГНИТИВНЫХ И ГИПНОСУГГЕСТИВНЫХ ТЕХНИК ПРИ ЛЕЧЕНИИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова (Россия, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41)

Представлена модель личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии с интеграцией когнитивных и гипносуггестивных техник при лечении соматоформных расстройств. Данная модель психотерапии с позиций биопсихосоциального подхода учитывает своеобразие клинической картины и личностных особенностей этой категории пациентов. Когнитивные техники позволяют повысить осознание, скорректировать дезадаптивную соматоцентрированную концепцию болезни у данных пациентов и открывают дорогу для глубокой психотерапии, а применение активных гипнотических техник помогает обойти сопротивление и посредством психотерапевтической работы в области подсознания добиться позитивных изменений не только в симптоматике, но и в системе отношений личности пациентов с соматоформными расстройствами. Показана полезность использования в ряде случаев также психофармакотерапии.

Ключевые слова: клиническая психология, личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, интеграция, когнитивные и гипносуггестивные техники, психофармакотерапия.

Вопросы терапии соматоформных расстройств (СФР) в настоящее время привлекает внимание исследователей не меньше, чем проблемы их диагностики и квалификации. Существующие трудности в терапевтических подходах связаны с клиническим своеобразием этой группы невротических расстройств. С одной стороны, при СФР соматический ряд симптомов занимает первый план в картине болезни. С другой стороны, СФР является невротическим нарушением и заставляет внимательно относиться к психическому ряду симптомов – клинически менее актуальному, чем соматический ряд. Основными диагностическими признаками для всех видов СФР являются: несоответствие объективных данных и субъективных ощущений; несопоставимость поведения пациента с СФР с поведением истинного соматического больного, с объективными признаками заболева-

Ташлыков Виктор Анатольевич – д-р мед. наук, проф. Сев.-Зап. гос. мед. ун-та им. И.И. Мечникова (191015, Россия, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41), e-mail: vtashlykov@mail.ru.

ния; эффективность психотропной, а не соматотропной терапии. В основе СФР как «невротических расстройств внутренних органов», подчеркивает Б.Д. Карвасарский [2], лежит конфликтогенное нарушение особо значимых отношений личности.

Важным понятием при диагностике СФР является «соматизация». Это понятие было предложено W. Stecel в 1943 г. и ассоциировалось с конверсионным расстройством, которое, являясь истероформным соматическим расстройством, представляло собой символическое выражение бессознательного конфликта. Понятие «соматизация» прежде применялось при описании психосоматических заболеваний. В последнее время «соматизация» употребляется в значении функционального расстройства без органической основы и при важной роли психологических факторов. J. Lipowsky (1989) определил соматизацию как склонность переживать психологический стресс на физиологическом уровне. А.Б. Холмогорова [7] на основании исследований описывает некоторые особенности когнитивно-аффективной организации личности больных с СФР. Оказалось, что у них значительно снижены семантические поля эмоциональных категорий русской речи, снижена способность к распознаванию эмоций другого человека по мимике, выше запрет на выражение чувств. Негативные установки по отношению к эмоциям и бедный эмоциональный словарь являются связанными с характеристиками когнитивно-аффективного стиля больных СФР. Эти характеристики стиля (алекситимия, запрет на выражение чувств, бедный эмоциональный словарь, сниженная способность к распознаванию эмоций) коррелируют с показателями соматизации.

В соответствии с биопсихосоциальной моделью болезни при СФР терапия данной категории пациентов должна носить комплексный характер. Клиническая психотерапия и психофармакотерапия являются сердцевиной широкого спектра биологических, психологических и социальных воздействий в процессе терапии больного. Среди различных психотерапевтических методов при СФР эффективным является применение личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии (ЛОРП). Описанное своеобразие личности и клинической картины СФР делает более целесообразным использование интегративной модели данного метода психотерапии [3]. Как показывает практика, ценным является интеграция в систему индивидуальной ЛОРП когнитивных и гипносуггестивных техник. Психотерапевтический диагноз строится с учетом психопатологии, личностной структуры, лечебного запроса пациента, характера мотивации и его ожиданий от психотерапии, установки на симптоматические или/и лично-

стные изменения, его дезадаптивных и ресурсных личностных характеристик, особенностей системы психологической защиты и совладания, межличностной сферы и социальной среды.

Наличие глубоко вытесненных значимых переживаний и невротических конфликтов, а также нередко символического (при конверсионных симптомах) и эквивалентного (при вегетативных кризах) выражения их в клинической картине СФР и алекситимии ограничивает возможности интеграции в систему личностно-ориентированной (реконструктивной) техники когнитивной психотерапии, адресованной к сознанию пациента. Однако эти техники достаточно эффективны для целей коррекции внутренней картины болезни, осознания пациентом влияния на болезнь эмоциональных стрессов, особенностей реагирования на ее проявления. Первоначальное осознание психосоматических взаимосвязей в развитии заболевания легче достигается пациентом, когда в обсуждении используется более понятный для него термин «эмоциональный или психофизиологический стресс». Принятие нового смыслового отношения к болезни сопровождается положительным плацебо-эффектом, уменьшением чувства тревоги, неопределенности и неясности, а также повышением мотивации пациента к участию в психотерапии.

В начале психотерапии центральной является работа с особенностями восприятия пациентами своих телесных ощущений. У них имеются установки и представления о высокой вероятности развития соматического заболевания. В соответствии с этими убеждениями истолковываются пациентом все телесные ощущения. В силу постоянного прислушивания и ожидания появления симптомов возрастает общее напряжение, растет тревога, а значит, вегетативное сопровождение, которое, в свою очередь, приводит к усилению телесных ощущений. Окружающие, нередко и врачи, подкрепляют эту тревогу озабоченностью, согласием со стремлением пациентов к многочисленным исследованиям, так возникает порочный круг. В связи с этим эффективным является использование некоторых техник когнитивно-поведенческой психотерапии. Совместно с пациентом происходит изучение внутренней картины болезни в процессе обсуждения тех связей симптомов и ситуаций, в которых они усиливаются или ослабевают; чувства, мысли и поведение, сопутствующие проявлениям болезни. При этом выявляются ошибочные, негативные мысли, имеющие отношение к симптомам болезни и стрессовой жизненной ситуации. Для того чтобы добиться позитивных перемен в отношении дезадаптивных представлений и установок пациента, используются совместно с ним их переоценка, преоб-

разование навязчивого самоконтроля болезненного состояния в позитивно управляемое самонаблюдение, обучение умению противопоставлять и заменять негативные мысли и поведение на конструктивные способы реагирования.

На первом этапе ЛОРП при СФР наиболее адекватным является, наряду с когнитивными приемами, использование техник эмпатической коммуникации и эмоциональной поддержки. Недирективный, эмоционально теплый, поддерживающий подход включает эмпатическое выслушивание и сопровождение пациента в его рассказе о своей болезни и жизни, позволяющие ему выразить и осознать обычно подавляемые и скрывающиеся мысли и переживания. Это касается прежде всего страхов и надежд, чувств агрессии и вины, беспомощности и безнадежности, а также раскрытия конфликтных и трудных жизненных ситуаций, связанных с развитием и сохранением болезни. В обсуждении с пациентом сути заболевания в процессе психотерапевтических сеансов анализ сдвигается от свойственного больному разделения соматического и эмоционального к пониманию их целостного существования и взаимодействия, а затем от обсуждения симптомов к обсуждению актуальных психологических проблем его личности и жизни, лежащих в основе его соматоформного расстройства.

В условиях доверительного, эмпатического контакта пациент начинает все реже прибегать к сопротивлению и психологической защите при анализе его чувств страха, тревоги, гнева, вины или стыда, которые он испытывает при описании жизненных ситуаций и сложных взаимоотношений со значимыми лицами из своего ближайшего окружения. В психотерапевтической работе с пациентами СФР психотерапевт значительно реже использует технику конфронтации, нежели при других невротических расстройствах. Однако для усиления осознания пациентом внутриличностных конфликтов в ситуациях несоответствия вербального и невербального поведения (например, при заявлении пациента о спокойной позиции относительно значимого лица и сжимании кулаков при этом) конфронтация необходима, но осуществляется она в мягкой форме. При данной форме конфронтации, в отличие от «жесткой», психотерапевт больше цитирует слова пациента как доказательство своей правоты. Важно, чтобы пациент мог признать свои скрытые чувства (например, гнев).

Как уже отмечалось, при лечении пациентов с СФР в связи с их личностным и личностным своеобразием целесообразным является интеграция в систему ЛОРП некоторых техник современной гипнотерапии. Большинство пациентов с СФР в соответствии со своей первоначальной пас-

сивной установкой в отношении собственной роли в лечении и магическими ожиданиями с удовлетворением принимают предложение применить гипнотерапию. Однако гипнотерапевтическая работа строится иначе, чем они ожидали, она активирует воображение пациента, вовлекая его в развитие терапевтически действенных образов, эмоций и ощущений. При решении симптоматических задач в гипнозе используются визуальные компоненты соматовегетативных проявлений болезни с последующим редуцированием на основе внушений этих параллельных феноменов, например боли, в субъективном восприятии пациента.

Различные гипнотические приемы (прямое внушение, отвлечение, диссоциация, регрессия, символизация и т. п.) применяются при работе с болевыми соматоформными расстройствами. При решении патогенетических задач на основе извлечения в гипнотическом трансе ресурсов прошлого личного опыта пациента по преодолению трудностей формируются устойчивые положительные эмоциональные установки. Сознательная и особенно подсознательная мотивация к изменениям и выздоровлению усиливается посредством интенсивного переживания в гипнотическом состоянии ситуаций будущего, в которых он чувствует себя уже здоровым.

Полезным является применение техники когнитивной гипнотерапии Е.Т. Дауда [1], основанной на работе с воображением в гипнотическом трансе. В частности, при идентификации образов, отражающих переживание расстройства, психотерапевт учит пациента вызывать спонтанный образ, касающийся основных симптомов соматоформного расстройства, а затем изменить его. При изменении этого спонтанного образа пациентом отмечалось и снижение выраженности симптоматики. Пациенты с СФР в состоянии гипнотического транса охотно участвуют в психотерапевтической работе при проведении техник мысленного «путешествия по своему телу» или «инспекции внутренних частей тела», творчески находя способы символических целительных воздействий на функциональные нарушения в том или ином органе или системе [5]. В зависимости от когнитивных возможностей пациента полученный символический материал на последнем этапе лечения обсуждается для достижения более глубокого его осознания.

Изменение когнитивных структур сопровождается значительным сопротивлением, а гипноз позволяет обойти это сопротивление. Невербальный характер этих гипнотических техник обеспечивает им прямой доступ к довербальным скрытым когнициям.

На заключительном этапе данного психотерапевтического подхода полезным является включение активных гипнотических техник. Психотера-

певт внушает воображаемые ситуации, яркое переживание которых само по себе углубляет гипнотический транс, а символика этих ситуаций касается активного устранения пациентом соматоформной симптоматики. В пяти воображаемых ситуациях пациент символически активно преодолевает симптомы своей болезни: «закапывание симптомов под деревом», «сбрасывание их с высокой башни», «утопление в реке», «растворение в воде», «сжигание в костре» [6].

В рамках комплексного подхода наряду с психотерапией применяется психофармакотерапия, которая в отношении пациентов с СФР имеет свои особенности [4]. При соматизированном расстройстве, соматоформной вегетативной дисфункции, соматоформном болевом расстройстве пациенты имеют выраженную установку на медикаментозное лечение. В случаях СФР, сопровождающихся выраженными тревожно-фобическими переживаниями, наиболее адекватным является применение анксиолитиков, таких как диазепам, клоназепам, алпразолам, атаракс, феназепам. Анксиолитики, как правило, применяются в начале лечения, в течение 2–3 нед, а затем единственным методом остается психотерапия, либо пациент продолжает принимать анксиолитики типа атаракса или грандаксина, не вызывающие лекарственной зависимости, либо принимает антидепрессанты с противотревожным эффектом. С этой целью обычно используют такие антидепрессанты, как тразодон, пароксетин, сертралин, циталопрам, эсциталопрам. Эти же препараты применяются при депрессивных и тревожно-депрессивных нарушениях, сопровождающих СФР. В связи с частым наличием психалгий при данных расстройствах полезным оказывается применение таких антидепрессантов с анальгезирующим эффектом, как амитриптилин, миртазапин дулоксетин (симбалта).

Заключение

Таким образом, система лично-ориентированной (реконструктивной) психотерапии с интеграцией когнитивных и гипносуггестивных техник является методом психотерапии, адекватным и эффективным с учетом своеобразия личностных и клинических характеристик больных с соматоформными расстройствами. Когнитивные приемы позволяют провести успешно коррекцию «сомато-центрированной концепции болезни» у данной категории пациентов. Достижение этой цели «открывает ворота» для дальнейшей патогенетической психотерапии.

Существенной лечебной техникой для проведения лично-ориентированной (реконструктивной) психотерапии у данной категории

пациентов является эмпатическое взаимодействие. Конфронтационная техника используется ограниченно и только в «мягком» варианте. Целесообразным в психотерапевтической работе с такими пациентами явилось включение гипнотических техник для коррекции скрытых, иррациональных установок и подавленных эмоций.

Литература

1. Дауд Е.Т. Когнитивная гипнотерапия. – СПб. [и др.] : Питер, 2003. – 224 с.
2. Клиническая психотерапия в общей врачебной практике / под ред. Н.Г. Незнанова, Б.Д. Карвасарского. – СПб. [и др.] : Питер, 2008. – 528 с.
3. Психотерапия : учебник / под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд. – СПб. [и др.] : Питер, 2007. – 672 с.
4. Ташлыков В.А. Комплексная терапия соматоформных расстройств // Соматоформные расстройства в общемедицинской практике. – СПб. : НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2006. – С. 50–61.
5. Ташлыков В.А. Соматоформные расстройства в практике терапевта: учеб. пособие. – СПб. : Изд-во СПбМАПО, 2010. – 26 с.
6. Ташлыков В.А. Психологическая коррекция и психотерапия в соматической клинике // Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике / Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова, О.Ю. Щеглова. – СПб. : Речь, 2011. – С. 194–206.
7. Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного круга. – М. : Медпрактика-М, 2011. – 480 с.

Tashlykov V.A. Lichnostno-orientirovannaya (rekonstruktivnaya) psikhoterapiya s integratsiyey kognitivnykh i gipnosuggestivnykh tekhnik pri lechenii somatoformnykh rasstroystv [Personality-oriented (reconstructive) psychotherapy with the integration of cognitive and hypnosuggestive techniques when treating somatoform disorders]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 1. P. 23–30.

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov,
(191015, Russia, Saint-Petersburg, Kirochnaya st. 41)

Tashlykov Viktor Anatolevich – Dr. Med. Sci., Prof. of the North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (191015, Russia, Saint-Petersburg, Kirochnaya st. 41), e-mail: vtashlykov@mail.ru.

Abstract. A model of personality-oriented (reconstructive) psychotherapy with the integration of cognitive and hypnosuggestive techniques when treating somatoform disorders is presented. This model of psychotherapy from the standpoint of biopsychosocial approach takes into account the uniqueness of the clinical picture and the personality characteristics of this category of patients. Cognitive techniques help to increase awareness, to adjust maladaptive somatocentered concept of disease in these patients and open the way for depth psychotherapy, and the use of active hypnotic

techniques helps to circumvent resistance and, through psychotherapeutic work on the subconscious, to achieve positive change not only in the symptoms, but also in the system of relations between individual patients with somatoform disorders. The model shows that psychopharmacotherapy appears to be useful in some cases.

Keywords: clinical psychology, personality-oriented (reconstructive) psychotherapy, integration, cognitive and hypnosuggestive techniques, psychopharmacotherapy.

References

1. Daud E.T. Kognitivnaya gipnoterapiya. Sankt-Peterburg. 2003. 224 p.
2. Klinicheskaya psikhoterapiya v obshchey vrachebnoy praktike / Eds. N.G. Neznanov, B.D. Karvasarskiy. Sankt-Peterburg. 2008. 528 p.
3. Psikhoterapiya / Ed. B.D. Karvasarskiy. Sankt-Peterburg. 2007. 672 p.
4. Tashlykov V.A. Kompleksnaya terapiya somatoformnykh rasstroystv. *Somato-formnye rasstroystva v obshchemeditsinskoj praktike*. Sankt-Peterburg. 2006. P. 50–61.
5. Tashlykov V.A. Somatoformnye rasstroystva v praktike terapevta. Sankt-Peterburg. 2010. – 26 p.
6. Tashlykov V.A. Psikhologicheskaya korrektsiya i psikhoterapiya v somaticheskoy klinike. *Psikhologicheskaya diagnostika i korrektsiya v somaticheskoy klinike* / Eds. L.I. Vasserman, E.A.Trifonova. O.Yu. Shcheglova. Sankt-Peterburg. 2011. P. 194–206.
7. Kholmogorova A.B. Integrativnaya psikhoterapiya rasstroystv affektivnogo kruga. Moskva. 480 p.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА

Санкт-Петербургский государственный университет
(Россия, Санкт-Петербург, Набережная Макарова д., 6)

Необходима постановка вопроса о долговременных социокультурных эффектах психотерапии, о ее влиянии на психологическую культуру. У любой психотерапии есть побочный эффект, понимаемый как ненамеренный эффект, положительный или отрицательный, который неразрывно связан с методом и содержанием лечения, но проявляется не у каждого пациента. Такая дефиниция создает фундамент для обсуждения того, какие побочные эффекты психотерапии можно рассматривать как положительные. Для психотерапии, уже ставшей самостоятельным элементом культуры, необходимо осмысление своей роли, реализуемой посредством побочных долговременных эффектов, связанных с обучением людей. Это вопрос о том, какой вектор развития реализуется психотерапевтом независимо от прямого решения терапевтических задач. О векторе развития можно говорить в связи с тем, что в ходе терапии пациенты либо подкрепляют имеющуюся схему, либо учатся новому взгляду на детерминанты психического и соматического благополучия, дополняя их личностными и духовными переменными. Личностно и философски-ориентированные методы, при всем своем разнообразии, повышают активность, ответственность людей по отношению к качеству собственной жизни. Также, бывшие пациенты начинают соединять психофизиологический и психосоциальный уровни саморегуляции. Учет побочных обучающих эффектов психотерапевтической практики во временной перспективе будет способствовать обогащению психологической культуры.

Ключевые слова: психотерапия, типы психотерапии, побочные эффекты психотерапии, психологическая культура.

Влияние психотерапии на психологическую культуру можно рассматривать с точки зрения ее долгосрочных побочных эффектов. У любой психотерапии есть побочный, ненамеренный эффект. «Побочный эффект есть ненамеренный эффект, положительный или отрицательный, который неразрывно связан с методом и содержанием лечения, но проявляется не у каждого пациента» [4]. Это определение Х. Бот удачно тем, что позволяет рассматривать максимальное число феноменов связанных с психотерапией. Однако, в связи с тем, что исторически формирование психотерапии

Ялов Анатолий Михайлович – канд. психол. наук, доц., доц. психол. фак-та С.-Петербург. гос. ун-та (199034, Санкт-Петербург, Набережная Макарова д., 6), e-mail: yalov-top@yahoo.com.

происходило внутри медицинской традиции, обычно описания побочного эффекта являются описанием отрицательного эффекта; имеют негативный, неблагоприятный характер и находятся в области симптоматики и социальных последствий. В структурированном виде эти эффекты представлены Б.Д. Карвасарским [2]:

1) утяжеление основных симптомов;

2) появление новых неблагоприятных симптомов;

3) бегство в болезнь;

4) зависимость – в этом контексте обсуждается так называемый «психотерапевтический культ», когда больной полностью перекладывает все свои проблемы на плечи психотерапевта, мудрого и прозорливого, становится зависим от его мнения, сеансов, и терапевт охотно принимает на себя эту роль;

5) негативные социальные последствия (необдуманные семейные разводы, увольнение с работы, операции с имуществом с негативными последствиями и др.).

Также, первоначальное развитие психотерапии в медицинской традиции способствовало сосредоточенности в максимальной степени на вопросах достижения терапевтического результата и оценке эффективности. В то же время не подвергается сомнению интердисциплинарный характер психотерапии. В связи с этим и уместна, и необходима постановка вопроса о долговременных социокультурных эффектах психотерапии, о ее влиянии на психологическую культуру.

В контексте данной статьи психологическую культуру можно определить как позитивный опыт и знания, ассимилированные в психосоциальной сфере жизни людей. Это опыт, который доступен и полезен; использование этих знаний несет выгоду их носителю. Под психологической культурой следует понимать не просто знание причин возникающих психологических проблем и последствий тех или иных действий. Индивидуальная психологическая культура создает способность и готовность решать проблемы взаимодействия с социальным окружением и с самим собой, ведет к успешной социальной адаптации, позволяет человеку эффективно самоопределяться, самореализовываться и развиваться.

Такая дефиниция создает фундамент для обсуждения того, какие побочные эффекты психотерапии можно рассматривать как положительные.

Иногда описание побочного эффекта психотерапии, связанного с обучением стратегиям поведения в трудных жизненных ситуациях имеет

юмористический характер: привычка при малейшем затруднении сразу набирать телефон психоаналитика.

Для иллюстрации общей закономерности побочных обучающих эффектов можно привести пример наиболее распространенных заболеваний детского возраста (острые респираторные заболевания, инфекционные болезни детского возраста). Болея, в детском возрасте, люди научаются поведению, ведущему к соматическому здоровью через взаимодействие с врачами. Причем, врачи являются в данном компоненте большими авторитетами, чем родители, хотя их авторитет опосредован родительским. Лишь в редких случаях врачи указывают на поведения ребенка как ведущий фактор, в том числе – из-за опасения косвенно обвинить. Формируется когнитивная цепочка: нарушение психосоциального функционирования – следствие соматической болезни, а болезнь – следствие внешних, независящих от своего образа жизни причин – «микробов».

В то же время, необходимость в психотерапии, как и в медицине в целом, вызвана не только самим наличием симптома, но и нарушением психосоциального функционирования из-за симптома. Начиная взаимодействие с психотерапевтом, пациент готов повторять сформировавшиеся детские «инфекционные» когнитивные схемы. Но также верно то, что пациенты либо подкрепляют имеющуюся схему, либо учатся новому взгляду на детерминанты психического (и соматического) благополучия (здоровья), дополняя их личностными и духовными переменными.

Общая психологическая культура, как и культура в целом, формируется под влиянием многих факторов. Обсуждая роль психотерапии, рассмотрим влияние различных обобщенных типов психотерапии на развитие психологической культуры.

Можно выделить три типа психотерапии по исходным, априорным категориям, Эти категории являются для психотерапевта доказанными или самоочевидными и потому не требуют повторной аргументации.

1. Для нормативно-ориентированной психотерапии приведение психических процессов и эмоциональных состояний к нормативным является достаточным условием для восстановления удовлетворяющего социального функционирования (например, спокойствие в замкнутом пространстве вместо страха). Обычно к нормативно-ориентированным относят физиологически ориентированные методы, но, к этому же типу психотерапии можно также отнести поведенческие методы, стремящиеся обеспечить пациента навыками, характерными для популяционной нормы.

2. Личностно-ориентированная психотерапия реализуется в поле взаимодействия пациента с его социальным миром. Основные категории – психосоциальное функционирование и удовлетворенность качеством жизни.

3. Философски-ориентированная психотерапия обращается к сущностному, к тому, что присуще всем людям при всей уникальности отдельного человека. Это готовность психотерапевта аргументировать и в итоге дискуссии создать вектор развития человека. Развитие понимается как трансформации в ценностно-смысловой сфере клиента.

Эти 3 типа допущений можно рассмотреть на примере алкоголизма с точки зрения их необходимости и достаточности:

1) отсутствие симптомов опьянения и абстиненция – возвращение к «нулевой отметке» является необходимым условием;

2) понимание, что исчезновение симптомов лишь начало изменения, понимание необходимости личностных изменений также является необходимым, однако их содержание, представление об уровнях этих изменений еще отсутствует;

3) достаточность допущений психотерапевта создается наличием четких взглядов на изменение (развитие).

Иллюстрацией является отказ алкоголику в удовлетворении его влечения к алкоголю. (Почему бы не помочь ему выпивкой? Вспомним наличие легальных наркотиков в отдельных странах). Если психотерапевт понимает и формулируем интересы пациента в трезвости, он уже «лоббирует» свои ценностные представления о жизни в согласии и сотрудничестве с людьми. Таким образом, при решении определенных клинических задач необходимо предполагать наличие вектора, явного или неявного принципа, которому следует психотерапевт.

Для описания этого вектора наиболее уместной является последовательная ссылка. М.И. Воловикова [1] обращается к размышлениям философа П.А. Флоренского, который в своей работе «Иконостас» анализирует значение слов «лик», «лицо» и «личина» в русском языке, и рассматривает реалии, соответствующие лингвистическим конструктам. Появление слов, а затем их последующее сохранение в языке означает наличие некоего устойчивого феномена, с которым люди имеют дело.

«Личность может быть доступна ... исследованию на уровне своего проявления как "лица"». Лицо (личность) человека соответствует способности самостоятельно поддерживать свою жизнь и имеет два вектора движения – к саморазрушению (личина) или проявлению сущности (лик).

Личина – маска, «нечто... похожее на лицо, но пустое внутри...». Иллюстрацией личины являются люди с тяжелыми аддикциями, у которых функционируют некоторые роли, навыки, обслуживающие зависимость. Имеет место разрушение личности, стирание «лица».

«Лик – отражает осуществленный и проявленный вовне окончательный замысел творца о человеке ... В русском языке – устойчивое словосочетание "лики святых"».

Рассмотрение сущностных характеристик человека (лик) облегчается при рассмотрении вне его текущего периода жизни. Для наблюдения и анализа они становятся доступны при рассмотрении длительных периодов жизни, в контексте общественно-исторических процессов. В качестве примера можно указать на три биографии: писатель А.И. Солженицын, конструктор космических ракет С.П. Королев и профессор Б.Д. Карвасарский, в значительной мере повлиявший на развитие отечественной психотерапии. Можно видеть в их биографиях, что есть нечто, одновременно и находящееся над личностной категорией, и сильно влияющее на адаптацию и качество жизни. Это влияние не является линейным, всегда их повышающим.

В то же время сущностная категория – отнюдь не удел малого числа избранных. Все эти категории важны для рассмотрения вектора развития каждого человека, вне контекста психотерапии. В то же время, эти три категории (личина, лицо, лик) напрямую соотносятся с тремя вышеописанными типами психотерапии.

Формирование психологической культуры представляет собой динамическое балансирование, имеющее вектор от «личины» к «лику».

Таким образом, для психотерапии, уже ставшей самостоятельным элементом культуры, необходимо осмысление своей роли, реализуемой посредством побочных долговременных эффектов, связанных с обучением людей. Это вопрос о том, какой вектор развития реализуется психотерапевтом независимо от прямого решения терапевтических задач.

Обратимся к работе, сообщающей об эффективности использования биообратной связи в терапии фобий [3]. При этом, упоминание о содержании фобий, их называние в статье отсутствует, как информация несущественная. В тексте нет никакого намека на индивидуальность человека. Но профессионал взаимодействует не только с организмом: сначала знакомство с человеком, у которого есть яркая эмоциональная реакция страха. Эта реакция, помимо содержания, еще и вызывает тревогу фактом своей непонятности: «Насколько я управляю своей жизнью?» Фобия – помеха, и есть стремление изменить свою жизнь. Далее, имеет место взаимодействие со

специалистом, с его объяснениями о смысле предстоящих процедур, которые в статье отсутствуют. Указание на устойчивость результатов вне лаборатории (или хотя бы аргументация такого прогноза также отсутствует).

Вопрос об эффективности биообратной связи в терапии фобий в частности и нормативно-ориентированной терапии в целом не является темой данной статьи. Такие методы выглядят многообещающе в силу кажущейся экономичности, однако сообщения относительно их высокой эффективности по-прежнему нуждаются в подтверждении. Исследования эффективности любой психотерапии сложны и не являются завершенными сегодня.

Так чему же научился человек с фобией, пройдя через взаимодействие с профессионалом? Какому вектору развития такое обучение способствует?

Пациент узнает, что функционирует как организм, как набор электрохимических реакций, и что сложные человеческие переживания, к числу которых относится фобия, можно свести к такому набору. Происходит обучение схеме, в которой собственная внутренняя противоречивая жизнь (непонятная, как и сама фобия) может быть описана, изменена путем нажатия на кнопки. И управление своей жизнью представляет собой поиск соответствующих «кнопок». В этом примере человек функционирует как организм.

Безусловно, нет оснований утверждать, что новая когнитивно-поведенческая схема стала единственной и заменила схемы, сформированные в ходе предыдущей социализации. Но и умалять значение этой схемы поведения в случае кризисных или сложных жизненных ситуаций также не следует. Такая недооценка побочного обучающего эффекта может быть связана с недооценкой степени, силы влияния трансферных отношений с психотерапевтом, за которым стоит «родительский» авторитет науки.

Приведенный выше пример представляет собой обращение к личности, к внешней оболочке человека. И дело не в корректности данного отдельного исследования, а в самом наличии и распространении такого взгляда на помощь человеку. Нормативно-ориентированная психотерапия, добиваясь с разной степенью успешности локального результата, не стимулирует изменения в личности, так как и не ставит такой задачи.

В свою очередь, лично и философски-ориентированные методы, при всем своем разнообразии, повышают активность, ответственность людей по отношению к качеству собственной жизни. Также, бывшие пациен-

ты соединяют психофизиологический и психосоциальный уровни саморегуляции.

Говоря о побочном долговременном эффекте можно полагать следующее: лично- и философски-ориентированные методы психотерапии, решая актуальные задачи, характерные для той или иной конкретной психотерапевтической модели, одновременно обучают пациента (клиента) связывать (атрибутировать) свое эмоциональное благополучие с личностными и духовными факторами. Обращаются к «лицу» и «лицу».

Заключение

Такой посттерапевтический, долгосрочный обучающий эффект психотерапии для каждого человека необходимо учитывать, например, при разработке комплексных программ психологической помощи. Эти программы должны создавать положительный побочный эффект, заключающийся в том, что люди научаются связывать свое эмоциональное благополучие и психическое (а в последующем и соматическое) здоровье с содержанием своей жизни. Тогда психотерапевтическая практика в длительной перспективе может способствовать обогащению психологической культуры. Иногда кажется, что 10–20 лет – очень отдаленная перспектива. Но, при ретроспективном рассмотрении, это достаточный срок для того, чтобы констатировать отчетливые изменения в сфере психологической культуры.

Литература

1. Воловикова М.И. О системном подходе к психологическому исследованию личности // Развитие психологии в системе комплексного человекознания / отв. ред. А.Л. Журавлев, В.А. Кольцова. – М. : Ин-т психологии РАН, 2012. – Ч. 2. – С. 194–195.
2. Психотерапевтическая энциклопедия / Абабков В.А. [и др.] ; под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд. – СПб. [и др.] : Питер, 2006. – 943 с.
3. Читалкина Н.К. Коррекция навязчивых страхов различного генеза с использованием биологической обратной связи // Развитие психологии в системе комплексного человекознания / отв. ред. А.Л. Журавлев, В.А. Кольцова. – М. : Ин-т психологии РАН, 2012. – Ч. 2. – С. 694–696.
4. Bot H. Bijwerkingen van psychotherapie, de keerzijde van effectiviteit // Maandblad Geestelijke volksgezondheid. – 2009. – N. 4. – P. 310–314.

Yalov A.M. Pobochnye efekty psixhoterapii i psixologicheskaya kul'tura [Side effects of psychotherapy and psychological culture] *Vestnik psixhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 1. P. 31–38.

Saint Petersburg State University
(199034, Russia, St. Petersburg, Makarova Embank., 6)

Yalov Anatolii Mikhailovich – PhD on Psychol. Sci., associate professor, associate professor at the Faculty of Psychology, St. Petersburg State University (199034, Russia, St. Petersburg, Makarova Embank., 6), e-mail: yalovtop@yahoo.com.

Abstract. The question of long-term socio-cultural effects of psychotherapy, its impact on the psychological culture should be posed. Any psychotherapy has a side effect, understood as the unintended one, positive or negative, which is inextricably linked to the method and content of treatment, but appears not in every patient. This definition provides a foundation for the discussion of what the side effects of psychotherapy can be considered as positive. For psychotherapy, which has already become an independent element of culture, it is necessary to understand its role, which is implemented by long-term side effects associated with education of people. It's a question of what the vector of development is implemented by a therapist regardless of direct therapeutic tasks. The development vector is topical because, in the course of therapy, patients either reinforce their existing schema, or learn new insights into the determinants of mental and somatic well-being, complementing them with personal and spiritual variables. Personally and philosophically oriented techniques in all their diversity increase the activity and responsibility of people in relation to the quality of their lives. Also, former patients begin to connect the psychophysiological and psychosocial levels of self-regulation. Accounting for training side effects of psychotherapeutic practice in the time perspective will enrich the psychological culture.

Keywords: psychotherapy, types of therapy, side effects of psychotherapy, psychological culture.

References

1. Volovikova M.I. O sistemnom podkhode k psikhologicheskomu issledovaniyu lichnosti. Razvitie psikhologii v sisteme kompleksnogo chelovekoznaniya. Eds. A.L. Zhuravlev, V.A. Kol'tsova. Moskva. 2012. Vol. 2. P. 194–195.
2. Ababkov V.A. [et. al.]. Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya. Ed. B.D. Karvasarskiy. Sankt-Peterburg. 2006. 943 p.
3. Chitalkina N.K. Korrektsiya navyazchivyykh strakhov razlichnogo geneza s ispol'zo-vaniem biologicheskoy obratnoy svyazi. Razvitie psikhologii v sisteme kompleksnogo chelovekoznaniya. Eds. A.L. Zhuravlev, V.A. Kol'tsova. Moskva. 2012. Vol. 2. P. 694–696.
4. Bot H. Bijwerkingen van psychotherapie, de keerzijde van effectiviteit. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*. 2009. N. 4. P. 310–314.

ПСИХОЛОГИЯ ВЕРЫ КАК ОСНОВА КРИЗИСНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СОВЛАДАНИИ С ПЕРЕЖИВАНИЕМ УТРАТЫ

Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова (Россия, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41);
Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М.Никифорова МЧС России
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2)

Цель статьи – с позиции психологии веры теоретически и эмпирически обосновать авторский подход к оказанию краткосрочной кризисной психологической помощи по совладанию с переживанием утраты близкого; на примере анализа клинических случаев представить арт-терапевтические техники разделения миров и направленного суггестивного диалога, укрепляющие психологическую защиту клиента.

Ключевые слова: психотерапия, психологическая коррекция, утрата близкого, краткосрочная кризисная психологическая помощь, психология веры, разделение миров, направленный суггестивный диалог.

Если человек не может отнести себя к какой-то системе, которая направляла бы его жизнь и придавала ей смысл, – сомнения и противоречия, в конечном счете, парализуют его способности действовать, а значит, и жить.

Э. Фромм [Бегство от свободы. 1990, с. 28]

Введение

Психологическая помощь человеку в ситуации утраты близкого – важная профессиональная задача помогающего специалиста [5]. Несмотря на то что смерть может наступить по разным причинам (старость, болезнь, несчастный случай, самоубийство) – это всегда трагедия, которая может как непосредственно, так и в отдаленный период воздействовать на психику людей разного возраста, приводить к расстройствам эмоций, поведения

Никольская Ирина Михайловна – д-р мед. наук, проф. Сев.-Зап. гос. мед. ун-та им. И.И. Мечникова (191015, Россия, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41), e-mail: imn_maro@inbox.ru;

Грановская Рада Михайловна – д-р мед. наук, проф. Всерос. центра экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (190044, Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: rada-gran@yandex.ru.

и адаптации. Для переживания смерти близкого лица человек должен проделать большую внутреннюю работу, осуществив процесс горевания. Если работа переживания горя прошла неудачно или не была завершена, горе может приобрести патологический характер. З. Фрейд считал, что человек достаточно длительное время сохраняет отношения с умершим, формируя в своей психике так называемого его «психического двойника» и реагируя на его эмоциональное присутствие. Чем значимей для личности такой возникший у нее «двойник», тем труднее пересмотреть отношения с ним и тем сильнее переживание утраты. В период поглощенности отношениями с «психическим двойником» умершего, горюющий не продвигается к отсоединению от него, поскольку тот необходим ему для поддержания самооценки [10]. Такое положение не позволяет примириться с фактом смерти, понять необходимость кардинального изменения жизни и ее нового осмысления.

Эффективной работе горя может препятствовать ряд внешних обстоятельств. Для смягчения их влияния во всех культурах разработан обряд похорон, который предусматривает не только выполнение определенных действий, но и создает для горюющего условия восприятия изменений тела умершего и прощания с ним. Если человек на похоронах не присутствовал, с умершим должным образом не попрощался, его смерть с кем-либо не обсуждал, то он остался наедине со своим горем, и тогда его поглощенность психотравмирующими переживаниями усугубляется.

С позиции разрабатываемых нами представлений об уровнях защитной системы человека в кризисных ситуациях, к которым относится смерть близкого, первоначальные реакции на возникающий при этом стресс выражаются в непосредственных, автоматических и спонтанных формах. Такие неосознаваемые формы реагирования одновременно или в разной последовательности реализуются на первых трех уровнях системы: соматовегетативном, психомоторном и уровне психологической защиты. В дальнейшем развитие процесса адаптации к утрате, с целью ее полного осознания и принятия, происходит на уровне копинг-поведения. Оно включает длительные произвольные и преднамеренные усилия человека по мобилизации физиологических реакций, управлению эмоциями, действиями, мышлением [4].

В связи с тем что в адаптации к стрессу одновременно участвуют и бессознательная психологическая защита, и осознанное копинг-поведение, последующий посттравматический рост клиента тоже будет иметь две стороны: иллюзорную – искажающую реальное положение вещей и вводящую

клиента в заблуждение и конструктивную – способствующую реалистичному восприятию травмирующего события. Психологическая защита как совокупность механизмов, автоматически отсекающих наиболее травмирующие личность грани ситуации и потому вводящая в заблуждение, первой включается в процесс адаптации к стрессу. Вторая, копинг-поведение, – соотносится с сознательной и целенаправленной долгосрочной адаптацией [4].

В контексте данной работы полезно учитывать, что в силу возраста, актуального состояния или специфики самой кризисной ситуации личность может быть не способна к самостоятельным усилиям по приспособлению к стрессу на основе адаптивного копинг-поведения. Это обуславливает необходимость предоставления ей адекватной помощи соответствующим специалистом. Его психологическая помощь прежде всего должна быть направлена на стабилизацию эмоционального состояния и укрепление личностных ресурсов клиента на основе усиления и/или перестройки его психологической защиты, путем формирования позитивных иллюзий [4].

В процессе кризисной психологической интервенции специалисту необходимо создать условия для адекватного переживания клиентом отрицательных эмоций, связанных со смертью близкого человека. С этой целью он помогает клиенту: сформулировать актуальные для него вопросы, адресованные умершему, найти на них удовлетворяющие того ответы и реализовать процедуры взаимного прощения, примирения, прощания. Успешному решению перечисленных задач помогают применяемые нами арт-терапевтические техники: искусственная процедура оплакивания; условное разделение миров «живых» и «умерших»; направленный суггестивный диалог между «живым» и «умершим» для озвучивания и обсуждения актуальных проблем, взаимного прощения, примирения и прощания; последующий «вывод» клиента из мира психотравмирующих переживаний в мир позитивного будущего [4–6]. Психологическая коррекция связанных с утратой отрицательных переживаний базируется на актуализации механизмов психологической защиты: сублимации, катарсиса, отчуждения, замещения и др. [2].

Теоретической основой данного подхода к оказанию краткосрочной кризисной психологической помощи по совладанию с переживанием утраты близкого является *психология веры* [1]. Здесь надо заметить, что неверующих людей не бывает (атеисты тоже верят, но в другие идеалы). Каждый человек для приближения к своей цели должен верить, что ее дости-

жение возможно, иначе он не найдет в себе сил для продвижения к ней. При этом религиозная вера дает человеку больше сил и душевного равновесия, поскольку в этом случае он ориентируется на цели максимального масштаба.

Цель статьи – с позиции психологии веры теоретически и эмпирически обосновать авторский подход и техники оказания краткосрочной кризисной психологической помощи по совладанию с переживанием утраты близкого.

Психология веры как теоретическая основа кризисной психологической помощи по совладанию с переживанием утраты

Усвоение любой системы восприятия мира дает человеку преимущество в ориентировке в окружающей среде и подходах к преодолению страхов и трудностей. Использование системы позволяет применять конструктивные способы совладания со стрессом – воспринимать и прогнозировать неприятные события, оценивать степень их опасности, строить планы по их преодолению и на практике осуществлять необходимые действия. Вооружая человека готовой структурой представлений о внешнем мире, система делает для него этот мир проще и определеннее, что повышает психическую адаптацию. Почему снижение сложности и неопределенности в понимании мира так важно для личности? Потому что и сложность, и неопределенность ведут к росту психического напряжения, активизируют страх и тревогу, существенно снижают рациональность поведения [1, 2].

Среди разнообразия систем представлений о мире наибольшей обобщающей силой обладают две системы – научная и религиозная. Система науки, базируясь на фактах и доказательствах, способствует развитию у человека общих подходов к упорядочению знаний об окружающем мире. Она в большей мере ориентирована на нужды и возможности всего человечества. В отличие от науки, система религии открывает человеку истину не средствами рассудка и логики, а благодаря интуиции, то есть путем непосредственного постижения (откровения), и она в большей мере ориентирована на нужды отдельной личности.

Религиозная система проще и доступнее для понимания, поскольку допускает существование противоречий с рациональным знанием. Одновременно она предоставляет человеку конкретные ориентиры и помогает в определении личного жизненного пути. Кроме того, важно, что с позиции обыденного сознания неприемлемо утверждение науки, что «вселенная никак не зависит от человека». При таком представлении люди на фоне

Вселенной ничтожны и от них ничего не может зависеть ни в ее строении, ни в ее динамике. В противоположность этому в большинстве мировых религий постулируется, что Вселенная создавалась одним из человеческих чувств, что ее законы связаны с человеческой жизнью. Такое представление делает человека значимее, сильнее и ответственнее за свои поступки. Существенно, что независимо от того, верит человек в Бога или верит во что-то другое, всякий, отбрасывающий веру в широком ее смысле, перестает ощущать свою ответственность перед людьми, обществом и чем-то высшим.

Состояние веры позволяет человеку полно и безоговорочно принять картину мира данной веры, соответствующие ей сведения, а также свои представления и умозаключения, которые в дальнейшем выступают основой его «Я» и определяют его поступки, суждения и нормы [7]. Вера в широком смысле – это психическое состояние, усиливающееся в ситуации возрастающей неопределенности ситуации, в обстановке дефицита точной информации о достижимости поставленной цели, но при условии, что существует возможность для успешного действия и об этой возможности человеку известно. Другими словами, вера (как надежда) – это следствие необходимости иметь знание там, где оно почему-либо невозможно. Тогда более приемлемым для человека становится принятие недоказанного объяснения как истинного. В таком понимании вера выступает как предварительный результат работы сознания, которое формирует представления человека о связях и отношениях этого мира и о месте человека в нем. Научное построение непротиворечивой картины мира опирается как на механизмы познания и предвосхищения, так и на работу системы психологических защитных механизмов.

В своей первоначальной форме вера – это эмоционально окрашенное переживание или состояние, представленное в сознании, которое выступает для личности как событие собственной жизни и поэтому обладает для нее внутренней достоверностью. Благодаря ощущению субъективной достоверности, религиозный и мистический опыт так авторитетен для причастных к нему, что любое опровержение его с помощью рациональных доводов не эффективно. Б. Рассел считал веру особым проводником между чувством и знанием, своего рода трансформатором, преобразующим умственную энергию (знание) – в энергию душевную [1]. Таким образом, веру можно отнести и к области чувств, и к области познавательных процессов, поскольку разум действует на чувства не прямо, а через веру. (Парадокс в том, что можно не знать, но верить, и можно знать, но не верить).

Вера есть у каждого человека, и людей, абсолютно ни во что не верующих, не бывает. Любой ученый для того, чтобы сделать какое-то открытие, сначала должен быть убежден, что это возможно, т. е. верить, что эта дорога его куда-то приведет. Для продолжения усилий должна присутствовать вера в прогресс и известные закономерности. В таком понимании вера – необходимое условие достижения знания.

В английском языке четко различаются теоретическая вера в то, что нечто есть (belief), и религиозная вера (faith). И та и другая веры опираются на факты. Однако если вера в науку, ее гипотезы, связывающие идеи и выводы, остается в пределах на данный момент установленного достоверно, то религиозная вера имеет центром своих интересов область непознаваемого (метафизического) и распространяет зависимости сверхъестественного на всю природу [9]. В некотором смысле наука и вера – дополнительные, их взаимная связь – важный фактор, способствующий развитию цивилизации и прогрессу человечества. Образно говоря, наука находится на вершине сознательного построения знаний о мире, а религия – на вершине их бессознательного, интуитивного постижения. Их взаимодействие движет духовное развитие человека, поскольку для него необходимы как логическая точность науки, так и пророческая метафоричность религии [1].

Значение религиозной веры для человека

Потребность в религии присуща самой природе человека, знания не заменяют ему религию, поскольку вера – дело не столько разума, сколько чувств и интуиции. Вера сочетает сознание с подсознанием, волю с произвольностью, то есть неконтролируемостью собственных проявлений психики. Именно неконтролируемость части своих чувств и поступков пробуждает у человека переживание зависимости и страха, так как воспринимается им как деятельность сверхъестественных, чуждых сил. Такое ощущение связано с тем, что вера базируется на врожденном фундаменте архетипов, или структурных элементов коллективного бессознательного – самых мощных внутренних резервов человека. Их вторжение в психику человека принудительно меняет его поведение и в то же время оставляет у него впечатление, что он сделал это по своей воле.

Вместе с тем религиозная вера как определенная система действий и переживаний обеспечивает человеку равновесие душевной жизни, которое спасает его внутренний мир от себя самого, от таящегося в нем хаоса и водворяет мир и умиротворение в его душе. При этом у многих верующих возникает ощущение вездесущности Бога, его постоянной близости. Такие

ощущения особенно значимы для тех, кто страдает, испытывает чувство одиночества, потери опоры и остро нуждается в помощи [1]. Вера в Бога конструирует пусть упрощенный, но наполненный смыслом мир, порождающий положительное эмоциональное переживание. Эмоциональная и внушающая сила религиозной веры связана с тем, что она обращена к самым значимым потребностям личности. Дело в том, что для большинства людей самыми важными являются не знания и представления, вскрывающие механизмы реальных процессов мироздания, а цели и смыслы, ради которых человек живет и за которые готов умереть. Этим требованиям и отвечают нормы веры, которые с течением времени превратились в социальные нормы и теперь во всем мире определяют культурный смысл ценностей, понимание морали и существо социальной справедливости.

На уровне личности влиянию веры способствует феномен «социального импринтинга». Показано, что вплоть до младшего подросткового возраста общественный контекст развития личности, традиции, социальные и языковые стереотипы окружающей среды впитываются, проникают в психику ребенка и подростка настолько глубоко, что такое влияние сопоставимо с воздействием врожденных индивидуальных свойств человека. Начиная с детского возраста и всю последующую жизнь, человек опирается на традиции своего народа, думает по правилам организации родного языка и пользуется усвоенными в детстве метафорами [3]. Из этого следует, что независимо от того, верили в Бога родные и близкие ребенка или нет, ходили в храм, или нет, – существенное значение имеют не эти факты, а то, к какой религиозной культуре принадлежало окружение ребенка, какие религиозные традиции и культурные стереотипы он отражал.

Религиозные представления, обладающие величайшей эмоциональной и внушающей силой, у всех людей в какой-то степени неосознанно присутствуют. Например, к ним относится представление о существовании кроме Земли – Царствия Божьего, в котором исчезнут болезни, голод, смерть и воцарятся любовь и благоденствие. Или представление о том, что смерть – не окончательное событие, а переходное состояние к раю или аду, что смерть – это рождение в вечную жизнь. Кроме врожденных норм и усвоенных с детства внутренних опор морали, развитие нравственности укрепляется участием человека в обрядах и ритуалах. Именно они упорядочивают личное и общественное поведение, способствуя тому, чтобы в определенные моменты жизни члены общества совместно пережили, прочувствовали и осознали свою общность. Пробуждая определенные чувства посредством переживаний, ритуалы закрепляют общепринятые нормы по-

ведения, передают традиции из поколения в поколение и приобщают детей к традициям поведения взрослых.

Сильные стороны религиозной морали и этики – это наличие ответов на фундаментальные вопросы, волнующего человека. Например: Как вести себя с умирающим? Сказать ли ему о том, что он умрет? Как утешать родственника умершего? Когда его еще надо лечить, а когда – уже отпустить? Есть ли жизнь после смерти? [8]. Причем ответы в религии не только имеются, но они достаточно простые. Поэтому вера и может выступать как инструмент, позволяющий понимать события (неизбежность смерти) и устанавливать их связь с «нормальной ситуацией» (все смертно). Способность упростить ситуацию и в упрощенной форме организовать ее восприятие обеспечивает возможность противостоять хаосу и конструировать наполненный смыслом мир (надо жить). Ведь когда человеку все становится понятно, то у него снижается тревожность и возникает положительное эмоциональное переживание.

История свидетельствует, что с течением времени каждая мировая религия выработала и тщательно формализовала ответы на выдвигаемые жизнью главные, коренные вопросы, Так укреплялись устои веры, на которых базируется человеческая культура и наука. В современных условиях все мировые религии, сохраняя себя, стремятся найти такие формы своего проявления, которые позволили бы им войти в резонанс с современными культурными запросами каждого человека. Потребность и возможность реализации такого резонанса базируется на существовании «зоны иррациональности» у каждого человека. Она формируется в результате эмпирического обобщения событий, не противоречащих личному и человеческому опыту, что и позволяет его принять, оставаясь на научных позициях.

В настоящее время существует многообразие вер, которое может быть включено в культуру как ее неперенный элемент. При этом разнообразии религий позволяет каждому найти ту ее форму, которая больше всего соответствует его потребностям и заложенным в его душе подсознательным задаткам [1]. Тем самым принадлежность к некоей вере дает человеку нормы, традиции, обряды и принятые ею образцы поведения. В контексте данной статьи важно подчеркнуть, что в той мере, в которой человек разделяет глубинные символы веры, он обретает в них опору в самые опасные и тревожные моменты жизни. В этом случае вера создает для его психики массивную защиту, помогающую переносить испытания без разрушения личности. Кроме того, представления религии предлагают че-

ловеку совокупность идеалов, следуя которым, он может не только понять смысл своего существования, но и направить свою жизнь к значимой цели.

Анализ клинических случаев оказания кризисной психологической помощи в ситуации переживания утраты с опорой на психологию веры

Случай Арины. Арину, 4,5 лет, на прием к психологу привели мать 26 лет (продавец) и бабушка 61 года (пенсионерка). Повод для обращения – трагическая смерть отца Арины и беспокойство за состояние девочки. При знакомстве девочка легко вошла в контакт и сообщила, что живет вместе с мамой Галей, папой Антоном и бабушкой Верой, а в деревне есть прабабушка Аня и котик Мурзик. Она ходит в детский сад, и ей там нравится.

В отсутствие дочери мать рассказала, что неделю назад ее муж погиб в автокатастрофе. Детали трагедии неизвестны, ведется следствие. Арине о смерти отца не сказали, объяснили, что он «не едет домой, потому что у него машина сломалась», на похороны ее не взяли. Затем придумали и сообщили, что «папа больше не приедет, он теперь на небе, превратился в звездочку и будет с неба звездочкой светить». Арина к отцу была очень привязана («они с папой всегда обнимались, визжали и бесились»). Мать сообщила, что дочь раньше была веселой, а теперь «неадекватная, может разнервничаться, кричит, что хочет к папе, плачет». Арина носит на руке браслет, который подарил отец и говорит: «Если пошептать, то папа услышит. Буду спать на папиной подушке». Когда пришел брат отца, подросток 15 лет, бросилась к нему, обнимала, долго не отпускала. Вся семья в горе.

В присутствии мамы и бабушки психолог предложила Арине рисовать и сочинять истории [6]. На первом рисунке «Автопортрет» девочка изобразила себя в полный рост. С опорой на вопросы психолога рассказала, что здесь она «в детском саду, настроение у нее стеснительное, ей хочется поиграть с Викой и Темой». На втором рисунке, «Социограмма семьи», Арина в одном горизонтальном ряду изобразила кружками бабушку, отца, мать и себя. Ниже под своим кружком поместила кружки братьев отца и матери – подростков 15 и 12 лет. Рисунок показывал, что Арина считает отца обязательным членом своей семьи. Однако на вопрос, где сейчас ее отец, девочка ответила, что он – «на небе, теперь он Звездочка».

Психолог предложила Арине поговорить со Звездочкой-папой (задание «Разговор с папой») и на одном листе бумаги нарисовала землю и стоящую на земле девочку: «Вот ты здесь как будто на земле стоишь и разговариваешь с папой-Звездочкой». Потом на другом листе бумаги изобра-

зила небо и в небе звезду: «А здесь у нас с тобой будет небо и папа-Звездочка в небе».

Далее состоялся диалог дочери с отцом, который фиксировался психологом. Слова Арины записывались на листе, изображающем Землю (земной мир, мир живых), слова папы-Звездочки – на листе, изображающем Небо (небесный мир, мир умерших).

Психолог (П.): Вот ты тут, как будто на земле стоишь. Что ты хочешь сказать папе-Звездочке?

Арина (А.) (мгновенно, не задумываясь): Мой любимый папа, ты красивый, ты всегда меня любишь. Я по тебе скучаю. И ты мой любимый.

П.: Папа звездочка как будто слышит твои слова, слышит, что ты это говоришь (дословно по записи повторяет все то, что сказала Арина). Что папа Звездочка скажет с неба тебе в ответ?

А. (не задумываясь): Я тебя тоже люблю. Риночка, прости меня, я на небе. И Галля прости, и Вера прости, и бабушка Аня прости. Что я превратился в Звездочку.

П.: Папа Звездочка тебе отвечает (дословно повторяет «слова отца»). Ты ему что скажешь?

А.: Папа, я хочу, чтобы ты снова приснился мне ночью. Когда же ты прилетишь? И тапки привезешь? Я хочу тебя обнять. И не ругай меня, что я без тапок.

П. (повторив сказанное Ариной): А папа-Звездочка что на это скажет?

Арина не знает, что ответить.

П.: Папа-Звездочка с неба говорит: «Я тоже хочу тебя обнять. Но не могу»?

А.: Говорит: «Я тоже хочу тебя обнять, но не могу. Я от тебя письма буду ждать».

П.: Что ты ему ответишь?

А.: Я тебе письмо пишу.

П. (повторив все эти слова): Что он тогда скажет?

Арина не знает, что ответить.

П.: Он говорит: «Я на тебя с неба буду смотреть»?

А.: Я на тебя с неба буду смотреть. И добра тебе желаю.

П. (озвучив ее слова): Ты что ему в ответ скажешь?

А.: Я хочу тебя обнять и в щечку поцеловать. Ты меня любил.

П. (повторив ее слова): Еще папа-Звездочка что-то скажет тебе?

Арина не знает, что ответить.

П.: «Ты моя любимая дочка»?

А.: Ты моя любимая дочка. Машина сломалась, я с неба не могу уехать.

П.: У него машина сломалась, он с неба не может ехать! Что-то еще скажешь папе?

А.: Я тебя люблю.

Психолог еще раз прочла весь диалог, похвалила девочку и дала заключительное задание – сделать рисунок «Я такая довольная, такая счастливая». Арина изобразила собачку. С опорой на вопросы психолога рассказала, что ей подарят собачку по имени «Ласка». Она будет давать собачке «корм, мясо, кости». Будет гладить «по пузику, спинке, по головке». Говоря про собачку, раскраснелась, выглядела удовлетворенной и оживленной одновременно. Во время разговора психолога с Ариной мать и бабушка никак в него не вмешивались, но тихо плакали.

Психолог похвалила девочку за работу и с ней попрощалась. Далее состоялись индивидуальные беседы с матерью и бабушкой. Для обеих женщин в работе психолога с Ариной эмоционально значимым моментом оказался переход от задания «Разговор с папой-Звездочкой» к заданию «Я такая довольная, такая счастливая». Они полагали, что на последнем рисунке серии Арина изобразит возвращение отца с неба, а не собачку Ласку. Появление собачки убедило женщин, что девочка *поверила* в придуманную историю о том, что ее отец превратился в Звездочку, живет теперь на небе и не может обратно на землю приехать. Отреагировав в работе с психологом напряжение, связанное с отцом, девочка спонтанно переключилась на другие актуальные для нее темы.

Членам семьи был дан ряд рекомендаций. Разговаривать с Ариной об отце, когда у нее возникнет такая потребность. Повесить в комнате фотографию отца, чтобы в памяти сохранился его светлый образ. Не пугаться, если, вспоминая отца, девочка будет плакать, в этот момент ее обнимать, горевать вместе с нею. Постараться постепенно привести ее к мысли, что «папа превратился в звездочку и живет на небе, потому что умер». Летом в теплый солнечный день взять с собой на кладбище на могилу отца, положить цветы, вспомнить о папе, рассказать, как он ее любил, как потом умер, его похоронили, он превратился в Звездочку, улетел на небо, теперь там живет и оттуда смотрит на дочку.

Также было рекомендовано по возможности организовать общение Арины с подростками, братьями отца и матери, к которым она сейчас тянется и которых включила в социограмму семьи как ее значимых членов.

Обращение к психологу – по необходимости.

Данный пример показывает, как в ситуации стресса, связанного с внезапной и трагической смертью, родственники говорят 4-летней девочке, что отец больше к ней не придет, «он превратился в Звездочку и теперь будет жить на небе». Таким образом, для объяснения ребенку взрослые неосознанно используют религиозное представление о существовании двух

миров, земного и небесного, в которых раздельно существуют живые и умершие. На сеансе, в процессе интимного, доверительного общения, психолог укрепляет эту позитивную иллюзию, отобразив данные миры на рисунках и реализовав диалог между девочкой, находящейся в земном мире, и ее отцом-Звездочкой, оказавшемся в мире небесном. Девочка включается в совместную с психологом замещающую деятельность – воображаемый разговор с папой-Звездочкой. При этом она получает возможность реализовать свое запретное желание и поговорить с папой, в то время как в повседневной жизни это сделать невозможно. Разговор существенно снижает внутренне напряжение и стабилизирует эмоциональное состояние.

Такой воображаемый диалог можно рассматривать как своеобразный ритуал, который психолог целенаправленно разворачивает, регулируя уровень напряжения, активизируя глубинные переживания клиента и формируя у него особое состояние концентрированного внимания и возбуждения. Благодаря этому повышается внушаемость клиента, его подражательное поведение и импульсивность. Возникшее психическое состояние еще долго сохраняется, способствуя закреплению пережитых чувств, образов и идей. С психологической точки зрения любой ритуал – это не только форма коллективного общения и коллективных переживаний, но и процедура, с помощью которого можно воздействовать на значимые для человека объекты. Так, в траурных церемониях песни оплакивания как бы воплощают тяжелое чувство скорби и объединяют человека в скорби с другими, тем самым облегчая начальный этап выхода скорби из души страдающего [1].

Случай Николая. К психологу обратился Николай, 31 г. (юрист). Поводом для обращения стало самоубийство его отца. На первом сеансе клиент рассказал, что проживал в трехкомнатной квартире вместе с женой, сыном 2-х лет, отцом 55 лет, матерью 52 лет и бабушкой 77 лет. В соседнем доме жила семья младшего брата. В начале перестройки все родственники переехали в Санкт-Петербург из Кабардино-Балкарии.

Отец Николая, глава семейства, раньше по характеру был сдержанным, жену и детей любил, но нежностей не проявлял. До переезда работал в ГАИ, имел широкий круг знакомств, пользовался уважением. На новом месте занялся бизнесом, однако неуспешно. Стал раздражительным, депрессивным, скучал по прежней жизни, постоянно «копался» в прошлом. Пять лет назад перенес инфаркт, долго «не мог восстановиться». Потом себя «пересилил», стал председателем правления садоводства, строил дом на дачном участке.

Ситуация дестабилизировалась, когда умер дед Николая по линии отца. Дед и бабушка Николая около года назад переехали в Санкт-Петербург по причине ухудшения здоровья и стали жить с его семьей. Дед страдал от онкологического заболевания, в больницу его не взяли, и он тяжело умирал на глазах сына, внука и других родственников. Отец Николая болезненно переживал эту смерть, многое «перенес на себя», стал мнительным, пессимистичным: «Не дай Бог мне дожить до такого состояния». В последний месяц жизни отдалился от родственников, «загонял себя в тупик, принимал антидепрессанты, пил». Очень боялся старости. Дом торопился достроить: «Мне недолго осталось».

Три недели назад отец Николая днем ушел из дома, сказал жене, что в магазин. Через два часа позвонил: «Все, прощай». Мать бросилась к Николаю: «Хватай брата, езжайте в садоводство!». От дома до дачного кооператива езды – 30 минут. Сначала поехали в правление, потом на участок. Отца нашли застрелившимся в сарае. На верстаке лежали водительское удостоверение, документы на машину и записка: «Простите. Живите дружно, берегите друг друга...».

Николай: «Когда понял, что произошло, от злости орал: “Что ты сделал?”». Обида была за маму. Жалко было себя, брата, внуков. Чувство вины – надо было сразу ехать на участок, а не в правление, может, еще и спасли бы. Потом пришла печаль... Мать сейчас отвлекается на работу, меня успокаивает. Брат пошел к священнику... Я не могу понять: как он мог пойти на это? как мог так поступить со своими родными? Что мне делать сейчас, чтобы начать жить, как прежде? Как поддержать маму?».

Психолог провела экспресс-диагностику семейных отношений с помощью проективной методики «Семейная социограмма». По инструкции: «Нарисуйте, пожалуйста, в этом круге себя и других членов своей семьи в виде маленьких кружков» – Николай первоначально изобразил расширенную семью. В верхней части круга нарисовал в один ряд бабушку и умершего дедушку (родителей отца), под ними в одном ряду – своих отца и мать, под ними в один ряд – себя, жену и чуть в стороне – брата и его супругу, в самом нижнем ряду – внуков (сына и детей брата). Рисунок позволил выдвинуть две гипотезы: 1) семья Николая по своей структуре была патриархальной, 2) Николай не принял смерти не только покончившего самоубийством отца, но также умершего 7 месяцев назад деда.

По второй инструкции: «Теперь нарисуйте в круге только тех родственников, с которыми Вы сейчас проживаете вместе» – Николай в верхнем ряду изобразил мать и бабушку, под ними – себя и жену, ниже всех – сво-

его сына. Наибольшими по размеру кружками были изображены мать и бабушка. Рисунок позволял предположить, что после смерти деда и отца Николай воспринимает мать и бабушку как наиболее значимых членов семьи. Он делегирует им власть и, оставшись в семье единственным взрослым мужчиной, не принимает на себя роль главы семейства.

При совместном обсуждении социограмм для Николая важным стало осознание того, что он привык занимать в семье подчиненное положение, безоговорочно признавать авторитет отца и старших. Возврата к прежней жизни теперь быть не может, и это усиливает его депрессивные переживания и тревогу перед будущим.

На втором сеансе, через 10 дней, Николай рассказал приснившийся накануне сон: «Сидим вокруг стола. С одной стороны – я, брат, мать и моя жена. С другой – Он (отец). Вдруг я понимаю, что Он умер, задаю вопрос: “Как ты, папа?”. Он: “Сейчас у меня другая семья, другая жена, другие дети”. И я их вдруг вижу за столом, с его стороны. Один сын похож на меня.

Он: “Меня не ищите, я живу другой жизнью. Пришел с вами только попрощаться”. – Я: “Так мы же в сарае тебя нашли...”. Он: “Это инсценировка. Я живу с другой семьей”.

Психолог: Что этот сон для Вас означает?

Николай: Человек пришел попрощаться. Умер и ушел в другой мир, в другую жизнь. Остается вопрос: как мне жить дальше? как заменить его в тех отношениях, где он был участником?

Психолог попросила Николая нарисовать стол, за которым он во сне увидел членов семьи. Клиент в центре горизонтально расположенного листа бумаги изобразил овальный стол и разделил его вертикальной линией на равные левую и правую половины. В левой части рисунка над столом кружочком изобразил отца, рядом с ним, но в правой части, – мать. Далее в правой части рисунка ниже матери вокруг стола последовательно изобразил себя, брата, жену. На вопрос, где он во сне увидел другую семью отца, – пометил ее точками в отдалении от стола, в левой верхней части рисунка.

Психолог (П.): Похоже, Вам приснилось, что Вы, мать, брат и жена находитесь в одном мире, а умерший отец с его новой семьей – в другом мире. Если бы Вы могли задать из своего мира отцу вопрос, что бы Вы у него спросили? Пишите.

Николай (Н.) (пишет в правой части листа): Ты где?

П.: Отец как будто это слышит: Ты где? Что он на это отвечает?

Н. (пишет в левой части листа): В другой семье комфортно, понимают.

П.: В другой семье комфортно, понимают. Что Вы еще хотите спросить?

Н. (пишет): Ты в аду или в раю?

П. (озвучивает написанное): Что вам отец ответит?

Н. (после долгой паузы, пишет): Не в аду.

П. (повторяет написанное): Что еще хотите спросить?

Н. (пишет): Зачем ты это сделал, папа?

П. (повторяет написанное): Что он ответит?

Н. (пишет): Меня не понимали. В семье, на работе...

П. (озвучив написанные слова): Что в ответ скажете?

Н. Это не аргументы.

П. (повторяет): Что он ответит?

Н. (пишет): У меня свои аргументы.

П. (еще раз озвучив весь диалог): Что Вы еще ему хотите сказать?

Николай не может сформулировать мысль, видно, как его переполняют противоречивые чувства.

П.: Например, можно сказать, как Вам больно, тяжело, одиноко, печально без него. Как Вы его любили... Как сожалеете, что не понимали его переживаний и просите прощения.

Н. (пишет): Нам так без тебя больно.

П. (озвучивает эти слова и говорит): Что скажет отец, когда это услышат?

Н. (пишет): Простите меня. Берегите друг друга.

П. (повторяет его слова): Что Вы ему скажете?

Н. И ты нас прости. Прости меня, что я поехал в правление, а не на участок.

П.: (повторяет его слова): Что скажет отец?

Н. (пишет): Сочувствую вам.

П. (озвучивает эти слова): Еще что-то хотите спросить?

Н.: Как мы без тебя?

П. (озвучивает написанное): Что он ответит?

Н. (после паузы пишет): Придется взрослеть.

После завершения воображаемого диалога с отцом психолог рассказала Николаю, что человек может переживать два типа кризисов: в первом случае есть шанс разрешения ситуации и возвращения к прежнему образу жизни; во втором – разрешение кризиса требует кардинального изменения жизни, ее нового осмысления. Далее попросила сделать рисунки «Я до самоубийства отца» и «Я сейчас». На первой картинке Николай изобразил ромашку, на второй – кактус и объяснил возникшие у него образы. Ромашка – «красивая, вкусно пахнет, беззаботная», кактус – «серьезный, задумчивый, колючий».

Психолог нарисовала над кактусом солнце, тучку с дождиком и предложила вообразить, каким этот кактус станет в будущем. Николай изобразил тот же самый кактус, но уже большой, и дал ему характеристи-

ки: «спокойный, сильный заботливый, добрый». Психолог спросила, о ком заботится большой кактус, к кому проявляет доброту? Николай нарисовал на кактусе цветы, рядом – бабочку и ответил, что кактус на самом деле не колючий, а цветущий, на нем могут отдохнуть бабочки. Потом пририсовал, как на верблюде к кактусу подъехал «усталый путник», чтобы «спрятаться в тени и напиться кактусового сока...».

При совместном подведении итогов работы были акцентированы идеи, что отец сейчас «в другом мире», ему «комфортно с другой семьей», надо «уважать его аргументы». Николаю необходимо повзрослеть, научиться брать на себя ответственность за семью, ему опасно оставаться «беззаботной ромашкой», быть «цветущим, спокойным, сильным, заботливым кактусом» – для его будущей жизни состояние более адекватное. Больше клиент к психологу не обращался.

Данный пример иллюстрирует, как происходящий из патриархальной семьи клиент после самоубийства отца приходит в смятение, не понимая, как жить дальше. На сеансах у психолога в специально организованных условиях ему удастся сформулировать актуальные для себя вопросы, адресовать их умершему отцу, найти удовлетворяющие ответы, а также реализовать процедуры взаимного прощения и прощания.

Сон, который клиент увидел после смерти отца, обнаружил его веру в существование «другого мира». Этот мир во сне символизировала «другая семья отца», в которой один из сыновей был «похож» на клиента. Такое сновидение базируется на неосознанном представлении о смерти как рождении в новую жизнь, «где комфортно и понимают». Психолог использовала арт-терапевтические техники для условного разделения миров «живых» и «умерших», организовала и суггестивно направляла диалог между клиентом и ушедшим в «другой мир» отцом. Последующий «вывод» клиента из мира психотравмирующих переживаний в мир позитивного будущего укрепил его защитную иллюзию о благополучии отца в другом мире и оправданности «аргументов» уйти туда. Существенным моментом работы стало формирование у клиента установки на неизбежность взросления, необходимость принятия ответственности за себя самого и семью, что было реализовано с опорой на воображаемое предписание отца («придется взрослеть»). Важным техническим аспектом работы психолога с Николаем явилось использование письменной речи, которая создавала иллюзию безопасного выражения мыслей и чувств.

В обоих рассмотренных случаях психологическая коррекция отрицательных эмоций, связанных с переживанием утраты, была основана на це-

ленаправленном использовании механизмов психологической защиты: сублимации, катарсиса и отчуждения. Сублимация — это замена инстинктивного действия по реализации цели иным действием, которое не противоречит высшим социальным ценностям. Через рисунок и рассказ клиент на основе сублимации может отразить страх смерти, горе утраты, осуществить процедуру оплакивания и прощания. Катарсис — это защита, связанная с таким изменением ценностей, которое приводит к ослаблению влияния травмирующего фактора. Поскольку изменения в структуре ценностей происходят только под воздействием мощного эмоционального напряжения, постольку катарсис несет с собой очистительный эффект и облегчение. В процессе достаточно интимного арт-терапевтического разговора между фигурами «живого» и «умершего» такой диалог по механизму катарсиса, приобретает для реализующего его клиента форму исповеди. Это создает условия для разрядки самых глубоких и травмирующих переживаний. Через исповедь (покаяние) прошлое как бы стирается, вычеркивается, что в результате не только облегчает состояние человека, но делает его чище и добрее. Эффект исповеди достигается как результат повторного переживания поступков, воспринимаемых как «греховные», и осознания путей для совершения поступков «праведных». Создание психологом специальных условий для разговора «умершего» с «живым», их взаимного примирения и прощания несут клиенту утешение и надежду, тем самым стабилизируя его состояние.

Отчуждение — защитный механизм, связанный с отделением чувства от ситуации, отстранением «Я» от той части личности, которая провоцирует непереносимые переживания. Отражение на рисунках мира «живых» и мира «умерших» позволяет клиенту выйти за пределы психотравмирующей ситуации и взглянуть на нее со стороны. Тогда он может увидеть фигуры «живого» и «умершего» в разных «мирах», отделенными друг от друга. Диалог между этими фигурами, реализуемый клиентом и озвучиваемый психологом, укрепляет веру в то, что «умерший» теперь в одном мире, а «живой» — в другом. «Умершему» в его мире комфортно, он любит живого, желает ему добра, прощает, просит простить и т. д. Ответные слова прощения и благодарности в адрес «умершего» порождают у клиента состояния утешения и надежды. Так на основе разделения когнитивных и эмоциональных элементов переживаний инициируется процесс постепенного отсоединения переживающего утрату клиента от значимой фигуры из прошлого — его «психического двойника».

Заключение

Целью данной статьи явилось теоретическое обоснование и эмпирическая проверка авторских техник оказания краткосрочной кризисной психологической помощи по совладанию с переживанием утраты близкого с опорой на психологию веры. По мнению авторов, в кризисной ситуации психологическая интервенция должна быть направлена на стабилизацию эмоционального состояния, укрепления личностных ресурсов клиента путем усиления или перестройки некоторых форм его психологической защиты для формирования позитивных иллюзий.

Веру можно рассматривать как связующее звено между наукой и религией. Состояние веры позволяет человеку безоговорочно принять какие-либо сведения, события или собственные представления, которые в дальнейшем могут стать основой его «Я» и определять ряд его поступков, суждений, отношений. Такие глубинные изменения возможны вследствие того, что принадлежность к некоей вере позволяет активизировать у личности определенные представления, нормы, традиции и принятые образцы поведения. Такая активизация имеет особое значение для изменения отношения человека к смерти. Принятие в ситуации переживания утраты на веру ряда представлений и умозаключений создает для психики массивную защиту, позволяющую выдержать испытание без разрушения личности.

В статье представлены два клинических примера, показывающих, как целенаправленное использование арт-терапевтических техник условного разделения миров «живых» и «умерших», построение направленного суггестивного диалога между клиентом и умершим близким с последующим переводом клиента в мир позитивного будущего укрепляют веру (защитную позитивную иллюзию) клиента в существовании умершего в другом мире и тем самым способствуют отсоединению от него.

Литература

1. Грановская Р.М. Психология веры. – 2-е изд., перераб. – СПб. [и др.] : Питер, 2010. – 480 с.
2. Грановская Р.М. Психологическая защита. – 2-е изд. – СПб. : Речь, 2010. – 472 с.
3. Мельникова А. Язык и национальный характер. – СПб. : Речь, 2003. – 317 с.
4. Никольская И.М. Кризисная психологическая помощь детям и психологическая защита // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2012. – № 1. – С. 97–104.
5. Никольская И.М. Кризисная психологическая помощь в совладании с переживанием утраты // Психология стресса и совладающего поведения : мате-

риалы III междунар. науч.-практ. конф. – Кострома : КГУ им. Н.А. Некрасова, 2013. – Т. 2. – С. 202–204.

6. Никольская И.М. Метод серийных рисунков и рассказов в кризисной психологической помощи / Оказание психологической и психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях : учеб. пособие / Агазаде Н.В., Никольская И.М., Добряков И.В. [и др.]. – Бишкек : Папирус-Print, 2013. – С. 310–339.

7. Психология : словарь / под ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Политиздат, 1990. – 494 с.

8. Антоний Сурожский, митрополит. Что делать у постели умирающего? – СПб. : Сатисъ, 2005. – 32 с.

9. Философский энциклопедический словарь. – М. : Инфра-М, 1999. – 576 с.

10. Фрейд З. Печаль и меланхолия / Основные психологические теории в психоанализе. Очерк истории психоанализа : сборник. – СПб. : Алетейя, 1998. – С. 211–231.

Nikolskaya I.M., Granovskaya R.M. Psikhologiya very kak osnova krizisnoy psikhologicheskoy pomoshchi v sovladanii s perezhivaniem utraty [Psychology of faith as the basis for crisis psychological assistance in coping with bereavement]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 1. P. –39–58.

Abstract. Theoretical and empirical justification of author's approach to short-term crisis psychological assistance for coping with bereavement from a position of faith are presented. On the analysis of clinical cases, art-therapy techniques strengthening psychological defence of the client, such as “division of the worlds” and “the directed suggestive dialogue” are reviewed.

Keywords: psychotherapy, bereavement, short-term crisis psychological assistance, psychology of faith, division of worlds, directed suggestive dialogue.

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov,
(191015, Russia, Saint-Petersburg, Kirochnaya st. 41)

Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine,
EMERCOM of Russia

(194044, Russia, Saint-Petersburg, Academica Lebedeva Str., 4/2)

Nikolskaya Irina Mihailovna – Dr. Psychol. Sci., Prof. of the North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (191015, Russia, Saint-Petersburg, Kirochnaya st. 41), e-mail: imm_mapo@inbox.ru;

Granovskaya Rada Mihailovna – Dr. Psychol. Sci., Prof. of the Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (194044, Russia, St. Petersburg, Academica Lebedeva Str., 4/2), e-mail: rada-gran@yandex.ru.

References

1. Granovskaya R.M. Psikhologiya very. Sankt-Peterburg. 2010. 480 p.
2. Granovskaya R.M. Psikhologicheskaya zashchita. Sankt-Peterburg. 2010. 472 p.
3. Melnikova A. Yazyk i natsional'nyy kharakter. Sankt-Peterburg. 2003. 317 p.
4. Nikolskaya I.M. Krizisnaya psikhologicheskaya pomoshch' detyam i psikhologicheskaya zashchita. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskije problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh* [Medical-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2012. N 1. P. 97–104.
5. Nikolskaya I.M. Krizisnaya psikhologicheskaya pomoshch' v sovladanii s perezhivaniem utraty. Psikhologiya stressa i sovladayushchego povedeniya. Kostroma. 2013. Vol. 2. P. 202–204.
6. Nikol'skaya I.M. Metod seriynykh risunkov i rasskazov v krizisnoy psikhologicheskoy pomoshchi. Okazanie psikhologicheskoy i psikiatricheskoy pomoshchi pri chrezvychaynykh situatsiyakh. Agazade N.V., Nikolskaya I.M., Dobryakov I.V. [et al.]. Bishkek. 2013. P. 310–339.
7. Psikhologiya / Eds. A.V. Petrovskiy, M.G. Yaroshevskiy. Moskva. 1990. 494 p.
8. Surozhskiy A. Chto delat' u posteli umirayushchego? Sankt-Peterburg. 2005. 32 p.
9. Filosofskiy entsiklopedicheskiy slovar'. Moskva. 1999. 576 p.
10. Freyd Z. Pechal' i melankholiya. Osnovnye psikhologicheskije teorii v psikoanalize. Ocherk istorii psikoanaliza. Sankt-Peterburg. 1998. P. 211–231.

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.9

А.Н. Алехин, О.А. Литвиненко

ПРОБЛЕМА ИДЕНТИЧНОСТИ: ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ *

Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена
(Россия, Санкт-Петербург, набережная реки Мойки, д. 48)

Представлены результаты теоретического анализа данных, полученных при исследовании содержания психотических переживаний больных в дебюте шизофрении, воспитывавшихся в различных социокультурных условиях. Отражены специфические особенности обнаруженного феномена патоморфоза содержания бредовых идей и апперцепции в разных группах исследованных больных. Показана несостоятельность его объяснения теорией личности, Я-концепции, самооценки в силу их искажения при шизофрении. Представлена попытка формулировки концепта, способного означить исследуемый феномен. Проанализировано содержание психотической продукции через концепт идентичности, представленный в философском дискурсе, связанный с фигурой Другого, посредством которого актуализируются освоенные в детском возрасте социокультурные практики деятельности и отношений. Приведено обоснованное разделение понятий идентичности и идентификации.

Ключевые слова: клиническая психология, личность, идентификация, идентичность, шизофрения, бредовые идеи, апперцепция, социальная культура, условия развития, дискурс «Другой».

Введение

Данные, полученные при анализе содержания различных аспектов поведения больных при психотическом дебюте, представленные в предыдущей статье «Психологические аспекты клинического патоморфоза пси-

*Исследование выполнено при поддержке гранта РГНФ № 13-06-00270.

Алехин Анатолий Николаевич – д-р мед. наук, проф., зав. каф. клинич. психологии и психол. помощи Рос. гос. пед. ун-та им. А.И. Герцена (191186, Россия, Санкт-Петербург, Набережная р. Мойки, д. 48, корп. 11), тел. (812) 312-07-22, e-mail: termez59@mail.ru;

Литвиненко Ольга Андреевна – аспирант Рос. гос. пед. ун-та им. А.И. Герцена (191186, Россия, Санкт-Петербург, Набережная р. Мойки, д. 48, корп. 11), e-mail: olitvinenko@mail.ru.

хотических переживаний» [1], позволяют думать о том, что условия социокультурной ситуации, в которых происходит формирование личности человека, отражаются и фиксируются в формирующихся психологических отношениях, проявляясь при заболевании в психопатологической продукции. Актуальной задачей клинической психологии становится формулирование концепта, способного означить психологические образования целостной личности, проявляющие себя в этих феноменах.

Содержание психопатологических феноменов и личность человека

Согласно культурно-исторической теории психического развития и формирования личности, во взаимодействии с обществом в лице воспитателей ребенок усваивает – интериоризует – средства культуры, что и предопределяет формирование личности в онтогенезе. С позиций этой теории личность рассматривается как особое качество индивида, обретенное в процессе социализации и направленное на овладение общественным поведением [6]. Л.С. Выготский указывает на то, что личность имеет более узкий смысл, чем в обыденном словоупотреблении, и он не относит к ней «всех признаков индивидуальности, отличающей ее от ряда других индивидуальностей, составляющих ее своеобразие», а ставит «знак равенства между личностью ребенка и его культурным развитием... Личность охватывает единство поведения, которое отличается признаком овладения» [6]. Осваивая общественные требования и ожидания, ребенок постепенно научается такому поведению, которое одобряется и разделяется его ближайшим окружением, и это обеспечивает ему место в этом обществе и статус «нормального», «полноценного». Собственные желания ребенка не играют в этом процессе значимой роли, задачи выдвигаются социумом, и «из множества природных задатков, которыми обладает новорожденный малыш, социум... пунктуально отбирает и развивает те, которые необходимы для выполнения определенных социальных функций, а также по возможности блокирует те потенциальные возможности ребенка, которые не вписываются в особенности социальной игры, распространенные на данной территории, в данный исторический период времени, на данном уровне социальной решетки» [10].

В работах авторитетных ученых в области психологии – Б.Г. Ананьева, С.Л. Рубинштейна и мн. др. – «личность» рассматривается одновременно с разных позиций: с одной стороны, как понятие, обобщающее все свойства и характеристики человека, с другой – как «общественный индивид, в ха-

рактических характеристиках которого наиболее полно раскрывается общественная сущность человека» [3]. При этом личность неизменно анализируется в системе взаимодействия с обществом и функционирования в рамках общества.

Если речь заходит о психическом расстройстве, то главным образом говорят о нарушении личности вследствие болезненных процессов, что в психопатологии означает такими терминами, как изменение преморбидной личности, расстройство личностного функционирования, личностный дефект, в исходе – распад личности. Все подобные обозначения указывают на нарушение способности к адекватному социальному поведению, неспособность мыслить и действовать согласно принятым в данной социальной среде требованиям или ожиданиям. Так, С.С. Корсаков, рассуждая об уменьшении цельности личности, или так называемом распаде личности, считал, что «цельность личности представляет собой то, что мотивы и действия человека однородны, находятся в полном соответствии между собой. И в здоровом состоянии цельность личности не у всех людей одинакова... при душевных болезнях... вообще значительно страдает... Мало проявляет себя та сила, которая объединяет различные стремления; иерархия высших принципов у больных чрезвычайно сильно падает...» [9].

Б.В. Зейгарник к нарушениям личности относит формирование патологических потребностей и мотивов, нарушение саморегуляции и опосредования, нарушения структуры иерархии мотивов, смыслообразования, критичности и спонтанности поведения [7]. С позиций патопсихологии и методов, которыми исследуются нарушения личности, можно заключить, что сохранность личности определяется тем, насколько человек способен в своем поведении соответствовать общепринятым нормам поведения. Используемые методы оценки и анализа результатов, как правило, также связаны с процессом их сравнения с данными результатов среднестатистической выборки людей без так называемых личностных нарушений. Все это лишь подчеркивает, что личность является социальным производным, выступает образованием, обеспечивающим адаптацию к социуму. Говоря об адаптации, «мы имеем дело со сложным поведением, структурированным в соответствии с требованиями социальной среды. Это поведение подкрепляется и внутри себя самого обеспечивается различными структурами: мировоззренческим, когнитивным базисами поведения, мировосприятием (апперцепцией)» [10]. Поведение больного, в том числе и социальное, принимает формы и содержание, отражающие искажения его апперцепции, диктующей новые правила социального существования, к которым он приспособливается. Бредовые переживания, нарушения чувственного познания

определяют наблюдаемое поведение больного, которое тем не менее является следствием приспособления к болезненно измененной «реальности».

При том что социальное поведение больного шизофренией неизбежно страдает, наличие социокультурного контекста условий формирования его личности в таком поведении свидетельствует о функционировании в психической системе элементов, не затронутых болезненным процессом, интактных ему, но проявляемых в нем.

Концепт, пригодный для обозначения таких элементов в теориях личности, недостаточно разработан. Такие понятия, как Я-концепция, самоотношение, самооценка, самосознание и т. д., предполагающие процессы оценки особенностей реагирования, взаимодействия, отношений и т. д., не адекватны рассматриваемому феномену, поскольку именно эти процессы, определяющие критичность мышления, страдают при психозе в первую очередь. И, как пишет М. Фуко, «каким бы ясным ни было сознание больного... он не достигнет той умозрительной дистанции, которая позволила бы ему, отбросив себя самого, схватить болезнь как происходящий внутри него объективный процесс» [15]. Следует думать, что искомые элементы, транслирующие социокультурный отпечаток условий развития больного, не осознаваемы, проявляются безотчетно и означивание их психологическими категориями «личность», «Я-концепция», «самоотношение», «самооценка» было бы упрощением.

Понятие идентичности

В философии, а вслед за ней в социологии, психологии и других науках выделяется понятие идентичности. Одним из самых известных в психологии является представление об идентичности Э. Эриксона. Позже, но также в рамках психодинамического направления, Дж. Марсия, Е. Крочетти и другие исследователи расширяли психологический концепт «идентичность» человека, но представляли его как обозначение совокупности представлений человека о себе, включающую «Эго-аспект» и «Я-аспект» [16], как бессознательную борьбу за непрерывность или как синтез Эго.

Другое представление об идентичности формулируется в рамках психологии телесности. В частности, Е.И. Рассказова, А.Ш. Тхостов предлагают включать в ее границы «любые объекты, являющиеся системообразующими для "Я" и которые человек воспринимает как контролируемые, управляемые и предсказуемые, что приводит к переживанию самоидентичности и стабильности себя и мира» [18]. В.А. Колотаев, Е.В. Улыбина предлагают стадиальную модель развития идентичности, согласно которой

«каждому этапу развития в онтогенезе соответствует тип и способ отождествления с социокультурным феноменом (именем, полом, возрастом, местом национальностью, гражданством, социальной ролью и т. п.)», а идентичность «эволюционирует, развивается от примитивного состояния неосознанного отождествления с социальными феноменами до способности самостоятельно конструировать образ себя». В соответствии с этим авторы выделяют протоидентичность, репродуктивную, продуктивную и метапродуктивную стадии формирования идентичности [8].

В рамках социологической науки проблематика идентичности разрабатывалась представителями символического интеракционизма – Дж. Мидом и Ч. Кули, которые разделяли опознаваемую и неосознаваемую составляющие идентичности, где «неосознаваемая базируется на неосознанно принятых нормах, привычках... Опознаваемая же идентичность возникает, когда человек начинает размышлять о себе, о своем поведении» [16]. При всем разнообразии рассматриваемых концептов, означающих идентичность, их объединяет констатация некой неосознаваемой части идентичности, наряду с осознаваемой. Кроме того, все авторы согласны с тем, что идентичность может претерпевать изменения в процессе жизни.

Взгляд на идентичность в философии тесно связан с понятиями «индивидуальное» («отличность в своей единичности», «индивидуальность», «личность»), а также с конституированием в европейской традиции дискурсов «различия», «инаковости», «аутентичности» и «Другого». М.М. Бахтин сформулировал идею вневходимости человека, согласно которой подлинное «Я» всегда обнаруживается в точках несовпадения человека с самим собой, в его идентификациях с «Другим». Сознание личности, мышление и идеи существуют не в изолированном индивидуальном мире, а формируются и развиваются в диалогических отношениях с другими, «чужими» мыслями и идеями и, следовательно, интерсубъективны в своем генезисе. Мир, по Бахтину, – это фактически мир «Других». «Само бытие человека – это непрерывный диалог с "Другим"» [4]. Представитель философии диалога М. Бубер рассматривает «Другого» в разных ипостасях: «1) Другой как посторонний, чужой, носитель угрозы; 2) Другой как партнер по коммуникации, необходимое звено диалога и самоидентификации; 3) Другой – во мне» [5]. Ж. Лакан, рассматривая идентичность, предлагает искать то, что определяет субъективность вовне, признать, что «Я» – это «Другой». Субъект конституирует свою идентичность, идентифицируясь с образом «Другого», который удерживает в нем чувство себя как такового и собственной целостности. «Другой существует в моей субъектив-

ности, он, собственно, конституирует ее, но для меня он не "представим": он существует как фантом моего сознания, как "слепое пятно", как некий разрыв в тотальной целостности моего "Я", как обнаруживаемая нами пустота и понимание того, что "Я" ограничено и не тотально, как "то, что на нас смотрит"» [11].

М. Мерло-Понти в работе «Феноменология восприятия» утверждает: «Никакое отношение причинности между субъектом и его телом, его миром и его обществом неосознаваемо» [13]. Обращаясь к себе самому, человек «смутно предвидит некий анонимный поток». Автор наделяет идентичность ощущением «присутствия в себе самом». Все идентификации человека рассматриваются им как его квалификации, и там, где речь идет об идентичности, автор предлагает представить себя вне своих квалификаций. Эти квалификации Мерло-Понти определяет как «цену которую человек платит, чтобы быть в мире, в котором он живет, формальностью, идущей из себя» [13]. Квалификации, о которых идет речь и являются личностью человека, теми ролями, которые человек осваивает для того, чтобы быть адаптированным в обществе. А идентичность, и мы так полагаем, есть то, что остается в результате элиминации этих квалификаций. Философский концепт идентичности сформулирован более развернуто, нежели психологический.

С позиций «Философии психологии» [11], представленной в качестве методологического инструмента для целостного знания о человеке и его знании о мире, изучающей феномен работы психологического аппарата человека, рассмотрена целостная психическая структура человека, заключающая в себе не только личность (набор ролей), но и более глубокий слой психической организации (индивидуальные отношения, идентичность). В рамках данной методологии определены внутренние контуры, условно разграничивающие психическую организацию. Весь спектр межличностных отношений укладывается в три позиции, к ним относятся «Я-отождествленные», «Я-неотождествленные» роли и индивидуальные отношения. Под «Я-отождествленными» ролями понимаются те роли, которые человек не осознает, которые ему не нужно обдумывать и оценивать, которые он отыгрывает без противоречий, практически не осознавая и часто искренне считая, что в них выступает он сам как есть. «Я-отождествленная роль представляет собой некий условно-рефлекторный комплекс, актуализируемый соответствующей ситуацией (межличностными отношениями), это неосознаваемые поведенческие реакции, которые представляются человеку «естественными» в данной ситуации» [10].

Напротив, «Я-неотождествленные» – это те роли, которые вызывают дискомфорт и требуют специальной когнитивной обработки, их обоснования для себя. Они могут вызывать нежелание их «исполнять», или, как минимум, возникновение сомнения об их уместности, обдумывания, взвешивания «за» и «против» перед принятием решения. При включении в них у человека «возникает элемент осознанности, то есть такое поведение не "выскакивает" автоматически при формировании стимульной ситуации (непосредственные отношения), но производится с непосредственным участием целенаправленных когнитивных процессов, иными словами, существует элемент целеполагания, осознанной целесообразности, преследуются какие-то дополнительные цели, кроме поведенческой активности самой по себе, которая... всегда наличествует и обеспечивается "Я-отождествленными" ролями» [10]. Оба вида ролей относятся к личности человека, так как личность социальными ролями и определяется. В формировании такой структуры личности важную роль играют процессы идентификации, в результате которых усвоенные роли становятся частью идентичности, так как в системе ролей ее структурные элементы не герметичны, проникновение и взаимообмен этих элементов составляют содержание процессов формирования личности в онтогенезе.

Индивидуальные отношения, рассмотренные в триаде позиций межличностных отношений в «Философии психологии», понимаются не как уникальность, а как отличность, одновременно являются и отношением, и совпадением с самим собой, потому рассматривать индивидуальные отношения как ролевое поведение нельзя, они не являются даже поведением в прямом смысле этого слова. «Индивидуальные отношения несодержательны, а потому неопределимы, они само существование, предшествующее всякой реальности» [10], и они по сути своей ближе всего к тому, что схватывается понятием идентичность.

В современной психологии анализ понятия идентичности ведется во многих работах, тем не менее на данном этапе сложилась такая ситуация, в которой идентичность и идентификация неразличимы. Разными авторами используется то одно, то другое из этих понятий в одном и том же значении, что свидетельствует об отсутствии закрепленного научного представления о них, и это требует более четкого разграничения.

«Идентичность» в переводе с позднелатинского – тождественный, одинаковый, с английского – тождество, подлинность. Подлинность определяется как несомненность, аутентичность, достоверность. Документ, скопированный на аппарате «Хегох», будет не принят инстанциями, тре-

бующими подлинник, и распознан по определенным признакам как копия. Представим подлинность на примере произведений искусства – подлинника и подделки картины. Оба произведения могут быть практически неотличимы, неопытный глаз может никогда не увидеть разницы. Но искусствовед, специализирующийся на работах данного художника или данного этапа в истории искусства, отличит подделку, как бы хорошо она ни была выполнена, а это значит, что почерк художника (шарлатана) всегда останется на холсте. С другой стороны, подделка, написанная шарлатаном, является подлинником этого шарлатана, ибо она написана его рукой и его рукой созданы те изъяны, которые позволят опытному глазу искусствоведа заявить, что полотно не является подлинным.

Отсюда предварительные выводы: во-первых, не может быть тождественных идентичностей, каждая идентичность подлинна только себе. Во-вторых, все, что исходит от идентичности, несет в себе ее отпечаток, ее сущностные черты. В-третьих, поведение человека не является в этом контексте исключением (актер, которого мы распознаем в разных ролях, проявляет свою идентичность, несмотря на то что он может быть загримирован до неузнаваемости, играть разные роли, представляться в разных ампулах и т. д.).

Идентичность в науке часто определяют как переживание своей принадлежности к различным социальным, расовым, национальным, профессиональным и другим группам, то есть это – распознавание наличной принадлежности и переживание на этот счет. Таким образом, подобные определения представляют идентичность как осознаваемый процесс, что расходится с представлением об идентичности как о досознательной, сущностной ипостаси человека. При этом процесс распознавания своей принадлежности как раз представлен в самом переводе другого термина – «идентификация», который мы рассматриваем как один из механизмов формирования идентичности.

Идентификация (от англ. identification) – отождествление, опознавание, распознавание – это те признаки, которые использует для себя человек, когда сравнивает свои наличные приметы и ощущения со всевозможными предложенными в социуме группами и определяет свое место среди них. Здесь мы говорим о признаке определенного человека, который встречается у других людей в какой-либо группе и о процессе сравнения и, на его основе, распознавания.

Пример, иллюстрирующий отличительный критерий идентификации и идентичности, приведен У. Джеймсом: врач вынужден входить в чумной

барак, так как его профессиональная идентификация это подразумевает [18]. Идентичность же большинства врачей в этот момент может требовать совершенно противоположных действий. Другой вопрос, что выберет врач: действовать в согласии со своей идентичностью или исполнять долг в согласии с идентификацией, если они не совпадают. Или когда офицер закрывает снаряд своим телом, спасая роту. Такое решение, безусловно, соответствует идентификации офицера, несущего ответственность за солдат, но необязательно соответствует его идентичности.

Таким образом, определяя концепты «идентификация» и «идентичность», следует фиксировать выделенные критерии: идентификация представляет собой процесс сличения, сравнения, распознавания своих признаков и присоединения к данной группе людей, в которой они имеются. Идентификация не всегда подчинена истинному побуждению, подлинной сущности. Идентичность может не соответствовать идентификации, как в приведенных выше примерах. Но, что более важно, идентичность – это не переживание личности относительно своей принадлежности к социальному типу, а скорее побуждение, направленность, составляющие его истинную сущность. Идентичность определяет такие отношения человека, в которых невозможно продумывание, игра, постановка цели, планирование поведения. Это скорее матрица для такого поведения, некая досодержательная форма всех возможных отношений. Это «одновременно и отношение, и совпадение с самим собой...» [10].

Напротив, идентификация всегда будет связана с Я-отождествленными ролями, когда одна из многообразных представленных в обществе социальных моделей суждений и поведения представляется и ощущается человеком наиболее подходящей в его жизнедеятельности.

Исходя из данных выводов, распространенное представление об идентичности как о наборе идентификаций, которые человек накапливает в течение жизни и которые являются единицами идентичности, не совсем справедливо. Внутренняя неразрывность и подлинность самому себе может отчетливо переживаться человеком, но при этом отнюдь не обязательно, что это служит основанием для отождествления себя с какой-либо группой. Идентификация с группой и определяемое этим социальное поведение человека лишь выполняют определенную, например адаптивную, функцию, позволяющую ему избежать ответственности или стигмы.

Предложенная с позиций «Философии психологии» структура психической организации, образованная посредством двух выделенных процессов – осуществление (процесс существования сущности) и овеществле-

ние (обретение сущностью содержательной формы – ее Я-отождествленные и Я-неотождествленные роли), состоит из: «1) сущности (центра), 2) осуществляющейся сущностью – индивидуальностью–инаковостью (внутренним контуром), 3) средним контуром (Я-отождествленные роли) и 4) внешним контуром (Я-неотождествленные роли) [10]. Появление Я-отождествленных ролей выступает уже процессом идентификаций человека, который считает необходимым причислить или интуитивно причисляет себя к той или иной модели функционирования в обществе, предложенной самим обществом. Таким образом, идентичность здесь сконцентрирована в центре и овеществляется в индивидуальности–инаковости, после чего ее влияние уменьшается, так как дальше задействуются механизмы когнитивной переработки информации о своей принадлежности.

Итак, идентичность – это подлинность, подлинная сущность, некая внутренняя субстанция человека, которая окрашивает все отношения личности, с той или иной интенсивностью проявляясь в его поведении. Таким образом, подлинность в контексте идентичности человека можно рассматривать как некий внутренний механизм, нечто вроде активного (или пассивного) субъекта, направляющего личность человека и сопровождающего все его действия. Это нечто устойчивое, целостное и далее неразложимое, что переживается всегда и вне зависимости от состояния и событий, происходящих с человеком. Это являет себя в переживании, и психотическое переживание не является исключением. Опыт показывает, что, несмотря на очевидную типологию патологических состояний психической деятельности, индивидуальная картина болезни всегда уникальна и всегда отличается от другой. Логично предполагать, что идентичность и придает все своеобразие индивидуальной картине болезни при манифестации шизофрении.

Становление идентичности

С позиций культурно-исторической концепции психического развития и философской антропологии, где идентичность рассматривается как внутренняя субстанция, связанная и оформленная влиянием значимого «Другого», процесс становления идентичности можно представить следующим образом.

На ранних доречевых стадиях психического развития первичный образ тела, себя у ребенка отсутствует, само тело не представлено еще в целостности, и малыш постепенно знакомится с его частями (пальцами, руками, ногами...). Взаимодействие ребенка и взрослого основано на подражательных действиях ребенка. В возрасте около года возникает важная со-

циальная способность: поиск одобрения у взрослого за выполнение даже простого двигательного акта. Формирующийся зыбкий дискурс «Другого» здесь можно представить как «я произвожу определенный жест – мама улыбается» и т. д.

Ребенок начинает говорить, первые детские слова многозначны, т. е. относятся не к одному, а к ряду предметов, а взрослый начинает конкретизировать и уточнять, следовательно, формировать его представление о предметах и ситуациях в соответствии с общепринятыми в данной культуре. Так транслируются социокультурные категории.

«Невозможность обойтись во взаимодействии с предметами без взрослого ставит ребенка перед необходимостью еще более интенсивного общения с ним» [14]. Таким образом, механизмы подражания, повторение и уточнение общепринятых в данной культуре категорий, понятий, моделей отношений между людьми, социального поведения, подкрепляясь взрослым, фиксируются посредством повторения и интериоризируются, становясь частью внутреннего опыта. Ребенок научается представлять и действовать под влиянием накапливаемых памятью образов и представлений. Эти представления сами детерминированы взрослым и способствуют формированию образа «Другого», когда ребенок проигрывает в уме ситуации интеракций и прогнозирует их последствия. Совершая действие, ребенок так или иначе предполагает реакцию взрослого, и, поскольку целью поведения является одобрение (избегание наказания), формируется поведение, обеспечивающее такой результат – адаптивное поведение.

На этот же период формирования личности приходится описанная Ж. Лаканом «стадия зеркала», когда ребенок связывает между собой разрозненные, фрагментарные переживания собственного тела в целостный образ. Образ тела является структурирующим моментом идентичности субъекта.

Как указывает И.С. Кон, самая первая категория, в которой ребенок осмысливает собственное «Я», – это половая принадлежность, так как внешние признаки пола новорожденного обозначают для взрослых «программу» его восприятия и их отношения к ребенку (в духе какой половой роли – мужской или женской – он должен воспитываться), это усваивается ребенком. В последующем эмоционально-когнитивное осознание себя как человека определенного пола уже обусловлено нормами и обычаями соответствующего общества и культуры. Первичная половая идентичность, т. е. знание своей половой принадлежности, формируется у детей в возрасте от 1¹/₂ до 3 лет.

Под присмотром родителей ребенок по большей части соответствует их ожиданиям, и даже вне поля зрения взрослых, в силу интериоризации их ожиданий, формирующийся внутренний дискурс «Другого» включает их требования и ожидания. Можно сказать, что правила и требования закрепляются, «оседают», и в дальнейшем многие из них выполняются автоматически, неосознанно, а «Другой» в этом отношении выполняет роль рефлексора, что тоже не обязательно осознается. Таким образом, идентичность ребенка соотносится с ожиданиями значимого «Другого» и уже в соответствии с ними начинает оформляться.

До тех пор пока окружение ребенка невелико, описанные процессы формируют образ «Другого» в рамках представленных правил и условий поведения ближайшего окружения, семьи. Взрослые обладают абсолютной властью над ребенком, их ожидания становятся одной из главных характеристик «Другого». Но по мере того как социальный круг расширяется, ребенок идет в детский сад, выходит во двор, – увеличивается и количество «других» вокруг него. Ребенок оказывается в ситуации, когда требований и ультиматумов становится больше, кроме того, они могут противоречить одни другим. Но и без наблюдения взрослого в новой социальной группе ребенок может оперировать только теми моделями поведения, которые были интериоризированы в семейном кругу, ибо других у него нет. «Невозможность действовать как взрослый в реальном плане, невозможность реализовать желание в самостоятельном социальном поведении обуславливает появление деятельности в плане воображения» [16]. Так возникает игра, в которой дети реализуют взятые на себя роли взрослых, проигрывают отношения между ними, выражающиеся в разнообразных реакциях, замечаниях, посредством которых регулируется весь ход игры и попутно закрепляются модели деятельности и отношений данного общества на данном историческом этапе. Это формирует и укрепляет позицию «Другого», а именно позицию всего общества, всего коллектива, частью которого является в этот момент ребенок. При этом «в каждом обществе существуют свои актуальные тематики, эти темы и проблематизируются в сложной структуре общественного сознания... Представители общества, в котором проблематизируются вопросы нравственности, сексуального поведения и т. п., будут отличаться от представителей общества, в котором проблематизируются вопросы прав человека, экологии и т. п.» [10]. Так формируются общая тематика и частные санкции «обобщенного другого», который в дальнейшем продолжает сопровождать человека, но уже не осознается или осознается не явно.

Так как «Другой» определяет условия, правила, нормы поведения, соответствующий дискурс соткан из оценочных суждений. По свидетельствам экспериментов Ж. Пиаже, на разных возрастных этапах у ребенка эволюционируют формы ответственности, уважения, равенства, справедливости. Обобщая его наблюдения, можно заключить, что лишь до семилетнего возраста ребенку необходимо подтверждение «морально совершенного» взрослого, следовательно, в 8 лет эту функцию начинает выполнять уже интериоризованный «Другой» – «Другой», ставший «Я». Формирование дискурса «Другого» в ребенке происходит до 8 лет активно и быстро, ребенок податлив, конформен, его установки, мнения, восприятия, поведение формируются в соответствии с принятыми в культуре, господствующими в данном обществе.

Приблизительно с 6 до 11 лет у ребенка усиливается эгалитаризм (равенство), а в 11–12 лет уже преобладает потребность в равенстве. Это может свидетельствовать о том, что безусловная вера в правоту взрослого в любых ситуациях, его абсолютное моральное совершенство подвергаются сомнению, ребенок уже находит определенные точки опоры в своем сформировавшемся дискурсе «Другого», и реальность не представляется ему больше в виде «некоего эфемерного образа». В психологических отношениях ребенка уже систематизируется определенный опыт вхождения и поведения в разных группах. Он уже без конкретного взрослого, с опорой лишь на образ «Другого» способен представлять и прогнозировать ситуации лучше или хуже.

Следовательно, идентичность ребенка уже оформилась настолько, чтобы ощутить себя частью мира, частью общества, в котором он живет, частью образа жизни, к которому он готов, и он требует справедливости и равенства.

Нет оснований утверждать, что в этот период сформировалась личность, что ребенок социализировался, то есть освоил весь необходимый для полноценного функционирования в обществе репертуар социальных ролей. Однако результатом этого этапа формирования становится обретение чувства равенства, уважения, которые были бы невозможны без дискурса «Другого». Я и другой становятся системообразующей осью сравнения и оценок, только так ребенок ощущает, что кто-то заслуживает уважения и что не только он самый главный, самый лучший, самый умный, по является чувство справедливости.

Таким образом, можно заключить, что к этому возрасту формируется идентичность, которая предопределяет усвоение социальных правил, сте-

реотипов поведения, обеспечивающих социальную адаптированность ребенка, то есть формирование его личности. Вероятно, то, что составило эту идентичность, транслируется автоматически, является достаточно устойчивой структурой и сопровождает человека на протяжении жизни, выражаясь в любой его деятельности неявным оттенком, стилем. И мы предполагаем, что в психотических переживаниях идентичность как такое устойчивое образование должно проявиться.

Идентичность и содержание психопатологических феноменов при дебюте шизофрении

Изучение содержания апперцепции и бредовых переживаний больных с параноидной формой шизофрении проводилось на материале записей в историях болезней на стадиях дебюта психотических состояний (эмпирические данные опубликованы [1]). Больные были разделены на три группы в соответствие этапами Новейшей истории России, за которые произошли колоссальные общественные, экономические, культурные перемены. Исходя из концепций психического развития в онтогенезе, изучаемые больные распределялись следующим образом:

1) рожденные в 1972–1979 гг., у которых критический возраст развития приходился на период 1979–1986 гг., время относительной социокультурной и экономической стабильности и моноидеологии;

2) больные, рожденные в 1984–1985 гг., критический возраст которых пришелся на перестроечную эпоху (1991–1992 гг.);

3) больные, рожденные в 1989–1994 гг., их критический возраст пришелся на 1996–2001 гг. [1].

В первом из них господствовавшая моноидеология распространялась не только на взрослых людей, рабочие коллективы, но и пронизывала детские организации с самого момента вступления в них вплоть до планирования свободного времени ребенка. В период перед вступлением ребенка в идеологические организации родителями осуществлялась подготовка к ним в процессе воспитания. Таким образом, доперестроечное поколение было воспитано в атмосфере стабильности, понимания и высокой значимости смысла своей деятельности, ясности перспектив, обозначенного перечня сфер, в которых человек должен стремиться к достижениям как на рабочем или учебном месте, так и в свободное время. При этом люди стремились соблюдать идеологические устои еще и потому, что за их несоблюдение избежать наказания было невозможно: существовавшие идеологические организации, призванные следить за порядком, были довольно

распространены. Проще говоря, социокультурная ситуация того времени представлена образом цельного, сильного Другого, который транслировался на всех этапах человеческой жизни всеми членами общества.

В содержании психопатологической продукции больных первой когорты мы выделяли: во-первых, наблюдающую фигуру, которая проявляется в психопатологических феноменах данного поколения больных. Во-вторых, идею вины. Так, и в апперцепции, и в бредовых фабулах больные первой когорты чаще всего находят причины, почему на них стали воздействовать, и чаще всего они связаны с идеями самоуничтожения, самообвинения и проч. В-третьих, идею малой части большого однородного целого. Этот мотив звучит в содержании психопатологических феноменов, когда различаемые больным фигуры, оказывающие воздействие на него: преследующие, угрожающие, комментирующие, как правило, уличаются в связи между собой. Они говорят об одном и том же, одни являются помощниками других, либо ведут между собой борьбу и т. д. В большинстве переживаний больные пытаются предпринимать попытки противодействия злему влиянию «организации», членами которой являются фигуры бреда. И само такое противодействие предполагает существование другой организации: правоохранительных органов, коллективов, к которым больные, доверяя, обращаются за помощью. Таким образом, в психопатологической продукции больных первой когорты отчетливо звучат мотивы большого «Другого», который наблюдает, преследует, наказывает больного за нарушение неких очевидных правил.

Второй выделенный нами культурно-исторической период – перестроечный – характеризуется ситуацией социально-экономического и идеологического кризиса, значительным снижением влияния традиционных институтов социализации, потерей стабильности и ясности целей и перспектив. В содержании психопатологических феноменов больных, формирование идентичности которых выпало на этот период, также звучит присутствие контролирующей инстанции, попытки понимания причин собственной причастности и вины там, где больной испытывает враждебность со стороны других. Но при этом больные все реже выстраивают стратегии по противодействию преследованию. Выросшие в период девальвации ценностей больные демонстрируют беспомощность в выборе стратегии собственного поведения, неверие в справедливость, отсутствие защищающей инстанции, которой можно было бы доверять. Увеличивается и численность враждебных персонажей, хотя они также состоят между собой в отношениях. Однако у таких больных чаще отмечается наличие

обрывочных идей, фрагментов картины мира, не увязанных в одном контексте. Реже эти больные фиксируют причинно-следственные связи в событиях, ими переживаемых, и все реже они усматривают в этом свою вину.

Сравнивая поведение и переживания больных первой и второй когорты, можно отметить, что различия в них детерминированы различиями идентичности, сформировавшейся в условиях, определенных различными «значимыми Другими»: цельным, массивным для первой когорты и размытым, фрагментированным для второй когорты больных.

Третий культурно-исторический период характеризуется отсутствием идеологии и единых целей, самостоятельным определением и наполнением образа жизни, появлением неограниченного числа вариантов при образовательном, трудовом, досуговом выборе, отсутствием контролирующих организаций, свободным режимом и появлением множества технических благ, призванных облегчить человеческую активность в любой ее сфере. У больных шизофренией, формирование идентичности которых совпало с периодом относительной экономической стабильности и идеологической стагнации, в содержании психопатологических феноменов значительно чаще прослеживаются несвязность болезненных переживаний, множество фигур воздействия, фрагментарность апперцептивных и бредовых конструктов. Больные практически не конкретизируют воздействующее на них лицо/персону. Они не демонстрируют поведения, направленного на противодействие враждебному отношению. Такие больные не озадачены поиском причинно-следственных отношений в сюжете своих переживаний, более чем в половине случаев наблюдений больные не анализировали случившееся с ними и не объясняли этого. Они принимают случающиеся с ними события как данность, как одну из особенностей, сторон жизненных явлений. Они редко ставят цели и не строят стратегии по самостоятельному предотвращению возникших обстоятельств, несмотря на то что страдают от них, они как бы пассивно принимают данные изменения в своей жизни либо вяло противодействуют им, не разрабатывая ни общей идеи, ни стратегии. И такая картина мира больных выглядит несурзадной, фрагментированной, элементарной.

Выводы

Анализируя содержание психопатологической продукции больных шизофренией разных поколений, мы столкнулись с феноменами, которые несут в себе контекст соответствующих социокультурных обстоятельств, наличествующих в обществе в период развития психики и формирования

личности больных. Рассматриваемые условия, как было показано ранее, отличны друг от друга и отражают колоссальные изменения в обществе, случившиеся за рассмотренный исторический период. Болезненные переживания пациентов оказались различимы и по структуре, и по содержанию. Для понимания этих фактов психологические концепты, как то: Я-концепция, самооценка и т. п., оказываются несостоятельны, так как рефлексивные процессы нарушаются при шизофрении в первую очередь. Наиболее подходящим для обозначения данных феноменов, как мы полагаем, является концепт идентичности, разрабатываемый главным образом в философской антропологии, где основное значение придается фигуре значимого «Другого» и формирующемуся в отношении с ним дискурсу, посредством которого актуализируются освоенные в детском возрасте социокультурные практики деятельности и отношений.

Опираясь на постулаты культурно-исторической концепции психического развития, мы рассматриваем идентичность как подлинность человека в его уникальности. Идентичность становится в процессе интериоризации дискурса «Другого», определяющего общественные практики в данной культуре. Идентичность, таким образом, есть метафорический конструкт для обозначения элементов структуры личности, формирующихся при воздействии санкций, носителем которых является образ «Другого». Воздействие этого обобщенного образа на повседневное поведение человека очевидно, хотя и не осознаваемо вполне. Оно становится наиболее явным в болезненных состояниях, при которых нарушается критическая функция мышления, или когда в репертуаре личности нет опыта, востребованного актуальной ситуацией.

В структуре и содержании психопатологической продукции при манифестации психоза идентичность являет себя в таких своих свойствах, как целостность или фрагментированность. Таким образом, при болезненных расстройствах социального поведения, определяемых как нарушения личности, идентичность остается наиболее устойчивым образованием, детерминирующим качество этих нарушений. Концепт идентичности может оказаться эффективным средством анализа не только психотических переживаний и поведения, но и «псевдопсихопатологических» феноменов, в генезе которых значение социокультурных трансформации наиболее велико.

Литература

1. Алёхин А.Н., Литвиненко О.А. Психологические аспекты клинического патоморфоза психотических переживаний // Вестн. психотерапии. – 2013. – № 48 (53). – С. 57–68.

2. Алёхин А.Н., Королева Н.Н., Литвиненко О.А. Ценностно-смысловые ориентации подростков в различные периоды новейшей истории России // Вестн. психотерапии. – 2013. – № 47 (52). – С. 98–113.
3. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания – СПб. [и др.] : Питер, 2001. – С. 665–798. – (Мастера психологии).
4. Бахтин М.М. Автор и герой в эстетической деятельности // Автор и герой : к философским основаниям гуманитарных наук / сост. С.Г. Бочаров. – СПб. : Азбука, 2000. – С. 3–226.
5. Бубер М. Два образа веры [пер. с нем.]. – М., 1995. – 464 с.
6. Выготский Л.С. Психология. – М. : Эксмо-Пресс, 2000. – 1008 с. – (Мир психологии).
7. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1986. – 208 с.
8. Колотаев В.А., Улыбина Е.В. Стадиальная модель развития идентичности (на примере киноискусства) // Психология. Журн. Высш. школы экономики. – 2011. – Т. 8, № 1. – С. 3–26.
9. Корсаков С.С. Общая психопатология. – М. : БИНОМ : Лаб. знаний, 2003. – 480 с.
10. Курпатов А.В., Алёхин А.Н. Развитие личности. Психология и психотерапия – 2-е изд. – М. : ОЛМА Медиа Групп, 2006. – С. 39–83.
11. Курпатов А.В., Алёхин А.Н. Философия психологии. Новая методология. – М. : ОЛМА Медиа Групп, 2006. – 448 с.
12. Лакан Ж. Стадия зеркала как образующая функцию «Я» // Семинары. – М., 1998. – Т. 1. – С. 99–121.
13. От Я к Другому : сб. пер. по пробл. intersубъективности, коммуникации, диалога / науч. ред. А.А. Михайлов. – Минск : Менск, 1997. – 276 с.
14. Слободчиков В.И., Исаев Е.И. Основы психологической антропологии. Психология субъективности : учеб. пособие для вузов. – М. : Школа-Пресс, 1995. – 384 с.
15. Фуко М. Психическая болезнь и личность : [пер. с фр.]. – 2-е изд., стер. – СПб. : Гуманит. акад., 2010. – 320 с.
16. Хайнц А. Интеракция, идентичность, презентация : введение в интерпретативную социологию. – СПб. : Алетейя, 2000. – 272 с.
17. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис : [пер. с англ.] / общ. ред. Толстых А.В. – М. : Прогресс, 1996. – 344 с.
18. Тхостов А.Ш., Рассказова Е.И. Идентичность как психологический конструкт: возможности и ограничения междисциплинарного подхода // Психол. исслед. – 2012. – № 5(26). – URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2012v5n26/771-rasskazova26.html>.

Alekhin A.N., Litvinenko O.A. Problema identichnosti: ontogeneticheskie i kliniko-psikhologicheskie aspekty [Problem of identity: ontogenetic and clinical and psychological aspects]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin psychotherapy]. 2014. N 1. P. 59–78.

The Herzen State Pedagogical University of Russia
(191186, Russia, Saint-Petersburg, Moika Embankment, 48)

Alekhin Anatoly Nikolaevich – Dr. Med. Sci. Prof., Head of the Chair of clinical psychology and psychological assistance of the Herzen State Pedagogical University of Russia (191186, Russia, St. Petersburg, Moika Embankment, 48), e-mail: termez59@mail.ru;

Litvinenko Olga Andreevna – post graduate student of the Herzen State Pedagogical University of Russia (191186, Russia, St. Petersburg, Moika Embankment, 48), e-mail: olitvinenko@mail.ru.

Abstract. Psychotic experience of patients with different sociocultural background was theoretically analyzed during schizophrenia onset. Content of delusion and apperception appeared to be quite specific in different groups (so-called pathomorphism phenomenon). This specificity could not be adequately explained by personality theories, I-concept and self-concept due to their distortion in case of schizophrenia. An attempt of suggesting a concept to specify the observed phenomenon was made. The psychotic content was analyzed through the concept of identity in the philosophic discourse. This identity concept is connected with the Alter pattern and mediates sociocultural practices of activity and relationship, acquired in childhood. Separation of identity and identification notions is justified.

Keywords: clinical psychology, personality, identification, identity, schizophrenia, delusions, apperception, social culture, development conditions, discourse "Other".

References

1. Alekhin A.N., Litvinenko O.A. Psikhologicheskie aspekty klinicheskogo patomorfoza psikhoticheskikh perezhivaniy. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin psychotherapy]. 2013. N 48. P. 57–68.
2. Alekhin A.N., Koroleva N.N., Litvinenko O.A. Tsennostno-smyslovye orientatsii podrostkov v razlichnye periody noveyshey istorii Rossii. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin psychotherapy]. 2013. N 47. P. 98–113.
3. Anan'ev B.G. Chelovek kak predmet poznaniya. Sankt-Peterburg. 2001. P. 665–798.
4. Bakhtin M.M. Avtor i geroy v esteticheskoy deyatel'nosti. Avtor i geroy: k filosofskim osnovaniyam gumanitarnykh nauk / Eds. S.G. Bocharov. Sankt-Peterburg. 2000. P. 3–226.
5. Buber M. Dva obraza very : [Transl. from German]. Moskva. 1995. 464 p.
6. Vygotskiy L.S. Psikhologiya. Moskva. 2000. 1008 p.
7. Zeygarnik B.V. Patopsikhologiya. Moskva. 1986. 208 p.
8. Kolotaev V.A., Ulybina E.V. Stadiyal'naya model' razvitiya identichnosti (na primere kinoiskusstva). *Psikhologiya. Zhurnal Vysshey shkoly ekonomiki* [Psychology. Journal of the Higher School of Economics]. 2011. Vol. 8, N 1. P. 3–26.
9. Korsakov S.S. Obschaya psikhopatologiya. Moskva. 2003. 480 p.

10. Kurpatov A.V., Alekhin A.N. Razvitie lichnosti. Psikhologiya i psikhoterapiya. Moskva. 2006. P. 39–83.
11. Kurpatov A.V., Alekhin A.N. Filosofiya psikhologii. Novaya metodologiya. Moskva. 2006. 448 p.
12. Lakan Zh. Stadiya zerkala kak obrazuyushchaya funktsiyu «Ya». Seminary. Moskva. 1998. Vol. 1. P. 99–121.
13. Ot Ya k Drugomu. Ed. A.A. Mikhaylov. Minsk. 1997. 276 p.
14. Slobodchikov V.I., Isaev E.I. Osnovy psikhologicheskoy antropologii. Psikhologiya sub"ektivnosti. Moskva. 1995. 384 p.
15. Fuko M. Psikhicheskaya bolezni' i lichnost' : [Transl. from Frenc]. Sankt-Peterburg. 2010. 320 p.
16. Khaynts A. Interaktsiya, identichnost', prezentatsiya : vvedenie v interpretativnyuyu sotsiologiyu. Sankt-Peterburg. 2000. 272 p.
17. Erikson E. Identichnost': yunost' i krizis : [Transl. from English]. Ed. Tolstykh A.V. Moskva. 1996. 344 p.
18. Tkhostov A.Sh., Rasskazova E.I. Identichnost' kak psikhologicheskiiy konstrukt: vozmozhnosti i ogranicheniya mezhdistsiplinarnogo podkhoda. *Psikhologicheskie issledovaniya* [Psychological research]. 2012. N 5. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2012v5n26/771-rasskazova26.html>.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова
(Россия, г. Чебоксары, Московский пр., д. 15)

На основе опыта практической работы с больными сердечно-сосудистыми заболеваниями в Республиканском кардиологическом диспансере Минздравсоцразвития Чувашии (г. Чебоксары) предложены четыре этапа организации им психологической помощи – психообразовательного, психокоррекционного, психотерапевтического и психореабилитационного. Данный подход позволяет дифференцировать направленность, содержание и формы психологических воздействий, учитывать состояние адаптационного потенциала личности больного и обеспечивать преемственность в оказании психологической помощи на всех уровнях получения больным медицинской помощи.

Ключевые слова: психотерапия, психологическая коррекция, психологическая помощь, сердечно-сосудистые заболевания, психологическая реабилитация.

Грамотно организованная психологическая помощь различным группам и категориям населения, нуждающимся в ее оказании и отвечающая их внутренним потребностям, является одним из важных факторов сохранения и поддержания здоровья общества, профилактики психических и соматических нарушений, дальнейшего профессионального роста и развития специалиста, а также обеспечения качества жизни всего населения [1, 3, 4, 10]. Особая значимость организации эффективной психологической и психотерапевтической помощи показана для больных с невротическими и иными пограничными психическими расстройствами [6, 9, 11, 15, 17]. Психологическая и психотерапевтическая помощь с учетом ее возможностей повышения адаптационного потенциала также приветствуется в системе комплексного лечения соматических и неврологических заболеваний [2, 7].

Николаев Евгений Львович – д-р мед. наук, проф., зав. каф. соц. и клинич. психологии Чувашского гос. ун-та им. И.Н. Ульянова (Россия, 429015, г. Чебоксары, Московский пр., д. 15), e-mail: pzdorovie@bk.ru;

Лазарева Елена Юрьевна – аспирант каф. соц. и клинич. психологии Чувашского гос. ун-та им. И.Н. Ульянова (Россия, 429015, г. Чебоксары, Московский пр., д. 15), e-mail: elyu88@gmail.com.

Необходимость оказания психологической помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) связана с весомым вкладом психосоциальных факторов в развитие сердечно-сосудистой патологии и позитивными влияниями психологической помощи не только на эмоциональное состояние пациента, но и на течение ССЗ, что подтверждается многими исследованиями [12, 16, 18–20]. В связи с чем при организации психологической помощи больным ССЗ особое внимание должно быть уделено ее органичной интеграции в действующую систему здравоохранения региона.

Хронический характер сердечно-сосудистой патологии, динамические изменения в соматическом состоянии и психологическом статусе больных в процессе развития заболевания и его лечения подразумевают необходимость психологического сопровождения больных ССЗ на протяжении длительного времени, когда в каждый из разных временных периодов могут ставиться новые задачи психологической помощи, связанные с клиническими, психологическими и социальными факторами заболевания.

Предлагаемый вариант структурирования психологической помощи больным с ССЗ на уровне учреждений здравоохранения Чувашии предполагает ее организационное подразделение на несколько этапов, что облегчает разработку дифференцированных программ психологической помощи для больных с ССЗ. По результатам проводимого нами на базе Республиканского кардиологического диспансера Минздравсоцразвития Чувашии (г. Чебоксары) исследования в лечебно-диагностической и профилактической работе с больными ССЗ предложено выделять 4 различающихся по содержанию, но не ограниченных временной продолжительностью отдельных этапа психологической помощи (таблица), которая может осуществляться как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

Психообразовательный этап. Основной задачей психообразовательного этапа психологической помощи больным с ССЗ является наиболее полное и доступное для понимания информирование пациентов о соматической и психической сути заболевания, факторах кардиального риска, особенностях и механизмах развития болезни, в результате чего у больных ожидаются положительные изменения в отношении к болезни, своему состоянию и самочувствию, большая направленность на здоровый образ жизни. Соответственно, устанавливается хороший контакт с врачом, возрастает приверженность лечению.

Подобные задачи в ходе психообразовательного этапа ставятся перед больными с невысоким уровнем адаптационного потенциала личности, так

как в силу нарушения регуляторных функций поведения или недостаточности ресурсного компонента они нуждаются в активном разъяснении, побуждении к действиям и контроле со стороны. Пациенты с более высоким уровнем адаптационного потенциала личности получают подобную информацию самостоятельно, обращаясь к специализированной литературе, сети Интернет, активно консультируясь с врачами.

Содержание этапов психологической помощи больным ССЗ

| Этап | Задача | Основной специалист | Форма проведения |
|-----------------------|---|---|---|
| Психообразовательный | Информирование о механизмах заболевания, изменение отношения к болезни, повышение приверженности к лечению, изменение образа жизни | Кардиолог (терапевт, врач общей практики), врач-психотерапевт, медицинский психолог | «Школы здоровья», «Школы для пациентов», консультация психолога |
| Психокоррекционный | Коррекция негативных эмоциональных состояний, внутренней картины болезни, обучение адаптивным формам поведения, создание мотивации на позитивные изменения | Медицинский психолог | Психодиагностика, психологическое консультирование, психологический тренинг |
| Психотерапевтический | Помощь в достижении осознания психологических механизмов заболевания, разрешения внутрилличностных конфликтов, формирования конструктивных копинг-стратегий, целостности личности | Врач-психотерапевт при участии медицинского психолога | Индивидуальная, семейная, групповая психотерапия |
| Психореабилитационный | Эмоциональная поддержка пациента, содействие обретению им гармоничного образа «Я», содействие восстановлению, коррекции, компенсации нарушенных психических функций | Медицинский психолог, врач восстановительной медицины | Индивидуальные и групповые занятия |

Традиционной формой подобной работы в медицинских учреждениях Чувашии уже стали «Школы здоровья», «Школы пациентов», которые работают в каждом учреждении и действуют по профилю различных заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых. «Школы кардиологического больного», охватывающие больных с различными ССЗ, активно развиваются в городских и сельских медицинских учреждениях как одна из перспективных форм профилактической работы. Цель работы «Школы» –

создание условий психологического контроля над заболеванием, профилактика соматического расстройства, перевод хронического заболевания из разряда «неуправляемого» в «условно управляемое» и «управляемое» [13]. Ведут ее, как правило, врачи-кардиологи, при их отсутствии – терапевты и семейные врачи.

Действует такая школа и в Республиканском кардиологическом диспансере, в рамках которой врачи-кардиологи рассказывают больным, не имеющим медицинского образования, о самом заболевании, факторах риска, механизмах развития, методах лечения и профилактики. Сюда же в обязательном порядке включены вопросы, связанные с психологической составляющей заболевания, которые освещают медицинский психолог и врач-психотерапевт учреждения. Вместе с больными в интерактивной форме разбираются наиболее частые стрессовые ситуации, возникающие в повседневной жизни и варианты их адаптивного разрешения. Разработаны специальные методические материалы для больных «Ишемическая болезнь сердца: советы психолога», «Артериальная гипертония: психологические факторы риска», «Как жить с пороком сердца? – психолог рекомендует».

Однако психообразовательный этап психологической помощи больным с ССЗ не ограничивается только вовлечением их в работу «Школ пациентов». Задачи по информированию больных решаются и при индивидуальном консультировании больных по направлению лечащего врача. Ключевыми показателями эффективности прохождения данного этапа психологической помощи является осознание сложного характера возникновения своего заболевания, готовность больного к сотрудничеству с врачом и выполнению медицинских рекомендаций, настроенность на изменение образа жизни.

Психокоррекционный этап. Реализация этого этапа психологической помощи больным с ССЗ также ориентирована на больных с невысоким уровнем адаптационного потенциала личности. В отличие от предыдущего этапа помощи вся инициатива по его осуществлению целиком принадлежит медицинскому психологу учреждения.

Задачами психокоррекции на этом этапе являются: коррекция негативных эмоциональных состояний, чаще тревожного или депрессивного характера; гармонизация внутренней картины болезни, определяющей особенности вовлеченности больного в лечебный процесс; выработка новых адаптивных форм поведения, помогающих преодолевать трудные ситуации, связанные с проблемами здоровья и повседневной жизни; создание

внутренней мотивации на необходимость и полезность принятия жизненных изменений позитивной направленности.

По своему внутреннему содержанию данный этап психологической помощи больным с ССЗ близок рецептивному подходу в психотерапии [11, 17], соответствующему пониманию больными своих эмоциональных проблем как результата истощения физиологических и психологических приспособительных механизмов организма, вызванного внешними воздействиями, несущими негативный для личности характер. В рамках такого подхода основной целью психологического воздействия становится достижение физического комфорта организма и психологического равновесия личности, предметом воздействия являются проблемные ситуации и патологические симптомы. Воздействие осуществляется через механизмы снятия эмоционального напряжения, дезактуализации неконструктивных когнитивных моделей и поведенческих стереотипов [11].

Психокоррекционная работа проводится психологом после завершения психодиагностической работы, позволяющей выявить проблемные сферы и состояния личности. Психодиагностика также помогает проследить изменения, которые происходят с личностью в процессе взаимодействия с болезнью и в ходе получения психологической помощи. При необходимости психологом могут пересматриваться цели и задачи психологического воздействия в соответствии с динамикой и вектором изменений. В противном случае задачи и средства психокоррекции могут не соответствовать реальному состоянию больного.

При формировании целей психокоррекции стоит учитывать, что они должны быть реалистичны и достижимы. Например, формирование высокой самооценки у больного, легко испытывающего ситуативную тревогу в связи с соответствующими личностными чертами, будет заведомо бесперспективным занятием. Постановка задач должна сопровождаться постоянной ориентацией на особенности психологического состояния больного, клинику заболевания, соответствие планируемых изменений внутренним возможностям и потребностям больного. Не стоит также ставить перед больным задач, не соответствующих данному этапу психологической помощи, так как он может быть просто не готов к их выполнению. Например, улучшение психологическими средствами когнитивных функций у больных с длительным анамнезом ишемической болезни сердца, перенесших инфаркт миокарда, явно проблематично.

Направленность психологического воздействия, его объем и порядок определяются медицинским психологом, который, беря на себя ответст-

венность, занимает на данном этапе директивную позицию по содержанию, но не по форме. В общении сохраняется эмпатия и дружелюбие.

Методы психологической коррекции, проводимой больным с ССЗ, могут быть самыми разнообразными. Наиболее доступными и позитивно принимаемыми больными являются релаксационные техники, в особенности проводимые под музыкальное сопровождение. Обучение аутотренингу и прогрессивной мышечной релаксации требует более высокого уровня заинтересованности пациента. Техники музыкотерапии и арттерапии встречают больший интерес при наличии творческого начала в структуре личности больного.

Одной из форм проведения психокоррекции больным с ССЗ является психологический тренинг, направленный на развитие конструктивных навыков. В ходе психологических тренингов различной направленности больные научаются распознавать собственные чувства, эмоции, переживания, дифференцировать их у других людей; на себе пробуют новые способы совладания со стрессовыми ситуациями, анализируют свое отношение к здоровью, болезни, к окружающему миру и др. Тренинговые занятия с больными с ССЗ проводятся в индивидуальной или групповой форме.

Эффективное проведение психокоррекционного этапа психологической коррекции сопровождается стойкими позитивными изменениями в эмоциональном состоянии больного, повышении его психологической устойчивости, принятии новых поведенческих стереотипов, связанных со здоровым образом жизни, что подготавливает основу для психологической работы в рамках следующего этапа психологической помощи – психотерапевтического.

Психотерапевтический этап психологической помощи больным с ССЗ нацелен на решение более глубоких проблем личности, имеющих связь с соматическими симптомами заболевания. Проводится врачом-психотерапевтом при участии медицинского психолога с целью практической помощи больным в выявлении и осознании собственных психологических механизмов развития кардиологической патологии, разрешения многолетних внутриличностных противоречий между неосознаваемыми и противоречивыми желаниями, стремлениями, импульсами и установками, породившими состояния высокого эмоционального напряжения, ставшими причиной длительного эмоционального напряжения; формирования конструктивных приспособительных реакций, реализующихся в осознанных когнитивных, эмоциональных и поведенческих стратегиях совладания; интеграции личности во всех внутренних и внешних формах ее проявления.

Данный этап ориентирован на больных с ССЗ с умеренным, относительно высоким и высоким уровнями адаптационного потенциала личности и предусматривает более длительную и углубленную проработку личностных проблем больного и соответствует продуктивному подходу в психотерапии [11].

Целью воздействия здесь является обретение личностью больного способности к самостоятельному адаптивному функционированию, достигаемому, как правило, после осознания рассогласования сознательных и бессознательных процессов, стереотипов мыслительно-поведенческой деятельности, их последствий, целостности мыслей, чувств и поведения. Предметом воздействия выступают нарушенные сферы и структуры личности, конкретизированные в психотерапевтических мишенях. Механизмами психологического воздействия служат: снятие эмоционального напряжения, дезактуализация неконструктивных когнитивных моделей и поведенческих стереотипов [17].

Психотерапевтический этап психологической помощи больным с ССЗ в зависимости от решаемых задач может проводиться в индивидуальной, групповой и семейной форме. Несмотря на то что больные предпочитают индивидуальные формы работы, групповые формы, проводимые совместно врачом-психотерапевтом и психологом, показывают большую эффективность, поскольку на примере активности других участников группы можно добиваться большего осознания. Семейные формы психотерапии крайне важны при разрешении проблем нарушенных супружеских отношений, сексуальной дисгармонии, внутрисемейных конфликтов в отношениях детей и родителей. Позиция психотерапевта и психолога на данном этапе психологической помощи менее директивная, приближенная к партнерской, и ориентирована на равноправное взаимодействие с личностью пациента, готового проходить через определяемые совместно со специалистом преобразования.

Практическая реализация психотерапевтического этапа может опираться на разнообразные техники динамического, когнитивно-поведенческого, гуманистического направлений современной психотерапии, на различные варианты их интеграции с гештальт-терапией, психосинтезом, экзистенциальным анализом, другими методами.

Важно подчеркнуть, что глубокую проработку личностных проблем пациента надо проводить с большой осторожностью. Ее можно начинать только по результатам полного завершения психокоррекционного этапа психологической помощи, свидетельствующего о готовности пациента на

соматическом и психическом уровнях к переживанию неприятных эмоциональных ситуаций, сопровождающих психологическую работу с внутриличностными конфликтами. В противном случае возможно психогенное ухудшение соматического состояния и «выпадение» больного из терапевтического процесса.

Показателями эффективности психотерапевтического этапа психологической помощи больным с ССЗ можно считать не столько реконструкцию патологической структуры личности, возможности которой ограничены в работе с соматическими больными [8], сколько формирование у пациента личностной компетенции, основанной на коррекции и трансформации имеющегося у него жизненного опыта, позволяющего активно реализовывать адаптивные жизненные стратегии в условиях хронического соматического заболевания.

Психореабилитационный этап. Выделение этого этапа психологической помощи больным обусловлено необходимостью дифференциации психологических подходов в работе с пациентами, перенесшими острые коронарные ситуации (инфаркт миокарда, инсульт) или кардиохирургические операции (протезирования клапанов, аортокоронарного шунтирования, другие оперативные вмешательства). Сюда также включаются больные с невысоким уровнем адаптационного потенциала личности, характеризующим их изначально, или связанным с тяжелым соматическим состоянием больного.

Основными задачами психореабилитационного этапа психологической помощи являются: обеспечение эмоциональной поддержки больному, находящемуся в состоянии сниженных функциональных возможностей; практическая помощь в восстановлении или обретении пациентом гармоничного «Я»-образа, угроза которому связана с нарушениями целостности личностных структур; профессиональное содействие больному в постепенном восстановлении, своевременной коррекции и оптимальной компенсации нарушенных психических функций, связанных с его соматическим и психическим состоянием.

Данный этап может проводиться стационарно как в специализированных учреждениях кардиологического профиля и общесоматических больницах и поликлиниках, так и в условиях санаторно-курортных учреждений. Возможна его реализация в амбулаторных условиях при участии врача-специалиста (кардиолога, терапевта, семейного врача, врача восстановительной медицины) и медицинского психолога.

Актуальными проблемами больных, требующими решения на психореабилитационном этапе психологической помощи, чаще бывают состояния тревоги, страха, депрессии, чрезмерной фиксированности на своем физическом состоянии, ожидания негативных перспектив, снижения самооценки, ощущения изолированности, ненужности и др. Важными вопросами, требующими решения у больных с ССЗ, также являются когнитивные нарушения, проявляющиеся разнообразными дисфункциями памяти, внимания, интеллекта, нарушающими повседневную деятельность, ограничивающими социальные контакты и затрудняющими сам процесс лечения соматического заболевания.

Сформулированные М.М. Кабановым [5] основные принципы реабилитации в психиатрии вполне применимы и к больным с ССЗ. К ним относятся: партнерство, разносторонность усилий, единство психосоциальных и биологических методов воздействия и ступенчатость. С позиций современных взглядов их совершенно справедливо можно расширить до следующего перечня: комплексность, индивидуальный подход, раннее начало, непрерывность, этапность, последовательность, преемственность, активное участие самого больного в реабилитационной программе [14]. Формы психореабилитации больных с ССЗ – индивидуальные и групповые занятия, на которых основное внимание уделяется стимулированию личной активности пациентов.

Заключение

Таким образом, разработка на основе опыта практической работы с больными с ССЗ четырех этапов психологической помощи (психообразовательного, психокоррекционного, психотерапевтического, психореабилитационного) позволяет дифференцировать направленность, содержание и формы психологических воздействий, учитывать состояние адаптационного потенциала личности больного и обеспечивать преемственность в ее оказании на всех уровнях получения больным медицинской помощи.

Литература

1. Алексанин С.С., Рыбников В.Ю., Корчмарюк В.А. Субъективная теория болезни как предмет проблемно-ориентированных психокоррекционных воздействий // Вестн. С.-Петерб. ун-та МВД России. – 2010. – № 4. – С. 151–155.
2. Бабурин И.Н. Психотерапия в комплексном лечении больных с «невротической фиксацией» при неврологических заболеваниях // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2012. – № 4. – С. 33–36.

3. Евдокимов В.И., Федотов А.Н. Методологические аспекты субъективной оценки качества жизни // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2008. – № 4. – С. 63–71.
4. Евдокимов В.И. О психопрофилактике психогенно обусловленных расстройств у авиационных специалистов // Воен.-мед. журн. – 2007. – Т. 328, № 7. – С. 62–65.
5. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. – Л. : Медицина, 1985. – 216 с.
6. Криз? атака? невроз? клинический случай приступа психовегетативных нарушений в кардиологическом стационаре / О.В. Николаева, И.Н. Бабурин, Е.Л. Николаев, Е.А. Дубравина // Вестн. психотерапии. – 2009. – № 30. – С. 86–90.
7. Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. Система многоуровневой адаптации личности при болезни // Вестн. психиатрии и психологии Чувашии. – 2012. – № 8. – С. 93–104.
8. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. – М. : Медпрессинформ, 2003. – 608 с.
9. Мотивация в психотерапии (обзор литературы) / Е.А. Колотильщикова, Е.Б. Мизинова, С.В. Полторак, Е.И. Чехлатый // Обзор. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 2011. – № 2. – С. 13-16/
10. Николаев Е.Л. Концепции нозогенеза в традиционном чувашском мировоззрении // Вестн. Чуваш. ун-та. – 2004. – № 1. – С. 171–176.
11. Николаев Е.Л. Пограничные расстройства как феномен психологии и культуры. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2006. – 384 с.
12. Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю. Особенности психической дезадаптации при сердечно-сосудистых заболеваниях // Вестн. Чуваш. ун-та. – 2013. – № 4. – С. 209–212.
13. Русина Н.А. Психологические основы психосоматики (Психотерапевтические мишени в работе с пациентом психосоматической клиники) // Бюл. мед. Интернет-конференций. – 2011. – Т. 1, № 7. – С. 20–23.
14. Смычек В.Б. Реабилитация больных и инвалидов. – М. : Мед. лит., 2009. – 560 с.
15. Чехлатый Е.И. Динамика копинг-механизмов у больных с невротическими расстройствами под влиянием долговременной и краткосрочной психотерапии // Вестн. психотерапии. – 2006. – № 15. – С. 26–35.
16. Effect of Turkish classical music on blood pressure : a randomized controlled trial in hypertensive elderly patients / T. Bekiroğlu, N. Owayolu, Y. Ergün, H.Ç. Ekerbiçer // Complement. Ther. Med. – 2013. – Vol. 21, N 3. – P. 147–154.
17. Nikolaev E. Person-centered medicine and the sociocultural approach in psychotherapy // The International Journal of Person Centered Medicine. – 2011. – Vol. 1, N 3. – P. 482–485.
18. One-year results of the randomized, controlled, short-term psychotherapy in acute myocardial infarction (STEP-IN-AMI) trial / A. Roncella, C. Pristipino, C. Cianfrocca [et al.] // Int. J. Cardiol. – 2013. – Vol. 170, N 2. – P. 132–139.
19. Testing a model of patient characteristics, psychologic status, and cognitive function as predictors of self-care in persons with chronic heart failure / J. Cameron,

L. Worrall-Carter, B. Riegel [et al.] // Heart Lung. – 2009. – Vol. 38, N 5. – P. 410–418.

20. Van Dixhoorn J. Relaxation therapy for rehabilitation and prevention in ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis / J. van Dixhoorn, A. White // Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil. – 2005. – Vol. 12, N 3. – P. 193–202.

Nikolaev E.L., Lazareva E.Yu. Organizatsionnye aspekty psikhologicheskoy pomoshchi bol'nym s serdechno-sosudistymi zabolevaniyami [Organizational issues of psychological service for patients with cardiovascular diseases] *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin psychotherapy]. 2014. N 1. P. 79–90.

Chuvash State University (Russia, Cheboksary, Moskovskiy av., 15)

Abstract. Four phases of psychological service to patients with cardiovascular diseases (Republican cardiology dispensary, Chuvash Ministry of health and social development, Cheboksary city) are proposed based on clinical experience– psychological education, psychological counseling, psychotherapy and psychological rehabilitation. This approach helps to differentiate the orientation, content and forms of psychological intervention, to take into account an adaptive potential of patient's personality and to ensure continuity in psychological service at all organizational levels of medical care.

Keywords: psychotherapy, psychological counseling, psychological assistance, cardiovascular diseases, psychological rehabilitation.

Nikolaev Evgeni Lvovich – Dr. Med. Sci., Professor and Head of Social and Clinical Psychology Department, Chuvash State University, (429015, Russia, Cheboksary, Moskovskiy av., 15), e-mail: pzdorovie@bk.ru;

Lazareva Elena Yurievna – graduate student of Social and Clinical Psychology Department, Chuvash State University, Russia, Cheboksary (429015, Russia, Cheboksary, Moskovskiy av., 15), e-mail: elyu88@gmail.com.

References

1. Aleksanin S.S., Rybnikov V.Yu., Korchmaryuk V.A. Sub"ektivnaya teoriya bolezni kak predmet problemno-orientirovannykh psikhokorreksionnykh vozdeystviy. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta MVD Rossii*. 2010. N 4. P. 151–155.

2. Baburin I.N. Psikhoterapiya v kompleksnom lechenii bol'nykh s «nevroticheskoy fiksatsiey» pri nevrologicheskikh zabolevaniyakh. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh*. 2012. N 4. P. 33–36.

3. Evdokimov V.I., Fedotov A.N. Metodologicheskie aspekty sub"ektivnoy otsenki kachestva zhizni. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh*. 2008. N 4. P. 63–71.

4. Evdokimov V.I. O psikhoprofilaktike psikhogenno obuslovlennykh rasstroystv u aviatsionnykh spetsialistov. *Voенно-медицинский журнал*. 2007. Vol. 328, N 7. P. 62–65.
5. Kabanov M.M. Reabilitatsiya psikhicheski bol'nykh. Leningrad. 1985. 216 p.
6. Nikolaeva O.V., Baburin I.N., Nikolaev E.L., Dubravina E.A. Kriz? Ataka? Nevroz? klinicheskiy sluchay pristupa psikhovegetativnykh narusheniy v kardiologicheskom stacionare. *Vestnik psikhoterapii*. 2009. N 30. P. 86–90.
7. Lazareva E.Yu., Nikolaev E.L. Sistema mnogourovnevnoy adaptatsii lichnosti pri bolezni. *Vestnik psikhologii i psikhologii Chuvashii*. 2012. N 8. P. 93–104.
8. Mendelevich V.D., Solov'eva S.L. Nevrozologiya i psikhosomaticeskaya meditsina. Moskva. 2003. 608 p.
9. Kolotil'shchikova E.A., Mizinova E.B., Poltorak S.V., Chekhlatyy E.I. Motivatsiya v psikhoterapii (obzor literatury). *Obozrenie psikhologii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2011. N 2. P. 13–16.
10. Nikolaev E.L. Kontseptsii nozogeneza v traditsionnom chuvashskom mirovoz-zrenii. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*. 2004. N 1. P. 171–176.
11. Nikolaev E.L. Pogranichnye rasstroystva kak fenomen psikhologii i kul'tury. Cheboksary. 2006. 384 p.
12. Nikolaev E.L., Lazareva E.Yu. Osobennosti psikhicheskoy dezadaptatsii pri serdechno-sosudistykh zabolevaniyakh. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*. 2013. N 4. P. 209–212.
13. Rusina N.A. Psikhologicheskie osnovy psikhosomatiki (psikhoterapevicheskie misheni v rabote s patsientom psikhosomaticeskoy kliniki). *Byulleten' meditsinskikh Internet-konferentsiy*. 2011. Vol. 1, N 7. P. 20–23.
14. Smychek V.B. Reabilitatsiya bol'nykh i invalidov. Moskva. 2009. 560 c.
15. Chekhlatyy E.I. Dinamika koping-mekhanizmov u bol'nykh s nevroticheskimi rasstroystvami pod vliyaniem dolgovremennoy i kratkosrochnoy psikhoterapii. *Vestnik psikhoterapii*. 2006. N 15. P. 26–35.
16. Bekirođlu T., Ovayolu N., Ergün Y., Ekerbiçer H.Ç. Effect of Turkish classical music on blood pressure: a randomized controlled trial in hypertensive elderly patients. *Complement. Ther. Med*. 2013. Vol. 21, N 3. P. 147–154.
17. Nikolaev E. Person-centered medicine and the sociocultural approach in psychotherapy. *The Int. J. of Person Centered Medicine*. 2011. Vol. 1, N 3. P. 482–485.
18. Roncella A., Pristipino C., Cianfrocca C. [et al.]. One-year results of the randomized, controlled, short-term psychotherapy in acute myocardial infarction (STEP-IN-AMI) trial. *Int. J. Cardiol*. 2013. Vol. 170, N 2. P. 132–139.
19. Cameron J., Worrall-Carter L., Riegel B. [et al.]. Testing a model of patient characteristics, psychologic status, and cognitive function as predictors of self-care in persons with chronic heart failure. *Heart Lung*. 2009. Vol. 38, N 5. P. 410–418.
20. Van Dixhoorn J., White A. Relaxation therapy for rehabilitation and prevention in ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil*. 2005. Vol. 12, N 3. P. 193–202.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА СТУДЕНТОВ С СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОЛОСТИ РТА И СПОСОБЫ ИХ ПСИХОКОРРЕКЦИИ

Санкт-Петербургский государственный университет культуры и искусств
(Россия, Санкт-Петербург, Дворцовая наб., д. 2);

Национальный государственный университет физической культуры, спорта
и здоровья им. П.Ф. Лесгафта (Россия, Санкт-Петербург, ул. Декабристов, д. 35)

Выявлены личностные особенности у студентов с парафункциями жевательных мышц. Определен уровень депрессивности и агрессивности, представлены данные статистически значимых различий в показателях личностной тревожности студентов с наличием данного расстройства. Представлены взаимосвязи психологических параметров и субъективного уровня соматической заболеваемости студентов с бруксизмом. Обоснована необходимость глубокого изучения вопросов психосоматической природы возникновения данной патологии, а также нахождения причин склонности студентов испытывать состояние тревоги, оказывающее негативное влияние на особенности соматического состояния личности. Определена схема мероприятий по психологической коррекции лиц с парафункциями жевательных мышц как соматоформного расстройства.

Ключевые слова: клиническая психология, психосоматический статус, парафункции жевательных мышц, соматоформное расстройство, студенты, тревожность, психологическая коррекция.

Введение

Зарожденная в начале XX в. психосоматическая медицина рассматривается как наука о взаимоотношениях психических и соматических процессов и опирается на принцип единства телесного и душевного. Такой подход к психосоматическим расстройствам затруднительно реализовать на практике вследствие того, что исследователь неизбежно концентрирует внимание либо на психической, либо на соматической составляющей изучаемого явления [2]. Только взаимодействие между этими подсистемами и окружающей средой может привести к новому состоянию организма, определяемому как психосоматическое заболевание [7]. Однако любое психо-

Черкашина Софья Андреевна – ст. препод. С.-Петерб. гос. ун-та культуры и искусств (191186, Санкт-Петербург, Дворцовая наб., д. 2), e-mail: sonya.cherk@gmail.com;

Родыгина Юлия Кимовна – д-р мед. наук, доц., зав. каф. психологии Нац. гос. ун-та физ. культуры, спорта и здоровья им. П.Ф. Лесгафта (190121, Санкт-Петербург, ул. Декабристов, д. 35), e-mail: yurodygina@yandex.ru.

соматическое расстройство невозможно объяснить путем исследования свойств какой-то одной составляющей – психической или соматической [2].

Определенные расстройства уже на ранних стадиях их развития можно оценивать как психосоматические [2]. По данным ВОЗ, от 38 до 42 % всех пациентов, посещающих кабинеты соматических врачей, относятся к группе психосоматических больных. Любое болезненное состояние, понимаемое с точки зрения психосоматического подхода, является расстройством личностного бытия человека, проявляющегося не только нарушением биологического статуса, но также сопутствующей психической и социально-ролевой деперсонализацией [9].

Имеется достаточно обширное количество психологических исследований в соматической клинике, в отличие от аналогичных исследований в стоматологии, которые начали проводить сравнительно недавно. Парافункции жевательных мышц относятся к часто встречающимся стоматологическим заболеваниям и являются медико-социальной проблемой как для врачей, так и для их пациентов. Впервые данная патология описана М. Karoly в 1901 г. А.П. Залигян в 1987 г. назвал ее «бруксизмом»; отечественные исследователи В.Д. Пантелеев (1977), Ю.А. Петросов (1982), Л.А. Скорикова (1992) считают целесообразным применять термин «парافункция жевательных мышц» (ПЖМ). Под ПЖМ подразумевают нарушения функциональной целостности нейромышечного комплекса жевательного аппарата, проявляющиеся в виде повышения или понижения тонуса жевательных мышц, сопровождающихся сжатием или скрежетанием зубов, самопроизвольными беспорядочными движениями нижней челюсти, не связанными с естественными физиологическими актами – жеванием, речью, глотанием и т. д. [10]. Согласно МКБ-10 (F45.8), данная патология отнесена к рубрике «другие соматоформные расстройства», а жалобы таких больных сосредоточены на скрежетании зубами.

Данные о взаимосвязи тревоги и соматизации приводятся в работах, посвященных соматоформным расстройствам различных исследователей, как отечественных, так и зарубежных. Многие авторы подчеркивают, что тревога способствует преувеличению соматических симптомов и даже минимальные соматогенные воздействия воспринимаются чрезмерно, что и сопровождается беспокойством, блокирующим способность целенаправленно действовать, рассуждать, реально оценивать опасность. Тесная связь тревожных (тревожных) и соматоформных расстройств отражена и в МКБ-10, тревожно-фобические и соматоформные расстройства помещены в обширную группу «Невротических, связанных со стрессом и сомато-

формных расстройств». Тем самым взаимосвязь тревожных и соматоформных проявлений, группирующихся по сходным признакам (тревога и функциональные соматические симптомы), подтверждается одной из наиболее признанных систематик [8].

Несмотря на отсутствие сформированных представлений о патогенезе ПЖМ, все большая роль в их определении отводится психосоматическим и психогенным причинным факторам [6, 11, 14]. При возникновении психосоматического расстройства часто конфликтная динамика определяется эмоционально-личностными факторами.

Вместе с тем по-прежнему актуальным является вопрос о природе психологических факторов риска, разработке адекватных способов их диагностики, а также изучении «профилей» личности лиц, предрасположенных к различным психосоматическим расстройствам [1]. Самую важную помощь при работе с психосоматическим больным оказывают диагностическая беседа, нацеленная на спонтанные и свободные высказывания пациента, приближающиеся к свободным ассоциациям, а также психосоматический анамнез как способ приведения не осмысленных больным соматических симптомов в понятную смысловую связь с внешней и внутренней историей его жизни [2]. Перспективным направлением является использование психотерапевтических приемов, применяемых в процессе психологической коррекции и психотерапии больных с психосоматическими расстройствами. Психотерапевтическая работа осуществляется как в индивидуальной, так и в групповой форме [1]. Так, при психоаналитических методах лечения используются обучение, усвоение новых форм поведения, вскрытие и оценка настоящих и заложенных в прошлой жизни конфликтов и фиксаций. В поведенческую терапию включают элементы рационального убеждения, выработку новых установок и форм поведения в рамках процесса обучения. Разговорная терапия в рамках текущего взаимоотношения специалиста и больного нацелена на переубеждение пациента и укрепление его сил. Данные формы психотерапии имеют целью дальнейшее развитие личности путем устранения ранних детских фиксаций и воздействия на приобретенные в течение жизни ошибочные формы поведения, которые привели к психосоматическому заболеванию [2]. Однако, несмотря на то что до настоящего времени современная клиническая психиатрия не располагает однозначными рекомендациями по лечению соматоформных расстройств, наиболее эффективной признана когнитивно-поведенческая терапия, лечебный процесс которой состоит в распознавании неадаптивных мыслей, конфронтации с ними, их последующей коррекции и

замене более реалистичными [3, 5]. Помимо этого, в психосоматической практике в работе с соматоформными расстройствами используют метод прогрессивной мышечной релаксации Джекобсона, гипносуггестивную терапию и технику визуализации, символдраму Г. Ланера, гештальт-терапию, личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию, а также поддерживающий психотерапевтический подход, включающий эмпатическое выслушивание [3, 13].

Особую остроту приобретает исследуемая проблема для специальной системы «человек–человек» [4]. Важно подчеркнуть, что уязвимыми с точки зрения стресса являются студенты вузов, в частности студенты-медики [12], а современное студенчество характеризуется низкими показателями здоровья и высоким уровнем личностной тревожности и тем самым относится к «группе риска» по психосоматическим, соматоформным расстройствам.

Целью исследования явилось выявление психологических особенностей у студентов с наличием признаков ПЖМ для разработки практических рекомендаций по своевременной психологической профилактике и психологической коррекции соматоформных заболеваний полости рта.

Материал и методы

Для осуществления комплексного подхода исследования психосоматического статуса использовали:

- 1) социологический метод исследования (анкетирование);
- 2) психологические методы исследования:
 - методику «Интегративный тест тревожности» (ИТТ);
 - опросник невротических расстройств (ОНР);

Обследовали 96 студентов (39 юношей и 57 девушек) II и III курсов медицинского вуза, средний возраст – (19 ± 2) года. В 1-ю группу студентов, характеризующихся наличием ПЖМ, вошли 27 человек (девушки составили 77,8 %), во 2-ю (контрольную) группу – 69 человек без признаков ПЖМ (девушки – 52,2 %).

За основу критериев отбора обследованных взяты признаки, использованные в социологической анкете, а также в медицинских картах стоматологических больных, для оценки состояния здоровья, наличия критериев, характерных для ПМЖ и относящихся к таксону F45.8 по МКБ-10.

Статистический анализ данных осуществлялся с использованием пакета статистических программ Statistica 7.0. Поскольку распределение практически всех показателей было далеко от нормального, для сравне-

ния групп использовались методы непараметрической статистики (Краскэла–Уоллеса для рангов совместно с методом множественных сравнений рангов и медианный тест; тест Манна–Уитни). Для описаний показателей в группах в качестве характеристик положения и рассеяния использовались медиана и квартили. Для оценки взаимосвязей изучаемых параметров использовался метод ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и их анализ

Анализ анкет участников исследования, разработанных с целью выявления наличия признаков, характерных для лиц, страдающих ПЖМ, показал, что 55,6 % студентов 1-й группы отмечали у себя скрежетание зубами во время сна, 70,4 % – напряжение жевательных мышц. Во 2-й (контрольной) группе этих симптомов не выявлено ($p = 0,001$) (рис. 1).

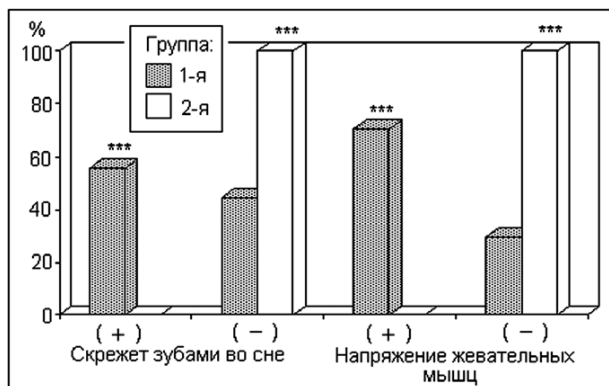


Рис.1. Выраженность симптомов ПЖМ
*** Значимость различий в группах при $p = 0,001$.

Результаты, полученные в ходе сопоставления данных методики ИТТ, свидетельствуют о статистически значимых различиях ($p = 0,01$) между студентами обеих групп по показателям личностной тревожности по шкале «Эмоциональный дискомфорт» (рис. 2). Например, в 1-й группе 66,6 % студентов имели высокий уровень выраженности ЭД, 29,6 % – средний и 3,7% – низкий, во 2-й группе – 43,5 %, 20,3 и 36,2 % соответственно.

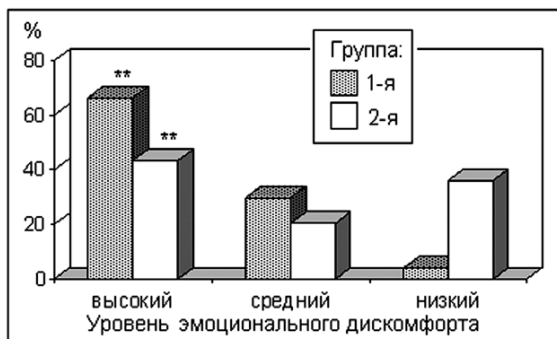


Рис. 2. Уровень выраженности эмоционального дискомфорта, %
 ** Значимость различий в группах при $p \leq 0,01$.

Показатели личностной тревожности по шкале «Тревожная оценка перспектив» методики ИТТ также имеют значимые различия ($p = 0,03$) между студентами обеих групп (рис. 3), например 55,5 % студентов 1-й группы получили высокие показатели, 29,6 % – средние и 14,8 % – низкие, во 2-й группе – 21,6 %, 47,8 и 30,4 % соответственно.

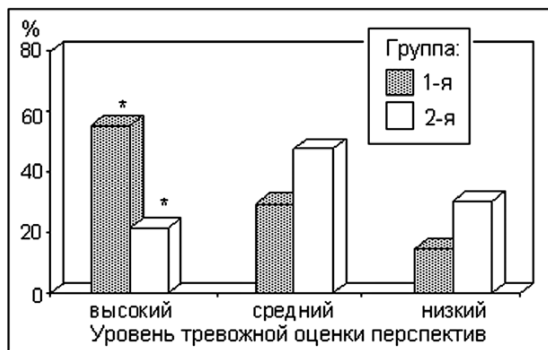


Рис. 3. Уровень выраженности тревожной оценки перспектив, %
 * Значимость различий в группах при $p \leq 0,03$.

Наличие критичных показателей личной тревожности студентов с ПЖМ свидетельствует о сниженном эмоциональном фоне, неудовлетворенности жизненной ситуацией, эмоциональной напряженности, а также беспокойной оценке будущего со склонностью неуверенно оценивать перспективы, по сравнению с состоянием студентов 2-й (контрольной) группы.

На основании корреляционного анализа у студентов 1-й группы обнаружены взаимосвязи показателей клинических шкал: «Нарушение общей чувствительности», «Психическая истощаемость» по ОНП со шкалами «Самооценка личностной тревожности» и «Астенический компонент тревожности» методики ИТТ (рис. 4).



Рис.4. Взаимосвязь показателей психологических методик у студентов с ПЖМ ($r > 0,70$, при $p \leq 0,01$).

Таким образом, выявленная предрасположенность студентов с ПЖМ к восприятию достаточно широкого диапазона ситуаций как угрожающих, постоянные ощущения напряженности, неудовлетворенность состоянием своего здоровья, пассивность, наличие странных предчувствий в значительной степени связаны с нарушениями общего самочувствия, изменениями субъективных ощущений, проявлением психической истощенности, вялости и дискомфорта. У студентов 1-й группы личностная тревожность усиливается по мере ухудшения их соматического состояния.

Полученные данные позволяют говорить о том, что студенты с наличием ПЖМ в большей степени не удовлетворены состоянием своего здоровья и общего самочувствия, нежели представители контрольной группы. Субъективное соматическое состояние у студентов с бруксизмом в значительной степени связано с их психологическим состоянием.

Исследование психосоматического статуса студентов с бруксизмом позволило выявить такие особенности, как сосредоточенность на состоянии здоровья, ипохондричность, сниженный эмоциональный фон, неудовлетворенность, возбудимость и неуверенность в себе, ухудшение общего самочувствия, а также психическая истощенность и нарушения общей чув-

ствительности на фоне повышенной личностной тревожности, хронической усталости и пассивности.

Полученная взаимосвязь (см. рис. 4) между соматической сферой и психологическим состоянием студентов с ПЖМ является сигналом о необходимости нахождения причин склонности студентов испытывать состояние тревоги. Поскольку тревожность оказывает негативное влияние не только на интеллектуальные особенности, познавательные процессы, эффективность социального общения, снижение самооценки и уверенности в себе, но и – на основе полученных корреляционных взаимосвязей можно утверждать – на особенности соматического состояния личности.

Заключение

Таким образом, ранее изложенное определило схему мероприятий по психологической коррекции лиц с парафункциями жевательных мышц как соматоформного расстройства. В частности, в программу по оказанию медико-психологической помощи следует включать диагностическую беседу, психосоматический анамнез и собственно психодиагностическое обследование в рамках диагностического этапа комплекса мероприятий; этап психологической и психокоррекционной помощи может предполагать применение релаксации, аутогенной тренировки и визуализации мысленных образов. В период всех этапов мероприятий необходим мониторинг психологического состояния как динамической оценки психосоматического статуса, а также обучение пациентов с признаками парафункций жевательных мышц как соматоформного расстройства методам и приемам саморегуляции психического состояния.

Литература

1. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах : пособие для психологов и врачей / Д.Б. Ересько, Г.Л. Исурина, Е.В. Кайдановская [и др.] ; С.-Петербург. науч.- исслед. психоневрол. ин-т им. В. М. Бехтерева. – СПб., 2005. – 25 с.
2. Бройтигам В., Рад М. Психосоматическая медицина : [пер с нем.]. – М. : Гэотар Медицина, 1999. – 376 с.
3. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике : науч.-практ. руководство. – СПб. : Речь, 2011. – 271 с.
4. Гредюшко О.П. Социально-психологические факторы тревожности студентов ССУЗ педагогического профиля : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Казань, 2004. – 18 с.

5. Дробижев М.Ю., Лебедева М.О. Психофармакотерапия соматоформных расстройств // Ипохондрия и соматоформные расстройства / под ред. А.Б. Смулевича. – М., 1992. – С. 124–135.
6. Иорданишвили А.К. Клиническая ортопедическая стоматология. – М. : МЕДпресс-информ, 2007. — 248 с.
7. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика : справ. практ. психолога. – М. : Эксмо, 2005. – 992 с.
8. Морковкина И.В., Серпуховитина Т.В. Тревожно-фобические и соматоформные расстройства // Ипохондрия и соматоформные расстройства / под ред. А.Б. Смулевича. – М., 1992. – С. 78–99.
9. Парцерняк С.А. Стресс. Вегетозы. Психосоматика : монография. – СПб. : А.В.К., 2002. – 382 с.
10. Скорикова, Л.А. Лечение больных с парафункциями жевательных мышц // Кубан. науч. мед. вестн. – 2001.– № 3.– С. 70–72.
11. Юшманова Т.Н., Скрипова Н.В., Юшманова А.И. Парафункции жевательных мышц: бруксизм и сжатие зубов: диагностика и лечение // Основные стоматологические заболевания, их лечение и профилактика на Европейском Севере : сб. науч. тр. – Архангельск : Солти, 2008. – Вып. 10. – С. 195–199.
12. Фаустов А.С. Фрагменты психогигиены. – Воронеж : Истоки, 2005. – 168 с.
13. Царева Е.В. Клиника, диагностика и психотерапия соматоформных расстройств желудочно-кишечного тракта : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2005. – 23 с.
14. Ohayon M.M., Li K.K., Guilleminault Ch. Risk Factors for Sleep Bruxism in the General Population // Chest. – 2001. – Vol. 119, N 1. – P. 53–61.

Cherkashina S.A., Rodygina Yu.K. Osobnosti psichosomaticheskogo statusa studentov s somatoformnymi rasstroystvami polosti rta i sposoby ikh korrektsii [Psychosomatic state features of students having somatoform disorders of the oral cavity and their methods of psychological adjustment]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 1. P. 91–100.

Saint-Petersburg State University of Culture and Arts
(191186, Russia, Saint-Petersburg, Dvortsovaya emb., 2)

National State University of Physical Culture, Sport and Health named P.F. Lesgaft
(190121, Russia, Saint-Petersburg, Decembrists st., 35)

Cherkashina Sofya Andreevna – the Senior Teacher, Saint-Petersburg State University of Culture and Arts (191186, Russia Saint-Petersburg, Dvortsovaya emb., 2); e-mail: sonya.cherk@gmail.com:

Rodygina Yulia Kimovna – Dr. Med. Sci., Head of the Department of Psychology of National State University of Physical Culture, Sport and Health named P.F. Lesgaft (190121, Russia, Saint-Petersburg, Decembrists st., 35); e-mail: yurodygina@yandex.ru.

Abstract. It has been revealed that the students suffering from parafunction of masticatory muscles have some personality features. The levels of depression and aggression have been determined. Furthermore, trait anxiety in those students who suffer from this kind of disorder was statistically significantly higher. Subjective somatic morbidity and psychological parameters appeared to correlate with bruxism in students with parafunction of masticatory muscles. The need for further research of psychomatic nature of this pathology was justified as well as the importance to reveal the reasons for anxiety in students which negatively affects their somatic state.

Keywords: clinical psychology, psychosomatic state, parafunction of masticatory muscles, students, somatoform disorder, trait anxiety, psychological counseling.

References

1. Eres'ko D.B., Isurina G.L., Kaydanovskaya E.V. [et al.]. Aleksitimiya i metody ee opredeleniya pri pogranichnykh psikhosomaticheskikh rasstroystvakh. Sankt-Peterburg, 2005. 25 p.
2. Broytigam V., Rad M. Psikhosomaticheskaya meditsina. Moskva. 376 p.
3. Vasserman L.I., Trifonova E.A., Shchelkova O.Yu. Psikhologicheskaya diagnostika i korektsiya v somaticheskoy klinike. Sankt-Peterburg. 2011. 271 p.
4. Gredyushko O.P. Sotsial'no-psikhologicheskie faktory trevozhnosti studentov SSUZ pedagogicheskogo profilya. Kazan', 2004. 18 p.
5. Drobizhev M.Yu., Lebedeva M.O. Psikhofarmakoterapiya somatoformnykh rasstroystv. *Ipokhondriya i somatoformnye rasstroystva* / Ed. A.B. Smulevich. Moskva. 1992. P. 124–135.
6. Iordanishvili, A.K. Klinicheskaya ortopedicheskaya stomatologiya. Moskva. 2007. 248 p.
7. Malkina-Pykh I.G. Psikhosomatika. Moskva. 2005. 992 p.
8. Morkovkina I.V., Serpukhovitina T.V. Trevozhno-fobicheskie i somatoformnye rasstroystva. *Ipokhondriya i somatoformnye rasstroystva* / Ed. A.B. Smulevich. Moskva. 1992. P. 78–99.
9. Partsernyak S.A. Stress. Vegetozy. Psikhosomatika. Sankt-Peterburg. 2002. 382 p.
10. Skorikova, L.A. Lechenie bol'nykh s parafunktsiyami zhevatel'nykh myshts. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik* [Kuban medical scientific herald]. 2001. N 3. P. 70–72.
11. Yushmanova T.N., Skripova N.V., Yushmanova A.I. Parafunktsii zhevatel'nykh myshts: bruksizm i szhatie zubov: diagnostika i lechenie. Osnovnye stomatologicheskije zabolevaniya, ikh lechenie i profilaktika na Evropeyskom Severe. Arkhangel'sk. 2008. Issue 10. P. 195–199.
12. Faustov A.S. Fragmenty psikhogigieny. Voronezh. 2005. 168 p.
13. Tsareva E.V. Klinika, diagnostika i psikhoterapiya somatoformnykh rasstroystv zheludochno-kishechnogo trakta. Sankt-Peterburg. 2005. 23 p.
14. Ohayon M.M., Li K.K., Guilleminault Ch. Risk Factors for Sleep Bruxism in the General Population. *Chest*. 2001. Vol. 119, N 1. P. 53–61.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТОВ С НЕВРАСТЕНИЕЙ И НЕВРОЗОПОДОБНЫМИ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева (Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3)

Дифференциальная диагностика неврастении (шифр по Международной классификации болезней и расстройств поведения 10-й версии – F48.0) и резидуально-органических церебральных расстройств с неврозоподобными клиническими проявлениями (F 06.82) является актуальной задачей медицины, поскольку позволяет выбрать адекватную стратегию терапии, определить психотерапевтические мишени. Рассматриваются психологические и социальные характеристики пациентов с неврастенией и церебральными резидуально-органическими неврозоподобными расстройствами, которые необходимо учитывать при дифференциальной диагностике этих состояний. Показаны особенности стиля воспитания в родительских семьях, поведения во время школьного обучения, специфических личностных черт, социального статуса и других факторов характерных для пациентов рассматриваемых групп.

Ключевые слова: клиническая психология, неврастения, церебральное резидуально-органическое неврозоподобное расстройство, дифференциальная диагностика.

Введение

Дифференциальная диагностика неврастении (шифр по МКБ-10 – F48.0) и резидуально-органических церебральных расстройств с неврозоподобными клиническими проявлениями (F 06.82) и ранее, и в настоящее время является актуальной задачей медицины, которая недостаточно решена и имеет важное научно-практическое значение, поскольку позволяет выбрать адекватную стратегию терапии, определить психотерапевтические

Васильева Анна Владимировна – канд. мед. наук, вед. науч. сотр. С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева (192019, Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), e-mail: annavdoc@yahoo.com;

Караваева Татьяна Артуровна – д-р мед. наук, вед. науч. сотр. С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева (192019, Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), e-mail: tania_kar@mail.ru;

Вахренева Олеся Александровна – аспирант С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева (192019, Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), e-mail: olesia_vahreneva@mail.ru.

мишени. Сложность в разграничении этих состояний определяется в первую очередь сходством симптоматических проявлений, часто их незначительной выраженностью, что требует, помимо клинической оценки, учета психологических, социальных характеристик пациентов, а также использования дополнительных методов исследования.

Материал и методы

Обследовали 120 пациентов, проходивших лечение в отделении неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им В.М. Бехтерева, которые по результатам негативной и позитивной диагностики разделены на две группы: 1-я – с неврастенией (без коморбидной патологии); 2-я – с резидуально-органическими церебральными расстройствами с неврозоподобной симптоматикой (табл. 1). Возраст обследуемых составил от 18 до 69 лет. Статистически достоверных различий между исследуемыми группами относительно возраста не обнаружено. На высоком уровне статистической значимости были выявлены половозрастные различия ($p < 0,01$). В 1-й группе пациентов достоверно преобладают женщины, во 2-й группе – мужчины ($p < 0,01$).

Таблица 1
Общая характеристика обследуемых пациентов, n (%)

| Показатель | Группа | |
|-------------------------------|-------------|-------------|
| | 1-я | 2-я |
| Общее количество, n (%) | 55 (46) | 65 (54) |
| мужчины | 10 (18,2) | 40 (61,5) |
| женщины | 45 (81,8) | 25 (38,5) |
| Возраст, лет | 38,8 ± 12,6 | 35,8 ± 13,2 |
| мужчины | 31,0 ± 6,6 | 30,7 ± 9,4 |
| женщины | 40,6 ± 13,0 | 43,9 ± 14,5 |
| Длительность заболевания, лет | 1,8 ± 2,3 | 3,8 ± 5,2 |
| мужчины | 2,2 ± 2,8 | 3,7 ± 4,2 |
| женщины | 1,7 ± 2,3 | 4,0 ± 6,4 |
| менее 1 мес | 1 (1,8) | 0 (0,0) |
| 1–3 мес | 6 (10,9) | 2 (3,1) |
| 3–6 мес | 11 (20,0) | 3 (4,6) |
| 6–12 мес | 20 (36,4) | 12 (18,5) |
| более 12 мес | 17 (30,9) | 48 (73,8) |

В данном исследовании неврастения понималась в соответствии с традиционным ее определением, сформулированным в отечественной психиатрии, как заболевание психогенной (преимущественно конфликтогенной) природы, которое возникает в результате нарушения особенно значимых отношений личности при несоответствии возможностей, средств индивида и требований действительности или при возникновении противоречий между возможностями человека и завышенными требованиями к себе [5, 11].

Резидуально-органические церебральные расстройства включали в себя совокупность разнообразных нервно-психических нарушений, обусловленных стойкими последствиями органических поражений головного мозга. Принципиальным условием для постановки такого диагноза являлось окончание течения органического церебрального заболевания (чаще всего воспалительного, травматического или токсического генеза, которые могли относиться к различным периодам жизни пациента) [3, 4].

Статистическую обработку полученных данных проводили при помощи пакетов прикладных программ Statistica 6.0 и SPSS-19. Вычисляли средние показатели (M) и их стандартные отклонения (σ). Точное вычисление различий долей (процентов) производилось по F -критерию углового преобразования Фишера.

Результаты и их анализ

По особенностям течения неврастении выделены гипостенический и гиперстенический варианты. В развитии первого основную роль играют биологические особенности личности в виде астенической конституции, снижающей толерантность индивида даже к обычным среднестатистическим нагрузкам. При гиперстеническом варианте неврастении в основе лежат стеничные, категоричные, амбициозные особенности личности, где высокие достижения, перфекционизм в сфере деятельности составляют особо значимые компоненты системы отношений, что приводит к перенапряжению, игнорированию биологических границ переносимости нагрузок. Основным в патогенезе неврастенических расстройств становится отрицание сигнальной функции утомления как «команды» о необходимости прекратить деятельность. В ответ индивид прикладывает дополнительные волевые усилия, и это приводит к аффективному и интеллектуальному истощению.

В большинстве случаев психическое развитие в детском возрасте у пациентов обеих нозологических групп характеризовалось как нормальное.

При этом доля лиц с нормальным психическим развитием среди пациентов 2-й группы больше (87,7 %), чем среди пациентов 1-й группы (74,5 %).

Невротические симптомы детского возраста, такие как: снохождение, судорожные проявления, ночные страхи, эпизоды obsessions и фобий, нарушение пищевого поведения, чрезмерная возбудимость, истерические реакции, встречались примерно с одинаковой частотой в обеих группах. Достоверно чаще во второй группе встречались: энурез и заикание, что может говорить об изначальной церебральной дефицитности этой категории больных.

Важным периодом в развитии черт характера и формировании навыков построения межличностных отношений является обучение в школе [3, 13]. Пациенты 1-й группы в 14,5 % имели отличную успеваемость, в 74,5 % – хорошую и в 11 % – посредственную. Кроме высокой успеваемости, в периоды школьного обучения пациентов с гипостенической формой невращения этой подгруппы отличало пассивное следование правилам и требованиям, тщательное выполнение домашних заданий с затратой большего времени, чем требовалось другим сверстникам. После прихода с учебы домой нуждались в отдыхе. Пациенты с гиперстенической формой невращения были более амбициозны, стремились к поощрению, активно участвовали в различных видах деятельности, дополнительных занятиях, в том числе и по желанию родителей. В табл. 2 представлены достоверные различия психосоциальных характеристик у пациентов в группах.

Таблица 2

Отличия психосоциальных характеристик у пациентов в группах (%)

| Показатель | Группа | | p < |
|--------------------------------|--------|------|------|
| | 1-я | 2-я | |
| Пол | | | |
| женский | 81,8 | 38,5 | 0,01 |
| мужской | 18,2 | 61,5 | 0,01 |
| Расстройства детского возраста | | | |
| энурез | 0 | 7,7 | 0,05 |
| заикание | 1,8 | 9,2 | 0,05 |
| Успеваемость в школе | | | |
| хорошая | 74,5 | 48,0 | 0,05 |
| посредственная | 10,9 | 45,8 | 0,01 |
| Пассивное поведение в школе | 25,4 | 76,9 | 0,05 |

| Показатель | Группа | | p < |
|--|--------|------|------|
| | 1-я | 2-я | |
| Культурный уровень родительской семьи | | | |
| высокий | 72,7 | 23,1 | 0,01 |
| средний | 25,5 | 76,9 | 0,01 |
| Частые конфликты между родителями | 12,3 | 36,4 | 0,01 |
| Стиль воспитания пациента | | | |
| гармоничный | 20,0 | 43,1 | 0,01 |
| строгость нравственных требований | 52,7 | 18,5 | 0,01 |
| строгость со стороны родителей | 20,0 | 9,2 | 0,05 |
| лишение инициативы | 32,7 | 13,8 | 0,01 |
| ориентация на внешние правила и нормы | 10,9 | 3,1 | 0,05 |
| Безразличное отношение к болезням пациента | 12,7 | 3,1 | 0,05 |
| Образование | | | |
| высшее | 60,0 | 41,5 | 0,05 |
| средне-специальное | 18,2 | 33,8 | 0,05 |
| Неработающие пациенты | 20,0 | 33,8 | 0,05 |
| Смена работы | | | |
| никогда | 64,2 | 24,6 | 0,01 |
| часто | 7,3 | 23,1 | 0,01 |
| Материальное обеспечение жизни | | | |
| низкое | 12,7 | 27,3 | 0,05 |
| высокое | 14,6 | 1,5 | 0,01 |
| Семейное положение | | | |
| замужем/женат | 54,5 | 35,4 | 0,05 |
| холост | 18,2 | 38,5 | 0,01 |
| Неудовлетворенность | | | |
| продвижением по службе | 78,2 | 29,2 | 0,01 |
| материальным обеспечением | 61,8 | 38,5 | 0,05 |

Во 2-й группе достоверно реже встречалась хорошая успеваемость и, соответственно, достоверно чаще отмечалась посредственная успеваемость (см. табл. 2). Трудности в обучении преимущественно были связаны с недостаточной концентрацией внимания, плохим запоминанием и усвоением материала, встречались такие нарушения, как дисграфия, дизорфография, дислексия и др.

Поведение в школе у большинства пациентов обеих групп характеризовалось как адекватное (61,8 % – в 1-й группе и 63,8 % – во 2-й). Они в целом имели удовлетворительные отношения как со сверстниками, так и с

преподавателями, пациенты 1-й группы реже принимали участие в конфликтах (7,2 и 20,0 % соответственно), не прогуливали занятия. Реже в обеих выборках, но достоверно чаще для лиц в 1-й группе, преимущественно с гипостенической формой неврастения, встречалось пассивное поведение, характеризующееся невысокой активностью, пассивным следованием правилам, недостаточной инициативностью, ведомостью в межличностных отношениях. Обособленное поведение наблюдалось еще реже и без достоверных различий в обеих группах (9,1 и 7,7 % соответственно).

Распространенность отношений в период школьного обучения со сверстниками характеризовались как средняя (54,5 и 58,5 %) и реже, как ограниченная (20,0 и 16,9 %) и обширная (25,5 и 24,6 %) – без достоверных различий. В отношениях со сверстниками являлись лидерами 25,4 % пациентов 1-й группы, преимущественно с гиперстенической формой неврастения, что определялось их амбициозностью, стремлением к высоким результатам, участием в различных видах деятельности, и 12,3 % пациентов 2-й группы, не выделялись – 44,6 и 63,0 % соответственно, были ведомыми – 21,8 % (преимущественно пациенты с гипостенической формой неврастения) и 9,2 %, отвергались сверстниками – 3,6 и 15,3 %.

В отечественной и зарубежной литературе большое внимание уделяется изучению роли родительской семьи в формировании невротических механизмов [8, 11, 13]. У большинства обследованных пациентов родительская семья была полной (в 1-й группе – в 83,6 %, во 2-й группе – в 76,9 % случаев).

Уровень материальной обеспеченности родительских семей пациентов обеих групп оказался примерно одинаковым: высокий – 12,7 % в 1-й группе пациентов и 6,2 % во 2-й, средний – 78,2 и 80,0 % соответственно, низкий – 9,1 и 13,8 % соответственно.

Достоверно отличался культурный уровень родительских семей, так, у пациентов 1-й группы достоверно чаще встречался высокий уровень, тогда как во 2-й группе – средний (см. табл. 2).

Изучение частоты возникновения конфликтов в родительских семьях показало, что достоверно чаще отмечалась низкая частота конфликтов между родителями в семьях пациентов 1-й группы, чем между родителями в семьях пациентов 2-й группы (см. табл. 2).

Особенности условий воспитания безусловно создавали основу для формирования определенных личностных черт, которые в ситуациях психоэмоционального напряжения могли способствовать возникновению и развитию неврастения [7]. Для семейного анамнеза пациентов 1-й группы

с гипостеническим вариантом неврастения характерна низкая конфликтность в родительской семье, наличие нравственных требований, лишение пациентов инициативы, что не способствовало развитию навыков совладания со стрессовыми ситуациями. Имея склонность к завышению возможных негативных последствий стрессовых ситуаций, эти пациенты не получали необходимый опыт конфликтного взаимодействия с последующим разрешением ситуации и примирением, у них не формировались навыки проблемно-решающего поведения.

Условия воспитания в семьях пациентов с гиперстеническим типом неврастения способствовали формированию характерного для них стиля реагирования. Помимо повышенной требовательности, пациенты воспринимались как нарциссическое продолжение родителей с необходимостью реализовать их значимые планы при одновременном игнорировании собственных интересов и желаний. Проявление инициативы и индивидуальности всегда сопровождалось чувством вины и субдепрессивными реакциями как защита от проявлений гнева и недовольства.

Гармоничный стиль воспитания в семьях пациентов 1-й группы встречался достоверно реже, чем в семьях пациентов 2-й группы (см. табл. 2). Наиболее частыми нарушениями воспитания у пациентов 1-й группы были: строгость нравственных требований, повышенная строгость со стороны родителей, лишение инициативы и ориентация на внешние правила и нормы, нормативность в воспитании.

В качестве характерных стереотипов воспитания в отношении пациентов 1-й группы с гипостеническим вариантом неврастения отмечалась повышенная строгость родителей, нормативность в поведении, ориентация на внешние правила и нормы, чрезмерное следование общепринятым социальным стереотипам, которые интернализировались и в дальнейшем приводили к формированию собственного категоричного, сверхстрогого, лишённого гибкости и приспособляемости сверх-Я.

Чрезмерно мелочная строгость в соблюдении различных правил, ориентация на правильное поведение, нацеленное на успех и поощрение, формирование нормативных стереотипов, следование непреложным нормам и требованиям, подавление желания сделать что-либо новое, отличное от сформированных представлений, впоследствии приводили к противоречию между возможностями личности, с одной стороны, и ее стремлениями и завышенными требованиями к себе – с другой. Таким образом, формировались условия для конфликтных противоречий, связанных, с одной стороны, с психастенической почвой, ограничивающей возможности лично-

сти, и с другой – с повышенной требовательностью к себе, нетерпимостью к проявлениям слабости и неспособностью к самостоятельному ранжированию задач по значимости.

В семьях пациентов с гиперстеническим вариантом неврастении они, усвоив безразличное отношение к болезням, которое проявляли родители в детстве, игнорировали в последующем соматические сигналы переутомления, что усугубляло декомпенсацию. Воспитание в родительских семьях отличалось строгостью, высокой требовательностью, ориентацией на социальный успех и мнение окружающих при дефиците искренней заинтересованности, поддержки. При этом основное внимание уделялось недостаткам. Таким образом, формировалось внутреннее противоречие: стремление к вниманию и успеху, достижение которых одновременно означало повышение риска критических замечаний.

В семьях пациентов 2-й группы отмечалась несколько более высокая частота конфликтов между родственниками. У родителей часто вызывало раздражение проявления неврологической дефицитарности, которую при отсутствии выраженных жалоб они не воспринимали как проявления болезненного состояния, а расценивали как негативные личностные качества ребенка (неусидчивость, возбудимость, недостаточно хорошую память, нарушения концентрации внимания и проч.).

Другие стили воспитания встречались реже и не имели достоверных различий в группах.

Изучение отношения родителей к болезням пациента в детстве показало, что отрицательное, адекватное, внимательное и чрезмерно внимательное отношения встречались без существенных различий по частоте в обеих группах. Безразличное же отношение встречалось достоверно чаще в 1-й группе пациентов, это способствовало формированию склонности игнорировать соматические симптомы переутомления, что приводило к усугублению декомпенсации болезненного состояния.

Для характеристики пациентов с невротическими расстройствами, более полного их понимания имеет значение изучение некоторых социальных показателей (образование, профессиональная деятельность, семейный статус, материальное положение и др.).

Пациенты 1-й группы имели высшее образование достоверно чаще, чем пациенты 2-й, которые, в свою очередь, достоверно чаще имели средне-специальное образование. Высокий процент наличия высшего образования в 1-й группе, видимо, обусловлен высоким уровнем нормативности

и работоспособности, завышенными требованиями к себе и ориентацией на достижение социально поощряемого успеха.

На момент обследования учились в высших и средних учебных заведениях 16,4 % пациентов 1-й группы и 12,3 % пациентов 2-й группы, работали 60,0 и 47,7 % соответственно, на пенсии находились 3,6 и 6,2 % соответственно. Статистически достоверно чаще не работали пациенты 2-й группы.

Характерологические личностные особенности пациентов оказывали влияние на частоту смены мест работы. В течение жизни никогда не меняли работу 64,2 % обследуемых лиц 1-й группы и 24,6 % – 2-й. Достоверно реже меняли место работы пациенты 1-й группы, что объясняется их высокой мотивацией к успеху, работоспособностью, низким уровнем межличностной конфликтности.

Важным аспектом социального статуса является влияние заболевания на возможность справляться с работой и продолжать продуктивную профессиональную деятельность. Среди работающих 32,7 % пациентов 1-й группы и 32,3 % пациентов 2-й группы на фоне болезни до госпитализации в отделение неврозов и психотерапии не справлялись с работой, и, как мы видим, частота профессиональной декомпенсации не имела различий в группах. Кроме этого, болезненное состояние мешало не только выполнению трудовых обязанностей, но и социально значимой профессиональной реализации: 65,5 % пациентов в 1-й группе и 75,4 % во 2-й не продвигались по карьерной лестнице.

Материальное обеспечение жизни пациентов двух групп имело достоверно значимую разницу. Как низкое свое материальное обеспечение характеризовали чаще пациенты 2-й группы. Средний уровень материального обеспечения встречался примерно с одинаковой частотой в двух группах (72,7 и 75,4 % соответственно). Высокий материальный уровень достоверно чаще отмечался в 1-й группе пациентов, что обусловлено как высоким уровнем притязаний, так и высоким уровнем трудоспособности и ориентацией на достижения (см. табл. 2).

Семейный статус пациентов в группах выглядел следующим образом. На момент обследования были женаты или замужем достоверно большая часть пациентов 1-й группы. Статистически достоверно чаще холостые на момент обследования пациенты отмечены во 2-й группе (см. табл. 2). Без статистически значимых различий в двух группах пациенты состояли в гражданском браке (9,1 и 9,2 % соответственно), были разведены (9,1 и 12,3 % соответственно), являлись вдовцами (9,1 и 4,6 % соответственно).

Для оценки значения социальных факторов в развитии невротических расстройств важным является не только констатация существующего состояния профессионального и семейного статуса пациентов, а понимание, каким образом пациенты воспринимают данные аспекты своей жизни, поскольку, согласно концепции, разработанной В.Н. Мясичевым, его сотрудниками и учениками, патогенность внешних обстоятельств жизни проявляется лишь в сочетании с соответствующим значимым отношением к ним личности. Имеет значение не столько объективная трудность проблемы, сколько субъективное отношение к ней, удовлетворенность или не удовлетворенность реальными обстоятельствами [11]. Так, на момент обследования достоверно чаще не удовлетворены своим профессиональным продвижением и уровнем материального обеспечения пациенты 1-й группы. Достоверных различий в неудовлетворенности семейным положением не выявлено (58,2 % – в 1-й и 49,2 % – во 2-й группах).

Согласно патогенетической концепции понимания невротических расстройств одним из ведущих звеньев патогенеза являлись особенности личности пациентов с неврастением [10, 11].

Личность пациентов с гипостеническим вариантом неврастения характеризовалась недостаточной интегрированностью образа своего Я, когда наличие собственных положительных качеств мгновенно ставилось под сомнение даже при незначительных промахах, превалировало описание себя в терминах действий при одновременном игнорировании личностных психологических особенностей. Ситуативная критика со стороны других оценивалась как устойчивая и постоянная, при этом образ себя нарушался в конфликтной ситуации. Было затруднено принятие собственных границ, при конфронтации с ограничениями, определяемыми астенической конституцией, возникало выраженное чувство стыда. На первом плане находились не собственные интересы, а приоритеты дела, что не способствовало достижению равновесия в ситуациях напряжения и усиливало дезадаптацию.

Личность больных с гиперстеническим вариантом отличалась активностью, амбициозностью, выраженным чувством долга, склонностью к некоторой переоценке собственных возможностей. Они были склонны предъявлять повышенные требования к себе, стремились контролировать ситуацию межличностного взаимодействия, внимательно относиться к реакциям окружающих и стараясь предупредить появление критических замечаний. Повышенная тревожная настороженность в стрессовых ситуациях становилась дополнительным астенизирующим фактором. У ряда пациен-

тов отмечалось преобладание негативного восприятия себя, обесценивание возможностей, отсутствие представлений о постепенном достижении цели. Имелись существенные сложности в понимании своих чувств, дифференциации между депрессией и гневом. Проявление инициативы, отступление от жестких социальных правил сопровождалось коллапсом самооценки и переживанием чувства вины. Было затруднено целостное восприятие себя и других с принятием сильных и слабых сторон. Образы последних определялись собственными категоричными представлениями, с этих позиций интерпретировались поступки и поведение других людей. Восстановление самооценки становилось возможным только при их помощи.

Заключение

Таким образом, при анализе социальных и психологических характеристик пациентов с неврастенией и с невротоподобными церебральными резидуально-органическими нарушениями выявлен ряд характерных особенностей (раннее развитие, особенности воспитания в родительской семье, характер общения со сверстниками и обучение в школе, социальный статус, специфические особенности личности и др.), которые во многом являются предпосылками для формирования нарушений, определяют их течение и должны учитываться при разработке стратегии лечения.

Литература

1. Бамдас Б.С. Астенические состояния. – М. : Медгиз, 1961. – 203 с.
2. Бамдас Б.С. О клинических типах течения неврастении // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1954. – Т. 54, № 5. – С. 407–414.
3. Бенько Л.А. Органическое астеническое расстройство в структуре резидуально-органического психосиндрома в детском возрасте : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Оренбург, 2004. – 25 с.
4. Голодец Р.Г. Проблема психических расстройств экзогенно-органической природы // Актуальные проблемы психиатрии. – М., 1981. – С. 64–67.
5. Карвасарский Б.Д. Неврозы : руководство для врачей. – М. : Медицина, 1990. – 573 с.
6. Киселева О.А. О некоторых диагностических аспектах неврастении // XIII съезд психиатров России : материалы съезда. – М., 2000. – С. 82.
7. Колотильщикова Е.А., Мизинова Е.Б., Лысенко И.С., Чехлатый Е.И., Полторац С.В. Сравнительный анализ механизмов психологических защит больных с острым и хроническим течением невротических расстройств // Вестн. С.-Петербург. гос. ун-та. Сер. 12. Психология. Социология. Педагогика. – 2010. – Вып. 4. – С. 207–213.
8. Лакосина Н.Д., Турнова М.М. Неврозы, невротические развития личности : клиника и лечение. – М. : Медицина, 1994. – 192 с.

9. Ласков Б.И., Лобзин В.С., Липгард Н.К., Солодовников И.В. Физиогенные и психогенные астении. – Курск, 1981. – 153 с.
10. Малкова Л.Д. Некоторые вопросы клиники и патогенеза астенического синдрома при неврозах // Психогенные (реактивные) заболевания. – М., 1979. – Вып. 1. – С. 170–173.
11. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. – Л., 1960. – 426 с.
12. Одинак М.М., Шамрей В.К., Софронов А.Г. [и др.]. Астенические состояния : пособие для врачей. – СПб. : ВМедА, 2003. – 63 с.
13. Merikangas K., Angst I. Neurasthenia in a longitudinal cohort study of young adults // Psychol. Med. – 1994. – Vol. 24. – P. 1013–1024.

Karavaeva T.A., Vasilieva A.V., Vakhreneva O.A. Sravnitel'nyy analiz psikhosotsial'nykh kharakteristik patsientov s nevrasteniei i nevrozopodobnymi rezidual'no-organicheskimi rasstroystvami [Comparative analysis of the psychosocial characteristics of patients with the neurasthenia and neurosis-like residual-organic cerebral disorders]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 1. P. 101–113.

V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute
(192019, Russia, Saint-Petersburg, Bekhterev str. 3)

Abstract. Differential diagnostics of neurasthenia (code F48.0, International classification of diseases and related health problems, 10th revision) and residual and organic cerebral disorders with neurotic clinical manifestations (F 06.82) is a topical medical problem in order to choose an adequate therapy approach and to define psychotherapeutic targets. The article describes psychological and social characteristics of patients with neurasthenia and neurosis-like residual-organic cerebral disorders to be considered in differential diagnosis. Family background, features of school behavior, specific personality traits, social functioning and other issues typical for the patients from groups under study are described.

Keywords: clinical psychology, neurasthenia, neurosis-like residual-organic cerebral disorder, differential diagnosis.

Vasilieva Anna Vladimirovna – Dr. Med. Sc., leading research associate, Neurosis and Psychotherapy Department, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (192019, Russia, St. Petersburg, Bekhterev str. 3), e-mail: annavdoc@yahoo.com;

Karavaeva Tatyana Arturovna – Dr. Med. Sc., head of the Neurosis and Psychotherapy Department, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (192019, Russia, St. Petersburg, Bekhterev str.3), e-mail: tania_kar@mail.ru;

Vakhreneva Olesya Alexandrovna – graduate student of the Neurosis and Psychotherapy Department, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (192019, Russia, St. Petersburg, Bekhterev str. 3), e-mail: olesia_vahreneva@mail.ru.

References

1. Bamdas B.S. Astenicheskie sostoyaniya. Moskva. 1961. 203 p.
2. Bamdas B.S. O klinicheskikh tipakh techeniya nevrastenii. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii* [Journal of neurology and psychiatry]. 1954. Vol. 54, N 5. P. 407–414.
3. Benko L.A. Organicheskoe astenicheskoe rasstroystvo v strukture rezidual'no-organicheskogo psikhosindroma v detskom vozraste. Orenburg. 2004. 25 p.
4. Golodets R.G. Problema psikhicheskikh rasstroystv ekzogenno-organicheskoy prirody. *Aktual'nye problemy psikiatrii*. Moskva. 1981. P. 64–67.
5. Karvasarskiy B.D. Nevrozy. Moskva. 1990. 573 p.
6. Kiseleva O.A. O nekotorykh diagnosticheskikh aspektakh nevrastenii // XIII s"ezd psikiatrov Rossii. Moskva. 2000. P. 82.
7. Kolotil'shchikova E.A., Mizinova E.B., Lysenko I.S., Chekhaty E.I., Poltorak S.V. Sravnitel'nyy analiz mekhanizmov psikhologicheskikh zashchit bol'nykh s ostrym i khronicheskim techeniem nevroticheskikh rasstroystv. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya 12: Psikhologiya. Sotsiologiya. Pedagogika* [Herald of St. Petersburg State University. Series 12: Psychology. Sociology. Pedagogy]. 2010. N 4. P. 207–213.
8. Lakosina N.D., Turnova M.M. Nevrozy, nevroticheskie razvitiya lichnosti: klinika i lechenie. Moskva. 1994. 192 p.
9. Laskov B.I., Lobzin B.C., Lipgard N.K., Solodovnikov I.V. Fiziogennyye i psikhogennyye astenii. Kursk. 1981. 153 p.
10. Malkova L.D. Nekotorye voprosy kliniki i patogeneza astenicheskogo sindroma pri nevrozakh. *Psikhogennyye (reaktivnyye) zabolvaniya*. Moskva. 1979. Issue 1. P. 170–173.
11. Myasishchev V.N. Lichnost' i nevrozy. Leningrad. 1960. 426 p.
12. Odinak M.M., Shamrey V.K., Sofronov A.G. [et al.]. Astenicheskie sostoyaniya. Sankt-Peterburg. 2003. 63 p.
13. Merikangas K., Angst I. Neurasthenia in a longitudinal cohort study of young adults. *Psychol. Med.* 1994. Vol. 24. P. 1013–1024.

СВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ МЫШЛЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ С КЛИНИКО-БИОСОЦИАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ

Психоневрологический диспансер Фрунзенского р-на Санкт-Петербурга
(Россия, Санкт-Петербург, Подъездной пер., д. 21А)

При помощи психологических тестов обследовали 170 больных с психическими расстройствами шизофренического спектра параноидной (F20.0 по МКБ-10), простой (F20.6) шизофрении, шизоаффективного (F25) и шизотипического (F21) расстройств. Клинико-социобиологические корреляции нарушений мышления (32 параметра) показали избирательный, иногда сложный и неоднозначный характер выявленных связей. Все значимые связи ($p < 0,05-0,001$) были слабыми ($r = 0,199-0,370$) и отмечались менее чем с половиной параметров нарушений мышления. Полученные результаты не поддерживают утвердившиеся в отечественной патопсихологии монодетерминантные теории нарушений мышления и указывают на разнообразие, сложность и гетерогенность расстройств мышления при шизофрении, что требует выбора разных мишеней и способов их психокоррекции, с учетом специфики возраста и пола.

Ключевые слова: медицинская психология, психодиагностика, нарушения мышления, шизофрения, клинические и биосоциальные факторы, корреляции.

Введение

В современной науке существуют разные мнения о том, каковы причины специфичных для шизофрении расстройств мышления. Наряду с тенденциями объяснять их психопатологическими симптомами (бред, сверхценные идеи и др.) или выводить из необходимости примирять психопатологические переживания с реальностью, существуют и другие гипотезы [12, 13]. Например, имеются попытки объяснять причины нарушений мышления (НМ) каким-либо психологическим фактором: когнитивным дефицитом [16], расстройствами управления [19] мотивации [2] и др. Поиски детерминации нарушений мышления вызваны не только академическим интересом, но и требованиями практики. Так, в связи с критическим осознанием недостаточности нейробиологических моделей для лечения шизофрении возрастает внимание к разработке и применению практических методов бихевиоральной, нейрокогнитивной и других видов психотерапии [9, 11, 17], для успеха которых немаловажное значение имеет кор-

Чередникова Татьяна Владимировна – канд. психол. наук, мед. психолог Психоневрол. диспансера Фрунзенского района Санкт-Петербурга (190013, Россия, Санкт-Петербург, Подъездной пер., д. 21А), e-mail: tvchered01@inbox.ru.

рекция патологического мышления [4, 11]. При этом изучение характера корреляционных связей клинических и социобиологических факторов с расстройствами мышления при шизофрении необходимо для поиска адекватных механизмов психокоррекции и определения специфики ее мишеней в различных условиях [19].

Гипотезы исследования. В исследовании были проверены некоторые из гипотез детерминации НМ разными клиническими и биосоциальными факторами. Идентичные связи разных НМ с какими-либо из этих переменных могли бы свидетельствовать в пользу гипотезы монодетерминации расстройств мышления, но одинаковые паттерны множественных корреляций каждого из НМ – в пользу их общей, но сложной природы. В то же время отсутствие каких-либо корреляций указывало бы на относительную независимость структурных расстройств мышления от клинических и биосоциальных переменных, а наличие паттернов избирательных связей у каждого из НМ – на их разнородный, сложный и гетерогенный характер.

Материал и методы

Исследовательскую выборку составили 170 человек с клиническими диагнозами психических расстройств шизофренического спектра: параноидной (F20.0 по МКБ-10), простой (F20.6) шизофрении, шизоаффективного (F25) и шизотипического (F21) расстройств. В батарею методов психодиагностики входили 6 общеизвестных методик исследования мышления: «Исключение лишнего слова», «Классификация предметов», «Пословицы», «Исключение предметов», «Пиктограммы», «Существенные признаки». Суммарные оценки каждого из 32 параметров НМ определялись по результатам всей батареи методик [8].

Дополнительно оценивалось 8 клинических и биосоциальных переменных: продолжительность болезни (в годах), прогрессивность (малая, умеренная, выраженная); степень дефекта, или группа инвалидности (нет, есть I или II группа); острота психопатологического состояния, или фаза течения болезни (полная ремиссия, неполная ремиссия, обострение); возраст (в годах); тип течения болезни (приступообразный, смешанный, непрерывный); пол (мужской, женский); образование (в годах). Между этими переменными и параметрами НМ выявлялось наличие значимых корреляций ($p < 0,05 - 0,001$), которые вычислялись с помощью коэффициента корреляции Пирсона.

Результаты и их анализ

Суммарная оценка количества нарушений мышления каждого вида (всего 32) по всей батарее из 6 методик представлена в табл. 1

Таблица 1
Показатели НМ у больных шизофренией ($M \pm m$), балл

| Параметр | Оценка | Параметр | Оценка |
|---|-----------------|-----------------------------|-----------------|
| Неадекватность | $0,80 \pm 0,12$ | Искажения образов | $1,02 \pm 1,51$ |
| Нелепость | $0,75 \pm 0,12$ | Фрагментарность образов | $0,68 \pm 1,02$ |
| Алогизм | $0,21 \pm 0,59$ | Ошибки ТоМ* | $0,38 \pm 0,49$ |
| Парадоксальность | $0,06 \pm 0,23$ | Соскальзывания | $0,21 \pm 0,66$ |
| Амбивалентность | $0,02 \pm 0,14$ | Атактические замыкания | $0,27 \pm 0,62$ |
| Вычурность | $0,32 \pm 0,87$ | Латентные признаки | $1,77 \pm 1,96$ |
| Резонерство | $1,22 \pm 1,73$ | Латентные концепты | $0,52 \pm 1,12$ |
| Абстрактность | $0,47 \pm 0,90$ | Нестандартность | $1,49 \pm 1,87$ |
| Формализм | $0,30 \pm 0,77$ | Приблизительность категорий | $0,40 \pm 0,99$ |
| Метафоричность | $0,12 \pm 0,56$ | Сверхвключаемость | $0,75 \pm 2,12$ |
| Символизм вербальный | $0,17 \pm 0,63$ | Многовариантность ответов | $5,35 \pm 4,88$ |
| Неологизмы | $0,17 \pm 0,45$ | Персеверации | $0,07 \pm 0,26$ |
| Псевдоабстрактность образов | $0,59 \pm 0,97$ | Стереотипии | $0,96 \pm 1,96$ |
| Символизм образный | $1,95 \pm 1,61$ | Разноплановость | $0,10 \pm 0,37$ |
| Схематизм образов | $2,28 \pm 2,86$ | Некорригируемость | $0,31 \pm 1,17$ |
| Индекс абстрактности/ конкретности образов в пиктограммах | $1,62 \pm 1,23$ | Претенциозность | $0,19 \pm 0,55$ |

* ТоМ (Theory of mind) – внутренняя «теория психики», или внутренняя «модель психического».

Как видно из табл. 1, разные виды НМ при шизофрении выражены неодинаково. Наибольшая частота характерна для такого гетерогенного параметра НМ, как многовариантность ответов. Самые разные причины могут приводить к выбору нескольких ответов при шизофрении (полисемантизм, повышенная ассоциативная активность или расстройства ассоциаций и логики). Достаточно часто наблюдаются НМ в виде образного символизма, латентных признаков, нестандартности и резонерства. При этом наиболее вероятностные НМ имеют меньшую диагностическую значимость для шизофрении, поскольку также нередко отмечаются и в норме, и при экзогенно-органических расстройствах мышления, но они имеют при этом свои нозологические особенности и формируются в этих случаях, как

показывают наши исследования, по другим механизмам. Типичными расстройствами НМ для больных шизофренией являются также искажения образного мышления и стереотипии в использовании логических алгоритмов, неадекватность и нелепость (см. табл. 1). Самые яркие и убедительные признаки шизофренического мышления – амбивалентность, парадоксальность или неологизмы, – напротив, встречаются крайне редко, поэтому их значение для рутинной диагностики шизофрении невелико. Показательно, что разные нарушения логических связей в мышлении у больных шизофренией (алогизм, соскальзывания, атактические замыкания) имеют близкие по значению средние групповые оценки, что может указывать на общность их патологических механизмов и структурное родство как показателей расстройства мыслительного отражения отношений между объектами.

Оказалось, что меньше половины этих исследованных нарушений мышления (только 14 из 32) коррелировали с различными клинико-биосоциальными переменными, причем весьма избирательно. Все значимые корреляции, лишь за одним исключением, были слабыми ($r = 0,12-0,37$). Как видно из табл. 2, больше всего связей отмечалось с полом (женским) и возрастом, меньше – с продолжительностью заболевания и его прогрессивностью, а менее всего – со степенью дефекта (группа инвалидности) и острой состояний.

С социальным фактором (уровнем образования) был достоверно связан только один параметр нарушений мышления – схематизм образов в пиктограммах, притом это была единственная корреляция умеренной силы ($r = 0,41$). С типом течения болезни не было выявлено значимых корреляций, поэтому эта переменная в табл. 2 не представлена.

Среди всех патофеноменов мышления, обнаруживших корреляции с социально-биологическими и клиническими показателями, 7 нарушений могли быть отнесены к структурным расстройствам мышления [1] – расстройствам его операндов (абстрактность, метафоричность, латентные концепты), операторов (алогизм, соскальзывания и разноплановость) и словесно-образного взаимоперевода (вербальный символизм). При этом первые два параметра, связанные с высшими информационными структурами мышления, отрицательно коррелировали с клиническими характеристиками болезни (прогрессивностью, степенью дефекта) и с возрастом, обнаруживая снижение своей выраженности по мере нарастания негативных психических и церебральных изменений [3]. Следовательно, эти корреляции не подтверждают влияния болезни на рост позитивных рас-

стройств мышления, но отражают общие психобиологические закономерности когнитивного снижения [5].

Таблица 2
Корреляции параметров нарушения мышления с клиническими и биосоциальными переменными у больных при шизофрении

| Параметры нарушений мышления | Продолжительность болезни, лет | Прогрессиентность | Степень дефекта (инвалидность) | Острота психопатологического состояния | Возраст, лет | Пол (женский) | Образование (в годах) |
|------------------------------|--------------------------------|-------------------|--------------------------------|--|--------------|---------------|-----------------------|
| Алогизм | | | | | 0,20* | | |
| Амбивалентность | | | | 0,21* | | 0,21* | |
| Абстрактность | | | -0,23* | | -0,23* | | |
| Метафоричность | | -0,20* | | | | | |
| Символизм | | | | 0,23* | | | |
| Схематизм образов | | | | | | | 0,41** |
| Ошибки ТоМ | 0,25* | | | | | 0,20* | |
| Латентные понятия | | | | | | 0,25* | |
| Соскальзывания | | | | | 0,20* | | |
| Разноплановость | | | | | 0,20* | 0,24* | |
| Сверхвключаемость | 0,37** | 0,24* | 0,24* | | 0,27* | 0,24* | |
| Количество версий ответа | | -0,21* | 0,21* | | | | |
| Некорригируемость | | | | 0,21* | | | |
| Претенциозность | 0,36** | 0,37** | | | | 0,29* | |

Значимость корреляционной связи: * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

Три параметра операторных расстройств мышления, устанавливающих отношения между объектами – алогизм, соскальзывания и разноплановость – почти одинаково слабо, но значимо коррелировали с возрастом. Это может отражать известную связь снижения логических способностей текущего интеллекта с возрастными нейродегенеративными изменениями головного мозга [11]. Кроме того, отдельные параметры как операторных (разноплановость), так и операндных (латентные понятия) расстройств мышления обнаружили еще и корреляции с полом, что указывает на известную разнородность нарушений внутри каждой группы структурных

расстройств мышления, а также на их известную биологическую обусловленность – связь с половым диморфизмом головного мозга. Так, у женщин расстройства понятийного мышления и логики по типу разноплановости (субъективных аргументов) наблюдались достоверно чаще.

Однако в силу слабости и единичного характера выявленных корреляций остается предполагать, что основные причины специфических для шизофрении расстройств умственных операций и операндов очень мало и крайне избирательно связаны с клиникой шизофрении, возрастом или полом. Это вполне соответствует современным научным представлениям о когнитивных расстройствах, в том числе и мышления, как эндофенотипе шизофрении, но не причинах или симптомах заболевания [12, 20].

Еще 10 видов нарушений мышления, которые нельзя отнести к его структурным расстройствам, также оказались избирательно зависимыми от разных клинико-биологических переменных. Среди них эмоционально-коммуникативные НМ – претенциозность и ошибки ТоМ (Theory of mind – «теория психики» или «модель психического») – были связаны позитивно с прогрессивностью и длительностью болезни, а также с полом. Сверхвключаемость – сложный и неоднородный по своей феноменологии параметр – закономерно обнаружил и наибольшее число разнонаправленных связей (с прогрессивностью, длительностью, степенью дефекта, с возрастом и полом). Другой параметр (количество версий ответа) как показатель умственной активности и продуктивности был отрицательно связан с прогрессивностью болезни и степенью дефекта, а соответственно и с выраженностью нейродегенеративных процессов [3].

И наконец, три патофеномена – амбивалентность, некорректируемость и вербальный символизм – оказались положительно связанными с остротой заболевания, обнаруживая некоторую общность своей природы, которая проявлялась и в результатах факторного анализа [8]. Можно думать, что амбивалентность как симптом расщепления психической регуляции может усиливаться в состоянии обострения болезни вместе с другими симптомами диссоциации психики, а некорректируемость – по причине ухудшения адекватной связи с реальностью в острых состояниях. Расстройства символического мышления в такие периоды могут появляться в связи обострением позитивной, например бредовой, симптоматики у некоторых больных. Таким образом, среди всех нарушений мышления только эти три патофеномена обнаружили слабую и косвенную связь с позитивными симптомами шизофрении. В зарубежной литературе также отмеча-

ются немногочисленные корреляции такого рода, но больше выраженность разных НМ связывают с острой фазой болезни [14].

Половой диморфизм системной патологии головного мозга, который отмечается у больных шизофренией, проявился и в наличии целого ряда значимых корреляций с полом неструктурных, или вторичных, нарушений мышления. Так, у женщин была выше вероятность эмоционально-коммуникативных расстройств мышления (ошибки ТоМ и претенциозность); категориально дефектных ответов (по типу сверхвключаемости), а также амбивалентность суждений. И хотя эти связи были слабо выраженными, они проявлялись в соответствии с известными закономерностями эмоциональных и интеллектуальных различий у мужчин и женщин. Эти различия, как известно, особенно явно выступают в условиях, нивелирующих, подобно болезни, влияние образования и других социальных факторов на биологические различия полов в когнитивном функционировании [6, 11].

Таким образом, полученные результаты, согласуясь с современными зарубежными научными данными, обнаруживают избирательный, нередко комплексный и неоднозначный характер связей с клинко-социо-биологическими факторами у одних нарушений мышления и отсутствие таких связей у других. Это противоречит монодетерминантным теориям нарушений мышления, утвердившимся в отечественной науке [2, 4], а также гипотезам о симптоматическом или производном статусе НМ при шизофрении. Данные исследования указывают на разнородность, сложность и гетерогенность различных нарушений мышления при наличии известной общности структурных связей у некоторых из них и возможности модулирования их выраженности общебиологическими факторами когнитивного снижения. Последнее может увеличивать трудности дифференциальной диагностики специфических для шизофрении НМ на фоне когнитивного дефицита, связанного с продолжительностью, прогрессивностью заболевания и процессуальным дефектом.

Выводы

1. Меньше половины нарушений мышления при шизофрении коррелируют с клиникой, полом или возрастом, но слабость связей с этими переменными не дает основания считать их основными или единственными детерминантами мыслительных расстройств. Большая часть нарушений мышления обнаруживает относительную независимость от исследованных клинических и биосоциальных факторов.

2. Только три параметра нарушений мышления (амбивалентность, некорректируемость и символизм) имели значимые положительные корреляции с острой фазой болезни, что могло бы указывать и на косвенную связь с психопатологическими симптомами шизофрении [14].

3. Корреляции некоторых нарушений мышления с длительностью, прогрессивностью болезни, степенью дефекта, а также с возрастом и полом, скорее были опосредованы общебиологическими факторами когнитивного снижения, неоднозначно связанными с нарушениями высших иерархических и линейных мыслительных структур.

4. Избирательность индивидуальных связей различных нарушений мышления говорит об их разнородности, а наличие не только единичных корреляций, но и комплексов параметров клинических и биосоциальных связей указывает на сложную природу исследованных нарушений мышления. При этом общность направленности корреляций в таких паттернах у ряда нарушений мышления подтверждает их структурное сходство и справедливость выделения патологии разных структурных компонентов мышления (например, его операндов, операторов и словесно-образного взаимоперевода) [8].

5. Фактор «образование» оказался связанным только с одним параметром, что, в целом, говорит об очень ограниченном влиянии социокультурных переменных на исследованные расстройства мышления.

Полученные результаты дают основания полагать, что структурно различные нарушения мышления при шизофрении требуют выбора разных мишеней и способов их психологической коррекции, с учетом специфики возраста и пола.

Литература

1. Веккер Л.М. Психические процессы : в 3 т. – Л. : Изд-во ЛГУ, 1976. – Т. 2 : Мышление и интеллект. – 339 с.
2. Зейгарник Б.В. Патофизиология : учеб. для студентов вузов. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Изд-во МГУ, 1986. – 286 с.
3. Иванов М.В., Незнанов Н.Г. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия. – СПб. : Изд. НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2008. – 288 с.
4. Клиническая психология : учебник / под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд. – СПб. [и др.]. : Питер, 2008. – 960 с.
5. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. – М. : Изд-во МГУ, 1969. – 504 с.
6. Психологическая диагностика нейрокогнитивного дефицита : Рестандартизация и апробация методики «Комплексная фигура» Рея-Остеррита : метод. рекомендации / разработ. Л.И. Вассерман, Т.В. Чередникова. – СПб. : НИПНИ им.

В.М. Бехтерева, 2011. – 68 с.

7. Чередникова Т.В. Психодиагностика нарушений интеллектуального развития у детей и подростков : методика «Цветоструктурирование». – СПб. : Речь, 2004. – 352 с.

8. Чередникова Т.В. Информационная модель мышления Л.М. Веккера в исследованиях расстройств мышления при шизофрении методом факторного анализа [Электронный ресурс] // Психол. исслед. : электрон. науч. журн. – 2011. – № 3 (17). – URL: <http://psystudy.ru>.

9. Холмогорова А.Б. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия шизофрении : отечественный и зарубежный опыт // Современ. терапия психич. расстройств. – 2007. – № 4. – С.14–20.

10. A brief cognitive-behavioural social skills training for stabilised outpatients with schizophrenia : A preliminary study / M. Rus-Calafell, J. Gutiérrez-Maldonado, M. Ortega-Bravo [et al.] // Schizophrenia Research. – 2013. – Vol. 143, N 2/3. – P. 327–336.

11. Cognitive behaviour therapy for psychosis can be adapted for minority ethnic groups : A randomised controlled trial / S. Rathod, P. Phiri, S. Harris [et al.] // Schizophrenia Research. – 2013. – Vol. 143, N 2/3. – P. 319–326.

12. Green M.F. Schizophrenia from a Neurocognitive Perspective. Probing the Impenetrable Darkness. – Boston : Allyn and Bacon, 1998. – 190 p.

13. Harrow M., Quinlan D. Disordered thinking and schizophrenic psychopathology. – New York : Gardner Press, 1985. – 461 p.

14. Kleiger J.H. Disordered Thinking and the Rorschach : theory, research, and differential diagnosis. – London : The Analytic Press, 1999. – 408 p.

15. Lezak M.D., Howieson D.B., Loring D.W. Neuropsychological assessment. – New York : Oxford Psychological Press, 2004. – 1016 p.

16. Neuropsychological correlation of alolia and affective flattening in schizophrenia / N. Stolar, H. Berenbaum, M. Banich, D.M. Barch // Biological Psychiatry. – 1994. – N 35. – P. 164–171.

17. Tarrrier N. Negative Symptoms in Schizophrenia : Comments from a Clinical Psychology Perspective // Schizophrenia Bulletin. – 2006. – N 32. – P. 231–333.

18. Thought disorder and psychosocial functioning in schizophrenia: the concurrent and predictive relationships / J.M. Racenstein, D. Penn, M. Harrow, R. Schleser // J. of Nervous and Mental Disease. – 1999. – Vol. 187, N 5. – P. 281–289.

19. Thought disorder in schizophrenia is associated with both executive dysfunction and circumscribed impairments in semantic function / J. Stirling, J. Hellewell, A. Blakey, W. Deakin // Psychological Medicine. – 2006. – N 36. – P. 475–484.

20. White matter tract abnormalities between rostral middle frontal gyrus, inferior frontal gyrus and striatum in first-episode schizophrenia / M. Quan, S-H. Lee, M. Kubicki [et al.] // Schizophrenia Research. – 2013. – Vol. 145, N 1. – P. 1–10.

Cherednikova T.V. Svyaz' narusheniy myshleniya pri shizofrenii s kliniko-biosotsial'nymi faktorami [Correlations of the thought disorders in schizophrenia with clinical and sociobiological factors]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin psychotherapy]. 2014. N 1. P. 114–124.

The Psychoneurological Dispensary of Frunze district, Saint-Petersburg,
(Russia, Saint-Petersburg, Podyezdnoy Lane, 21A)

Cherednikova Tatyana Vladimirovna – PhD, Clinical psychologist, The Psychoneurological Dispensary of Frunze district, Saint-Petersburg (190013, Russia, Saint-Petersburg, Podyezdnoy Lane, 21A), e-mail: tvchered01@inbox.ru.

Abstract. 170 patients with schizophrenia (paranoid (ICD-10 F20.0), simple (F20.6) schizophrenia, schizoaffective (F25) and schizotypal (F21) disorders) were surveyed. Socio-biological and clinical correlations of thought disorders (a total of 32 parameters) were selective, sometimes complex and non-uniform. All the significant correlations ($p < 0.05-0.001$) were weak ($r = 0.199-0.370$), with less than a half parameters of the thought disorders. The results do not support the monodeterminant theory of thought disorders that is recognized in domestic science, and point to the diversity, complexity and heterogeneity of the various thought disorders which require a selection of different targets and methods of their psychological correction taking into account the age and gender.

Keywords: medical psychology, psychodiagnostics, thought disorders, schizophrenia, clinical and biosocial factors, correlations.

References

1. Vekker L.M. *Psikhicheskie protsessy*. Leningrad. 1976. Vol. 2. 339 p.
2. Zeygarnik B.V. *Patopsikhologiya*. Moskva. 1986. 286 p.
3. Ivanov M.V., Neznanov N.G. *Negativnye i kognitivnye rasstroystva pri endogennykh psikhozakh: diagnostika, klinika, terapiya*. Sankt-Peterburg. 2008. 288 p.
4. *Klinicheskaya psikhologiya*. Ed. B.D. Karvasarskiy. Sankt-Peterburg. 2008. 960 p.
5. Luriya A.R. *Vysshie korkovye funktsii cheloveka i ikh narusheniya pri lokal'nykh porazheniyakh mozga*. Moskva, 1969. 504 p.
6. Vasserman L.I., Cherednikova T.V. *Psikhologicheskaya diagnostika neyrokognitivnogo defitsita. Restandartizatsiya i aprobatsiya metodiki «Kompleksnaya figura» Reya-Osterrita*. Sankt-Peterburg. 2011. 68 p.
7. Cherednikova T.V. *Psikhodiagnostika narusheniy intellektual'nogo razvitiya u detey i podrostkov. Metodika «Tsvetostrukturirovanie»*. Sankt-Peterburg 2004. 352 p.
8. Cherednikova T.V. *Informatsionnaya model' myshleniya L.M. Vekker v issledovaniyakh rasstroystv myshleniya pri shizofrenii metodom faktornogo analiza. Psikhologicheskie issledovaniya [Psychological Studies]*. 2011. N 3. URL: <http://psystudy.ru>.
9. Kholmogorova A.B. *Kognitivno-bikhevioral'naya psikhoterapiya shizofrenii: otechestvennyy i zarubezhnyy opyt. Sovremennaya Terapiya Psikhicheskikh Rasstroystv [Contemporary Therapy of Mental Disorders]*. 2007. N 4. P. 14–20.
10. Rus-Calafell M., Gutiérrez-Maldonado J., Ortega-Bravo M. [et al.]. *A brief cognitive-behavioural social skills training for stabilised outpatients with schizophrenia: A preliminary study. Schizophrenia Research*. 2013. Vol. 143, N 2/3. P. 327–336.

11. Rathod S., Phiri P., Harris S. [et al.] Cognitive behaviour therapy for psychosis can be adapted for minority ethnic groups: A randomised controlled trial. *Schizophrenia Research*. – 2013. Vol. 143, N 2/3. P. 319–326.
12. Green M.F. Schizophrenia from a Neurocognitive Perspective. Probing the Impenetrable Darkness. Boston : Allyn and Bacon. 1998. 190 p.
13. Harrow M., Quinlan D. Disordered thinking and schizophrenic psychopathology. New York : Gardner Press. 1985. 461 p.
14. Kleiger J.H. Disordered Thinking and the Rorschach: theory, research, and differential diagnosis. London : The Analytic Press. 1999. 408 p.
15. Lezak M.D., Howieson D.B., Loring D.W. Neuropsychological assessment. New York : Oxford Psychological Press. 2004. 1016 p.
16. Stolar N., Berenbaum H., Banich M., Barch D.M. Neuropsychological correlation of alogia and affective flattening in schizophrenia. *Biological Psychiatry*. 1994. N 35. P. 164–171.
17. Tarrrier N. Negative Symptoms in Schizophrenia: Comments from a Clinical Psychology Perspective. *Schizophrenia Bulletin*. 2006. N 32. P. 231–333.
18. Racenstein J.M., Penn D., Harrow M., Schleser R. Thought disorder and psychosocial functioning in schizophrenia: the concurrent and predictive relationships. *J. of Nervous and Mental Disease*. 1999. Vol. 187, N 5. P. 281–289.
19. Stirling J., Hellewell J., Blakey A., Deakin W. Thought disorder in schizophrenia is associated with both executive dysfunction and circumscribed impairments in semantic function. *Psychological Medicine*. 2006. N 36. P. 475–484.
20. Quan M., Lee S-H., Kubicki M. [et al.]. White matter tract abnormalities between rostral middle frontal gyrus, inferior frontal gyrus and striatum in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2013. Vol. 145, N 1. P. 1–10.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И НАРКОЛОГИЯ

УДК 616.89-08 : 159.9

Е.Э. Декало, В.И. Курпатов

ГОТОВНОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ КАК АКТУАЛИЗАЦИЯ АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОТИВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ

Санкт-Петербургский государственный университет
(Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7/9)

Обследовали 200 пациентов стационарного отделения реабилитации Томского областного наркологического диспансера с синдромом зависимости от опиоидных наркотиков (F11.2 по МКБ-10). Средний возраст пациентов составил $(24,2 \pm 0,3)$ года, стаж наркотизации – $(7,1 \pm 0,3)$ года. В основу лечения положен психотерапевтический метод мотивационной терапии. В 1-ю группу вошли 100 человек, в лечении которых применялся метод мотивационной терапии, во 2-ю (контрольную) группу – 100 человек, в лечении которых мотивационный метод не применялся. Для доказательства эффективности метода проведено клинко-психологическое исследование. Проведенная психотерапия в течение 6 мес (21–24 индивидуальных сессии с каждым пациентом, с режимом от 2 раз/нед, с постепенным снижением до 1 раза в 2 нед; а также – 30–32 групповых занятия по 4 ч/нед) показала снижение патологического влечения к наркотику, повышение мотивации к лечению и увеличение потенциала защитных факторов.

Ключевые слова: психотерапия, клиническая психология, наркотическая зависимость, профилактика, реабилитация, мотивация, интервенция.

Введение

На сегодняшний день проблема наркотической зависимости становится одной из центральных в современной науке о человеке, приобретая интегративный, многосторонний, междисциплинарный характер, вовлекая в сферу ее компетенции все новых специалистов. Одним из основных аспектов изучения является обращение особого внимания на вопросы интер-

Курпатов Владимир Иванович – д-р мед. наук проф., гл. психотерапевт Санкт-Петербурга, директор науч.-клинич. и образоват. центра «Психотерапия и клиническая психология» мед. факультета С.-Петерб. гос. ун-та (199034, Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., д.7/9), e-mail: vikurpatov@mail.ru;

Декало Екатерина Эдуардовна – ст. препод. мед. факультета С.-Петерб. гос. ун-та (199034, Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., д.7/9), e-mail: dekaloe@mail.ru.

венции в отношении лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, где центральной ставится проблема характерных взаимовлияний особенностей индивида и окружающей его среды, а также мотивационная готовность пациента к лечению [2, 6, 12, 14]. Сегодня существует достаточно много различных концептуальных подходов, приближающих проблему наркозависимости к решению. Практика их использования показывает, что даже если удастся с помощью лекарственных средств или иных биологических способов нормализовать психофизиологический баланс у наркомана, то проблема его зависимости не решится сама собой. И прекращение злоупотребления наркотиками как критерий эффективности лечения наркомании оказался неверным [2, 7, 12]. В современной медико-психологической науке преобладает убеждение в том, что требуется реконструкция личности потребителя наркотиков, и сделать это возможно, только если учитывать его личностные особенности [1, 2, 6, 11].

Таким образом, в решении проблемы преодоления наркозависимости появилась необходимость обратиться к исследованию связи соматического и социально-психологического, вероятностной детерминации мотивационно-личностных особенностей. Наиболее актуальными и эффективными современная наркология называет интегративные сквозные медико-психологические модели, объединяющие профилактическую, лечебную и реабилитационную стратегии [6, 13]. Такие модели основываются на лично-ориентированной терапевтической парадигме в контексте концепции развития психологии здоровья и адаптивного развития. Современная наркология отмечает эффективность мотивационных интегрированных подходов в осуществлении поставленных задач и сформированных стратегий медико-психологической науки в отношении потребителей наркотиков [2, 6, 9, 13]. Изучение мотивационной направленности личности в условиях сформировавшейся зависимости – одна из важнейших задач современной наркологии. Вопрос об участии личности в формировании, течении и исходах наркологических заболеваний имеет концептуальное значение.

Основой метода мотивационной терапии (Motivation Enhancement Therapy) [13], базирующегося на принципах когнитивно-поведенческой психотерапии, является установление связей между поведением человека и его личными целями, формирование и поэтапное закрепление самомотивирующих установок. Вектором воздействия являются личностные ресурсы, нормативное состояние которых обеспечивает антинаркотическую устойчивость личности: уровень социально-психологической адаптации,

особенности психических процессов, мотивации, уровень патологического влечения к психоактивному веществу.

Цель работы – доказать эффективность метода мотивационной терапии у лиц с синдромом опиоидной зависимости, влияющего на индивидуальный уровень антинаркотического потенциала и формирование мотивации к лечению.

Гипотезами исследования явились:

1) у больных опиоидной наркоманией отмечается снижение осознания мотивационных механизмов поведения, обеспечивающее низкий уровень готовности к лечению;

2) изменение уровня осознания мотивов поведения в результате применения когнитивно-поведенческих мотивационных методов психотерапии повышает мотивацию на лечение больных опиоидной наркоманией.

Материал и методы

Обследовали 200 пациентов стационарного отделения реабилитации Томского областного наркологического диспансера с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления опиоидов (синдром зависимости, F11.2 по МКБ-10). Средний возраст обследуемых составил ($24,2 \pm 0,3$) года, стаж наркотизации – ($7,1 \pm 0,3$) года.

В 1-ю (экспериментальную) группу вошли 100 человек, в лечении которых применялся метод мотивационной терапии, во 2-ю (контрольную) группу – 100 человек, в лечении которых мотивационный метод не применялся. В остальном лечебный режим пациентов обеих групп адекватно сопоставим. Формирование 1-й и 2-й групп проходило случайным образом, с целью выявления эффективности психокоррекционного метода, исключения иных факторов изменения мотивации пациентов на лечение, кроме воздействующих психотерапевтических технологий, тем самым обеспечения «чистоты» эксперимента.

Психотерапию проводили в течение 6 мес (21–24 индивидуальных сессии с каждым пациентом, с режимом от 2 раз/нед, с постепенным снижением до 1 раза в 2 нед; а также – 30–32 групповых занятия по 4 ч/нед).

Цель программы психокоррекции и реабилитации – выработка гармоничного отношения к лечению на основе когнитивной работы.

Основные мишени психотерапии:

1) нормализация смыслового отношения к ситуации лечения, снижение значимости ситуации лечения как критической;

2) снижение восприятия ситуации лечения в депрессивном контексте, не предполагающем выбора, альтернативы: переконструирование основных схем разрешения проблем;

3) повышение осознания собственной значимости в исходе лечения, активности в процессе лечения – усиление самомотивирующих установок и механизмов;

4) снижение значимости системы противоречий относительно лечения и его исходов, ситуативное восприятие лечебной программы как программы последовательной психокоррекции;

5) включение системы реабилитационных мероприятий в структуру личностного развития, жизненных целей, смыслообразующих и смыслостроительных личностных механизмов;

6) включение систем психокоррекции в структуру личностных потребностей: работа по реализации потребностных систем;

7) осознание значимости ресурсных личностных механизмов в системе самопостроения и самоопределения целевых конструкций в системе лечения;

8) снижение значимости психотравмирующих ситуаций, неудачных попыток лечения, интенсивности эмоционального напряжения и переживания внутриличностных конфликтов; повышение уверенности относительно лечения.

Психотерапия проводилась в 4 этапа: 1-й – подготовки, 2-й – планирования лечения, 3-й – активного лечения, 4-й – закрепления результата, – на которых внедрялись специально разработанные тренинги, основанные на нижеперечисленных когнитивно-поведенческих методах:

- техники идентификации когниций, когнитивное переконструирование (фактическое обоснование, поиск альтернатив);
- коррекция дисфункциональных представлений о новом поведении, об исходах лечения: техники осознания опыта, разрушение эмоциональных связей лечения с обязательным страданием, поэтапное обучение, оценка промежуточного результата.

Целенаправленно проведено катamnестическое экспериментально-психологическое обследование пациентов 1-й и 2-й групп по временным промежуткам от начала применения мотивационного метода: 0 мес, 3 мес, 6 мес. Использовали экспериментально-психологические методики, позволяющие проследить изменения мотивации к лечению, психологических особенностей, несущих потенциал защиты и устойчивости, а также регистрирующих уровень патологического влечения к наркотику:

– методику определения готовности к изменениям и сопротивления лечению J. Prochaska и соавт. (1982) The University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) [5];

– методику изучения ведущего мотиватора поведения и уровня его осознанности (МОМ) А.В. Ермолина, Е.П. Ильина (2000) [3];

– методику изучения уровня внутриличностного конфликта Е.Б. Фанталовой (1997) «Уровень соотношения "ценности" и "доступности" в различных жизненных сферах» (УСЦД) [8];

– шкалу социальной адаптации М. Bosc и соавт. (1981) [4];

– шкалу ангедонии Е.М. Крупницкого и соавт. (2000) [1], которая регистрирует уровень психологического дискомфорта вне интоксикации опиатами: стержневым симптомом, определяющим феноменологию данного состояния, является выраженное патологическое влечение к наркотику.

Рассмотрели взаимовлияние изменений в когнитивной и аффективной сферах, уровня патологического влечения к наркотику, адаптационных способностей потребителей наркотиков на поведенческом уровне психической деятельности.

Статистический анализ результатов проводили с помощью пакета прикладных программ «Statistica, 8.0», с использованием корреляционного анализа с применением коэффициента (ρ) Спирмена, непараметрических U-критерия Манна–Уитни для сравнения результатов, полученных для независимых групп, и T-критерия Вилкоксона для сравнения результатов, полученных для зависимых групп. Различия между группами считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Степень осознанности ведущих мотиваторов поведения является одним из факторов, влияющих на мотивацию к лечению. Результаты показателей антинаркотического потенциала представлены в табл. 1.

Выявлено, что в 1-й группе, после применения мотивационной психотерапии, снижается число ответов на вопросы о причине выбора поведения, связанных со структурой мотива, и, соответственно, увеличивается число ответов, затрагивающих тот или иной блок мотива (табл. 2).

Таблица 1

Показатели антинаркотического потенциала, (M ± σ) балл

| Показатель | Группа / период лечения | | | |
|--|-------------------------|------------|------------|------------|
| | 1-я | | 2-я | |
| | в начале | в конце | в начале | в конце |
| Внутриличностный конфликт по УСИД | 39,5 ± 3,9 | 31,7 ± 1,3 | 40,9 ± 2,7 | 10,0 ± 3,6 |
| Соппротивление лечению по URICA | 1,6 ± 5,0 | 3,2 ± 5,7 | 1,9 ± 0,7 | 1,2 ± 1,0 |
| Адаптации по методике М. Bosc | 27,6 ± 3,4 | 43,1 ± 4,3 | 29,6 ± 6,4 | 34,8 ± 2,1 |
| Патологическое влечение по шкале агедонии | 26,2 ± 2,8 | 11,3 ± 1,2 | 27,2 ± 1,6 | 29,0 ± 3,3 |
| Ведущий «внешний мотиватор поведения» по MOM | 3,8 ± 1,2 | 1,2 ± 0,2 | 3,9 ± 2,1 | 3,0 ± 2,6 |
| Осознание потребностей по MOM | 1,2 ± 0,1 | 2,0 ± 0,2 | 1,4 ± 0,6 | 1,5 ± 0,3 |
| Осознания целей поведения по MOM | 0,5 ± 0,2 | 0,9 ± 0,3 | 0,7 ± 0,9 | 0,7 ± 0,3 |

Таблица 2

Ведущие мотиваторы поведения в 1-й группе пациентов, влияющие на формирование мотивации к лечению больных опийной наркоманией

| Мотиватор поведения по методике MOM | Период лечения | | p < | |
|--|----------------|-------------------|-----------------------------|---|
| | начальный (1) | конечный (2) | 1–2 по t-критерию Стьюдента | в сравнении со 2-й группой (U-критерий) |
| Внешний мотиватор | 3,83 | Снижение на 44 % | 0,05 | 0,02 |
| Мотиватор потребности | 1,19 | Повышение на 77 % | 0,005 | 0,001 |
| Мотиватор мотивационная установка | 0,10 | Повышение на 51 % | 0,05 | 0,002 |
| Мотиватор «прогнозирование последствий» | 0,14 | Повышение на 37 % | - | 0,001 |
| Мотиватор «потребностная (смысловая) цель» | 0,53 | Повышение на 69 % | 0,05 | 0,01 |

Чем длительнее был период реабилитации, тем реже больные ссылались на внешние обстоятельства и факторы при объяснении собственных действий и поведения. Возрастала и частота упоминания мотиватора «прогноз последствий», что свидетельствует об увеличении в процессе мотивации интеллектуальной сферы человека. Учет последствий возможен при достаточном развитии прогностической способности, базирующейся на когнитивных процессах, по данному фактору обнаружены достоверные различия между группами. В целевом блоке мотива наиболее заметные различия выявлены по мотиватору «потребностная смысловая цель», а

именно повышение показателей в процессе реабилитации. Выявлена также тенденция увеличения в процессе психотерапии числа ответов, относящихся к мотиватору «определенное действие», что может свидетельствовать о смещении процесса мотивации в сторону более четкого осознания предмета потребности.

К 6-му месяцу реабилитации повышение мотивации к лечению в 1-й группе происходит на фоне повышения уровня адаптации, снижения внутриличностного конфликта, повышения уровня осознания потребностей, целей поведения (табл. 3).

Таблица 3

Ранговые корреляции изменений показателей антинаркотического потенциала у больных 1-й группы на этапе окончания психотерапии

| Показатель антинаркотического потенциала | ρ -Спирмена при $p \leq 0,05$ | Показатель антинаркотического потенциала |
|---|------------------------------------|---|
| Мотивация к лечению по URICA | 0,78 | Уровень адаптации по методике М. Bosc и соавт. |
| | -0,66 | Уровень использования ведущего «внешнего мотиватора поведения» по MOM |
| | 0,52 | Уровень осознания потребностей по MOM |
| Внутриличностная дезинтеграция по УСЦД | -0,82 | Уровень адаптации по методике М. Bosc и соавт. |
| Внутриличностная дезинтеграция по УСЦД | -0,79 | Уровень осознания целей по MOM |
| Патологическое влечение по шкале агедонии | -0,66 | Уровень адаптации по методике М. Bosc и соавт. |
| Патологическое влечение по шкале агедонии | -0,33 | Уровень осознания потребностей |

По результатам исследования шкалой патологического влечения в 1-й группе происходит снижение показателей в среднем на 38 % к 1-му месяцу и на 72 % – к 6-му месяцу лечения. Во 2-й группе происходит увеличение показателей патологического влечения на 18 % к 1-му месяцу, снижение на 2 % к 6-му месяцу. Снижение показателей уровня патологического влечения в 1-й группе происходит на фоне снижения внутриличностного конфликта, повышения адаптации, за счет осознания потребностей и мотиваторов поведения.

В целом, следует указать на положительную динамику в аспекте повышения потенциала защитных механизмов, антинаркотической устойчивости и улучшения психосоциального функционирования лиц с синдромом

опийной зависимости после применения мотивационной терапии, что происходит за счет позитивного изменения компонентов мотивационно-личностной структуры.

Выводы

1. Результатами клинико-психологического исследования с целью определения эффективности мотивационной терапии экспериментально подтверждается гипотеза о повышении мотивации на лечение, увеличении уровня антинаркотической устойчивости и дезактуализации патологического влечения к наркотику у пациентов, в терапии которых применялся данный метод интервенции.

2. Основными целями метода мотивационной терапии, применяемого в наркологии, является формирование и закрепление у потребителей наркотиков осознанной мотивации на лечение и дезактуализация патологического влечения.

3. Эффективность когнитивно-поведенческих психотерапевтических методов в работе с лицами, страдающими опийной зависимостью, достигается при использовании ключевых стратегий: выявление амбивалентности мышления и поведения пациента, создание и закрепление самомотивирующих установок, которые являются пусковым механизмом последующих изменений, работа с сопротивлением как динамической и парциальной категорией, с базисным применением мотивационного компонента на всех этапах интервенции.

4. Мотивационно ориентированные когнитивно-поведенческие стратегии обеспечивают результативность и устойчивость позитивных психологических изменений потребителей наркотиков за счет осознания ведущих мотивов поведения и, таким образом, трансформации компонентов мотивационно-личностной структуры.

Литература

1. Анкета для оценки синдрома ангедонии у детоксифицированных больных опийной наркоманией: организационные аспекты наркологии / Е.М. Крупицкий [и др.] // *Вопр. наркологии*. – 2000. – № 4. – С. 43–46

2. Декало Е.Э. Исследование эффективности мотивационных антистрессовых методов интервенции в профилактической и реабилитационной наркологии // *Учен. зап. С.-Петербур. гос. мед. ун-та им. акад. И.П. Павлова*. – 2007. – Т. XIV, № 1. – С. 58–61.

3. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. – СПб. [и др.] : Питер, 2006. – 512 с.

4. Ковпак Д.В., Третьяк Л.Л. Депрессия: диагностика и методы лечения. – СПб. : Наука и техника, 2009. – 320 с.

5. Опросник для изучения стадий психотерапии URICA / J.O. Prochaska [et al.]. – URL: <http://www.psy-diagnoz.com/map/clinic/krank/310-urica.html>.
6. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма. – М., 2003. – 176 с.
7. Соловьева С. Лечебная мотивация у наркозависимых как психологическая проблема. – URL: <http://www.narcom.ru/cabinet/online/62/html>.
8. Фанталова Е.Б. Диагностика внутреннего конфликта. – М., 1997. – 29 с.
9. Addictive behaviors: prevention and early intervention. – Amsterdam, 1989. – 303 p.
10. Ellis A. Rational-emotive therapy with alcoholics and substance abusers. – N.Y.: Pergamon, 1988. – 161 p.
11. Luty J. What works in drug addiction? / *Advances in Psychiatric Treatment*. – 2003. – Vol. 9. – P. 280–288.
12. Medina-Mora M.E. Prevention of substance abuse: a brief overview / *World Psychiatry*. – 2005. – Vol. 4, N 1. – P. 25–30.
13. Prochaska J.O., Di Clemente, C.C., Norcross J.C. In search of how people change: Applications to addictive behaviors / *American Psychologist*. – 1992. – Vol. 47, N 9. – P. 1102–1114.
14. Selby P., Vaccarino F.J. Substance abuse prevention: practical strategies for psychiatrists in the 21st century / *World Psychiatry*. – 2005. – Vol. 4, N 1. – P. 32–33.
15. Uchtenhagen A. How effective is substance abuse prevention? / *World Psychiatry*. – 2005. – Vol. 4, N 1. – P. 33–34.

Dekalo E.E., Kurpatov V.I. Gotovnost' k lecheniyu bol'nykh opiynoy narkomaniey kak aktualizatsiya antinarkoticheskoy ustoychivosti: effektivnost' motivatsionnykh metodov psikhologicheskoy interventsii [Treatment readiness of drug addicts as actualization of drug using resistance: effectiveness of motivational methods of psychological intervention]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin psychotherapy]. – 2014. – N 1. – P. 125–134.

Saint-Petersburg State University
(199034, Russia, Saint-Petersburg, University str. 7/9)

Kurpatov Vladimir Ivanovich – Doctor of Medical Science, professor of medical faculty of Saint-Petersburg State University (199034, Russia, Saint-Petersburg, University str. 7/9), e-mail: vikurpatov@mail.ru;

Dekalo Ekaterina Eduardovna –assistant professor of medical faculty of Saint-Petersburg State University (199034, Russia, Saint-Petersburg, University str. 7/9), e-mail: dekalo_e@mail.ru.

Abstract. 200 patients with opioid syndrome dependence (F11.2, ICD-10) have been investigated at the rehabilitation division of Tomsk narcological clinic. Mean age was (24.2 ± 0.3) years with dependence duration about (7.1 ± 0.3) years. The therapy was motivation-based. Study group included 100 patients treated by motivation ther-

apy method, as opposed to the control group of 100 patients. To demonstrate effectiveness of our method, 6-month clinical-psychological study was performed including 21–24 individual sessions with each patient, twice per week with gradual reduction to once per two weeks. Also, 30–32 group sessions (4 hours per week) have been carried out. As a result, drug addiction decreased and motivation for treatment, as well as protective factors, increased.

Keywords: psychotherapy, clinical psychology, drug dependence, prevention, rehabilitation, motivation, intervention.

References

1. Krupitskiy E.M. [et al.]. Anketa dlya otsenki sindroma angedonii u detoksitirovannykh bol'nykh opiynoy narkomaniey: organizatsionnye aspekty narkologii. *Voprosy narkologii* [Journal of Addiction Problems]. 2000. N 4. P. 43–46
2. Dekalo E.E. Issledovanie effektivnosti motivatsionnykh antistressovykh metodov interventsii v profilakticheskoy i reabilitatsionnoy narkologii. Uchenye zapiski Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta imeni I.P. Pavlova [The Record of the I.P. Pavlov St. Petersburg State Medical University]. 2007. Vol. XIV, N. 1. P. 58–61.
3. Il'in E.P. Motivatsiya i motivy. Sankt-Peterburg. 2006. 512 p.
4. Kovpak D.V., Tret'yak L.L. Depressiya: diagnostika i metody lecheniya. Sankt-Peterburg. 2009. 320 p.
5. Prochaska J.O. [et al.]. Oprosnik dlya izucheniya stadiy psikhoterapii URICA. URL: <http://www.psy-diagnoz.com/map/clinic/krank/310-urica.html>.
6. Sirota N.A., Yaltonskiy V.M. Profilaktika narkomanii i alkoholizma. Moskva. 2003. 176 p.
7. Solov'eva S. Lechebnaya motivatsiya u narkozavisimykh kak psikhologicheskaya problema. URL: <http://www.narcom.ru/cabinet/online/62/html>.
8. Fantalova E.B. Diagnostika vnutrennego konflikta. Moskva. 1997. 29 p.
9. Addictive behaviors: prevention and early intervention. Amsterdam. 1989. 303 p.
10. Ellis A. Rational-emotive therapy with alcoholics and substance abusers. N.Y. : Pergamon. 1988. 161 p.
11. Luty J. What works in drug addiction? *Advances in Psychiatric Treatment*. 2003. Vol. 9. P. 280–288.
12. Medina-Mora M.E. Prevention of substance abuse: a brief overview. *World Psychiatry*. 2005. Vol. 4, N 1. P. 25–30.
13. Prochaska J.O., Di Clemente, C.C., Norcross J.C. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*. 1992. Vol. 47, N 9. P. 1102–1114.
14. Selby P., Vaccarino F.J. Substance abuse prevention: practical strategies for psychiatrists in the 21st century. *World Psychiatry*. 2005. Vol. 4, N 1. P. 32–33.
15. Uchtenhagen A. How effective is substance abuse prevention? *World Psychiatry*. 2005. Vol. 4, N 1. P. 33–34.

О НЕОБХОДИМОСТИ СОЗДАНИЯ ЕДИНОЙ БАЗЫ ДАННЫХ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ДИССЕРТАЦИОННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2);
Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова (Россия, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41)

В настоящее время полные тексты отечественных диссертационных исследований (диссертаций и авторефератов диссертаций) можно изучать на сайтах учреждений, при которых созданы диссертационные советы, в электронных библиотеках Российской государственной библиотеки, Российской национальной библиотеки и официальном сайте Высшей аттестационной комиссии Минобрнауки РФ. Проведенный анализ показал: за 2000–2012 гг. около 90 % авторефератов диссертаций по специальностям 14.01.09 (14.00.18) «Психиатрия» и 19.00.04 «Медицинская психология» оцифрованы в Российской национальной библиотеке. Практически все диссертации по изучаемым специальностям, представленные в каталоге «Диссертации» Российской государственной библиотеки, оцифрованы, но по сравнению с реальным потоком диссертаций за 2000–2012 гг. они составляют только около 50 %. Постановление Правительства РФ «О федеральной информационной системе государственной научной аттестации» от 18.10.2013 г. № 1005 определяет возможности создания единой информационной системы материалов диссертационных исследований в России. Для оптимизации процесса оцифровки фондов хранения библиотечному сообществу следует распределить сферы деятельности, необходимо также осуществить национальную подписку (свободную для всех библиотек России) на электронные БД оцифрованных материалов диссертаций.

Евдокимов Владимир Иванович – д-р мед. наук, проф. Всерос. центра экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (190044, Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: 9334616@mail.ru;

Зотова Анна Владимировна – канд. психол. наук, ассистент каф. психотерапии и сексологии Сев.-Зап. гос. мед. ун-та им. И.И. Мечникова (191015, Россия, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41), e-mail: avzot@mail.ru;

Тонкошкурова Любовь Александровна – врач-психотерапевт, e-mail: lat@chado.ru.

Ключевые слова: диссертации, авторефераты диссертации, психиатрия, медицинская (клиническая) психология, электронные ресурсы, базы данных, Российская национальная библиотека, Российская государственная библиотека, Высшая аттестационная комиссия.

Введение

В отличие от зарубежных, в России не создано единой информационной базы данных (БД) материалов диссертаций (диссертаций и авторефератов диссертаций). Например, ProQuest Dissertations & Theses Database содержит рефераты и полные тексты более 2,9 млн диссертаций, опубликованных в основном на английском языке [6]. В 2000–2012 гг. БД ProQuest ежегодно пополнялась на (81 ± 3) тыс. докторских диссертаций мира (рис. 1).



Рис. 1. Количество докторских диссертаций, представленных в БД ProQuest Dissertations & Theses Database [<http://www.proquest.com/>].

В настоящее время опубликованные авторефераты диссертаций направляются в ведущие библиотеки страны, входящие в состав учреждений реферативно-библиографического обслуживания Государственной системы научной и технической информации России, а диссертации на бумажном носителе – в Российскую государственную библиотеку (РГБ). С 2000 г. диссертации по медицинским и фармацевтическим наукам должны направляться в Центральную научную медицинскую библиотеку (ЦНМБ) [11].

Алгоритм поиска авторефератов диссертаций в электронных каталогах библиотек представлен в наших предыдущих публикациях [2]. К сожалению, годовое количество авторефератов диссертаций, находящихся в фондах хранения указанных библиотек, различается, в связи с чем были сформированы массивы диссертаций по специальностям 14.01.06 (старый

шифр 14.00.18) «Психиатрия» и 19.00.04 «Медицинская психология» путем сравнения диссертационных потоков РГБ, Российской национальной библиотеки (РНБ) и ЦНМБ [1–4].

В последние годы ряд крупных библиотек переводит содержание авторефератов и диссертаций, находящихся в фондах хранения, на электронные носители информации. Например, в «Электронной библиотеке диссертаций» (ЭБД) РГБ представлены около 700 тыс. полных текстов отечественных диссертаций и авторефератов диссертаций, в электронной библиотеке РНБ – 330 тыс. авторефератов диссертаций. Много это или мало – судить читателям. По данным интернет-ресурса «Кадры высшей научной квалификации», с 1994 по 2011 г. диссертационные советы России рассмотрели 449 595 диссертаций, в том числе 64 172 – на соискание ученой степени доктора наук [5].

Доступ к оцифрованным материалам диссертаций предлагается за плату зарегистрированным читателям библиотек в режиме отдаленного доступа или бесплатно в их читальных залах. Изучить материалы ЭБД РГБ можно в библиотеках учреждений 131 города России, например в Москве – в 78 организациях, в Санкт-Петербурге – в 23. Кроме того, открыт доступ для читателей библиотек Азербайджана (в 1 городе), Армении (1), Беларуси (в 8 городах, в том числе в г. Минске – в 9 учреждениях), Казахстана (9), Кыргызстана (1), Молдовы (2), Монголии (1), Таджикистана (1), Узбекистана (3), Украины (в 18 городах, в том числе в г. Киеве – в 13 учреждениях). Конкретные адреса виртуальных читальных залов представлены на сайте РГБ. К сожалению, число медицинских учреждений, которые смогли приобрести право для своих пользователей изучать материалы ЭБД, незначительно.

В постановлении Правительства Российской Федерации «О федеральной информационной системе государственной научной аттестации» от 18.10.2013 г. № 1005 [8] решено создать Информационную систему государственной научной аттестации (далее – единую информационную диссертационную систему, ЕДС), предназначенную для решения задач в сфере государственной научной аттестации, в том числе:

– размещения в информационно-коммуникативной сети Интернет сведений о диссертационных советах, полных текстов авторефератов и диссертаций, отзывов научных руководителей, научных консультантов, официальных оппонентов, ведущих (оппонирующих) организаций и других отзывов, поступивших на диссертации и авторефераты, апелляции на решения диссертационных советов о присуждении ученых степеней. Раз-

мещение полных текстов диссертаций осуществляется в соответствии с требованиями гражданского законодательства Российской Федерации;

– формирования базы данных по кандидатским и докторским диссертациям.

Пользователями ЕДС являются органы государственной власти, научные и образовательные организации, иные юридические учреждения, а также физические лица.

Положения о создании ЕДС нашли отражения в нормативных документах по подготовке научных кадров. Постановление Правительства РФ «О порядке присуждения ученых степеней» от 24.09.2013 г. № 842 [9, п. 18] и приложение к приказу Минобрнауки РФ от 13.01.2014 г. № 7 «Положение о совете по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук» [10, п. 6] обязывают соискателей ученой степени и диссертационные советы размещать полные тексты диссертации на официальном сайте организации, на базе которой создан диссертационный совет, в сети Интернет, что открывает новые возможности для информационного поиска и анализа проведенных отечественных диссертационных исследований.

Новые руководящие документы сужают перечень рассылки автореферата диссертации на бумажном носителе. На основании федерального закона «Об обязательном экземпляре документов» от 29.12.1994 г. № 77-ФЗ [11] 9 экземпляров автореферата диссертации направляются в Российскую книжную палату [10, п. 28]. Диссертационный совет определяет также дополнительный список рассылки автореферата диссертаций [10, п. 27].

Цель статьи – представить алгоритм поиска электронных материалов диссертационных исследований в России. В статье не рассматривались варианты изучения диссертаций при помощи коммерческих предложений негосударственных организаций.

Материал и методы

Объект изучения составили массивы электронных библиотек РГБ и РНБ, электронные ресурсы авторефератов диссертаций учреждений, при которых созданы диссертационные советы, и ВАК Минобрнауки РФ.

Предметом изучения стали потоки диссертационных исследований по научным специальностям 14.01.06 (14.00.18) «Психиатрия» и 19.00.04 «Медицинская психология», психотерапии и психологической коррекции за 2000–2013 гг.

Пункт 3.67 Положения о совете по защите докторских и кандидатских диссертаций (приказ Минобрнауки от 09.01.2007 г. № 2, в настоящее время утратил силу в связи с введением нового положения [10]) обязывал соискателей ученых степеней не позднее 3 мес до защиты докторской диссертации представлять текст автореферата диссертации на сайте ВАК в сети Интернет, а кандидатской – не менее чем за 1 мес до защиты – на официальном сайте учреждения, при котором создан диссертационный совет. Таким образом, на сайтах учреждений, за немногим исключением, например в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова объявления о защите и авторефераты диссертаций удаляются сразу после защиты диссертации, с 2007 г. созданы электронные ресурсы авторефератов диссертаций.

ВАК Минобрнауки РФ разрешает принимать к рассмотрению диссертации по специальности 19.00.04 «Медицинская психология» 7 докторским диссертационным советам, по специальности 14.01.06 «Психиатрия» – 8 докторским и 1 кандидатскому диссертационному совету (табл. 1). Знания о них позволят научным работникам изучить материалы диссертаций, представленные на официальных сайтах, и при необходимости процитировать авторефераты в своих работах.

Таблица 1

Учреждения, при которых созданы диссертационные советы по специальностям 14.01.06 «Психиатрия» и 19.00.04 «Медицинская психология» (на 04.03.2014 г.) [12]

| Номер совета | Шифр специальности и отрасль науки | Учреждение, при котором создан совет |
|--------------|------------------------------------|---|
| Д 208.093.01 | 14.01.06, 19.00.04, медицинские | Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева |
| Д 208.041.05 | 14.01.06, 19.00.04, медицинские | Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова |
| Д 501.001.15 | 19.00.04, психологические | Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова |
| Д 212.232.22 | 19.00.04, психологические | Санкт-Петербургский государственный университет |
| Д 212.199.25 | 19.00.04, психологические | Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена |
| Д 212.267.16 | 19.00.04, медицинские | Томский государственный университет |
| Д 205.001.02 | 19.00.04, психологические | Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России |
| Д 208.040.07 | 14.01.06, медицинские | Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова |

| Номер совета | Шифр специальности и отрасль науки | Учреждение, при котором создан совет |
|------------------|------------------------------------|---|
| Д 001.030.01 | 14.01.06, медицинские | Научно-исследовательский институт психического здоровья |
| Д 001.028.01 | 14.01.06, медицинские | Научный центр психического здоровья |
| Д 215.002.04 | 14.01.06, медицинские | Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова |
| Д 208.044.01 | 14.01.06, медицинские | Московский научно-исследовательский институт психиатрии |
| Д 208.024.01 | 14.01.06, медицинские | Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского |
| ДК 730.001.08 | 14.01.06, медицинские | Кыргызско-Российский славянский университет |

Как правило, объявления и архивы авторефератов диссертаций представлены на сайтах учреждений в опциях «Наука» – «Диссертационные советы» – «Объявления о защите диссертаций» – «Архивы авторефератов диссертаций». Подробные сведения об электронном поиске приведены в монографии [2].

Как пример, в статье демонстрируем алгоритм поиска полных текстов авторефератов диссертаций на официальном сайте Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова (МГУ) (рис. 2). Найдя на главной странице сайта опцию «Наука» (см. рис. 2, п. 1), переходили на ее информационное окно, где использовали опцию «Диссертации» (см. рис. 2, п. 2) и ее структурный раздел – информация о диссертационных защитах в МГУ. Активировав название раздела, переходили на окно диссертационных советов факультетов МГУ (см. рис. 2, п. 3).

Окно факультета психологии содержит опции каталогов авторефератов психологических кандидатских диссертаций по специальностям Номенклатуры специальностей научных работников [7]. Авторефераты докторских авторефератов диссертаций сгруппированы в другую обобщенную БД.

Активировав опцию специальности 19.00.04 «Медицинская психология» (см. рис. 2, п. 4), переходили на окно хронологического перечня авторефератов диссертаций с 2007 г. по настоящее время. Просматривали его содержание и при необходимости открывали электронный вариант конкретного автореферата (см. рис. 2, п. 5).

**Московский государственный университет
имени М.В. Ломоносова**

- Главная страница
- Учеба
- Поступающим
- **Наука** 1
- Между сотрудничеством

Объявления
Координационные и научные советы МГУ

Диссертации 2

- Диссертационные советы МГУ
- Информация о защитах диссертаций в МГУ

Механико-математический факультет 3

Факультет журналистики
Факультет психологии

- Объявления о защите диссертаций на факультете

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИИ

О факультете
Поступление и обучение
Научная работа
Психологи МГУ
Форум
Ссылки

Авторефераты диссертаций на соискание ученой степени кандидата психологических наук:

Специальность 13.00.01 – Общая педагогика, история педагогики и образования

Специальность 19.00.01 – Общая психология, психология личности, история психологии

Специальность 19.00.02 – Психофизиология

Специальность 19.00.03 – Психология труда, инженер психология, эргономика

Специальность **19.00.04 – Медицинская психология** 4

Специальность 19.00.05 – Социальная психология

Специальность 19.00.07 – Педагогическая психология

Специальность 19.00.13 – Психология развития, акмеология

См. также: Авторефераты докторских диссертаций

**Специальность 19.00.04 — Медицинская психология
(психологические науки)**

| | |
|----------------------------------|--|
| Ф.И.О. соискателя: | Иржевская Виктория Петровна |
| Тема диссертации: | Нарушения осознания психической болезни при шизофрении |
| Научный руководитель: | д-р психол. наук, проф. <u>Тхостов А. Ш.</u> |
| Официальные оппоненты: | д-р психол. наук Гульдан В. В.; д-р мед. наук, проф. Сирота Н. А. 5 |
| Ведущая организация: | <u>Московский научно-исследовательский институт психиатрии</u> |
| Дата защиты: | 16 октября 2009 |
| Автореферат: | <u>Скачать</u> |
| Дата публикации на сайте: | 15 сентября 2009 |

Рис. 2. Алгоритм поиска авторефератов диссертаций на сайте МГУ.

На рис. 3 представлен поиск авторефератов диссертаций в электронной библиотеке РНБ. Войдя на главную страницу сайта РНБ, переходили на окно электронной библиотеки. Активировали опцию «Поиск» (см. рис. 3, п. 1), в результате чего автоматически открывается режим «Расширенный поиск» с оконцами поисковых выражений (см. рис. 3, п. 2).

РОССИЙСКАЯ НАЦИОНАЛЬНАЯ БИБЛИОТЕКА
Гордость Ответственной культуры Открыта на пользу общую

■ Электронные каталоги
 ■ **Электронная библиотека**

ДОКУСФЕРА ЭЛЕКТРОННЫЙ ФОНД
 РОССИЙСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОЙ БИБЛИОТЕКИ

1

Главная Моя библиотека Документы Коллекции Поиск

по документам

Найти: 19.00.04 2 в: Все поля описания

И: Мед* психология в: Все поля описания

И: в: Все поля описания

Издан между: 2010 – 2010 годами

В коллекции:

Не имеет значения

Авторефераты

Библиографические указатели

Поиск Очистить

5 *На правах рукописи*

Плужников Илья Валерьевич

**ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ
 ПРИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ**

Специальность
 19.00.04 Медицинская психология

АВТОРЕФЕРАТ
 на соискание ученой степени
 кандидата психологических наук

Москва – 2010

Показать

► По релевантности

Недавние 3

<.> По алфавиту авторов

<.> По году публикации

На странице: 15

15
30
100

На странице: 15

Результаты поиска

Поиск по документам / @AF 19.

Просмотр результатов 16-30 из 759

4 Плужников, Илья Валерьевич.

Эмоциональный интеллект при аффективных
 расстройтвах: автореф. дис. на соиск.
 учен. степ. канд. психол. наук:
 специальность 19.00.04 <Мед. психология> /
 Плужников Илья Валерьевич
 [Моск. гос. ун-т им. М. В. Ломоносова]. –
 Москва: 2010. – 34 с.; 21 см.

36 страниц
7 просмотров

Читать:

На странице: 15 < 1 2 3 4 5 ... 51 >

Рис. 3. Алгоритм поиска оцифрованных авторефератов диссертаций в электронной библиотеке РНБ.

К сожалению, поисковые режимы не содержат опции «Шифр специальности», поэтому шифр научной специальности следует указывать в опции «Все поля». Полнота введенных сведений об искомом документе (потоке документов) сужает поиск. Задав шифр специальности 19.00.04 и период поиска – 2010 г., получили массив, содержащий 759 документов.

Если было найдено много документов, то результаты поиска группировали на порции выдачи по 30, 50 или 100 авторефератов. Выбранные авторефераты можно располагать по алфавиту авторов, году выпуска и др. (см. рис. 3, п. 3). Это делать не рекомендуется при значительном поиско-

вом шуме, так как наиболее важные (нужные) документы представляются в начале найденного массива.

Открыв окно результатов поиска (см. рис. 3, п. 4), порциями по 15 документов, просматривали полное библиографическое описание авторефератов диссертаций. Оказалось, что нужные авторефераты диссертации были только в первых трех порциях выдачи, а остальные составляли так называемый поисковый шум. Если в поисковый режим включить усеченное словосочетание «мед* психология» (в библиографической записи название специальности каталогизаторы библиотеки могли представлять в виде полных слов или сокращенного словосочетания «мед. психология»), то количество выдачи документов сокращается до 41.

Посредством опции D («Докусфера») открывали оцифрованный автореферат (см. рис. 3, п. 5) и изучали его.

На рис. 4 представлен алгоритм поиска материалов диссертаций в ЭБД РГБ. При «простом» поиске обычно ищут конкретную диссертацию, когда известны ее автор и заглавие. Желательно фамилию, имя и отчество автора при поиске указывать полностью, поэтому в подготовленных нами библиографических указателях диссертаций по рассматриваемым научным специальностям они представлены развернуто, а не инициалами [1, 3, 4].

Для анализа массива диссертаций по определенной тематике, по шифру научной специальности или временному периоду применяют режим «Расширенный поиск» (см. рис. 4, п. 1), который позволяет искать в БД или только диссертации, или только авторефераты, или все документы.

Для поиска диссертаций по психиатрии поисковый режим ограничивали отраслью науки (активировали в каталоге опцию «14 Медицинские науки»). В связи с тем что при первоначальном поиске невозможно задать шифр специальности, в окошечке поисковых выражений представляли год издания и активировали опцию «Искать» (см. рис. 4, п. 1). В 2000 г. в БД ЭБД были оцифрованы 234 медицинских документа. После чего возникала возможность искать в найденном массиве уже по шифру специальности Номенклатуры специальностей научных работников [7].

В окошечке поисковых выражений в опции «Номер специальности» указывали шифр специальности, в представленном примере – 14.00.18 (см. рис. 4, п. 2). Оказалось, что в 2002 г. в ЭБД РГБ имелись 56 оцифрованных документов, в том числе 26 диссертаций и 30 авторефератов диссертаций и т. д. Просматривали библиографические записи найденных документов (см. рис. 4, п. 3) порциями по 15 документов. Активировав опцию «Электронный ресурс», открывали полный текст документа и изучали его (см.

рис. 4, п. 4). Найденные документы можно располагать по алфавиту авторов или заглавий.



Электронная библиотека:
Библиотека диссертаций

Расширенный поиск

любой элемент начинается с 1

год издания дословно 2000

искать все или искать только авторефераты или искать только диссертации

Выберите внизу раздел каталога, по которому будет осуществлен поиск.

Шифр специальности: Медицинские науки

| | |
|---------------------------------------|--------------------------------|
| 01 Физико-математические науки | 13 Педагогические науки |
| 02 Химические науки | 14 Медицинские науки |

номер специальности дословно 2

год издания дословно 2002

Поиск ведется на пересечении поисковых элементов. Для усечения слов справа используйте символ *

Найдено 56 записей. Для сортировки результатов нажмите на название колонки.

Страница: [1](#) [2](#) [3](#) [Далее](#)

| № | Автор | Заглавие | Данные | Действия |
|----|--------------------------------|---|-----------------------|---|
| 1. | Борисов, Игорь Вадимович | Экзистенциальная психотерапия (логотерапия) депрессивных реакций на стресс : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.00.18 / Борисов Игорь Вадимович; [Место защиты: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт.] Количество страниц: 297 с. ● Электронный ресурс | Санкт-Петербург, 2002 | описание загрузить в подборку |
| 2. | Правдина, Наталья Владимировна | Сравнительная характеристика течения монополярного и биполярного вариантов шизоаффективного психоза у женщин (клинико-катамнестическое исследование) : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.18 | Москва, 2002 | описание загрузить в подборку |

3

4 Количество страниц: 17 с. ил.
● [Электронный ресурс](#)

Рис. 4. Алгоритм поиска оцифрованных авторефератов и диссертаций в Электронной библиотеке диссертаций РГБ.

Диссертации по специальности 19.00.04 «Медицинская психология» могут защищаться по медицинским и психологическим отраслям науки. В этом случае на начальном этапе поиск не ограничивали отраслью науки, а далее поступали, как и при поиске диссертаций по психиатрии.

К сожалению, поиск работ по психиатрии проводится в ЭБД РГБ только по старому шифру 14.00.18. С 2010 г. в Номенклатуре специальностей научных работников [7] медицинские науки были разделены на три обобщенных группы: 14.01.00 – «Клиническая медицина», 14.02.00 – «Профилактическая медицина» и 14.03.00 – «Медико-биологические науки». Специальности «Психиатрия» был присвоен новый шифр 14.01.06. Включение в поисковый режим ЭБД нового шифра специальности документов не выдает, что является серьезным недостатком.


С 09.04.2012 г. полные тексты авторефератов кандидатских и докторских диссертаций размещаются на официальном сайте ВАК Минобрнауки РФ. На рис. 5 представлен алгоритм поиска авторефератов диссертаций. Активировали опцию «Архив ВАК (2004–2013 гг.)» (см. рис. 5, п. 1), которая вынесена на правую (внизу) и верхнюю панель рубрик сайта и посредством которой открывается опция «Объявления о защите докторских диссертаций» (см. рис. 5, п. 2). Она содержит архив как докторских (с начала 2007 г.), так и кандидатских (с 09.04.2012 г) авторефератов диссертаций. Чтобы открыть панель поисковых режимов расширенного поиска, выбираем отрасль науки, к которой относится диссертация, или любую отрасль.

Панель поисковых режимов (см. рис. 5, п. 3) позволяет проводить поиск по типу (кандидатская, докторская) диссертации, фамилии, имени и отчеству соискателя, теме (заглавию) диссертации, шифру специальности (который задается принудительно), отрасли науки, номеру диссертационного совета и др. Время начала и конца поискового периода указывается в календаре дат (см. рис. 5, п. 4). Активация наружных стрелок изменяет год, внутренних – месяц, числа на календаре – конкретные сутки. Левые стрелки уменьшают показатели, правые – увеличивают.

Задав шифр специальности, отрасль знаний и время с 01.01.2012 по 31.12.2012 г. (см. рис. 5, п. 3), выводили на экран 55 объявлений о защите диссертаций (см. рис. 5, п. 5). Просматривали список объявлений порциями по 10 документов. Активировав название документа, переходили в окно «Объявление о защите диссертации», которое содержит информацию о дате публикации, типе диссертации, фамилии, имени и отчестве соискателя, шифре диссертационного совета и др. (см. рис. 5, п. 6). При необходимости открывали и изучали полный текст автореферата (см. рис. 5, п. 7).

Недостатками поискового режима в БД ВАК являются «двойники», когда по тем или иным причинам защита диссертации была перенесена и на сайт ВАК повторно был загружен автореферат диссертации с новой датой защиты, а автореферат со старой датой не был удален; отсутствие воз-

возможности расположения найденного массива авторефератов по алфавиту авторов; ошибки внесения сведений о шифре специальности. Например, при подготовке диссертации на стыке наук указывается только одна специальность и тогда этот автореферат диссертации не включается в поисковый режим по второй специальности.



ВЫСШАЯ АТТЕСТАЦИОННАЯ КОМИССИЯ (ВАК)

при Министерстве образования и науки Российской Федерации

О Высшей аттестационной комиссии |
 1 **Ново** Диссертационные советы |
 Экспертные советы |
 Дипломы и аттестаты |
 Поиск |
 Архив ВАК (2004 г. – 2013 г.) |
 Единая информационная система

Объявления о защите докторских диссертаций

2 **Архитектура**
Биологические науки
3 **Культурология**
Медицинские науки
4 **Фармацевтические науки**
Физико-математические науки

Расширенный поиск

Тип диссертации:

Шифр специальности:

Отрасль науки:

Предполагаемая дата защиты диссертации: с: по:

Выбор даты - Мо...

← Январь 2012 →

| Пн | Вт | Ср | Чт | Пт | Сб | Вс |
|----|----|----|----|----|----|----|
| | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 1 |
| 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |
| 30 | 31 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Нашлось объявлений: 55

< ... > 30.05.2012 10:30 **Назыров Равиль Каисович**
Научный анализ состояния психотерапии в России и теоретико-методологическое обоснование ее дальнейшего развития

[←](#) [1](#) [2](#) [3](#) [4](#) [5](#) [6](#) [→](#) [Следующая страница](#)

Объявление о защите диссертации 6

Дата публикации объявления 28.02.2012 г.

Информация о соискателе

| | |
|-----------------------------------|---|
| Тип диссертации | Докторская |
| Фамилия, имя, отчество соискателя | Назыров Равиль |
| Название темы диссертации | Научный анализ методологическ |
| Шифр научной специальности | 14.01.06 - псих |
| Отрасль науки | медицинские на |
| Шифр диссертационного совета | Д 208.093.01 |
| Название организации | Санкт-Петербур психоневрологи |
| Автореферат | Посмотреть файл 7 |

На правах рукописи

5

НАЗЫРОВ
Равиль Каисович

НАУЧНЫЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ
В РОССИИ И ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЕ
ОБОСНОВАНИЕ ЕЕ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ

Специальности: 19.00.04 – Медицинская психология
 14.01.06 – Психиатрия

Автореферат
 диссертации на соискание ученой степени
 доктора медицинских наук

Рис. 5. Алгоритм поиска авторефератов докторских и кандидатских диссертаций на официальном сайте ВАК Минобрнауки.

Результаты и их анализ

В табл. 2 представлена количественная динамика отсканированных авторефератов диссертаций, представленных в электронной библиотеке РНБ. Указаны также созданные авторами статьи потоки диссертаций по специальностям 14.01.06 (14.00.18) «Психиатрия» и 19.00.04 «Медицинская психология».

Таблица 2

Количество отсканированных авторефератов диссертаций в РНБ и созданного потока диссертаций по специальностям 14.01.06 «Психиатрия» и 19.00.04 «Медицинская психология (на 03.03.2014 г.)

| Шифр и название научной специальности | Год | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
| 14.01.06 (14.00.18) «Психиатрия» | | | | | | | | | | | | | | |
| всего | 112 | 114 | 117 | 131 | 140 | 156 | 123 | 134 | 121 | 113 | 97 | 96 | 89 | 74 |
| оцифрованы в РНБ | 89 | 114 | 111 | 97 | 139 | 144 | 123 | 119 | 118 | 81 | 87 | 78 | 43 | 0 |
| 19.00.04 «Медицинская психология» | | | | | | | | | | | | | | |
| всего | 35 | 25 | 38 | 39 | 43 | 50 | 58 | 41 | 36 | 65 | 40 | 44 | 52 | 42 |
| оцифрованы в РНБ | 30 | 24 | 31 | 33 | 43 | 50 | 57 | 33 | 32 | 56 | 37 | 32 | 42 | 0 |

Отмечается высокий процент отсканированных авторефератов. Например, в 2000–2012 гг. ежегодный массив отсканированных авторефератов диссертаций по психиатрии составляет $(86 \pm 4) \%$, по медицинской психологии – $(88 \pm 2) \%$ от созданного потока диссертаций (рис. 6).



Рис. 6. Динамика количества отсканированных авторефератов диссертаций в электронной библиотеке РНБ (сформированный массив диссертаций = 100 %).

Недостатки каталогизации в библиотеке автоматически были перенесены в отсканированный массив: имеются «двойники», когда один и тот же автореферат представляется в каталоге РНБ дважды под разными шифрами хранения, или запись документа произведена не по году выхода в свет автореферата, а по времени защиты диссертации. К сожалению, оцифровка материалов в РНБ идет со значительным опозданием. Полных текстов авторефератов диссертаций за 2013 г. не найдено.

В табл. 3 представлена количественная динамика отсканированных авторефератов и диссертаций в ЭБД РГБ. Отмечается неравномерное распределение оцифрованных документов по годам. В структуре отсканированного массива документов ЭБД за 2002–2011 гг. диссертации по психиатрии составляют $(65 \pm 8) \%$, по медицинской психологии – $(54 \pm 6) \%$.

Таблица 3

Количество отсканированных материалов диссертаций в ЭБД РГБ
и диссертаций по специальностям 14.01.06 «Психиатрия»
и 19.00.04 «Медицинская психология (на 03.03.2014 г.)

| Шифр и название научной специальности | Год | | | | | | | | | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
| 14.01.06 (14.00.18) «Психиатрия» | | | | | | | | | | | | | | |
| всего документов | 2 | 4 | 55 | 70 | 227 | 224 | 89 | 224 | 201 | 196 | 21 | 9 | 0 | 0 |
| диссертации | 0 | 0 | 26 | 63 | 111 | 135 | 85 | 88 | 85 | 89 | 18 | 9 | 0 | 0 |
| 19.00.04 «Медицинская психология» | | | | | | | | | | | | | | |
| всего документов | 34 | 21 | 33 | 50 | 76 | 90 | 87 | 73 | 63 | 118 | 74 | 67 | 68 | 35 |
| диссертации | 26 | 20 | 32 | 23 | 38 | 49 | 48 | 29 | 27 | 53 | 33 | 24 | 17 | 1 |

Непонятно, почему сотрудники РГБ наряду с диссертациями осуществляют и оцифровку авторефератов диссертаций. Как показано нами ранее около 90 % отсканированных авторефератов диссертаций по психиатрии и медицинской психологии имеются в электронной библиотеке РНБ. Возможно, библиотечному сообществу следует распределить сферы деятельности по оцифровке материалов диссертаций, тем более что эти библиотеки – бюджетные организации. Полагаем также, что необходимо осуществить национальную подписку (свободную для всех библиотек России) на электронные БД оцифрованных диссертаций.

Уместно повторить, что с 2000 г. диссертации по медицинским и фармакологическим наукам должны направляться в ЦНМБ. Оказалось, что

практически все диссертации, которые отражены в каталоге «Диссертации» РГБ, были оцифрованы, но по сравнению с реальным потоком (рис. 7) за 2000–2012 гг. они составили около 50 %. Наибольшее количество диссертаций по психиатрии, находящихся в ЭБД РГБ, соответствуют периоду 2004–2009 гг. – $(75 \pm 3) \%$, по медицинской психологии – 2000–2012 гг. – $(74 \pm 4) \%$.

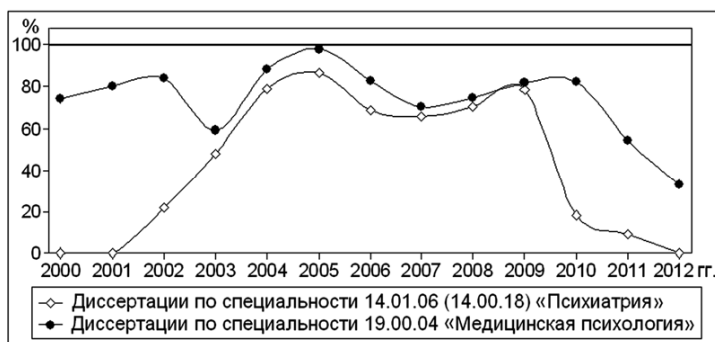


Рис. 7. Динамика отсканированных диссертаций в ЭБД РГБ (сформированный массив диссертаций = 100 %).

Заключение

В настоящее время имеется возможность изучить полные тексты материалов диссертационных исследований на сайтах учреждений, при которых созданы диссертационные советы, электронных библиотеках Российской государственной библиотеки, Российской национальной библиотеки и официальном сайте Высшей аттестационной комиссии Минобрнауки РФ.

Проведенный анализ показал, за 2000–2012 гг. около 90 % авторефератов от реального массива диссертаций по специальностям 14.01.09 (14.00.18) «Психиатрия» и 19.00.04 «Медицинская психология» оцифрованы в Российской национальной библиотеке.

Практически все диссертации, которые отражены в каталоге «Диссертации» Российской государственной библиотеки, оцифрованы, но по сравнению с реальным потоком диссертаций по изучаемым специальностям за 2000–2012 гг. они составляют только около 50 %.

В постановлении Правительства «О федеральной информационной системе государственной научной аттестации» [8] указаны действия по регистрации и учету сведений аттестации кадров научных высшей квалификации, созданию электронного массива новых диссертаций и ничего не го-

ворится о мероприятиях по оцифровке и объединению уже напечатанных материалов диссертационных исследований (диссертаций и авторефератов диссертаций) в единую базу данных, как например ProQuest Dissertations & Theses Database. Для интеграции в мировое научное сообщество соискателям научных степеней желательно на последней странице автореферата представлять резюме на английском языке.

В настоящее время создается парадоксальная ситуация, когда библиотеки проводят оцифровку материалов диссертаций только с позиций коммерциализации своей деятельности, не учитывая запросы научно-педагогических кадров. Для оптимизации процесса оцифровки фондов хранения работникам библиотек следует распределить сферы деятельности, необходимо также осуществить национальную подписку (свободную для всех библиотек России) на электронные базы данных оцифрованных материалов диссертаций.

Литература

1. Евдокимов В.И. Библиографический указатель авторефератов диссертаций по специальности 14.01.06 «Психиатрия» (2000–2011 гг.) / Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России. – СПб. : Политехника сервис, 2012. – [Вып. 2]. – 208 с. – (Полезная библиография ; вып. 13).
2. Евдокимов В.И., Зотова А.В., Рыбников В.Ю. Медицинская психология: наукометрический анализ диссертационных исследований (1980–2012 гг.) : монография / Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И.И. Мечникова. – СПб. : Политехника-сервис, 2013. – 76 с.
3. Евдокимов В.И., Рыбников В.Ю., Зотова А.В. Анализ диссертационных исследований по специальности 19.00.04 «Медицинская психология» (1980–2011 гг.) / Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И.И. Мечникова. – СПб. : Политехника-сервис, 2012. – 168 с. – (Полезная библиография ; вып. 14).
4. Евдокимов В.И., Тонкошкурова Л.А. Библиографический указатель авторефератов диссертаций по специальности 14.00.18 «Психиатрия» (1986–1999 гг.) / Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России. – СПб. : Политехника сервис, 2013. – Вып. 1. – 208 с. – (Полезная библиография ; вып. 13).
5. Кадры высшей научной квалификации. – URL: <http://www.science-expert.ru>.
6. Кармишенская Г. ProQuest Dissertations and Theses: крупнейшая полнотекстовая база данных научных диссертаций. – URL: <http://www.liber.rshu.ru/sites/default/files/11>.
7. Номенклатура специальностей научных работников : прил. к приказу Минобрнауки РФ от 25.02.2009 г. № 59 с изм. и доп. / ВАК Минобрнауки РФ. – URL: <http://www.wak.gov.ru>.

8. О федеральной информационной системе государственной научной аттестации : постановление Правительства от 18.10.2013 г. № 1005. – URL: <http://vak.ed.gov.ru/documents/>.

9. Положение о порядке присуждения ученых степеней : утв. постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 г. № 842. – URL: <http://vak.ed.gov.ru/documents/>.

10. Положение о совете по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук : утв. приказом Минобрнауки РФ от 13.01.2014 г. № 7. – URL: <http://vak.ed.gov.ru/documents/>.

11. Российская Федерация. Законы. ... Об обязательном экземпляре документов : федер. закон. [и др.]. – М. : Ось-89, 2008. – 47 с.

12. Список действующих диссертационных советов / ВАК Минобрнауки РФ. – URL: <http://www.vak.ed.gov.ru/ru/dissovet/acting/>.

Evdokimov V.I., Zotova A.V., Tonkoshkurova L.A. О необходимости создания единой базы данных отечественных диссертационных исследований [The need to create a single database of domestic dissertation research]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 1. P. 135–152.

The Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine,
EMERCOM of Russia

(190044, Russia, Saint-Petersburg, Academica Lebedeva Str., 4/2);
North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov,
(191015, Russia, Saint-Petersburg, Kirochnaya Str. 41)

Abstract. Currently, the full texts of domestic dissertation research (dissertations and theses) can be studied on the websites of institutions in which the dissertation councils are created, in electronic libraries of the Russian State Library, the National Library and on the official website of the Higher Attestation Commission of the Ministry of Education and Science of the Russian Federation. The analysis showed that during 2000–2012 about 90 % of theses on specialties 14.01.09 (14.00.18) "Psychiatry" and 19.00.04 "Medical Psychology" were digitized by the National Library of Russia. Virtually all dissertations on the specialties under study in the catalog "Theses" of the Russian State Library are digitized, but compared with the actual flow of dissertations for years 2000–2012, they represent only about 50 %. RF Government Resolution "On the federal information system of state scientific certification" from 18.10.2013 № 1005 defines the possibility of creating a unified information system of dissertation materials in Russia. To optimize digitization of library collections, library community should allocate areas of activity; a national subscription (free for all libraries in Russia) for the electronic databases of digitized theses materials should be implemented.

Keywords: thesis, dissertation abstracts, psychiatry, medical (clinical) psychology, electronic resources, databases, National Library of Russia, Russian State Library, Higher Attestation Commission.

Evdokimov Vladimir Ivanovich – Dr. Med. Sci., Prof. of Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (194044, St. Petersburg, Academica Lebedeva Str., 4/2), e-mail: 9334616@mail.ru;

Zotova Anna Vladimirovna – PhD on Psychol. Sci., Assistant of the Department of psychotherapy and sexology of North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (191015, Russia, Saint-Petersburg, Kirochnaya st. 41), e-mail: avzot@mail.ru;

Tonkoshkurova Lubov Alexandrova – psychotherapist, e-mail: lat@chado.ru.

References

1. Evdokimov V.I. Bibliograficheskiy ukazatel' avtoreferatov dissertatsiy po spetsial'nosti 14.01.06 "Psikhiatriya" (2000–2011). Sankt-Peterburg. 2012. 208 p.

2. Evdokimov V.I., Zotova A.V., Rybnikov V.Yu. Meditsinskaya psikhologiya: naukoemicheskiy analiz dissertatsionnykh issledovaniy (1980–2012). Sankt-Peterburg. 2013. 76 p.

3. Evdokimov V.I., Rybnikov V.Yu., Zotova A.V. Analiz dissertatsionnykh issledovaniy po spetsial'nosti 19.00.04 "Meditsinskaya psikhologiya" (1980–2011). Sankt-Peterburg. 2012. 168 p.

4. Evdokimov V.I., Tonkoshkurova L.A. Bibliograficheskiy ukazatel' avtoreferatov dissertatsiy po spetsial'nosti 14.00.18 "Psikhiatriya" (1986–1999). Sankt-Peterburg. 2014. 208 p.

5. Kadry vysshey nauchnoy kvalifikatsii. – URL: <http://www.science-expert.ru>.

6. Karmishenskaya G. ProQuest Dissertations and Theses: krupneyshaya polnotekstovaya baza dannykh nauchnykh dissertatsiy. – URL: <http://www.liber.rsu.ru/sites/default/files/11>.

7. Nomenklatura spetsial'nostey nauchnykh rabotnikov : prikaz Minobrnauki RF ot 25.02.2009 № 59 s izmeneniyami. – URL: <http://www.wak.gov.ru>.

8. O federal'noy informatsionnoy sisteme gosudarstvennoy nauchnoy attestatsii : postanovlenie Pravitel'stva ot 18.10.2013 № 1005. – URL: <http://vak.ed.gov.ru/documents/>.

9. Polozhenie o poryadke prisuzhdenii uchenykh stepeney : postanovlenie Pravitel'stva RF ot 24.09.2013 № 842. – URL: <http://vak.ed.gov.ru/documents/>.

10. Polozhenie o sovete po zashchite dissertatsiy na soiskanie uchenoy stepeni kandidata nauk, na soiskanie uchenoy stepeni doktora nauk : prikaz Minobrnauki RF ot 13.01.2014 № 7. – URL: <http://vak.ed.gov.ru/documents/>.

11. Rossiyskaya Federatsiya. Zakony. ... Ob obyazatel'nom ekzempl'yare dokumentov : federal'nyy zakon [et al.]. Moskva. 2008. 47 p.

12. Spisok deystvuyushchikh dissertatsionnykh sovetov. – URL: <http://www.vak.ed.gov.ru/ru/dissovet/acting/>.



Уважаемые коллеги!

Учредителями журнала «Вестник психотерапии» являются Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России и Международный институт резервных возможностей человека (МИРВЧ, Санкт-Петербург), издается с 1991 г. 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 РФ. С 2002 г. **журнал включен в каталог Роспечати РФ (индекс–15399)** и на всей территории РФ и СНГ проводится его подписка через почтовые отделения. Журнал выпускается 4 раза в год.

Решением Президиума ВАК Минобрнауки России от 19.02.2010 г. № 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. С 2003 г. по 2006 г. журнал «Вестник психотерапии» также входил в данный Перечень научных журналов и изданий. (Бюллетень ВАК Минобрнауки № 2 от 10.01.2003 г.).

Желающие опубликовать свои научные материалы (статьи, обзоры, краткие информационные сообщения) **должны** представить их в редакцию журнала в 2 экземплярах в отпечатанном виде с приложением диска в текстовом редакторе WORD (не старше 2003 г.), шрифт Times New Roman, 14-й шрифт, межстрочный интервал полуторный, поля по 2,5 см с каждой стороны. 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). К статье должно быть приложено резюме (реферат), отражающее основное содержание работы, размером не менее ½ стр. Название статьи, реферат, ключевые слова, сведения об авторах, переводятся английский язык. Англоязычное название места работы приводится в точном соответствии с Уставом учреждения. 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 7.05.2008 «Библиографическая ссылка ...». Независимо от количества авторов все они выносятся в заголовок библиографической записи.

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 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.

Направление статьи в журнал является согласием автора (авторов) на размещение статьи или ее материалов (реферата, цитатных баз и др.) в отечественных и зарубежных реферативно-библиографических базах данных.

Телефон (812) 592-35-79, 923-98-01 – заместитель главного редактора журнала – кандидат психологических наук доцент Мильчакова Валентина Александровна (e-mail: vestnik-pst@yandex.ru); сайт ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» 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: gvikirina@rambler.ru)

Научный редактор журнала – доктор медицинских наук профессор Евдокимов Владимир Иванович (e-mail: 9334616@mail.ru)

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

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 г.

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 бюджетное учреждение «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (ФГБУ «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».

190005, г. Санкт-Петербург, Измайловский пр., д. 18-д.

тираж 1000 экз.

цена – свободная

Отпечатано в типографии «Политехника-сервис»
с оригинала-макета заказчика.

190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 18-д.

Подписано в печать 20.03.2014. Печать – ризография.

Бумага офсетная. Формат 60/84¹/₁₆. Тираж 1000 экз.

Объем 9,63 п. л. Заказ 7318.