

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

**ВЕСТНИК  
ПСИХОТЕРАПИИ**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

*Главный редактор В.Ю. Рыбников*

**№ 29(34)**

Санкт-Петербург  
2009

### **Редакционная коллегия**

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

### **Редакционный совет**

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

Адрес редакции:

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

**ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ**

*Научно-практический журнал*

© Всероссийский центр экстренной и радиационной  
медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, 2009

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

**BULLETIN OF  
PSYCHOTHERAPY**

**RESEARCH & CLINICAL PRACTICE JOURNAL**

*EDITOR-IN-CHIEF V.YU. RYBNIKOV*

**N 29 (34)**

St. Petersburg  
2009

## **Editorial Board**

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

## **Editorial Council**

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

### **For correspondence:**

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

**BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY**

Research & clinical practice journal

(A.M. Nikiforova All-Russian Centre of Emergency  
and Radiation Medicine of the EMERCOM of Russia), 2009

## СОДЕРЖАНИЕ

### ПСИХОТЕРАПИЯ И КОРРЕКЦИОННАЯ ПСИХОЛОГИЯ

|  |    |
|--|----|
| <i>Александров А.А.</i><br>Психотерапия психосоматических расстройств .....  | 9  |
| <i>Колов С.А.</i><br>Интеграция биопсихосоциального подхода в медико-психологическую реабилитацию и психотерапию ветеранов боевых действий .....                 | 17 |
| <i>Васильева А.В., Полторак С.В.</i><br>Особенности терапии больных с пограничным личностным расстройством .....   | 27 |
| <i>Цветкова Т.Н., Григорьев Г.И., Мизерене Р., Марченко Т.А.</i><br>Роль психологической коррекции в формировании ремиссии при патологических зависимостях ..... | 32 |
| <i>Толошинова Д.Ю.</i><br>Применение техник индийского классического танца в танцевальной терапии детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата .....        | 40 |
| <i>Назаров Р.Н.</i><br>Коррекция психонейроиммунных нарушений у больных atopическим дерматитом в процессе комплексного лечения .....                             | 47 |

### ЭКСТРЕМАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

|  |    |
|--|----|
| <i>Иванова С.П.</i><br>Формирование образа профессии и портрета профессионала психолога МЧС России .....   | 52 |
| <i>Солдатов В.И.</i><br>Копинг-поведение как фактор профессиональной успешности оперуполномоченных криминальной милиции .....  | 63 |
| <i>Змановская Е.В., Сложеникин А.П., Новикова И.А.</i><br>Особенности социально-психологической адаптации сотрудников внутренних дел к экстремальным условиям служебно-боевой деятельности ..... | 70 |
| <i>Мельницкая Т.Б., Прох В.Э.</i><br>Информационно-психологическая защита населения, проживающего на территориях с ядерными объектами научного назначения .                                      | 86 |
| <i>Бигунец В.Д.</i><br>К вопросу об оценке функционального состояния спасателей МЧС России .....   | 97 |

## ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ

*Белов Е.Н., Сомова Е.Б., Федоров Я.О.*

Проблемы взаимодействия специалистов в совместной работе с душевнобольными ..... 102

*Жулина Е.В., Ключева С.А.*

Комплексное изучение психического развития детей с задержкой экспрессивной речи в единстве раннего и дошкольного возраста ... 110

## НАУЧНЫЕ СООБЩЕНИЯ

*Александрин С.С., Тимошевский А.А.*

Результаты клинико-экспериментальной оценки интерлейкина-1 $\beta$  как средства профилактики и ранней терапии поражений при радиационных авариях и катастрофах ..... 119

*Горелова О.М., Певзнер А.В., Хеймец Г.И., Саблин О.А.,*

Оценка риска возникновения вазовагальных обмороков у лиц опасных профессий ..... 122

Награждения ..... 126

Рефераты ..... 131

Сведения об авторах ..... 141

Информация о журнале ..... 145

## CONTENTS

### PSYCHOTHERAPY AND CORRECTIVE PSYCHOLOGY

|  |    |
|--|----|
| <i>Aleksandrov A.A.</i><br>Psychotherapy in Psychosomatic Disorders .....  | 9  |
| <i>Kolov S.A.</i><br>Integration of the Biopsychosocial Approach in Medical-Psychological<br>Rehabilitation and Psychotherapy of Combat Veterans .....                       | 17 |
| <i>Vasileva A.V., Poltorak S.V.</i><br>Special Aspects of the Therapy of Borderline Personality Disorder .....   | 27 |
| <i>Tsvetkova T.N., Grigoriev G.I., Mizerene R., Marchenko T.A.</i><br>A role of Psychological Correction for the Remission Development in<br>Pathological Dependencies ..... | 32 |
| <i>Toloshinova D.Yu.</i><br>Application of the Classical Indian Dance Technique for Dancing<br>Therapy in Children with Muscular-Skeletal Disorders .....                    | 40 |
| <i>Nazarov R.N.</i><br>Correction of Psychoneuroimmunity Disturbances in Patients with<br>Atopic Dermatitis During Comprehensive Treatment .....                             | 47 |

### EXTREMAL PSYCHOLOGY

|  |    |
|--|----|
| <i>Ivanova S.P.</i><br>Profession Image Formation and a Portrait of the Professional Psy-<br>chologist of the EMERCOM of Russia .....  | 52 |
| <i>Soldatov V.I.</i><br>Coping Behaviour as a Factor of Professional Achievement of Opera-<br>tives of the Criminal Militia .....  | 63 |
| <i>Zmanovskaya E.V., Slozhenikin A.P., Novikova I.A.</i><br>Peculiarities of the Social-Psychological Adaptation of the Officers of<br>the Internal Affair Bodies to the Extreme Conditions of Their Service-<br>Military Activities ..... | 70 |
| <i>Melnitskaya T.B., Prokh V.E.</i><br>Information-Psychology Defense in Population Inhabiting Territories<br>with Research Nuclear Objects .....  | 86 |
| <i>Bigunets V.D.</i><br>On the Issue of Functional Status Assessment in the Rescue Workers of<br>the EMERCOM of Russia .....   | 97 |

## PSYCHOPATHOLOGY AND PSYCHIATRY

*Belov E.N., Somova E.B., Fyodorov Ya.O.*

Issues of Interactions between Specialists in Their Joint Work with  
Mentally III ..... 102

*Zhulina E.V., Klyuzheva S.A.*

A comprehensive assessment of mental development in children with  
speech delay in unity of early and preschool age ..... 110

## SCIENCE REPORTS

*Aleksanin S.S., Timoshevsky A.A.*

Results of Clinical-Experimental Assessment of Interleukin-1 $\beta$  as a  
Prevention and Early Therapy of Injuries after Radiation Accidents and  
Disasters ..... 119

*Gorelova O.M., Pevzner A.V., Heimetz G.I., Sablin O.A.,*

Assessment of Vasovagal Sincope Risk in Risky Profession Specialists 122

Awarding 126

Abstracts ..... 131

Information about authors ..... 141

Information about the Journal ..... 145



# ПСИХОТЕРАПИЯ И КОРРЕКЦИОННАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 615.851 : 616.89

*А.А. Александров*

## ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

Прежде к психосоматическим относили три группы расстройств: собственно психосоматические заболевания (эссенциальная гипертония, бронхиальная астма и др.), «органные неврозы» и конверсионные расстройства. Однако с течением времени становилось все более очевидным, что психические факторы в той или иной мере вовлекаются в болезненный процесс при любом заболевании. Таким образом, психосоматическая медицина, ориентированная сначала на изучение ограниченного числа расстройств, связанных с психическими влияниями, постепенно трансформировалась в универсальный принцип (парадигму) всей медицины, предполагающий при анализе любого заболевания подходить к пациенту как биопсихосоциальной целостности [ 5 ]. Традиционная естественнонаучная парадигма медицины была дополнена психосоциальной составляющей, а психосоматическая медицина стала трактоваться как «метод исследования взаимодействия психических и соматических процессов, которые тесно связывают человека с окружающей средой» [ 1 ].

В связи с такой эволюцией взглядов интересно проанализировать некоторые положения психологии отношений В.Н. Мясищева и разработанной им патогенетической психотерапии неврозов применительно к психосоматическим расстройствам. Полвека назад В.Н. Мясищев писал, что многие медики обычно биологизируют представления о человеке. В то же время некоторые психологи понимают отношения односторонне, как только социально-этические, между тем эти последние представляют собой хотя важную, но все же не единственную часть отношений. Исследование соотношений психики и соматики показывает, что нарушение отношений человека может повлечь за собой серьезные нарушения всей жизнедеятельности организма. В.Н. Мясищевым и его коллективом было показано их значение не только для неврозов, но и для *всех заболеваний вообще* [ 3 ].

Согласно В.Н. Мясищеву психотерапия во всех ее видах является методом воздействия не только на психику, но и через психику на орга-

низм человека. Практическое и теоретическое медицинское значение этой проблемы нельзя переоценить, потому что теория медицины и понимание роли соотношения соматических и психических условий в развитии болезни, ее предупреждении и излечении занимает важнейшее место. К сожалению, — отмечал В.Н. Мясищев, — лишь немногие ученые правильно понимают невризм Боткина—Сеченова. Смысл его заключается в том, что высшие сложнейшие образования, возникая на основе простых и низших, в свою очередь становятся их регулятором. Совершенно ясно, что существует зависимость болезни от личности больного. Нужна еще большая работа для того, чтобы деятели медицины усвоили, что *в болезни организма всегда в какой-то степени (и иногда определяющей) участвует вся личность больного*. Об этом писал Мясищев 50 лет назад!

Вопрос о соотношении психогении и других условий возникновения невротических расстройств, а именно «почвы», предрасполагающих факторов, «факторов риска», решался В.Н. Мясищевым следующим образом: невротизм человека является результатом сочетания психогении и соматогении, при этом соматический фактор создает лишь болезненную основу, а психогения — саму болезнь [ 3 ].

Поскольку термин психогения, первоначально применяемый для обозначения различных форм психических расстройств, со временем приобрел более широкое толкование, охватывая и ряд висцеральных и соматических нарушений, то возник вопрос о выработке критериев, позволяющих отграничить психогенное от непсихогенного. Согласно В.Н. Мясищеву, *психогения проявляется лишь в соответствии со значимым отношением личности к определенным обстоятельствам, неспособностью личности найти возможности разрешения конфликтной ситуации*. Психогенез невротизма обуславливается, с одной стороны, ситуацией, патогенность которой определяется индивидуальной ее значимостью, и, с другой стороны, реакцией на эту ситуацию, переживаниями больного, которые являются следствием всего прошлого его жизненного опыта, сложившейся системой отношений, особенностями его личности. Специфичность патогенной ситуации и патогенных переживаний заключается в наличии у больных субъективно трудно разрешимых интрапсихических конфликтов, которые представляют собой «несовместимость, столкновение противоречивых отношений личности».

В.Н. Мясищев указывал, что сложившимися отношениями определяется особенность переработки человеком всех обстоятельств жизни, нормальный и продуктивный выход из создавшегося положения или патологическая реакция и невротическая декомпенсация. «Ситуация должна подойти к личности как ключ к замку» — удачная метафора Кречмера, ес-

ли осмыслить ее по-новому, понимая под личностью не совокупность конституционально-биологических черт, а систему социальных связей.

Степень участия личности в патогенезе различных форм невротических расстройств, однако, различна. На это указывала сподвижница В.Н. Мясищева Е.К. Яковлева [ 8 ]. Исследуя невроз навязчивых состояний, она выделяла две формы этого заболевания – реактивную форму и форму развития. Если при реактивных формах относительно большее значение приобретает ситуационный фактор, то при формах развития его роль выступает менее отчетливо, а большее значение имеют особенности личности больного и условия их формирования.

В.Н. Мясищев подчеркивал, что психогении не исчерпываются областью психоневрологии, но имеют широкое распространение и в области соматических заболеваний, причем в меньшей части случаев преобладающее значение имеет «потрясение» или острая психическая травма, в большей же части случаев главную роль играют особенности личности больного и длительная патогенная ситуация, нередко связанная с этими особенностями. К таким *персоногенным* соматическим заболеваниям он относил многие сердечно-сосудистые, кожные, половые, урологические, желудочно-кишечные болезни. При этом отмечал, что особенности личности играют решающую роль в возникновении подобных болезней и могут быть источником психогенных осложнений как при нервно-психической, так и при соматической патологии.

Одной из теорий этиопатогенеза психосоматических заболеваний является нейрогуморальная теория (теория стресса). Согласно взглядам Ричарда Лазаруса [ 9 ] психосоматическая болезнь – это результат взаимодействия между личностью и окружающей средой. Характер и выраженность психосоматических расстройств определяется структурой личности, ее ценностями и мотивами. Стрессовой реакции не возникает, если человек не воспринимает нечто как стрессор. Стрессовая ситуация расценивается как процесс преодоления или изменения ее воздействий при мобилизации копинг-ресурсов личности. Это важное положение теории Р. Лазаруса полностью совпадает с основными идеями В.Н. Мясищева, а именно об индивидуальной значимости ситуации как одном из условий развития психогенного расстройства и об особенностях личности, способствующих (или препятствующих) конструктивному решению возникающих в значимой ситуации мотивационных конфликтов.

На основе концепции Р. Лазаруса для лечения психосоматических нарушений разрабатываются программы, сочетающие релаксационные методы с методами когнитивного реструктурирования. На основе психологии отношений В.Н. Мясищевым создана патогенетическая психотера-

пия неврозов, развитая в последующем в личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию Карвасарского—Исуриной—Ташлыкова [ 2 ]. Классическое определение невроза, данное В.Н. Мясищевым [ 3 ] как психогенного (как правило, конфликтогенного) нервно-психического расстройства, возникающего в результате нарушений особо значимых жизненных отношений личности, содержит ряд элементов, которые являются общими (универсальными) для психосоматических заболеваний.

В литературе предложены интегративные модели психосоматических заболеваний. В них, среди прочих звеньев указываются и такие как «личностные особенности», «неблагоприятный социальный и семейный фон», «особенности психотравмирующих событий» и т. п. Недостаток этих моделей состоит в том, что апелляция к личности без акцентирования особо значимых отношений является малопродуктивной. Источником стресса является внутренний конфликт, который возникает в сфере особо значимых отношений. Человек не в состоянии решить этот конфликт рационально в силу особенностей своей личности. Поэтому описание личностных характеристик пациента «вообще», как «фона», способствующего возникновению психосоматического заболевания, недостаточно, это не самоцель. Работа с пациентом должна быть нацелена на изучение истории его жизни, формирования его системы отношений, анализа конкретной жизненной ситуации, выявления ее противоречивых отношений, болезненных конфликтных переживаний, вскрытия содержательной стороны конфликта, и только после этого тех конкретных личностных особенностей, которые мешают решению этого конфликта, или, выражаясь языком «стресса», совладанию со стрессом.

В связи с этим трудно, в частности, согласиться с концепцией невроза и психотерапии А. Эллиса. Поскольку методы когнитивной психотерапии часто используются у нас в последнее время, или, по меньшей мере, рекомендуются к использованию в комплексных программах лечения психосоматических заболеваний, а также в лечении неврозов, необходимо выработать более дифференцированный подход к тем рекомендациям, которые исходят из этой концепции. Прежде всего надо заметить, что при описании своей концепции А. Эллис фактически избегает понятия «невроз», но использует такие расплывчатые и, строго говоря, не вполне клинические понятия, как «эмоциональное расстройство», «эмоциональное состояние», «эмоциональный дистресс», «эмоциональные проблемы». Собственно говоря, речь скорее идет о «концепции эмоциональных проблем», рассматриваемых с чисто психологических позиций, нежели о «концепции невроза» с клинико-психологических позиций. Поэтому разработанная им система скорее отвечает потребностям психологического

консультирования, нежели психотерапии психогенных расстройств. Это надо иметь в виду при выборе рационально-эмотивной терапии (РЭТ) в качестве основного метода лечения неврозов.

Главный принцип РЭТ гласит, что в основе патологии эмоций и многих психопатологических состояний лежат нарушения мыслительных процессов – иррациональные суждения или убеждения. А. Эллис выделил некоторые конкретные иррациональные суждения, типичные для нашей культуры, которые, по его мнению, создают много эмоциональных проблем. Например, широко распространено мнение, что человек должен быть любим и понимаем всеми значимыми лицами из своего окружения. Это мнение иррационально, потому что просто невозможно, чтобы все значимые лица одобряли наше поведение. Поэтому убеждение в необходимости одобрения со стороны всех значимых лиц является непосредственной причиной тревоги [ 7 ]. Действительно, человек с высоким уровнем личностной тревоги, очевидно, так и будет реагировать на столь «широко распространенное мнение», но, согласитесь, трудно предположить, чтобы подобное суждение явилось причиной невроза или другого психопатологического состояния.

Цели же РЭТ А. Эллис формулирует следующим образом: «во-первых, помочь людям избавиться от эмоциональных блоков и расстройств; во-вторых, помочь людям стать более полно функционирующими, более самоактуализирующимися и более счастливыми» [ 11 ]. В другом месте А. Эллис пишет, что «когнитивные консультанты стремятся помочь своим клиентам стать более рациональными и отказаться от «ребяческой требовательности» – главного элемента эмоционального беспокойства» [ 10 ]. Как видно, речь идет не о неврозе, как таковом, а об «эмоциональном беспокойстве», т. е. о психическом состоянии.

Сам Эллис и его приверженцы неоднократно подчеркивали, что РЭТ «более эффективна при работе с клиентами с умеренно выраженной тревогой и с теми людьми, у которых имеется один основной симптом (например, сексуальная неадекватность), чем при работе с клиентами, имеющими серьезные нарушения». В последних случаях консультантам намного труднее помочь клиентам измениться, так как предполагается, что причины иррациональных убеждений (прежде всего, перфекционистские установки долженствования) и эмоциональных нарушений в значительной степени связаны с генетическими факторами [ 4 ].

Обсуждая ограничения РЭТ, А. Эллис перечисляет 15 черт, «помогающих людям противостоять благотворным переменам». Часть этих «зловредных качеств» приводит в своей книге Е.Т. Соколова [ 6 ] с следующим красноречивым комментарием: «Возникает вопрос, если людям с

подобным набором черт (отчасти невротического, а в совокупности скорее уже пограничного уровня) РЭТ не может помочь, то кому же она может помочь и нужна ли она вообще? Сам Эллис утверждает, что его метод наиболее эффективен при работе с умными, образованными, с высокой мотивацией клиентами. Говоря о сфере применения, указывает сферы образования, общения, бизнеса; клиника им не упоминается и, похоже, неслучайно, поскольку именно там размещаются все те, кто столь неразумно сопротивляется благотворному воздействию РЭТ!»

Однако нельзя упускать из вида одного важного обстоятельства: РЭТ широко использует техники поведенческой терапии, что значительно усиливает ее лечебный потенциал за счет симптоматической ориентации. РЭТ использует ролевую игру, тренинг ассертивного поведения, десенсибилизацию, оперантное обусловливание, внушение, поддержку и, как пишет Эллис в свойственной ему американской псевдодемократической манере, «полный мешок других трюков». Ссылаясь на «мультимодальную терапию» Арнольда Лазаруса, он отмечает, что такой широкий набор методов наиболее эффективен в помощи пациенту в достижении глубоких когнитивных изменений. По уверениям Эллиса РЭТ на самом деле не ориентирована на снятие симптома, за исключением случаев, когда это становится единственным способом достижения изменений. Эта терапия изначально задумана как способ побуждения человека к исследованию и изменению некоторых своих базальных ценностей — особенно тех, которые ведут к эмоциональным нарушениям. Если, например, клиент испытывает сильный страх потерпеть фиаско на работе, рационально-эмотивный терапевт не просто поможет ему избавиться от этого симптома, но попытается показать, как свести к минимуму тенденции клиента к катастрофизации. В обзорной статье, написанной для 4-го издания «Современной психотерапии» Раймонда Корзини [ 10 ], А. Эллис следующим образом формулирует главную цель РЭТ. Цель не сводится к простому снятию симптомов, необходимо помочь пациентам избавиться от своих симптомов, а также, что еще важнее, изменить лежащие в их основе установки.

В соответствии с этим А. Эллис выделяет две формы РЭТ: 1) общая, или обычная РЭТ (general), которая, согласно Эллису, является «синонимом когнитивно-поведенческой терапии» и 2) предпочтительная РЭТ (preferential), которая включает обычную РЭТ, но которая также подчеркивает когнитивное или философское реструктурирование и которая стремится к наиболее элегантному решению эмоционального расстройства. Обычная РЭТ обучает клиентов рациональному или адекватному поведению; предпочтительная РЭТ обучает их тому, как оспаривать ирра-

циональные идеи и неадекватное поведение и усваивать правила логики и научного метода.

Как видим, рационально-эмотивная терапия А. Эллиса представляет собой эклектическое соединение двух начал: поведенческой психотерапии (симптомоцентрированной) и когнитивного реструктурирования (личностно-ориентированного подхода). В связи с этим открытым остается вопрос, в какой степени когнитивные техники, используемые А. Эллисом, являются эффективными в борьбе с невротическими расстройствами, а тем более с психосоматическими заболеваниями.

Идея о том, что причиной невроза являются иррациональные суждения, не убедительна, особенно, если учесть, что описанные А. Эллисом иррациональные суждения, не что иное, как максималистские установки подросткового возраста. Они, действительно, могут создать проблемы у школьников, студентов, молодых людей, но с годами дезактуализируются. Если эти установки (отношения) становятся устойчивыми структурными элементами личности (Карен Хорни, например, рассматривала перфекционизм в качестве одной из основных черт «невротической структуры» личности), то и тогда наличие такой структуры является лишь предпосылкой, а не причиной психосоматических расстройств. Причиной невроза, как уже указывалось выше, является неосознанный внутриличностный конфликт, возникающий в сфере особо значимых жизненных отношений личности. Без осознания пациентом внутреннего конфликта и анализа отношений, лежащих в его основе, терапия, направленная на выявление и реконструкцию иррациональных убеждений, равносильна стрельбе из пушек по воробьям.

В связи с вышесказанным фактор особой значимости, по нашему убеждению, является *sine qua non* в генезе психосоматических расстройств; без учета этого фактора (как при исследовании личности, так и при составлении психотерапевтических и психокоррекционных программ) проводимая психотерапия не может рассматриваться как *патогенетическая*. В виде эскиза нами предлагается следующая интегративная модель патогенеза психосоматических заболеваний (с позиций психологии отношений), которая содержит следующие обязательные факторы:

- 1) генетическая предрасположенность;
- 2) нейродинамические сдвиги;
- 3) специфическая органная предрасположенность;
- 4) конфликтогенная психотравмирующая ситуация;
- 5) нарушение особо значимых отношений личности.

### *Литература*

1. *Бройтигам В.* Психосоматическая медицина / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад. – М., 1999.
2. *Личностно-ориентированная* (реконструктивная) психотерапия Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова // Психотерапевтическая энциклопедия. – СПб. : Питер, 2000. – С. 322–331.
3. *Мясищев В.Н.* Личность и неврозы / В.Н. Мясищев. – Л., 1960.
4. *Нельсон-Джоунс Н.* Теория и практика консультирования / Н. Нельсон-Джоунс. – СПб. : Питер, 2000.
5. *Плотников В.В.* Психосоматическая медицина: устаревший термин или новая парадигма / В.В. Плотников, А.А. Северьянова, Д.В. Плотников // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – № 1. – С. 12–18.
6. *Соколова Е.Т.* Психотерапия: теория и практика / Е.Т. Соколова. М., 2000. – 167 с.
7. *Уолен С.* Рационально-эмотивная психотерапия / С. Уолен, Р. Ди-Гусепп, Р. Уэсслер. – М., 1997.
8. *Яковлева Е.К.* Патогенез и терапия невроза навязчивых состояний и психастении / Е.К. Яковлева. – Л., 1958.
9. *Lazarus R.S.* Stress, appraisal and coping / R.S. Lazarus, S. Folkman. – N.Y. : Springer, 1984
10. *Ellis A.* Rational-Emotive Therapy / A. Ellis // Corsini R.J. Current Psychotherapies. – F.E. Peacock Publisher, I.N.C. Itasca Illinois, 1989. – P. 197–238.
11. *Ellis A.* The revised ABC's of RET / A. Ellis // J. of Rational Emotive & Cognitive Behavior Therapy. – 1991. – Vol. 9. – P. 139–172.



## **ИНТЕГРАЦИЯ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА В МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ И ПСИХОТЕРАПИЮ ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ**

Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева;  
Волгоградский областной клинический госпиталь ветеранов войн

### ***Введение***

Реабилитация участников боевых действий – актуальная проблема не только психиатрии, но и здравоохранения в целом. За последние десятилетия участниками локальных боевых действий стали тысячи наших соотечественников. Отдаленные последствия боевой психической травмы составляют от 10 до 50 % всех медицинских последствий участия в войне [ 9 ]. Этим определяется особая социальная значимость лечения и реабилитации ветеранов войн.

В литературе по лечению и реабилитации участников боевых действий приводится широкий набор психотерапевтических методов лечения и коррекции. Но отмечается, что в настоящее время нет ни методов терапии, способных купировать все проявления как «боевого» посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), так и других психических изменений у комбатантов, ни базовой теории или модели, на которой такая психотерапия могла бы основываться [ 18 ]. У многих ветеранов, несмотря на лечение, с годами усиливаются симптомы гиперреактивности, растет склонность к социальной изоляции и не повышается уровень занятости [ 20 ]. Низкий уровень социального функционирования и качества жизни ветеранов войн, скорее всего, связан с недостаточной вовлеченностью данного контингента больных в программы психосоциальной реабилитации.

С нашей точки зрения, актуальной моделью лечения и реабилитации участников боевых действий мог бы стать биопсихосоциальный подход. Поскольку последствия психического травматического опыта, в том числе боевого психического стресса, затрагивают все уровни человеческого функционирования: физиологический, личностный, уровень межличностного и социального взаимодействия [ 2 ], то их можно считать биопсихосоциальным явлением. Теоретической основой этого направления в отечественной клинической психологии является концепция личности В.Н. Мясищева, в которой человек понимается как единая психосоциальная система [ 4 ], а практической основой этого направления – патогне-

нетически обоснованный метод личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Б.Д. Карвасарского [ 5 ].

### ***Особенности ветеранов войн, влияющие на выбор методик психотерапии и реабилитации***

Большинством ученых категория комбатантов признается «неудобной» для терапии из-за их специфических характерологических изменений [ 6 ]. В результате рандомизированных клинических испытаний, проведенных на ветеранах войн (в основном Вьетнамской) некоторыми исследователями [ 8 ], был сделан вывод, что для этого контингента психотерапевтическое лечение было менее эффективно по сравнению с людьми, не участвовавшими в боевых действиях.

Этому способствуют целый ряд факторов, которые необходимо учитывать при разработке программ лечения, реабилитации и коррекции комбатантов.

*Нажитые личностные дисгармонии.* В условиях длительного воздействия боевых стрессоров у ветеранов возникают новые патологические личностные черты так называемая «комбатантная психопатизация» или «комбатантная акцентуация» [ 3 ]. К числу наиболее выраженных и характерных проявлений изменений личности ветеранов относятся: хроническую тревогу, постоянное ожидание угрозы, ранимость и сензитивность, враждебное и недоверчивое отношение к окружающим, обостренное чувство справедливости, агрессивные и эксплозивные реакции, напряженность межличностных отношений, чувство вины [ 3, 7 ]. Необходимо отметить, что личностные расстройства составляют группу наиболее грубых и резистентных к любому виду лечения психических нарушений [ 5 ].

*Полиморбидность.* У индивидуумов, подвергшихся действию боевого стресса, присутствуют разнообразные симптомы, идентичные с разными психопатологическим категориями: навязчивостью, депрессией, апатией [ 12, 16 ], диссоциацией [ 13 ]. В популяции ветеранов, страдающих ПТСР, значительно увеличен уровень общей заболеваемости соматическими расстройствами [ 21 ], причем психическая и соматическая патология взаимно отягощают течение. Например, выраженный неконтролируемый гнев ветеранов, сам по себе является фактором риска сердечно-сосудистых и других заболеваний, при этом состояние гнева, как и другие психические расстройства, нарушают взаимодействие с медицинским персоналом, что снижает качество медицинской помощи и ухудшает физическое состояние комбатантов [ 24 ]. Участникам войн необходима многокомпонентная программа наблюдения и лечения, включающая био-

логическую терапию, психотерапию и групповую работу по обучению социальным навыкам [ 26 ], с этой точки зрения в общесоматическом ЛПУ проще реализовать такую программу.

*Соппротивление.* У ветеранов отмечается выраженное сопротивление терапии. S. Freud (1964) называл сопротивление при психической травме «демоническим», делающей аналитическую работу невозможной, считал его одним из проявлений влечения к смерти. Сопротивление лечению у участников боевых действий проявляется как на индивидуальном уровне, так и на уровне группы. У них отмечается склонность к объединению между собой [ 2 ]. Возрастает сплоченность, формируются установки на «боевое братство» и солидарность в неприятии любой несправедливости, но вместе с этим возникает враждебность ко всему, что противоречит интересам референтной группы. Поэтому нередко у них проявляется групповое эмоциональное отвержение, а порой и жестокость по отношению к тем, кто выступает против этих «псевдоценностей», в том числе по отношению к персоналу, оказывающего им помощь. Особо следует подчеркнуть, что для пациентов с ПТСР, которое часто диагностируется у ветеранов, одномоментный отказ от защит и имеющихся стратегий избегания невозможен и даже опасен, так как они могут не справиться с невыносимыми страданиями и силой аффекта [ 6 ]. Эта особенность данного контингента, является одним из доводов в пользу проведения реабилитации комбатантов в общесоматических ЛПУ, чтобы они не замыкались во время лечения только в своей группе.

*Выраженный гнев, агрессивность и враждебность.* Гнев и потеря контроля над агрессивными импульсами самая частая проблема, с которой ветераны обращаются за помощью к специалистам. По данным D. Begic (2001), 37,1 % ветеранов обращаются за психиатрической и психологической помощью прежде всего из-за своего агрессивного поведения [ 10 ]. Агрессия затрагивает все аспекты жизни ветерана и может быть направлена на специалистов и врачей, которые оказывают им помощь, дискредитируя методы терапии и реабилитации. Это требует выработки особых терапевтических стратегий по взаимодействию с данной группой пациентов [ 25 ]. Кроме непосредственной угрозы, агрессия, гнев и насилие могут быть источником возникновения вторичного (опосредованного) травматического стресса для персонала, оказывающего ветеранам помощь.

Одновременно с агрессивностью и враждебностью, комбатанты испытывают страх перед собственными агрессивными импульсами, так как имеют опыт потери контроля над гневом и насилием. Поэтому они могут стараться избегать во время реабилитации любых конфликтных ситуаций, не решая возникающие проблемы и «накапливая» свой гнев. Такая ситуа-

ция ведет в свою очередь к повышению вероятности неконтролируемого агрессивного поведения. Поэтому психотерапевтическая программа коррекции гнева, агрессии и враждебности должна быть необходимым элементом любой реабилитационной программы ветеранов войн [ 22 ].

*Перенос и регресс.* У ветеранов при психотерапевтической работе, особенно в группе, отмечается регресс и быстрое возникновение зависимости [ 17 ], комбатанты возвращаются к ранним, детским способам реагирования и решения проблемных ситуаций. Это обуславливает необходимость введения фактора краткосрочности проводимой психотерапии, что, с одной стороны, не дает сформироваться зависимости от группы, с другой стороны, ограничение по времени иногда приводило к повышению эффективности проводимой психотерапии. Длительность реабилитации должна определяться не формальными критериями наличия или отсутствия психических расстройств, а сроками восстановления системы отношений личности, находящей свое выражение в качестве социальной адаптации.

Ветераны демонстрируют мощные, интенсивные и специфические реакции переноса. Перенос может быть двух форм. Первая форма – стремление оставаться в ситуации зависимости («жертвы»), часто связана с психологическим защитным регрессом. Вторая – является «травматической» и включает перенос на терапевта ощущений, связанных с обидчиком, или обстоятельств, связанных с травматическим переживанием [ 6 ], эта форма ассоциирована с агрессивным поведением комбатантов. При этом оба вида переноса, и регресс, и агрессия, могут сочетаться и взаимно дополнять друг друга. Медицинский персонал должен быть способен выдерживать возникшие и существующие в нем негативные чувства, в противоположность их разрядке (как это делает пациент-ветеран), и подчинять их психотерапевтической задаче.

*Контрперенос.* Отрицательно влияют на процесс психотерапии и реабилитации также и явления контрпереноса со стороны психотерапевта или психолога. Восприятие пациентов «злодеями» или виновниками травмы, «жертвами», вызывает у персонала трудности противостояния чувству собственной уязвимости, поиск «фатального порока» в пациенте (который объяснил бы, почему пациент стал жертвой травмы), и которого нет у терапевта [ 1 ].

### ***Система реабилитации комбатантов в психотерапевтическом отделении***

Из вышеизложенного следует, что процесс лечения и реабилитации в отдаленном периоде после участия ветеранов в боевых действиях является сложным, длительным и трудоемким процессом.

Волгоградский областной клинический госпиталь ветеранов войн (ВОКГ ВВ) одним из первых в стране реализовал один из основных принципов реабилитации комбатантов – психолого-психиатрическая помощь и реабилитация ветеранам войны должна оказываться в мирной обстановке при недопустимости изоляции от общества [ 14 ]. Реализован также на основе биопсихосоциального подхода принцип комплексности реабилитации, который считается наиболее перспективным подходом к лечению большинства проявлений расстройств у ветеранов, а именно – сочетание различных методов психосоциальной реабилитации, психотерапии и лекарственной терапии.

В психотерапевтическом отделении (ПТО) ВОКГ ВВ разработана и реализуется собственная система лечения и реабилитации ветеранов войн, основанная на биопсихосоциальном подходе, с учетом особенностей данного контингента, а так же современных представлениях о моделях лечения посттравматических состояний, в которых фокус психотерапевтического процесса сместился с переработки и разрешения травмы (модели «первого поколения»), на решение актуальных в данный момент ситуаций (т. н. модели «второго поколения») [ 10 ].

Биологический подход реализуется через фармакотерапию, которая дает быстрый, но кратковременный эффект, при этом фармакологическая коррекция создает основу для более успешной психотерапии [ 27 ]. Психологический подход реализуется через различные виды индивидуальной и групповой психотерапии и обладает более долгосрочным и устойчивым результатом. Социальный – через социальную (milieu) терапию или терапевтическое сообщество, создающей контекст, в котором ветеранами приобретаются новые навыки совладания со своим деструктивным поведением и качественно новые паттерны общения, прорабатываются проблемы в межличностной сфере. Все эти подходы комбинируются и взаимно дополняют друг друга, например, при фармакотерапии часто используются психологический эффект плацебо и косвенного внушения.

Реализуемые в ПТО принципы создания терапевтической среды и интенсивной психологической жизни включают в себя:

- использование возможностей стационарной психотерапевтической помощи так, чтобы все мероприятия в отделении обладали психотерапевтическим потенциалом;

- постоянную занятость в течение дня пациентов в психотерапевтических мероприятиях;

- непосредственное участие всего медицинского и обслуживающего персонала отделения в процессе реабилитации и психотерапии;

- отношение к пациенту в отделении не как к «носителю деструктивного поведения», который должен быть направлен на лечение к некоему авторитетному лицу, а как личности с общечеловеческой реакцией на ненормальные стрессовые условия, как партнеру в ходе лечебного процесса;

- активного участия в лечении, создании и сохранении терапевтической среды, эмоциональной и физической безопасности персонала и пациентов.

Для реализации такой многокомпонентной модели лечения требуются согласованные усилия команды профессионалов разного профиля. Поэтому в отделении работают врачи-психотерапевты, клинические психологи, арт-терапевт, социальный работник, медицинские сестры и др. В отделении проводятся еженедельные групповые занятия со всем персоналом, с целью:

- обучения навыкам психотерапевтической работы, техническим процедурам, наблюдению и наблюдательности, психологическому мышлению;
- установлению доброжелательных и поддерживающих отношений внутри коллектива отделения, выработке командной согласованности;
- профилактики контрпереноса, помощи сотрудникам в освобождении от плена своих отрицательных эмоций и убеждений, так чтобы они могли профессионально реагировать на любую ситуацию.

В качестве примера системы медико-психологической реабилитации ветеранов в госпитале на основе биопсихосоциального подхода можно привести программу коррекции гнева, враждебности и агрессии. Работа с деструктивной агрессией у ветеранов войн в рамках биопсихосоциального подхода включает в себя следующие аспекты.

1. *Диагностический этап.* Пациенты отделения после тщательной психодиагностики, которая включает определение уровня гнева, агрессии и враждебности по специально разработанными тестами и методикам, получают обоснованную психофармакотерапию.

2. *Отборочно-подготовительный этап* включает в себя проведение мотивированного интервью с демонстрацией видеоматериалов предыдущих участников терапевтической программы, где они делятся опытом своего лечения, объясняя важность и эффективность его проведения, показывают модели поведения в группе и рассказывают: каких эффектов следует ожидать от лечения.

3. *Лечебный этап.* Комбатанты проходят интенсивную психотерапию: индивидуальную, групповую телесно-ориентированную, на которой формируются навыки совладания с эмоциями, арт-терапию, а также крат-

кроссочный модифицированный вариант личностно-ориентированной групповой психотерапии. В этой программе применяются техники влияния на агрессию и враждебность. В ситуации «здесь и теперь» – это исследование по горизонтали (в текущем времени). Например, вопросом: «Почему именно сейчас?» выяснялось, как другие члены группы себя при этом чувствуют, что может помочь снижению интенсивности гнева. «Помогает ли агрессия любому из нас в настоящее время? Вы можете по-другому выразить, что чувствуете ко мне? Может быть, кто-то из группы поможет?». Анализ приводит к пониманию причин возникновения агрессии и враждебности, например, это проявление тревоги или чувства беспомощности.

Используется и вертикальный анализ – перемещение гнева от «здесь и теперь» к «там и тогда», к пониманию исторических причин появления таких эмоциональных реакций. Пациенты поощряются психотерапевтом в том, чтобы не подавлять агрессивные чувства, а обсуждать их и уметь конструктивно перерабатывать. Ведущим группы проводится активная работа по формированию у ветеранов убеждения, что гнев и агрессия являются формой проявления эмоциональной энергии, которая будет иметь позитивные или негативные последствия в зависимости от того, как это будет понято, и будет использоваться в дальнейшем [ 23 ].

4. *Использование терапевтической среды.* В терапевтических условиях персонал должен уметь отвечать на попытки нарушения атмосферы безопасности быстро, уверенно и решительно для того, чтобы предотвратить угрозу общей безопасности и сотрудничеству пациентов и команды специалистов [ 11 ]. Такие обычные для комбатантов качества как недоверчивость и подозрительность часто являются предшественниками реакций гнева; следовательно, самообладание со стороны медицинского персонала важнейшее средство как для того, чтобы усилить терапевтические отношения, так и для сохранения собственной безопасности. Лечение агрессивных ветеранов требует обостренного понимания ситуации, наличия безопасной окружающей физической среды, навыков в личной защите и наличия опыта по безопасному реагированию в кризисной ситуации [ 22 ].

Одновременно с участниками боевых действий у персонала отделения на групповых занятиях идет формирование представления о том, что все эмоциональные реакции пациентов заслуживают уважения и каждый пациент отделения, также как и персонал принимает эти эмоции и у ветерана боевых действий *всегда* должна быть и есть возможность их обсудить. Для психотерапевта и медицинского персонала это принципиально важная позиция, поскольку она позволяет успешно работать с агрессией в любых ее проявлениях.

На групповых занятиях с персоналом идет работа с контрпереносом, исходя из того, что обычная реакция на враждебность — это ответная агрессия или страх, поэтому необходимы специальные психологические приемы и усилия, чтобы реагировать на враждебность по отношению к себе уважением и интересом. Цель лечения и коррекции не наказание или вызывание чувства вины, что обычно бывает после вспышки неконтролируемой агрессии или гнева, а личностное развитие. Агрессия имеет как отрицательные, так и положительные аспекты и следует обращать внимание не только на отрицательные, но и положительные моменты враждебного поведения. Агрессия по отношению к себе или другим людям является одним из следствий опыта психической травматизации и, как это ни парадоксально, служит интересам безопасности и снижения тревоги индивида. Понимание защитной роли агрессии помогает медицинскому персоналу адекватно реагировать на деструктивное поведение ветеранов.

### *Заключение*

Несмотря на сложность пациентов-ветеранов, опыт работы ПТО по медико-психологической реабилитации участников войн, основанный на биопсихосоциальной модели, доказал свою жизнеспособность и важность. Необходимы дальнейшие исследования по изучению эффективности стационарных программ реабилитации, влиянию стигматизации на результативность этих программ в общесоматических ЛПУ и эффективности отдельных психотерапевтических методик.

### *Литература*

1. *Ениколопов С.Н.* Психотерапия при посттравматических стрессовых расстройствах / С.Н. Ениколопов // Рос. психиатр. журн. — 1998. — № 3. — С. 50–56.
2. *Литвинцев С.В.* Боевая психическая травма : руководство для врачей / С.В. Литвинцев, Е.В. Снедков, А.М. Резник. — М. : Медицина, 2005. — 432 с.
3. *Лыткин В.М.* Посттравматические стрессовые расстройства у ветеранов локальных войн / В.М. Лыткин // Война и психическое здоровье : юбил. науч. конф., посвящ. 90-летию со дня рождения проф. Ф.И. Иванова. — СПб., 2002. — С. 45–52.
4. *Мясищев В.Н.* Психология отношений : избр. тр. / В.Н. Мясищев ; ред. А.А. Бодалев. — М., 1998. — 416 с.
5. *Психотерапия* / под ред. Б.Д. Карвасарского. — СПб. : Питер, 2007. — 672 с.



6. *Решетников М.М.* Психическая травма / М.М. Решетников. – СПб., 2006. – 322 с.

7. *Снедков Е.В.* Боевая психическая травма (клинико-патогенетическая динамика, диагностика, лечебно-реабилитационные принципы) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Снедков Е.В. – СПб., 1997. – 54 с.

8. *Эффективная терапия* посттравматического стрессового расстройства / под ред. Э. Фoa, Т.М. Кина, М. Фридмана. – М. : Когито-центр, 2005. – 467 с.

9. *Armfield F.* Preventing posttraumatic stress disorder resulting from military operations / F. Armfield // *Mil. Med.* – 1994. – Vol. 159, N 12. – P. 739–746.

10. *Begic D.* Aggressive behavior in combat veterans with post-traumatic stress disorder / D. Begic, N. Jokic-Begic // *Mil. Med.* – 2001. – Vol. 66, N 8. – P. 671–688.

11. *Bills L.J.* From Chaos to Sanctuary: Trauma-Based Treatment for Women in a State Hospital Systems / L.J. Bills, S.L. Bloom // *Women's Health Services: A Public Health Perspective* / eds.: B. Labotsky Levin, A.K. Blanch, A. Jennings. – B. Thousand Oaks, CA : Sage Publications, 1998. – P. 348–367.

12. *Blair D.T.* PTSD and the Vietnam veteran: the battle for treatment / D.T. Blair, N.A. Hildreth // *J. of Psychosocial Nursing & Mental Health Services.* – 1991. – Vol. 29, N 10. – P. 15–20.

13. *Blank A.S.* Clinical detection, diagnosis, and differential diagnosis of post-traumatic stress disorder/ A.S. Blank // *The Psychiatric Clinics of North America.* – 1994. – Vol. 17, N 2. – P. 351–383.

14. *Creamer M.* Inpatient versus day hospital treatment for chronic, combat-related posttraumatic stress disorder: a naturalistic comparison / Creamer M., Forbes D., Biddle D., Elliott P. // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 2002. – Vol. 190, N 3. – P. 183–189.

15. *Freud S.* Analysis terminable and interminable / S. Freud. – L. : Hogarth press and the Institute of Psychoanalysis, 1964. – Vol. XXIII. – P. 216–253.

16. *Green B.L.* Psychosocial research in Traumatic Stress: an update / B.L. Green // *J. Traum. Stress.* – 1994. – Vol. 7, N 3. – P. 341–361.

17. *Gregurek R.* Countertransference problems in the treatment of a mixed group of war veterans and female partners of war veterans / R. Gregurek // *Croat. Med. J.* – 1999. – Vol. 40, N 4. – P. 493–507.

18. *Everly G.S.* Psychotraumatology: two-factor formulation of post-traumatic stress / G.S. Everly // *Integ. Physiol. Beh. Scien.* – 1993. – Vol. 28, N 3. – P. 270–278.

19. *Johnson D.R.* The concept of second generation program in the treatment of posttraumatic stress disorder among Vietnam veterans / D.R. Johnson, S.C. Feldman, S.M. Southwick, D.S. Charney // *J. Traum. Stress.* – 1994. – N 7. – P. 217–304.

20. *Johnson D.R.* Long-term course of treatment-seeking Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder: mortality, clinical condition, and life satisfaction / D.R. Johnson, A. Fontana, H. Lubin [et al.] // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 2004. – N 192. – P. 35–41.

21. *Lauterbach D.* The Relationship Between Posttraumatic Stress Disorder and Self-Reported Health Problems / D. Lauterbach R. Vora, M. Rakow // *Psychosomatic Medicine.* – 2005. – N 67. – P. 939–947.

22. *Novaco R.W., Chemtob C.M.* Anger and trauma: conceptualization, assessment, and treatment / R.W. Novaco, C.M. Chemtob // *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma* // Eds: V.M. Follette, J.L. Ruzek, F. Abueg. – New York : Guilford Press. 1998. – P. 162–190.

23. *Ormont L.* The Leader's Role in Dealing with Aggression in Groups / L. Ormont // *Inter. J. Group Psych.* – 1984. – Vol. 34, N 4. – P. 553–572.

24. *Smith T.W.* Hostility, anger, aggressiveness, and coronary heart disease: An interpersonal perspective on personality, emotion, and health / T.W. Smith, K. Glazer, J.M. Ruiz, L.C. Gallo // *J. Pers.* – 2004. – N 72. – P. 1217–1270.

25. *Stevenson V.E.* Premature treatment termination by angry patients with combat-related post-traumatic stress disorder / V.E. Stevenson // *Mil. Med.* – 2000. – Vol. 165, N 5. – P. 422–444.

26. *Turner S.M.* Multicomponent behavioral treatment for chronic combat-related posttraumatic stress disorder: trauma management therapy / Turner S.M., Beidel D.C., Frueh B.C. // *Behav. Modif.* – 2005. – Vol. 29, N 1. – P. 39–69.

27. *Viola J.* Pharmacological management of post-traumatic stress disorder: clinical summary of a five-year retrospective study, 1990–1995 / J. Viola, T. Ditzler, W. Batzer [et al] // *Mil. Med.* – 1997. – Vol. 162, N 9. – P. 616–619.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ПОГРАНИЧНЫМ ЛИЧНОСТНЫМ РАССТРОЙСТВОМ**

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

Диагноз пограничного личностного расстройства (ПЛР) относительно недавно появился в практике отечественной психиатрии и не имеет прямых аналогов в отечественной систематике психопатий хотя по некоторым личностным параметрам сопоставим с неустойчивым типом психопатий [ 7 ]. Однако число больных с этой патологией неуклонно растет. На сегодняшний день это одна из наиболее трудных категорий больных как для диагностики из-за полиморфизма симптоматики, коморбидности с другими психическими нарушениями, так и для лечения.

ПЛР отличают «повышенная впечатлительность, аффективная лабильность, живость воображения, подвижность когнитивных процессов, постоянная «включенность» в события, относящиеся к сфере актуальных интересов или увлечений, крайняя чувствительность к препятствиям на пути к самореализации, функционированию на максимуме возможностей. Обостренно воспринимаются и затруднения в сфере интерперсональных отношений, особенно ситуация фрустрации.

Реакции таких субъектов даже на тривиальные события могут приобретать гиперболизированный, демонстративный характер». Оно может сопровождаться грубыми проявлениями эмоциональной неустойчивости и несдержанности, бурной историей отношений с окружающими и утратой контроля над собственным поведением. В периоды декомпенсации, в ситуациях психо-эмоционального напряжения могут наблюдаться аффективные диссоциативные истерические, малосистематизированные бредовые расстройства, которые обычно носят кратковременный характер [ 10 ].

Считается, что 1–2 % людей в общей популяции населения свойственны проявления этого заболевания. Это состояние в 25–75 % коморбидно с такими заболеваниями как аффективные расстройства. Около 25 % больных с ПЛР страдают расстройствами пищевого поведения. 70 % больных с ПЛР склонны к злоупотреблению алкоголем и психоактивными веществами, а также часто могут наносить себе самоповреждения (чаще всего нанесение порезов, прижигание тела сигаретами) и совершать суицидальные попытки.

Клинически ПЛР может проявляться тремя группами признаков:

- импульсивным поведением, которое включает агрессивное поведение, попытки самоповреждения, расстройства принятия пищи, стремление к вызову особых ощущений и эйфоризации с помощью употребления психоактивных веществ;

- аффективной симптоматикой, заключающейся в колебаниях настроения и депрессивных реакций и состояний;

- психотическими расстройствами.

Пациенты, страдающие ПЛР, часто живут в состоянии хаоса. Их настроение меняется быстро и без объективной причины. Зачастую кажется, что их когнитивные способности в норме и в то же время наблюдается крайне недостаточная критика. Они часто обращаются в отделения неотложной помощи для лечения самоповреждений или по поводу передозировки, чрезмерно драматизируют или дают противоречивую историю симптомов болезни. Минуту назад, казалось, что они находятся в хороших взаимоотношениях со своим врачом, но в следующий момент эти пациенты становятся гневными, враждебными и критичными; говорят, что понимают возможный риск и преимущества рекомендованного лечения, но затем не соблюдают условий терапии; пропускают запланированные посещения, но, в то же время, требуют немедленного внимания или звонят врачу и часами обсуждают новые симптомы.

Часто, присущая таким пациентам подозрительность, амбивалентность в отношениях, антиавторитарные реакции затрудняют возможность терапевтического диалога. В отношениях с врачом больные повторяют свой стереотип эмоционально интенсивного и нестабильного взаимодействия с окружающими. Это требует установления рамок, позволяющих защитить врача от манипулирования больного лекарственной терапией, поведенческого отреагирования и суицидного шантажа, чтобы сделать возможным и эффективным психотерапевтическое воздействие. Это же дает возможность на примере отношений с врачом показать больному как он ведет себя с другими значимыми людьми [ 5 ].

При адекватной фармакотерапии возможны редукция когнитивных искажений, таких как магическое мышление, иллюзии, идеи отношения и нарушения восприятия; уменьшение дезорганизирующего влияния эмоциональных факторов; устранение чрезмерного проявления тревоги, напряжения, делающие больного неспособным к эффективному психотерапевтическому взаимодействию. Также фармакотерапия улучшает те психологические функции, которые необходимы для участия в психотерапии — внимание, память, концентрация мышления, когнитивное функционирование, способность к вербализации переживаний [ 1 ].

Необходимость гибкой тактики в планировании терапии больных с ПЛР выводит на первый план вопрос о комплаентности в отношениях пациента и врача. «Комплаенс» – термин, обозначающий согласие пациента следовать рекомендациям врача [ 3 ]. Другое определение комплаенса – это степень совпадения поведения пациента с даваемыми ему медицинскими советами [ 4 ].

У пациентов с ПЛР комплаентность может носить парадоксальный характер. Часто на фоне редукции симптоматики вследствие проводимой фармакотерапии, при минимальном побочном действии лекарств, они могут самостоятельно прекращать прием препаратов, уверяя врача в их неэффективности, из-за, так называемой негативной терапевтической реакции, когда пациенты «предпочитают страдание излечению», с не всегда осознаваемым стремлением оставаться в роли больного, для получения «вторичной выгоды» в системе отношений со своим микроокружением.

Большое значение имеет установка терапевта по отношению к фармакотерапии и знание механизмов действия препаратов, умение целенаправленно построить стратегию медикаментозного лечения. Нередко сам врач считает, что эффективно помочь больному может только проводимая им психотерапия, это часто сочетается с фантазиями о «спасении», «собственном миссионерском предназначении». Надо отметить, что пациенты с ПЛР часто провоцируют своей идеализацией личности психотерапевта эти феномены. При этом ведущие специалисты по лечению ПЛР, такие, как Ch. Rohde-Dachser (1983), указывают на необходимость применения адекватной фармакотерапии в период выраженной декомпенсации, чтобы снизить аффективное напряжение и сделать больного доступным для психотерапии. М.Н. Stone (1980) делает акцент на том, что особенно на начальных этапах терапии пациентов с ПЛР невозможно добиться успеха, применяя лишь методы психотерапии, необходимы постоянные консультации с психофармакологами [ 10. 11 ].

Психофармакологические вмешательства, направленные на конкретные симптомы-мишени (тревогу, нарушение поведенческого контроля, острые или хронические нарушения восприятия и эмоциональную лабильность) могут повысить эффективность других психосоциальных вмешательств.

Низкие дозы нейролептиков способны уменьшать когнитивные симптомы, такие как магическое мышление, иллюзии, идеи отношения, отклонения от темы и обстоятельность. У некоторых пациентов с ПЛР эмоциональная лабильность и импульсивность уменьшаются при использовании карбамазепина, лития и ингибиторов моноаминоксидазы. Кроме того, при осторожном контролируемом применении у некоторых пациен-

тов наступает улучшение после назначения малых транквилизаторов. При лечении пациентов с ПЛР с проявлениями «импульсивной агрессии», а также с такими коморбидными состояниями как ПТСР, обсессии или депрессии целесообразно назначение антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС).

Хотя, принимая решение о назначении любого препарата, следует взвешивать риск суицида. В конфликтных ситуациях, при обострении межличностных проблем пациенты с ПЛР часто прибегают к передозировке, делегируя ответственность за разрешение ситуации другим и предоставляя множество возможностей для своего «спасения». У части пациентов суицидальное поведение становится способом совладания с внутренним напряжением. При этом мотивом поведения становится желание совершить суицид, а не желание умереть [ 6 ]. Поэтому этим больным следует выписывать однократно ограниченное количество препаратов. Необходимо избегать чрезмерного использования лекарственных препаратов в первую очередь транквилизаторов, вызывающих привыкание и зависимость [ 2 ].

Согласно определению, расстройство личности представляет собой стойкое нарушение. В связи с этим некоторые специалисты считают, что ПЛР не поддается лечению и, терапия, особенно аналитическая, может вызвать ухудшение. Но представители краткосрочного динамического и когнитивно-поведенческого направлений считают, что симптомы ПЛР могут быть значительно ослаблены и, возможно, разрешены. Основной целью терапии являются установка на ограничение, коррекция примитивных механизмов психологической защиты, обуславливающих нереалистическое восприятие себя и окружающих. Анализ конкретных элементов поведения, когнитивные техники и конфронтация с реальностью здесь оказываются более эффективными, чем глубинные интерпретации бессознательных переживаний. Опыт больного, свидетельствующий о том, что врач в состоянии выдержать его агрессию и не покинуть его является решающим для установления устойчивых терапевтических отношений [ 9 ].

Большие трудности в формировании комплаенса и терапевтического альянса связаны с особенностью внутренней картины болезни, определяющей адекватное понимание больным наличия заболевания и необходимости предлагаемого лечения. «Несоответствия между субъективной и господствующей врачебной теорией болезни являются причинами нонкомплаенса и прочих нарушений в отношениях врач-пациент» [ 8 ].

Выраженный эго-синтонный характер расстройства — индивидуально-приемлемый, не воспринимающийся как чуждый, требующий психиатрической помощи [ 7 ], с преобладанием экстрапунитивных реакций,

использование психоактивных веществ, самоповреждающего поведения для редукации внутреннего напряжения приводят к тому, что больные с ПЛР, «скорее заставляют страдать других, чем страдают сами» и, как правило, демонстрируют низкую мотивацию к лечению, особенно на начальных этапах. Это является одной из основных проблем в терапии этих больных.

Таким образом, только оптимальная комбинация различных психотерапевтических методик и адекватной психофармакотерапии, гибкость врачебной тактики и стратегии, учет индивидуальных особенностей пациента с ПЛР обеспечат максимально возможный эффект в лечении больных с пограничным личностным расстройством.

### *Литература*

1. *Арана Д.* Фармакотерапия психических расстройств / Д. Арана, Д. Розенбаум. – М., 2004. – 415 с.
2. *Джекобсон Д.Л.* Секреты психиатрии / Д.Л. Джекобсон, А.М. Джекобсон. – М., 2005. – 576 с.
3. *Лапин И.П.* Личность пациента и врача как детерминанта действия лекарства / И.П. Лапин // *Обозр. психиатрии и мед. психологии.* – 2000. – № 1. – С. 9–13.
4. *Незнанов Н.Г.* Проблема комплаенса в клинической психиатрии / Н.Г. Незнанов, В.Д. Вид // *Психиатрия и психофармакотерапия.* – 2004. – Т. 6, № 4. – С. 159–162.
5. *Психотерапевтическая энциклопедия* / под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд. – СПб., 2005. – 943 с.
6. *Тиано С.* Желание умереть и желание совершить самоубийство у подростка – последовательное желание или два разных феномена? / С. Тиано, И. Мэнор, М. Вэнсан // *Обозр. психиатрии и мед. психологии.* – 2005. – № 2. – С. 19–21.
7. *Тиганов А.С.* Расстройства личности (психопатии) / А.С. Тиганов // *Руководство по психиатрии.* – М. : Медицина, 1999. – Т. 2, гл. 2. – С. 576–578.
8. *Хайгл-Эверс А.* Базисное руководство по психотерапии / А. Хайгл-Эверс, Ф. Хайгл, Ю. Отт, У. Рюгер. – СПб. : Речь, 2001. – 707 с.
9. *Яничак Дж., Дэвис Д.М.* Принципы и практика психофармакотерапии / Дж. Яничак, Д.М. Дэвис. – Киев, 1999. – 725 с.
10. *Rohde-Dachser Ch.* Das Borderline Syndrom / Ch. Rohde-Dachser. – Bern : Huber, 1983. – 267 с.
11. *Stone M.H.* The Borderline Syndromes / M.H. Stone. – New York : Mc Graw Hill, 1980. – 580 с.

## **РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ РЕМИССИИ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЯХ**

Международный институт резервных возможностей человека, Санкт-Петербург;  
Психотерапевтический кабинет, Паланга (Литва);  
Управление преодоления последствий радиационных аварий  
и катастроф МЧС России, Москва

Различные формы патологических зависимостей формируют проблемы психологической и социальной безопасности и становятся особенно актуальными в современном мире. Патологическая зависимость способна привести к кризисной ситуации как самого пациента и людей, его окружающих (в первую очередь близких родственников, друзей и коллег по работе), так и общество в целом. В таких ситуациях решающее значение имеет своевременная психодиагностика и психологическая помощь: психотерапия и психокоррекция.

В настоящее время достаточно дискуссионным является вопрос о разделении двух сфер психологической помощи – психотерапии и психологической коррекции [ 1, 2, 6, 7 ].

Термин «психотерапия» (psychetherapeia) является международным и во многих странах мира однозначно используется по отношению к методам работы, осуществляемым профессиональными психологами. Однако в нашей стране психотерапия является лечебной практикой, которой по закону может заниматься только лицо, имеющее высшее медицинское образование.

Термин «психологическая коррекция» получил распространение в начале 1970-х годов. В это время психологи стали активно и успешно работать в области психотерапии [ 7 ].

Под психологической коррекцией понимается направленное психологическое воздействие, осуществляемое психологом, использующим совокупность психологических приёмов, направленных на определённые психологические структуры с целью исправления недостатков психики или поведения и обеспечения полноценного развития и функционирования индивида [ 1, 6 ].

Таким образом, психокоррекция решает задачу исправления (корректировки) тех особенностей психического развития, которые по принятой системе критериев не соответствуют «оптимальной» модели. При



этом цель психологического воздействия связывается с понятием «норма» и определяется, как выработка и овладение навыками психологической компенсации, оптимальной для индивида и эффективной для сохранения здоровья психической деятельности, способствующей личностному росту и адаптации человека в обществе. То есть, как «возврат» или «подтягивание» индивида к должному уровню, исходя из его возрастных и индивидуальных особенностей, а также медико-социальных и культурологических требований [ 4 ].

Психотерапия же (в узком смысле) решает задачу купирования психопатологической симптоматики, посредством чего предполагается достижение внутренней и внешней гармонизации личности. Психокоррекция ориентируется в первую очередь на здоровые стороны личности, независимо от степени нарушения, и на настоящее и будущее человека, переживающего кризис и обратившегося за психологической помощью [ 4 ].

Изложенное предопределяет трудности в разграничении на практике понятий «психотерапия» и «психологическая коррекция».

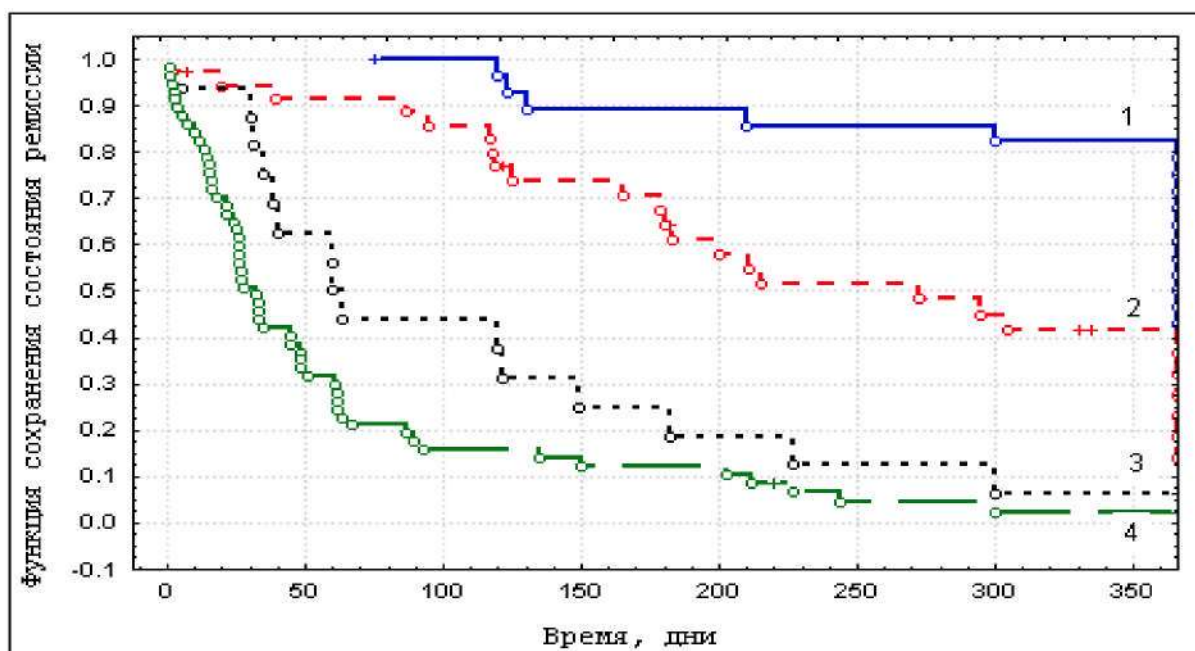
Одним из направлений повышения эффективности кризисно реабилитационной помощи больным с патологическими зависимостями является комплексная медико-психологической реабилитации. Г.И. Григорьев (2004) под медико-психологической реабилитацией понимает единый непрерывный процесс, включающий в себя два этапа воздействия: психотерапевтическое лечение с использованием различных психотерапевтических методик и психотерапевтическое сопровождение ремиссии с использованием методов психологического консультирования и психокоррекции. Действенной реализацией этого постулата является психотерапевтический метод духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока (ДОП ЦЗ), предполагающий комплексное воздействие на психику больного с патологической зависимостью, ориентированное на формирование устойчивых паттернов социально-позитивного образа жизни через активизацию нравственных и духовных компонентов психики [ 3, 7, 9 ].

Метод ДОП ЦЗ органично объединяет психотерапевтическое воздействие в виде психотерапевтического сеанса с последующим лечебным и церковным зарокотом и дальнейшее психотерапевтическое реабилитационное сопровождение пациента в ремиссии. Психотерапевтическое реабилитационное сопровождение включает не только закрепление и продление зарока, но и психологическое консультирование или психокоррекцию пациента, способствующие изменению его поведения в ремиссии, развивающие навыки преодоления трудностей и эмоциональных стрессов при столкновении с новыми жизненными и семейными обстоятельствами и обеспечивающее эффективное принятие жизненно важных решений.

Демонстрации роли психологического консультирования, коррекции и закрепления лечебного зорка в сохранении ремиссии больными патологическими зависимостями при лечении в Международном институте резервных возможностей человека (МИРВЧ) методом ДОП ЦЗ посвящена настоящая статья.

С.В. Мизерас (2002) наблюдал 138 больных героиновой наркоманией в течение года после сеанса психотерапии с использованием метода ДОП ЦЗ и с различными режимами психологической поддержки в процессе формирования ремиссии [ 5 ].

Наибольшие различия в частоте годовой ремиссии выявлены в группах больных, отличающихся своим отношением к соблюдению режима поддерживающей психологической помощи в течение года после сеанса ДОП ЦЗ, что наглядно продемонстрировано на рис. 1.



*Рис. 1. Частота годовой ремиссии в группах больных с различным отношением к соблюдению режима поддерживающей психологической помощи после сеанса ДОП ЦЗ (1 — посещали не менее 12 раз психолога после сеанса, 2 — не менее 6 раз, 3 — не менее 3 раз, 4 — менее 3 раз).*

Чаще всего (80 %) сохраняли годовую ремиссию больные, которые сумели оторваться от привычной наркотической среды, находясь в реабилитационном центре в Белоруссии; полностью отказались от приема алкоголя, дали церковный зорк в Храме от наркотиков и алкоголя и как минимум ежемесячно закрепляли лечебный зорк у психотерапевта. В другие группы вошли наркоманы, которые не давали церковного зорка и не

были в реабилитационном центре, а отличались между собой различным числом закреплений зарок у психотерапевта в Санкт-Петербурге в течение года (табл. 1).

*Таблица 1*

*Частота годовой ремиссии у героиновых наркоманов в зависимости от режимов поддерживающей психотерапии*

| Режим поддерживающей психотерапии  | Число наблюдений | Годовая ремиссия |      |
|--|------------------|------------------|------|
|  |                  | n                | %    |
| Больные, посетившие не менее 12 раз поддерживающую психологическую помощь в МИРВЧ или находившиеся в центре реабилитации | 29               | 24               | 82,8 |
| Больные, посетившие не менее 6 раз поддерживающую психологическую помощь в МИРВЧ   | 36               | 15               | 41,7 |
| Больные, посетившие не менее 3 раз поддерживающую психологическую помощь в МИРВЧ   | 16               | 1                | 6,2  |
| Больные, посетившие менее 3 раз поддерживающую психологическую помощь в МИРВЧ  | 57               | 2                | 3,5  |

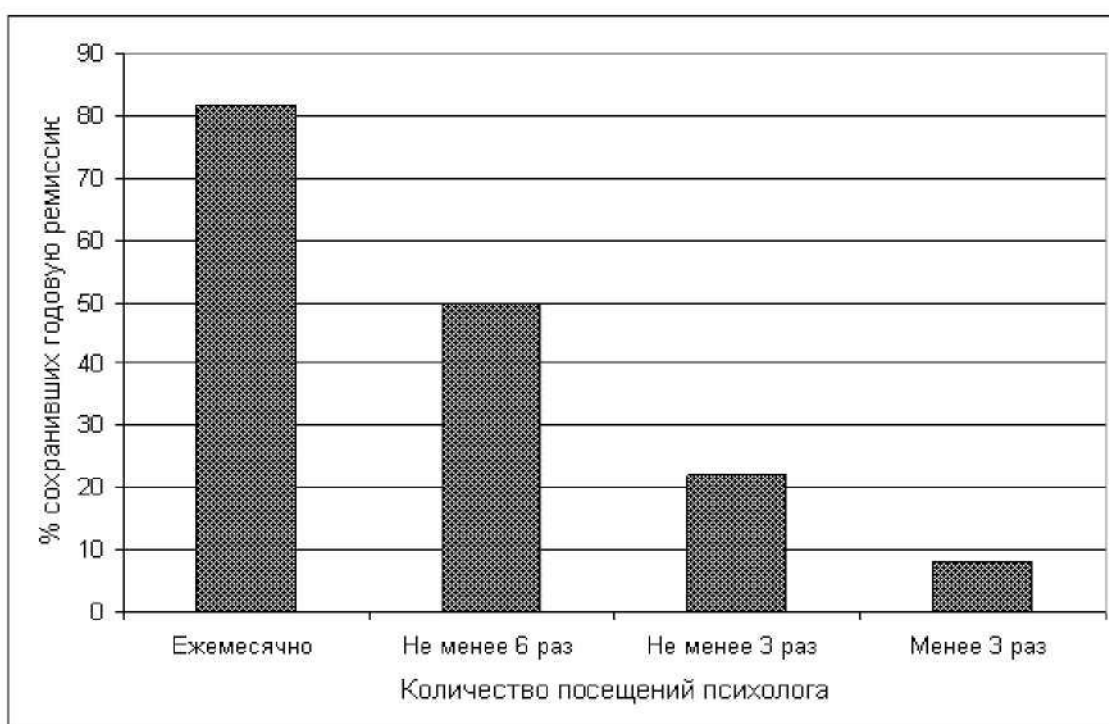
Н.В. Советная (2008) оценивала влияние психологического сопровождения на ремиссию у 72 больных с игровой зависимостью. Чаще всего (88,9 %) сохраняли годовую ремиссию больные, которые сумели оторваться от привычной среды, находясь в реабилитационном центре в Белоруссии; полностью отказались от приема алкоголя, дали церковный зарок от азартных игр и алкоголя в Храме, постоянно работали с психологом и «закрепляли» лечебный зарок у него (девять человек) [ 8 ].

В другую группу вошли игроманы, которые после лечения остались в Санкт-Петербурге. Они с различной регулярностью проходили занятия психокоррекции у психолога, а также регулярно «закрепляли» лечебный зарок в течение года после психотерапевтического сеанса (табл. 2, рис. 2).

Таблица 2

*Частота годовой ремиссии у больных игроманией в зависимости от степени выполнения режима поддерживающей психологической помощи*

| Режим поддерживающей психологической помощи                              | Число наблюдений | Годовая ремиссия |      |
|--|------------------|------------------|------|
|  |                  | n                | %    |
| Больные, посетившие психолога ежемесячно после сеанса ДОП ЦЗ             | 11               | 9                | 81,8 |
| Больные, посетившие психолога не менее 6 раз в течение года после ДОП ЦЗ | 10               | 5                | 50,0 |
| Больные, посетившие психолога не менее 3 раз в течение года после ДОП ЦЗ | 18               | 4                | 22,2 |
| Больные, посетившие психолога менее 3 раз в течение года после ДОП ЦЗ    | 24               | 2                | 8,0  |



*Рис. 2. Эффективность лечения больных игроманией в зависимости от степени выполнения режима психокоррективной помощи.*

Из общего массива базы данных МИРВЧ о больных патологически зависимостями создана исследовательская выборка, в которую вошли больные алкоголизмом (11 021), пролеченные методом ДОП ЦЗ и определившие для себя срок залога в пять и более лет. Срок их наблюдения составил более пяти лет. Для более глубокого анализа исследовательская выборка больных разделена на три группы.

В 1-ю группу вошли пациенты, с которыми проведен сеанс психотерапии по поводу алкоголизма и которые в дальнейшем ни разу не обратились за психологической помощью к специалистам института (5354 человека). Их срок ремиссии рассчитывался от даты сеанса до первого употребления алкоголя, с которого возобновилась симптоматика клиники алкоголизма.

2-ю группу составили больные (1155 человек), у которых в периоде ремиссии был эпизодический прием алкоголя, но они не вошли в запой, у них не возобновилась клиника алкоголизма, то есть они не нарушили ремиссию. 10 % из них обратились к дежурному психологу института на следующий день после нарушения зорока, 25 % – в течение 3 дней, а половина – в течение 8 дней. Им проводились закрепление зорока и психологическое консультирование.

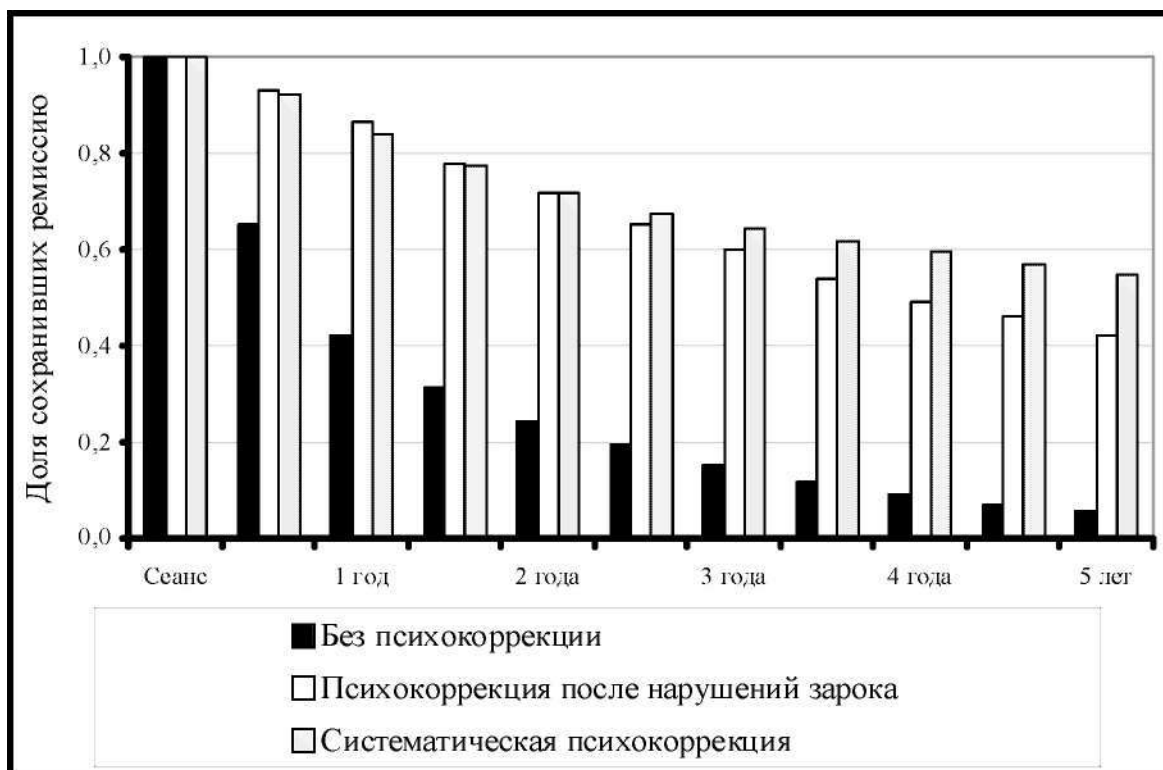
3-я группа состояла из 4512 человек, которые после сеанса ДОП ЦЗ, в течение всего срока ремиссии, не нарушив зорок, обращались в институт за психологической помощью по поводу семейных проблем, проблем на работе, бессонницы, плохого настроения, различных стрессовых ситуаций и др.

Установленным сроком срыва считались даты:

- нарушения зорока с восстановлением клиники алкоголизма;
- самостоятельного снятия зорока без его нарушения;
- нарушения зорока с последующим его снятием;

Для расчета функции сохранения ремиссии с помощью математико-статистического метода «анализ времени жизни» во всех группах наблюдения важным моментом является методика определения цензурированных случаев, то есть случаев ухода из-под наблюдения. Группу цензурированных (с неизвестным исходом) составили больные, обратившиеся к психологу института для закрепления или продления зорока или консультации по различным поводам, а дальнейшая связь с ними прерывалась. Дата этого их обращения стала датой для расчета длительности ремиссии.

Результаты пятилетнего наблюдения, приведенные на рис. 3, показывают, что из числа больных 1-й группы в течение первого года после сеанса психотерапии в ремиссии осталось 42,3 %, через три года – 15,3 %, а через пять лет только 5,4 %. Из числа пациентов 2-й группы годовую ремиссию сохранили 86,8 %, три года – 60,0 %, а пять лет – 42,3 %.



*Рис. 3. Эффективность ДОП ЦЗ при различной степени участия пациентов в лечебном процессе.*

Наиболее устойчивыми в ремиссии оказались пациенты 3-й группы, систематически обращавшиеся за психологической помощью. Из их числа 84,2 % сохранили состояние ремиссии в течение года, 64,4 % – в течение трех лет и более половины, а именно 54,9 % – в течение пяти и более лет.

Особый интерес представляет объем психологической помощи в период ремиссии. Для анализа этой задачи 2-я и 3-я группы пациентов разделены на четыре подгруппы каждая: а) обратившиеся за психологической помощью один раз; б) обратившиеся – 2 раза; в) обратившиеся – 3 раза; г) обращавшиеся к психологу 4 и более раз.

Из числа больных, обратившихся за психологической помощью после нарушения зорока только один раз (735 человек), годовую ремиссию сохранили 80,2 %, трехлетнюю – 50 %, пятилетнюю – только 25 % пациентов. Достоверно чаще сохраняли трехлетнюю и пятилетнюю ремиссию пациенты, обратившиеся за психологической помощью 2 раза (218 человек). Из их числа трехлетнюю ремиссию сохранили 60 %, а пятилетнюю 49 % пациентов.

Существенно повышали шанс сохранить ремиссию пациенты, обратившиеся за психологической помощью 3 раза (97 человек) и 4 и более раз (105 человек). Они практически с одинаковой частотой сохраняли ремиссию в течение первых трех лет – около 78 %. Однако к пятилетнему

сроку достоверно чаще сохраняли ремиссию пациенты, обратившиеся не менее 4 раз – 70 %, по сравнению с пациентами, обратившимися за психологической помощью трижды – 55 %.

Совершенно другую картину представляют функции сохранения ремиссии в подгруппах с различным числом обращений из числа пациентов, обращавшихся на консультацию к психологу без нарушения зарока. Различия в частоте сохранения ремиссии обозначились уже к году после сеанса психотерапии. Однажды обратившиеся пациенты (2859 человек) сохраняли годовую ремиссию с частотой 80 %, дважды обратившиеся (796 человек) – 87 %, трижды обратившиеся (344 человека) – 92 %, а четыре раза и более (513 человек) – 95 %. К трехлетнему периоду этот разрыв увеличился и составил 57, 63, 75 и 88 % соответственно. Пятилетний рубеж ремиссии преодолели 48 % пациентов, которые обращались за психологическим консультированием один раз, 52 % – обратившихся два раза, 62 % – обратившихся три раза и 82 % – обратившихся четыре и более раз.

Таким образом, психологическая помощь, в том числе закрепление зарока, проведенного при помощи метода ДОП ЦЗ, существенно влияет на эффективность лечения больных с патологическими зависимостями.

### *Литература*

1. *Александров А.А.* Психодиагностика и психокоррекция / А.А. Александров. – СПб. : Питер, 2008. – 384 с.
2. *Алёшина Ю.Е.* Индивидуальное и семейное психологическое консультирование / Ю.А. Алёшина. – М., 1993. – С. 21.
3. *Григорьев Г.И.* Кризисно-реабилитационная помощь при наркоманиях на основе стрессовой психотерапии : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Григорьев Г.И. – СПб., 2004. – 47 с.
4. *Менделевич В.Д.* Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич. – М., 2002. – 592 с.
5. *Мизерас С.В.* Кризисно-реабилитационная психологическая помощь при героиновой наркомании на основе метода эмоционально-эстетической психотерапии : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Мизерас С.В. – СПб., 2002. – 23 с.
6. *Осипова А.А.* Общая психокоррекция : учеб. пособие / А.А. Осипова. – М. : СФЕРА, 2002. – 510 с.
7. *Психотерапевтическая энциклопедия* / под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд. перераб. и доп. – СПб. : Питер, 2006. – 944 с.
8. *Советная Н.В.* Кризисно-реабилитационная психологическая помощь при игровой зависимости на основе духовно ориентированной пси-

хотерапии в форме целебного зорка : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Советная Н.В. – СПб., 2008. – 21 с.

9. *Становление и организация духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей* : учеб. пособие / Г.И. Григорьев, С.Г. Григорьев, Н.В. Советная [и др.]. – Вып. II. – СПб. : МИРВЧ, 2007. – 298 с.

УДК 615.851.82 : 616.7-053.2

*Д.Ю. Толошинова*

## **ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНИК ИНДИЙСКОГО КЛАССИЧЕСКОГО ТАНЦА В ТАНЦЕВАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

Психиатрическая больница им. П.П. Кащенко, Санкт-Петербург

В настоящее время танцевальная терапия с успехом применяется в лечении и психологической коррекции больных с различными заболеваниями, от опорно-двигательного аппарата до психических и психосоматических расстройств. Активной научной и практической деятельностью в данной области занимаются и отечественные ученые [ 3, 7, 8 ].

Сегодня в современной российской психотерапевтической и психокоррекционной работе все чаще можно встретиться с влиянием восточных традиций и многочисленных направлений духовного развития человека. В развитии танцевально-двигательных методов также наблюдается синтез западных и восточных практик [ 3 ].

В данной статье автор рассматривает актуальность применения техник индийского классического танца в психотерапевтической и психокоррекционной работе детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, в частности, в танцевальной терапии.

*1. Направленность техники языка жестов в психотерапевтическом процессе.* В 1915 г. в Лос-Анжелесе Рут Сен-Дени основала школу «Денишон». Используя в своей работе религиозные танцы Индии, целью ее преподавания было физическое, умственное и духовное совершенствование человека. Применение индийского классического танца в российской психотерапевтической работе отмечается лишь в последнее время [ 7 ].

Индийский классический танец знаменит языком жестов «хаста» и «мудра» (санскр. – хаста – кисть руки, мудра – символ, знак, жест). Этот язык жестов напоминает сурдоперевод (язык глухонемых). При помощи



различных комбинаций пальцев в индийском танце передается смысл песни, разыгрываемого действия, эмоциональные и физические состояния. При этом выполнение жестов имеет целительное воздействие на организм человека в связи с тем, что на ладонях находится большое количество точек акупунктуры, массируя которые можно рефлекторно воздействовать на внутренние органы, связанные с ними. При соприкосновении пальцев происходит не только точечный массаж, но и развивается мелкая моторика, координация движений пальцев, активизирующая работу мозга. Выполнение жестов оказывает влияние на равномерное развитие мозговых полушарий, так как они оба включены в единый процесс. «Логическое» левое полушарие отвечает за безошибочность выполнения технических элементов, а «творческое» правое – за артистизм и творческое воображение.

В.М. Бехтерев в своих работах убедительно доказал влияние движений рук и пальцев на ЦНС. Оказалось, что простая манипуляция руками помогает снять напряжение и умственную усталость [ 4 ]. Развитие тонких движений пальцев рук положительно влияет на функционирование речевых зон коры головного мозга. М.М. Кольцова в своих исследованиях также установила, что формирование речевых областей в коре головного мозга совершается под влиянием импульсов от движений рук. Систематические упражнения по тренировке движений пальцев являются «мощным средством повышения работоспособности коры головного мозга» [5].

Согласно учению Л.С. Выгодского, будучи относительно самостоятельной, независимой от высших интеллектуальных функций и легко управляемой, моторная сфера дает богатейшую возможность для компенсации интеллектуального дефекта, тем самым, указывая на важность совершенствования двигательной сферы у детей, нуждающихся в специальном коррекционном обучении.

На практике применяются разнообразные формы работы по развитию мелкой моторики пальцев рук. Работа с карандашом, орехами, пуговицами, пинцетом и т. д., игра с пластилином, игра с бумагой, с песком или семенами, рисование пальчиками, а также изображение пальцами предметов, образов окружающего мира, конструирование фигур, действий и явлений из пальчиков и рук. Сочетание пальцевых упражнений с речевым сопровождением, задает ритм, способствует быстрому запоминанию и осознанному выполнению движений.

*2. Целесообразность применения техники языка жестов для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.* Существуют десятки употреблений различных жестов, обозначающих объекты, предметы и явления окружающей действительности, языковые знаки, характер отношений между людьми. Арсенал этих выразительных средств насчитывает

несколько сотен понятий. Помимо самого языка жестов, танцовщицы индийского танца используют мимическое выражение эмоций и чувств, которые придают жестам особую яркость и отображают отдельные нюансы их значений.

Использование танцевальных техник и языка жестов в психокоррекционной работе с детьми, страдающими двигательными нарушениями и испытывающими сложности в моторно-двигательной сфере, в мимическом выражении, связанным с конкретной патологией, в проявлении эмоций весьма обоснованно и необходимо. Танцевальные техники вызывают у детей большой интерес и мотивированность на участие в занятии, приносит момент игры и развлечения.

Разнообразные двигательные нарушения этих детей, затрудняющие выполнение пальчиковых упражнений, обусловлены действием ряда факторов. В.А. Лапшин (1990) выделяет следующие нарушения:

- ограничение или невозможность произвольных движений, что сочетается со сниженной мышечной силой;
- изменение мышечного тонуса, например при ДЦП отмечается повышение мышечного тонуса (кисти рук сжаты в кулаки и т. д.);
- появление насильственных движений (гиперкинезов), затрудняющих выполнение любых произвольных движений;
- снижение координации движений и равновесия;
- потеря ощущения движений тела и его частей (кинестезии);
- затруднение речи, вследствие паралича мимико-артикуляционной мускулатуры.

Помимо перечисленных нарушений можно выделить еще несколько причин, вызывающих сложности в выполнении жестов у этих детей: слабая переключаемость движений, связанная с нарушением ЦНС; сложности в длительном сосредоточении и удержании внимания; низкая мотивация. Использование техники языка жестов для работы с детьми, страдающими нарушениями опорно-двигательного аппарата, направлено на развитие:

- 1) мелкой моторики и координации движений пальцев рук;
- 2) укрепление мышц рук, умение ощущать движения мышц;
- 3) навыка самообслуживания и письма;
- 4) мимической активности;
- 5) моторно-образного воображения;
- 6) зрительно-моторного контроля;
- 7) осознанного и произвольного выполнения движений;
- 8) переключаемости движений, согласованной координации;
- 9) навыка удержания позы.

Помимо перечисленного с помощью совершенствования движений рук развиваются психические процессы, такие как произвольное внимание, зрительное и слуховое восприятие, память, умение действовать по инструкции, творческий потенциал ребенка.

Полагаем, что систематические занятия по изучению техники индийского танца и языка жестов способствуют коррекции не только двигательных нарушений мелкой моторики у детей с патологией опорно-двигательного аппарата, но и коррекции эмоционально-волевой сферы.

*3. Классификация жестов, направленность применения в практической работе.* Классический индийский танец имеет обширно разработанную теоретическую базу. В трактате «Натьяшастра» [ 6 ] подробно описываются выразительные средства, доступные человеку. В «Натьяшастре» представлены четыре вида способа выражений: а) через различные части тела, в том числе жесты и лицо; б) через голос, речь, песню; в) через чувства, эмоции; г) через внешний вид, грим, костюм.

Жесты бывают смысловыми (имеющими определенное значение) и декоративными (жесты технического аспекта танца). Существует три вида жестов: 1) смысловые жесты одной руки (насчитывается около 24 типов движений); 2) смысловые жесты двумя руками (13 типов движений); 3) технические жесты, не имеющие определенного значения (27 типов).

По значению жесты подразделяют на три группы: 1) натуральные естественные жесты, выражающие простые действия; 2) интерпретируемые жесты, имитирующие характерные признаки и черты объекта; 3) символические жесты, используемые для изображения понятий, объектов.

Употребление жестов обязательно сопровождается движениями тела, которые подкрепляются выражениями лица и глаз. Мимические выражения эмоций и чувств придают жестам особую яркость и отражают отдельные нюансы их значений. Танец может включать в себя 9 позиций или настроений: любовь – отвращение, героизм – страх, радость – печаль, покой – гнев, удивление. При помощи движений, мимики и жестов можно с тонкостью передать любое настроение.

В процессе изучения жестов работа терапевта с ребенком происходит индивидуально «рука в руку». Большой плюс данной методики перед привычными развивающими гимнастическими упражнениями состоит в том, что язык жестов носит смысловую нагрузку, которую можно варьировать в зависимости от интересов и желания ребенка.

Нами была адаптирована техника языка жестов для работы с детьми, страдающими двигательными нарушениями, учитывая специфические особенности нозологической группы для реализации коррекционных целей. Для практической работы выделяются жесты следующего уровня: 1)

выше уровня головы; 2) выполняющиеся на уровне лицо – корпус; 3) ниже уровня талии. Данная классификация необходима для развития пространственной ориентации ребенка, осознания частей и границ тела, освоения разных уровней пространства. Представляем описание некоторых тестов.

1. Простые жесты одной рукой – разнообразные жесты одной руки имеют свои конкретные функции и задачи, они могут быть направлены на развитие моторики отдельных пальцев, укрепление мышц, развитие эластичности, удержание формы, расслабление, тренировку переключаемости и т. д.

2. Сложные жесты двумя руками – симметричные жесты рук, сложение простых жестов в сложные. Эти жесты направлены на согласованную и совместную работу рук.

3. Комбинации жестов двух рук – ассиметричное движение кистями рук. Эти жесты направлены на тренировку координации, внимания, памяти.

4. Разнообразные вариации жестов, сопровождающиеся различными лексическими темами. Эти жесты имеют очень широкую направленность, происходит речевое присоединение смысла к жестовому образу, повышается осознанность выполняемого действия, тренируется зрительно-моторное соотнесение.

Разработанные комплексы упражнений для развития мелкой моторики на основе языка жестов индийского танца, предназначены для детей всех возрастов, сложность упражнений варьируется в зависимости от конкретной патологии и возможности ребенка.

Для создания благоприятной мотивации на занятии обыкновенная гимнастика для пальцев становится увлекательной игрой, где пальцы и кисти рук превращаются в многочисленные предметы, образы и явления окружающей среды. Вниманию детей предлагаются занимательные рассказы, сопровождающиеся наглядной жестикуляцией.

*Представляем план проведения занятия и примеры жестов.*

1. Разучивание языка жестов необходимо начинать с простой разминки и разогрева мышц кистей, что способствует повышению подвижности суставов, оказывает тонизирующее воздействие на биологическую активность кровообращения, состояние мышц и суставов кистей. Следует потереть друг о друга ладонки, расслабить и потрясти кистями рук, проделать сгибательные движения фалангами и пальцами рук и т. д.

2. Основная часть комплекса:

а) разучивание жестов вместе с их смысловыми значениями в последовательности: простые жесты одной рукой, сложные симметричные и ассиметричные жесты двух рук, постепенное усложнение заданий;

б) постепенное ускорение темпа, для тренировки внимания, памяти и переключаемости, развития ловкости и координации;

в) выполнение жестов под словесную инструкцию направлено на осознанное выполнение жестов, благодаря присоединению смысла к жестовому образу. Каждому жесту присваивается название, которое необходимо запомнить и соотнести с определенной комбинацией пальцев. Это служит средством более легкого запоминания жеста — происходит выполнение жеста не по образцу, а по памяти.

«Река» — руки располагаются горизонтально полу, кисти направлены ладонями друг к другу. Осуществляется параллельное движение рук, словно течение реки.

«Солнце» — руки поднимаются выше уровня головы, кисти соприкасаются ладонями крест на крест и проворачиваются.

«Рыба» — одна кисть накладывается на другую сверху, ладони направлены в пол, далее большие пальцы отставляются в стороны, и вращаются словно плавники, движение от себя.

«Птица» — руки горизонтально полу, кисти ладонями развернуты к себе, большие пальцы отставляются и зацепляются друг за друга, кисти перекрещиваются, делая сгибательные движения пальцами, словно птица машет крыльями.

«Цветок» — кисти соприкасаются ладонями, далее пальцы округляются и разводятся в стороны, мизинцы, большие пальцы и запястья остаются соединены;

г) творческая работа, сочинение собственных жестов может служить для развития моторо-образного воображения и для отреагирования эмоций, например изображение животных может послужить выражением страха у некоторых животных и т. д.

3. Расслабление кистей и пальцев рук выполняется для снятия излишнего напряжения, усталости.

Использование данной техники в работе с детьми, страдающими двигательными нарушениями, можно проводить как самостоятельное коррекционное мероприятие или включать ее в различные методы психологической коррекции: танцевальную терапию, игровую терапию, арт-терапию. Специфика использования «языка жестов» требует умения правильно выполнять жесты, трактовать их разнообразные смысловые значения как по отдельности, так и в сочетании, а также подкреплять жестовые образы соответствующими мимическими выражениями.

Предложенная техника индийского танца — языка жестов, направленная на развитие мелкой моторики, координации движений пальцев, развитие и укрепление мышц руки, тренировка навыка самообслуживания

и письма, развитие мимической активности и т. д., имела успешное применение на практике. Она не имеет противопоказаний, является перспективной альтернативой существующим техникам и формам работы по развитию «тонких» движений пальцев рук.

### *Литература*

1. *Бачина О.В.* Пальчиковая гимнастика с предметами. Определение ведущей руки и развитие навыков письма у детей 6–8 лет : практ. пособие для педагогов и родителей / О.В. Бачина, Н.Ф. Корабова. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : АРКТИ, 2007. – 88 с.
2. *Белая А.Е.* Пальчиковые игры / А.Е. Белая. – М. : Астрель, 2001.
3. *Гиршон А.* Танцевально-двигательная терапия в контексте тренингов личностного роста / А. Гиршон // Танцевально-двигательная терапия. – М., 1997.
4. *Датешидзе Т.А.* Система коррекционной работы с задержкой речевого развития / Т.А. Датешидзе. – СПб. : Речь, 2004. – 128 с.
5. *Кольцова М.М.* Двигательная активность и развитие функций мозга ребенка / М.М. Кольцова – М.: Педагогика, 1973. – 144 с.
6. *Драматургия и театр Индии* : сб. статей. – М., 1961. – С. 9–82.
7. *Лапшин В.А.* Основы дефектологии : учеб. пособие / В.А. Лапшин, Б.П. Пузанов. – М. : Просвещение, 1990.
8. *Малкина-Пых И.Г.* Телесная терапия / И.Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2007. – 752 с.
9. *Оганесян Н.Ю.* Танцевальная терапия: теория, методика, практика / Н.Ю. Оганесян. – СПб. : Речь, 2004. – 288 с.
10. *Цвинтарный В.В.* Играем пальчиками, развиваем речь / В.В. Цвинтарный. – СПб., 1999. – 40 с.

## **КОРРЕКЦИЯ ПСИХОНЕЙРОИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

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

Развитие психонейроэндокриноиммунологии позволяет интегрировать различные гипотезы патогенеза атопического дерматита (АД) (иммунологической, блокады  $\beta$ -адренергических рецепторов, нервно-психологических факторов) и оптимизировать процесс комплексного лечения [ 9 ].

Доказано, что основным биохимическим субстратом нейроиммунного взаимодействия являются нейропептиды, которые продуцируются в нервной и иммунной системах и выполняют функции нейромедиаторов, нейромодуляторов, внутрииммунных регуляторов, обеспечивают двустороннюю связь между иммунной и нейроэндокринной системами [ 5 ]. В коже нейропептиды продуцируются С-волоконными, которые представляют собой вегетативные нервные волокна так называемой «нехолинергической – неадренергической» иннервации [ 6 ].

Внешние стрессорные воздействия и длительно текущее заболевание, сопровождающееся зудом, бессонницей на фоне наследственных особенностей нервной системы больных АД приводит к развитию психоэмоциональных нарушений, которые характерны для 53–93 % пациентов [ 3 ]. Такие пациенты эмоционально лабильны, сверхчувствительны, со склонностью к ипохондрической и психастенической фиксации, депрессивным и астеническим реакциям. У больных АД значительно повышена ситуационная и личностная тревожность, снижено качество жизни, напряжены защитные психологические механизмы отрицания и рационализации.

Изучение состояния вегетативной нервной системы у больных АД современными методами, такими как спектральный анализ ритма сердца, вызванный кожный вегетативный потенциал показывает наличие у 92 % больных АД вегетативных нарушений. Это повышенная эрготропная (симпатическая) и трофотропная (парасимпатическая) активность вегетативных центров в состоянии покоя, избыточное вегетативное обеспечение деятельности, нарушение вегетативных рефлексов [ 3 ]. Данные расстройства носят неспецифический характер и отражают нарушение течения процесса адаптации с истощением функциональных резервов организма.

В коже у больных атопическим дерматитом определяется повышенное содержание такого нейропептида как субстанция P, изучение которой позволило прояснить механизмы «нейрогенного» воспаления [ 8 ]. Активация корковых областей при стрессе приводит к стимуляции выработки субстанции P надпочечниками и нисходящими вегетативными волокнами [ 9 ]. При этом субстанция P накапливается в нервных окончаниях немиелинизированных волокон С-типа кожи и высвобождаясь действует на клетки эндотелия, макрофаги, лимфоциты, синовиоциты, тучные клетки [ 6 ].

Субстанция P – мощный сосудорасширяющий и увеличивающий проницаемость кровеносных сосудов эффект (в 100 раз более мощное действие, чем гистамин); стимулирует секрецию тучных клеток; увеличивает приток и накопление лейкоцитов в тканях; стимулирует дозозависимое производство  $H_2O_2$  нейтрофилами; усиливает фагоцитоз макрофагов и нейтрофилов; может увеличивать *in vitro* производство IgA лимфоцитами; стимулирует митогенез Т-клеток; может усиливать действия других медиаторов (брадикинина и простагландина E). Субстанция P – мощный фармакологический медиатор зуда и играет ключевую роль в ощущении боли [ 7 ].

Основные медиаторы воспаления, имеющие при атопическом дерматите ключевое значение, условно можно разделить на клеточные и нейромедиаторы. Первые, в свою очередь, разделяют на запасаемые и незапасаемые медиаторы аллергии. Основным представителем запасаемых медиаторов является гистамин, синтезируемый тучными клетками и базофилами, накапливающийся в соответствующих гранулах и высвобождаемый при получении специфического сигнала рецепторами на цитоплазматической мембране (например, классическое взаимодействие антигена с комплексом IgE – рецептор). Механизм действия гистамина на эффекторный орган хорошо изучен и результатом его является повышение проницаемости сосудов и сокращение гладкой мускулатуры. Среди незапасаемых медиаторов наибольшее значение придают лейкотриенам, являющимся метаболитами арахидоновой кислоты. Основное значение имеют лейкотриены  $C_4$ ,  $D_4$ ,  $E_4$ ,  $V_4$ . Первые три обладают свойством вызывать выраженное сокращение гладкой мускулатуры, спазм кровеносных сосудов. В отличие от них лейкотриен  $V_4$  является мощным хемотаксическим фактором для нейтрофилов, эозинофилов, моноцитов, фибробластов, т. е. активирует клетки, участвующие в воспалении [ 9 ].

Полученные нами результаты исследования больных атопическим дерматитом свидетельствуют, что до 92 % пациентов нуждаются в комплексном лечении, направленном на устранение психонейроиммунных



нарушений. Основными направлениями коррекции являются фармакотерапия, психологическая коррекция и физиотерапия.

Выбор препарата фармакотерапии зависит от спектра нарушений и индивидуально-личностных особенностей пациента. В комплексном лечении больных атопическим дерматитом применяем:

- «дневные» транквилизаторы грандаксин, атаракс, оказывающие выраженное стресспротекторное, вегеторегилирующее действие и противотревожный эффект;
- снотворные – золпидем, мелатонин;
- нейролептик – соннапакс, оказывающий «регулирующее» влияние на ЦНС, антидепрессивный и стимулирующий эффекты;
- антидепрессанты иксел, тритико, леривон, оказывающие антидепрессивное действие;
- иммуномодуляторы – иммуномакс, омега 3 ПНЖК, ликопид, пирогенал.

Вторым направлением нормализации психонейроиммунных нарушений у больных АД является психологическая коррекция. В комплексном лечении больных АД нами используется курс занятий по системной поведенческой психотерапии, разработанный в Городском психотерапевтическом центре на базе клиники неврозов имени И.П. Павлова и органично включающий в себя наиболее эффективные элементы большинства основных психокоррекционных методик. Психотерапевтические техники направлены на изменение основных аспектов поведения, рассмотренных в трудах И.М. Сеченова, И.П. Павлова, А.А. Ухтомского и Л.С. Выготского [ 1 ].

Третьим направлением нормализации психонейроиммунных нарушений у больных АД является транскраниальная электростимуляция (ТЭС). При ТЭС происходит воздействие на антиноцицептивные структуры головного мозга. Помимо опиоидэргического, активируются также серотонинэргический и холинэргический механизмы регуляции функций головного мозга. В результате формируются антистрессовый, анальгетический, вегеторегилирующий, иммуномодулирующий, антиаллергический, противозудный и репаративно-регенеративный лечебные эффекты ТЭС [ 4 ].

Общая стандартная терапия больных АД, применяемая нами, включает в себя инъекции раствора тиосульфата натрия (5–7) и препаратов кальция (10–15), курсы антигистаминных препаратов (зиртек, телфаст, кестин, эриус, ксизал, лоратадин), курс стабилизатора мембран тучных клеток (кетотифен) (2–3 мес), ангиопротекторы (ксантинола никотинат, пентоксифиллин), витаминотерапию (цианокобаламин, фолиевая кислота,

аскорбиновая кислота). В стадии разрешения и ремиссии применяется локальное и общее УФО.

Наружная терапия АД соответствует стадии процесса. В стадии «мокнущая» нами используются примочки с 1–2 % раствором борной кислоты, дезинфицирующие средства при вторичной инфекции, затем кремы с добавлением кортикостероидных препаратов. Наружная терапия является неотъемлемой частью комплексного лечения АД. С помощью местного лечения достигается ряд эффектов: подавление признаков воспаления кожи, устранение сухости, восстановление поврежденного эпителия, улучшение барьерных функций кожи.

Наиболее эффективными в наружной терапии АД остаются кортикостероидные препараты. Глюкокортикоиды обладают мощным противовоспалительным действием. Они уменьшают количество иммунокомпетентных клеток и макрофагов в крови, угнетают образование простагландинов, лейкотриенов и фактора активации тромбоцитов, являющихся медиаторами воспаления. Гидрокортизон и синтетические глюкокортикоиды проникают в клетки-мишени, где связываются с цитоплазматическими глюкокортикоидными рецепторами. Активный комплекс глюкокортикоид-рецептор входит в ядро клетки и связывается со специфическим глюкокортикоидным регуляторным элементом молекулы ДНК, усиливая или угнетая процессы транскрипции генов [ 2 ].

Важным элементом наружной терапии АД является коррекция сухости кожи. Микротрещины – ворота для проникновения в кожу патогенов, раздражителей и аллергенов. Барьерная функция рогового слоя зависит от эпидермальных липидов (интерстициальные липиды рогового слоя) и включений кератиноцитов. Липиды связаны с секрецией ламеллярных телец (Одланда) зернистого слоя, которые выделяют керамиды для смазки при перемещении клеток относительно друг друга. Керамиды и липиды кожного сала не связаны между собой [ 10 ].

Для коррекции сухости кожи мы применяем различные крема охлаждающие крема типа «масло в воде» (кольд-крем), содержащий в равных частях ланолин, воду и растительное масло. В состав таких кремов целесообразно включать мочевины, витамин РР, окись цинка.

Таким образом, многогранность патогенеза atopического дерматита, наличие психонейроиммунных нарушений у больных определяет необходимость системного, комплексного подхода к лечению таких пациентов, который и реализован в нашей клинике.

Анализ динамики психологического состояния, состояния вегетативной нервной системы, индексов SCORAD больных atopическим дерматитом в процессе лечения свидетельствует о достоверно большей эф-

фективности комплексного лечения ( $p < 0,05$ ). Уже на 7–10-й день лечения у больных улучшается психологическое состояние, качество жизни, нормализуется состояние вегетативной нервной системы. При этом на 5–7 дней сокращаются сроки разрешения кожного процесса.

### *Литература*

1. *Курпатов А.В.* Руководство по системной поведенческой психотерапии / А.В. Курпатов, Г.Г. Аверьянов. – М. : ОЛМА Медиа, 2006. – 576 с.
2. *Машковский М.Д.* Лекарственные средства : в 2 т. / М.Д. Машковский. – 14-е изд., перераб., испр. и доп. – М. : Новая Волна, 2002. – Т. 2. – 608 с.
3. *Сухарев А.В.* Введение в психосоматическую дерматологию : учеб.-метод. рекомендации / А.В. Сухарев, Р.Н. Назаров, А.В. Стаценко, О.И. Бондарь. – СПб., 2006. – 39 с.
4. *Транскраниальная электростимуляция : экспериментально-клинические исследования / под ред. В.П. Лебедева.* – СПб., 2001. – 528 с.
5. *Blalock E.J.* A molecular basis for bidimensional communication between the immune and neuroendocrine systems / E.J. Blalock // *Physiol. Rev.* – 1989. – Vol. 69. – P. 1–32.
6. *Geppetti P.A.* Neurogenic inflammation / P.A. Geppetti, P. Holzer. – Boca Raton: CRC Press, 1996.
7. *McDonald D.M.* Neurogenic inflammation: a model for studying efferent actions of sensory nerves / D.M. McDonald [et al.] // *Adv. Exp. Med. Biol.* – 1996. – Vol. 410. – P. 453–462.
8. *Meggs W.J.* Neurogenic switching: a hypothesis for a mechanism for shifting the site of inflammation in allergy and chemical sensitivity / W.J. Meggs // *Environ Health Persp.* – 1995. – Vol. 103. – P. 54–56.
9. *Panconesi E.* Psychophysiology of stress in dermatology: the psychobiologic pattern of psychosomatics / E. Panconesi, G. Hautmann // *Dermatol. Clin.* – 1996. – Vol. 14, N 3. – P. 399–422.
10. *Williams H.* New treatments for atopic dermatitis / H. Williams // *Br. Med. J.* – 2002. – Vol. 324. – P. 1533–1534.

# ЭКСТРЕМАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.9 : 351.862

*С.П. Иванова*

## ФОРМИРОВАНИЕ ОБРАЗА ПРОФЕССИИ И ПОРТРЕТА ПРОФЕССИОНАЛА ПСИХОЛОГА МЧС РОССИИ

Санкт-Петербургский университет Государственной  
противопожарной службы МЧС России

Социально-экономические изменения в России в конце XX в., связанные с преобразованием политического строя и идеологической надстройки, возникновением новых экономических отношений, обусловили значительные изменения в мышлении, ценностно-смысловой и мотивационной сферах личности значительной части россиян. В настоящее время в вузы приходит молодежь с новыми мировоззренческими установками, требованиями к жизни и, возникшими в связи с этим, психологическими проблемами, что необходимо учитывать при планировании учебного процесса, в том числе для подготовки специалистов-психологов МЧС России.

Деятельность человека, как осознанная форма разнообразной поведенческой активности, определяется не только профессиональными качествами субъекта, но и, прежде всего, его личностными особенностями [ 4, 1, 8 ]. Отражение личностных качеств в деятельности проявляется в их включении в регуляторные механизмы трудового процесса на разных уровнях (сенсорно-перцептивном, представлений, речемыслительном).

Проблема формирования будущего специалиста в процессе обучения в вузе и увеличения количества выпускников, поступающих в последующем на работу по выбранной профессии, является предметом пристального внимания как руководства вуза, так и исследователей психолого-педагогических научных направлений.

Развитию профессионала, трудовому обучению и воспитанию специалиста были посвящены исследования многих ученых. Изучая этот вопрос, В.А. Толочек называет ряд имен исследователей, которые на основе фундаментальных работ внесли существенный вклад в развитие вопросов профессионализма личности: В.В. Чебышев (исследования профессионального мышления), А.Н. Леонтьев, Ю.В. Котелова, А.А. Нейфах (тренировка эмоциональной устойчивости, готовности к экстремальным ситуациям), Е.А. Климов, В.С. Мерлин (индивидуальный подход в профес-

сиональном обучении), Е.М. Иванова, В.А. Бодров (психологии деятельности и профессиональной пригодности) [ 7 ]. В.А. Толочек много внимания уделил изучению вопросов развития человека как индивида, субъекта, личности, индивидуальности.

Труд, представляя собой «функциональную психическую систему», центральным звеном которой является личность, рассматривается как осознанное целенаправленное исполнение человеком нормативно представленных действий заданными орудиями труда, а также как процесс, в котором человек реализует себя, согласно своим психическим возможностям, осуществляя поиск и созидание новых способов и приемов достижения необходимых профессиональных результатов [ 6 ]

В качестве программы для экспертной оценки уровней сформированности будущего специалиста как субъекта труда и его психологической готовности к профессиональной деятельности, нами были использованы такие феномены, как психологические признаки и психические регуляторы труда [ 7, 2, 3 ]. В основу работы было положено суждение о зависимости построения дифференцированного подхода к воспитанию будущего специалиста от выявленных в нем сильных и слабых сторон с целью коррекции слабых аспектов.

Психологические признаки труда включают в себя:

- во-первых, сознательное предвосхищение социально значимого результата;
- во-вторых, сознание обязательности достижения социально фиксированной цели;
- в-третьих, сознательный выбор, применение, совершенствование или создание орудий, средств деятельности;
- в-четвертых, сознание межличностных производственных зависимостей и отношений.

К основным психическим регуляторам труда относятся,

- 1) образ объекта труда (чувственный, репрезентативный конкретный и отвлеченный);
- 2) образ субъекта труда (актуальный «Я-образ», обобщенный «Я-образ», «Я-концепция».);
- 3) образ субъектно-объектных и субъектно-субъектных отношений.

В период обучения в вузе у студента не только накапливаются знания, навыки, умения, но и происходит формирование сложных психических систем регуляции поведения, на что обращают внимание: Н.А. Бернштейн, Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн, а так же З.Г. Бедных, Е.Д. Вознесенская, В.Я. Ляудис, А.К. Маркова, П.К. Новиков, Ю.П. Поваренков, Н.С. Пряжников, В.Д. Шадриков.

С точки зрения А.К. Марковой, в ходе профессионального обучения в вузе личностное пространство студента находится в постоянной динамике и определяется в значительной мере теми вопросами, которые на текущий момент осваиваются в процессе обучения. Личность обогащается новыми психологическими связями, опираясь и манипулируя которыми в дальнейшем решает поставленные профессиональные задачи [ 5 ].

В период вузовского этапа развития личности программой высшего образования предусматривается применение определенных психолого-педагогических методов и приемов обучения с целью воздействия на личность, её психологическое содержание.

С учетом обозначенной проблемы – с приходом в вузы новой молодежи – нами было выдвинуто предположение, что анализ результатов исследования первокурсников, направленный на изучение личностных особенностей поступивших, покажет на какие стороны личностных характеристик необходимо особо обратить внимание с целью корректировки и развития.

Были проведены исследования, направленные: во-первых, на изучение личностных характеристик специалистов-психологов со стажем работы в системе МЧС России с целью выявления профессионально важных качеств (ПВК) специалистов данного профиля; во-вторых, на разработку рекомендаций для психолого-педагогических воздействий, направленных на формирование в процессе обучения в вузе у студентов-психологов необходимых ПВК, способствующих в дальнейшем успешному выполнению поставленных профессиональных задач.

В эксперименте принимали участие 104 человека, из них 35 человек – психологи МЧС России (8 мужчин и 27 женщин), 48 студентов психологов университета МЧС России (6 юношей и 42 девушки) и контрольная группа – психологи кризисных центров – 21 человек (3 мужчин и 18 женщин).

На формирующем этапе было поставлено две подцели: во-первых, следовало установить динамику изменений требований к личностным качествам специалиста-психолога у работающих психологов и у студентов в процессе тренинговых занятий. Во-вторых, сформировать из отобранных психологических тренинговых методик комплекс, способствующий глубинному осознанию участниками эксперимента специфики профессии психолога МЧС и себя в процессе этой деятельности.

Мы предполагали, что, во-первых, характеристики профессии и специалиста-психолога МЧС, сформулированные студентами-психологами, будут значительно отличаться от аналогичных характеристик, высказанных работающими психологами; во-вторых, эти характеристики,

обозначенные работающими психологами, будут изменены в результате формирующего психологического тренинга.

Применялись в исследовании следующие методы: наблюдение, интервью, тестирование, анализ, синтез и интерпретации результатов.

На первом этапе исследовательской работы, согласно технологии организации процесса изучения профессионального формирования специалиста, нами было проведено изучение фактического состояния исходных параметров индивидуального уровня сформированности свойств субъекта труда каждым работающим и учащимся к моменту начала эксперимента.

В качестве варианта теста для студентов был предложен ряд вопросов, характеризующих отношение респондента к профессии психолог: «Какие отличительные черты профессии "психолог МЧС России" можно назвать? Что мне нравится в этой профессии? Какими личностными качествами должен обладать психолог МЧС? Какие мои личные качества помогут быть хорошим специалистом? Почему я хочу стать психологом?». Текст теста для работающих психологов был переформулирован, сохраняя существо вопросов. Респонденты должны были в свободном порядке указать желаемые характеристики.

Так как мнения у первокурсников были достаточно близки по характеристикам, то мы для краткости приводим обобщенный результат, наличие нюансов в высказываниях будет указано дополнительно.

В результате анализа заполненных бланков мы получили следующие данные. Основная масса респондентов (студенты-первокурсники), отмечая отличительные черты профессии психолога МЧС России, указала: «ответственная (высокоответственная, обязывающая)» – 60 %, «гуманная (встречался синоним – человеколюбивая)» – 54 %, «очень нужная (важная)» – 25 %, «самоотверженная (альтруистическая)» – 11 %, «способствующая личностному росту» – 13 %. По одному-двум ответам были такие характеристики, как «подвижная», «интеллектуальная», «современная», «экстремальная», «сложная», «бескорыстная». Из числа всех респондентов 11 % затруднились дать определение профессии психолог или их определения вошли в число отведенных от рассмотрения (единичные характеристики). Таким образом, было выбрано 6 показателей – характеристик профессии психолог МЧС России.

Юноши давали несколько больше деловых характеристик, а девушки – эмоциональных. И все же эти различия были не существенными.

Характеристика «ответственная» отнесена ко второму психологическому признаку труда, так как она предусматривает сознание обязательности достижения социально фиксированной цели.

Характеристики «гуманная» и «очень нужная» отнесены к первому психологическому признаку, так как нами в интервью было получено от испытуемых объяснение, что ими подразумеваются сознательные предвосхищения социально ценного результата (действия направлены на помощь не конкретному человеку, попавшему в сложную жизненную ситуацию, а общая направленность деятельности – во имя человечества, на пользу человечества).

Характеристика «самоотверженная» отнесена к четвертому психологическому признаку труда, так как самоотверженность подразумевает определенный характер социальной активности, порой опосредованной временем и пространством межличностных отношений.

Характеристика «способствующая личностному росту» отнесена к третьему психологическому признаку труда, так как личностный рост не возможен без сознательного выбора, применения, совершенствования средств деятельности, без знания возможностей и ограничений общественно выработанных правил.

Таким образом, в названных студентами-первокурсниками характеристиках профессии психолог МЧС присутствуют все четыре психологические признаки труда.

Относительно представительства психических регуляторов труда получилась следующая картина. Характеристики «ответственная» и «способствующая личностному росту» были отнесены ко второму психическому регулятору труда, так как демонстрируют личностную «Я-концепцию».

Характеристики «гуманная», «очень нужная» и «самоотверженная» были отнесены в третьему психическому регулятору труда, так как соответствуют образам субъект-субъектных и субъект-объектных отношений.

Таким образом, из психических регуляторов труда были представлены только два, характеризующие образ субъекта труда и субъект-субъектные и субъект-объектные отношения. Первый регулятор труда, а именно характеризующий образ объекта труда, в характеристиках первого вопроса отсутствует полностью, что говорит о том, что у студентов первокурсников еще нет представлений о своей будущей профессии. Незначительный общий набор характеристик выбранной профессии говорит также о низком кругозоре.

Еще более показательными в этом плане оказались ответы на второй вопрос «Что мне нравится в этой профессии?». Подавляющее большинство респондентов ответили «модная», встречались синонимы «современная», «прогрессивная». Эту характеристику мы отнесли к первому психологическому признаку (сознательное предвосхищение социально



значимого результата) и третьему психическому регулятору труда (образ субъект-субъектных и субъект-объектных отношений).

На втором месте были ответы: «Дает много информации». Встречались варианты – «знаешь обо всех», «на пике современных наук», «все видишь и понимаешь, что происходит». Эту характеристику мы отнесли к третьему психологическому признаку труда (сознательный выбор, применение, совершенствование или создание орудий, средств деятельности) и первому психическому регулятору труда (образ объекта: предмета труда, внешних средств, условий и процессов трудовой деятельности). Из всех опрошенных респондентов 19 % не смогли сформулировать свой ответ на этот вопрос.

Устойчивость понимания своего выбора профессии из-за того, что она «модная», подтвердили и результаты интервью: 72 % опрошенных лиц ответили, что выбрали профессию, в том числе, из-за того, что «о ней все говорят». При том респондентами отмечалось, что далеко не всегда эти отзывы со стороны окружающих они слышали в положительном смысле, тогда выбор стать психологом был принят из противоречия, о чем сообщили 10 % (5 человек, из них 4 – юноши).

На следующий вопрос: «Какими личностными качествами должен обладать психолог?» мы получили ответы: терпеливый, уравновешенный в общении, знающий (опытный). В некоторых работах студентов были указаны такие характеристики, как авторитетный, способный, творческий, но из-за небольшого количества указавших эти качества, мы не включили их в рассмотрение. Из всех опрошенных не смогли сформулировать ответ на данный вопрос только 10 %.

Определение «терпеливый» можно было охарактеризовать как «в достижении поставленной цели» (1 признак) или как «в отношении с людьми» – объектами труда (4 признак). Нами был выбран второй вариант, так как в ответах при интервью студенты в подавляющем большинстве в эту характеристику вкладывали смысл взаимоотношений с клиентами, подопечными. С точки зрения психических регуляторов труда данная характеристика, принимая во внимание аналогичные рассуждения, подходит к третьему регулятору (субъект-объектные отношения). Характеристику «уравновешенный в общении» мы однозначно относим к четвертому признаку и третьему регулятору. Характеристики «знающий (опытный)» отнесли к третьему признаку (сознательный выбор, применение, совершенствование или создание орудий, средств деятельности) и третьему регулятору (образ субъект-объектных отношений: профессионализм, опыт, знания, умения, навыки).

Следовательно, представленные студентами характеристики будущего психолога незначительно раскрывают этот образ, что подтверждает мнение о незнании первокурсниками диапазона профессиональных качеств и требований к специалисту.

На вопрос: «Что мне даст эта профессия?» мы смогли выделить такие характеристики: «Смогу сам справиться с любыми ситуациями» и «Уверенность в общении», объединив их с синонимами соответственно «преодолеть, управиться с проблемами, победить в ситуации» и «твёрдость в поведении». Единично встречающиеся характеристики – «социальное положение», «авторитет», «смена впечатлений» и «спокойный труд» - нами были исключены из рассмотрения. В общей сложности число отклоненных ответов и респондентов, не сформулировавших ответ на это вопрос, составило 20 %.

Ожидания от выбранной профессии, сформулированные как «Смогу справиться с любыми ситуациями» и «Уверенность в общении», мы отнесли к четвертому психологическому признаку труда (сознание межличностных производственных зависимостей и отношений) и к третьему психическому регулятору труда (образ субъект-субъектных и субъект-объектных отношений). Вопрос, поставленный в анкете перед респондентами, направлен на раскрытие мотивационных стимулов. Мы видим, что респонденты косвенно указывают на недостаток умений адекватно реагировать в нестандартных ситуациях и неуверенное поведение в межличностных отношениях, опыт и знания которых они собираются приобрести в период профессионального обучения (то есть решить свои проблемы).

Следующие ответы на поставленный вопрос: «Какие мои личные качества помогут быть хорошим специалистом?» показали уровень самооценки первокурсников. Мы могли выделить следующие высказывания: «доброта», «усидчивость» и «все быстро усваиваю». Существенно реже встречающиеся качества (один-три раза из всей выборки) – «общительный», «спокойный», «имею представления о работе», «эмоциональный», «умею себя держать в руках», «умею быть душой компании» – были выведены нами из рассмотрения. Из всех респондентов 19 % были отклонены от рассмотрения из-за единичности ответа или неспособности сформулировать ответ на это вопрос.

Качество «доброта» и синонимы «добросердечность», «душевность», а также и другие указанные характеристики отнесены к четвертому психологическому признаку и второму психическому регулятору, как показатели самооценки.

Последний вопрос «Почему я хочу стать психологом?» был включен в опросник для выяснения явной мотивации респондента выбора

профессии психолога и поступления в вуз, когда, напротив, вопрос «Что мне даст эта профессия?» делал очевидным для исследователя скрытую мотивацию респондента, как указывалось выше, это было решение своих проблем. Нами были выделены следующие ответы: «Хочу помогать людям» и «Эта профессия нужна людям», которые явно показывали о социально-одобряемом выборе первокурсников (или заявке на опросе). Значительно реже встречающиеся ответы (один – два раза) – «хочу научиться управлять людьми», «хочу научиться правильно общаться с людьми», «хочу стать переговорщиком» – не были включены в рассмотрение.

Суждение «Хочу помогать людям» мы отнесли ко второму психологическому признаку труда (как осознанное обязательное достижение социально значимого результата) и к третьему психическому регулятору труда. Суждение «Эта профессия нужна людям» отнесено к первому психологическому признаку труда и к третьему психическому регулятору.

Результаты анализа данных показали, во-первых, будущие специалисты студенты первокурсники имеют приблизительное представление о своей будущей профессии. Кроме того, мы обнаружили у них ограниченный словарный запас, применяемый при выполнении теста, употребление оценочных определений «плохой» («не плохой») и «хороший». В устном рассказе о собственном представлении будущей профессии студенты также демонстрировали немногословность, нехватку слов дополняли жестами и мимикой. Наблюдаемый факт был расценен нами, как незначительная рефлексия и малая начитанность респондентов.

Во-вторых, из выделенных психологических признаков труда наименее востребован, а значит, и осознан, второй признак «Сознание обязательности достижения социально фиксированной цели». Этот факт можно интерпретировать, с одной стороны, недостаточностью осознанности студентами будущей профессиональной деятельности, с другой стороны, низкой осознанностью целесообразности обучения в институте, так как в интервью они ссылались на давление родителей непременно поступать в вуз. Из психических регуляторов труда реже всего востребован первый «Образ объекта (предмета труда, внешних средств, условий и процессов трудовой деятельности)». Данный факт мы трактуем как незнание профессии с точки зрения ее сущности и наполненности деятельности.

По представленному этапу работы можно сделать вывод, что недостаточность развития профессионально значимых качеств, слабое представление своего места в профессии, низкая осознанность значимости достигаемой цели, говорят о незрелости личности первокурсника.

Во второй серии исследовательского этапа было предложено ответить на вопросы данного теста психологам, работающим в системе МЧС

России, со стажем работы не менее 1 года (будущая экспериментальная группа) и психологам кризисных центров (контрольная группа).

Анализируя характеристики портрета психолога МЧС России и самой профессии, данные специалистами со стажем работы, и сравнивая их со студенческими ответами, мы установили, что у взрослых людей чаще повторяются характеристики, которые можно отнести к третьему и четвертому психологическим признакам труда («Сознательный выбор, применение, совершенствование или создание орудий, средств деятельности» и «Сознание межличностных производственных зависимостей и отношений» («живых» и овеществленных соответственно). И меньше встречается первый признак («Сознательное предвосхищение социально значимого результата»), что интерпретируется нами как направленность деятельности не «вообще во имя ...», а вполне конкретное понимание своего дела, смысла, и направленности на работу с объектами труда. Также обращает на себя внимание, что у специалистов со стажем работы недостаточно отмечен первый регулятор труда («Образ объекта»), что интерпретировано нами как недостаточно четкое представление ими процесса самой деятельности. В интервью респонденты показали, что не всегда четко понимают свои задачи, не всегда у них есть в наличии необходимые документы, а в некоторых практических ситуациях они не представляют как надо себя вести (отсутствие алгоритма, повышенное требование к себе), ссылаясь на свой незначительный опыт.

При сравнении результатов тестирования психологов МЧС России с психологами кризисного центра (контрольная группа) мы обнаружили, что последние чувствуют большую значимость своей работы («Какие отличительные черты профессии – психолог МЧС России вы можете назвать?»), но в меньшей степени видят перспективы своей реализации («Что мне даёт эта профессия?»).

Таким образом, в выводе по этой части работы можем заключить, что работающие психологи отличаются от студентов более реалистичными взглядами, но также как студенты они не совсем четко представляют объект труда.

С психологами МЧС России был проведен тренинг целеполагания своей жизни и трудовой деятельности. Тренинг продолжался 72 ч. В задачи тренинга входило: создать работоспособную команду, теоретически и практически показать психологам значимость перспективного построения своей жизни, научить методике выстраивания целеполагания, дать представления о возможностях работы с мотивационным блоком, помочь осознать самооценку. В итоге тренинга мы хотели получить у психологов равномерное проявление психологических признаков и психических

регуляторов труда, что обеспечивало бы гармоничное развитие личности, и как следствие – снижение профессионального выгорания.

В программу тренинга входили занятия по созданию команды, развитию коммуникативных способностей, работа с «Я-образом», целеполаганием на ближайшее время и перспективу. Последняя тема была стержневой, что позволяло, возвращаясь к ней неоднократно, отмечать изменения в плане обогащения осознанностью психологами таких понятий как «Я – в прошлом», «Я – в настоящем», «Я – в будущем», «Я – как представитель профессиональной общности», «Я – как индивидуальность» и т. д.

В конце тренинга мы также провели тестирование психологов МЧС России и контрольной группы психологов кризисного центра (где были проведены десятичасовые лекции на аналогичные тренингу темы и предоставлена литература для самостоятельного изучения, в общей сложности на 72 ч работы).

Результаты повторного опроса контрольной группы психологов кризисных центров существенных различий с результатами первоначального тестирования не выявили. А именно, незначительно увеличились характеристики, относящиеся ко второму и третьему психологическим признакам (сознание обязательности достижения социально фиксированной цели; сознательный выбор, применение, совершенствование или создание орудий, средств деятельности) и уменьшились характеристики, относящиеся к четвертому психологическому признаку (сознание межличностных производственных зависимостей и отношений). Проявившийся факт мы интерпретировали как следствие влияния предложенной современной профессиональной литературы по психологии.

Результаты повторного опроса психологов МЧС России показали, что первый и второй психологические признаки представлены равномерно с третьим и четвертым, что стало следствием включения в работу тренинга обсуждений особенностей профессии с мировоззренческих позиций. Результат проявился в более полных, уточненных характеристиках, высказанных психологами о своей работе и о своём месте как профессионала в общей системе МЧС России. Несколько выровнялось и предьявление о психических регуляторах труда, а именно, первому регулятору труда было отдано предпочтение больше чем в два раза по сравнению с тестированием до тренинга. Что, по нашему мнению, явилось результатом тренинга, во-первых, осознания собственного жизненного и профессионального опыта (репрезентативный конкретный образ), во-вторых, выстраивания системы понятий и алгоритмов действий (репрезентативный абстрактный образ). Этот факт можно трактовать, как повышение осознанности специалистами образа трудовой деятельности. Кроме того, на

основании сопутствующих тестированию интервью мы сделали вывод, что у испытуемых укрепился репрезентативный конкретный образ объекта труда.

Следовательно, мы смогли сделать общий вывод, что на формирование образа профессиональной деятельности можно успешно воздействовать тренинговыми технологиями через применение соответствующих методик. То есть, формирование субъекта профессиональной деятельности в стенах университета пойдет успешнее при психологическом сопровождении в виде тренингов и рабочем контроле сферы целеполагания студентов. Разработанный тренинг, примененный для психологов МЧС России со стажем работы, был апробирован на студентах психологах первого курса университета ГПС МЧС России. Анализ опроса и интервью после тренинга показал, что студенты четче стали представлять себе профессионально требуемые личностные качества и общую значимость профессии «психолог МЧС России».

В результате нашего исследования появились новые вопросы, в том числе, как долго личностью сохраняются полученные в результате тренинга навыки и образы. Знание ответа покажет, как часто необходимо проводить тренинги, какими по длительности они должны быть: дискретными или постоянными, в виде контроля и консультаций. Но то, что психологическое сопровождение должно войти в систему профессионального обучения, – уже не вызывает сомнений.

### *Литература*

1. *Карпов А.В.* О понятии интегральных способностях личности / А.В. Карпов // Психологические основы профессиональной деятельности : хрестоматия / сост. В.А. Бодров. – М. : PerSe, 2007. – С. 296–298.
2. *Климов Е.А.* Введение в психологию труда / Е.А. Климов. – М., Изд-во Моск. ун-та, 1988.
3. *Конопкин О.А.* Психология саморегуляции произвольной активности человека (структурно-функциональный аспект) / О.А. Конопкин // *Вопр. психологии.* – 1995. – № 1. – С. 5–12.
4. *Леонтьев А.Н.* Деятельность и личность. Психология личности / А.Н. Леонтьев. – Самара : Бахрах, 1999. – Т. 2. – С. 167–169.
5. *Маркова А.К.* Психология профессионализма / А.К. Маркова. – М. : РАГС, 1996.
6. *Пряжников Н.С.* Психологический смысл труда / Н.С. Пряжников. – М., 1997.
7. *Толочек В.А.* Современная психология труда : учеб. пособие / В.А. Толочек. – СПб. : Питер, 2006.

8. *Шадриков В.Д.* Общая и прикладная психология : хрестоматия / В.Д. Шадриков ; под ред. А.В. Карпова. – Ярославль : Ярослав. регион. отд-ние РПО, 2001. – С. 73–75; С. 85–87.

УДК 159.9 : 351.745.7

*В.И. Солдатов*

## **КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЕ КАК ФАКТОР ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ УСПЕШНОСТИ ОПЕРАУПОЛНОМОЧЕННЫХ КРИМИНАЛЬНОЙ МИЛИЦИИ**

Санкт-Петербургский университет МВД России

Профессиональная деятельность оперативных уполномоченных криминальной милиции МВД России, обеспечивающих правоохранительные функции государства, протекает в особых условиях и характеризуется воздействием значительного числа стрессорных факторов: резкое изменение текущей ситуации, условия повышенной ответственности за результат своей работы, дефицит времени, трудность решаемых задач, опасностью для жизни, что вызывает состояние повышенного эмоционального напряжения [ 1, 3, 4, 8, 10, 12 ].

Насыщенность оперативно-розыскной работы профессиональными стрессорными факторами позволяет предположить, что эффективность профессиональной деятельности сотрудника МВД России в определенной степени обуславливается сформированностью стресс-преодолевающего поведения.

В настоящее время наиболее распространенной теорией преодоления стресса является когнитивно-феноменологическая теория совладания со стрессом, разработанная R. Lazarus и S. Folkman [ 13, 14 ]. S. Folkman с целью снятия противоречия между физиологической неспецифичностью стресса и психологической избирательностью реагирования личности на стрессорные факторы ввел понятие «копинг», как способность к преодолению стресса [ 15 ]. Р. Лазарус [ 6, 7 ] неоднократно подчеркивал, что способность преодолевать стресс, в большинстве случаев, более важна, чем природа, величина и частота стрессового воздействия. Поведение, направленное на устранение или уменьшение силы воздействия стрессорного фактора на личность стали именовать «копинг-поведением» или совладающим (стресс-преодолевающим) поведением.

С целью уточнения предположения о взаимосвязи профессиональной успешности оперуполномоченных криминальной милиции и уровня развитости их копинг-поведения проанализированы 230 отзывов о профессиональной успешности оперуполномоченных уголовного розыска – выпускников Барнаульского юридического института МВД России 2004 и 2005 годов, отработавших в подразделениях ОВД ГУВД по Алтайскому краю в течение 2 лет.

По оценке их непосредственных руководителей, 16,5 % молодых оперуполномоченных оказались весьма успешны и были отнесены экспертами к категории сотрудников, соответствующих занимаемым должностям и способных выполнять работу с бóльшим объемом (1-я профессиональная группа); 68,7 % были определены как соответствующие должности (2-я группа); 10,0 % – условно соответствовали своей должности (3-я группа); а 4,8 % выпускников не смогли адаптироваться к оперативно-розыскной деятельности, в результате чего были признаны экспертами не соответствующими занимаемой должности (4-я группа) (табл. 1).

*Таблица 1*  
*Профессиональная успешность оперуполномоченных МВД России*

| Проф-группа | Степень соответствия занимаемой должности                                    | Количество человек | %     |
|-------------|--|--------------------|-------|
| 1-я         | Соответствует занимаемой должности, может выполнять работу с бóльшим объемом | 38                 | 16,5  |
| 2-я         | Соответствует занимаемой должности   | 158                | 68,7  |
| 3-я         | Условно соответствует занимаемой должности                                   | 23                 | 10,0  |
| 4-я         | Не соответствует занимаемой должности  | 11                 | 4,8   |
|             | Всего  | 230                | 100,0 |

Анализируемые служебные отзывы содержали экспертную оценку сформированности у оперуполномоченных ряда профессионально важных качеств, в т. ч., ответственности, самостоятельности, деловой надежности, сообразительности, работоспособности, инициативности. Эти качества, на наш взгляд, в определенной степени характеризуют поведение человека в стрессовых ситуациях, которыми наполнена оперативно-розыскная деятельность, и нас интересовало, существует ли, по мнению экспертов, разница в выраженности этих качеств у выпускников, отнесенных к разным группам профессиональной успешности. В табл. 2 представлены результаты оценки экспертами профессионально-значимых качеств (по 5-бальной системе) у оперуполномоченных криминальной милиции с разным уровнем профессиональной успешности.



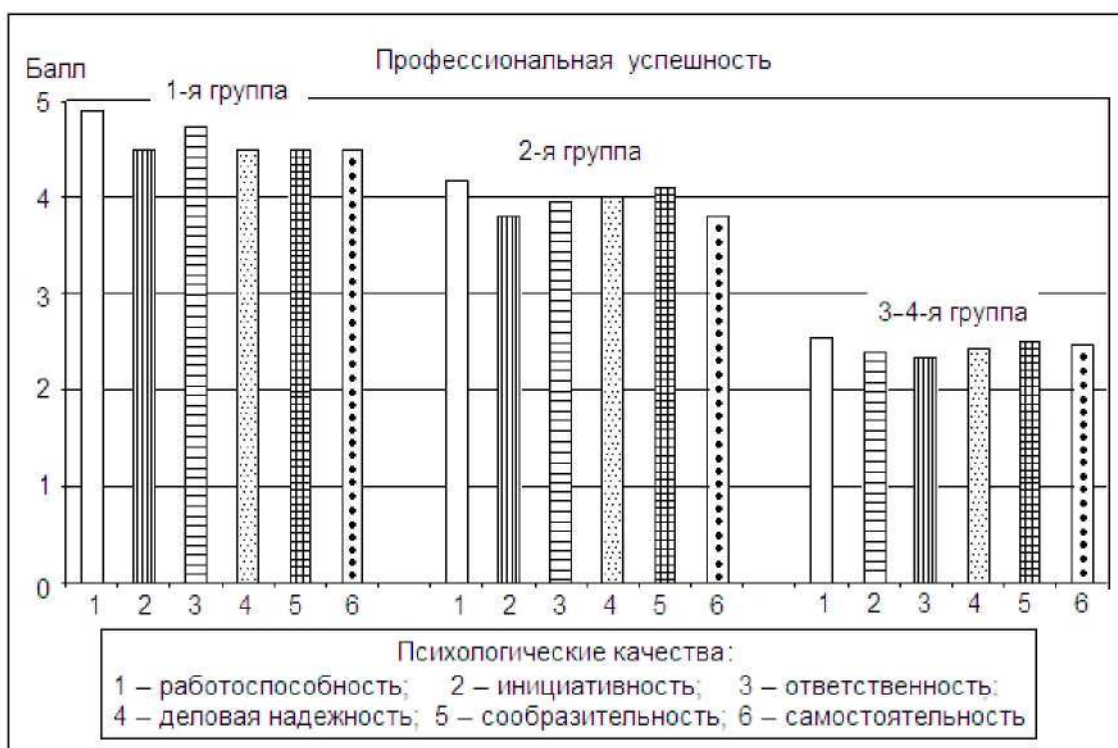
Сравнительный анализ оценок экспертами профессионально-значимых качеств в разных группах профессиональной успешности по t-критерию Стьюдента показал достоверность их различий при  $p < 0,001$  между 1-й и 2-й группами, 1-й и 3-й, 1-й и 4-й, 2-й и 3-й, 2-й и 4-й группами по всем качествам. У сотрудников 3-й группы по сравнению с 4-й группой установлены более выраженные следующие качества: деловая надежность и сообразительность ( $p < 0,001$ ); работоспособность и самостоятельность ( $p < 0,01$ ); инициативность ( $p < 0,05$ ).

*Таблица 2*

*Выраженность профессионально-значимых качеств у оперуполномоченных МВД России с разным уровнем профессиональной успешности*

| Профессионально-значимое качество | Группа профессиональной успешности |               |              |              |
|-----------------------------------|------------------------------------|---------------|--------------|--------------|
|                                   | 1-я (n = 38)                       | 2-я (n = 158) | 3-я (n = 23) | 4-я (n = 11) |
| Работоспособность                 | 4,90 ± 0,31                        | 4,17 ± 0,37   | 2,87 ± 0,34  | 2,21 ± 0,51  |
| Инициативность                    | 4,50 ± 0,51                        | 3,80 ± 0,71   | 2,74 ± 0,69  | 1,99 ± 0,83  |
| Ответственность                   | 4,74 ± 0,45                        | 3,95 ± 0,61   | 2,65 ± 0,71  | 2,01 ± 1,05  |
| Деловая надежность                | 4,50 ± 0,45                        | 4,00 ± 0,65   | 2,83 ± 0,39  | 2,03 ± 0,41  |
| Сообразительность                 | 4,50 ± 0,51                        | 4,10 ± 0,64   | 3,00 ± 0,43  | 2,07 ± 0,87  |
| Самостоятельность                 | 4,50 ± 0,51                        | 3,80 ± 0,5    | 2,96 ± 0,43  | 1,98 ± 0,70  |

На рисунке наглядно представлены результаты оценки экспертами профессионально-значимых качеств (по 5-балльной системе) у оперуполномоченных, имеющих уровень профессиональной успешности выше среднего (1-я группа), средний (2-я группа) и ниже среднего (3-я + 4-я группы).



*Выраженность профессионально значимых качеств.*

Для дальнейшего анализа оценки экспертами профессионально важных качеств были выделены две полярные группы сотрудников: I - оперуполномоченные с профессиональной успешностью выше средней (могут выполнять работу с большим объемом); II - оперуполномоченные с профессиональной успешностью ниже средней (условно соответствуют занимаемой должности и не соответствуют занимаемой должности) (табл. 3).

*Таблица 3*

*Сравнительный анализ выраженности профессионально-значимых качеств и категорий успешности оперуполномоченных МВД России*

| Профессионально-значимое качество | Профессиональная успешность |              | p       |
|-----------------------------------|-----------------------------|--------------|---------|
|                                   | выше средней                | ниже средней |         |
| Работоспособность                 | 4,9 ± 0,31                  | 2,7 ± 0,17   | < 0,001 |
| Инициативность                    | 4,5 ± 0,51                  | 2,4 ± 0,16   | < 0,001 |
| Ответственность                   | 4,7 ± 0,45                  | 2,5 ± 0,17   | < 0,001 |
| Деловая надежность                | 4,5 ± 0,45                  | 2,6 ± 0,26   | < 0,001 |
| Сообразительность                 | 4,5 ± 0,51                  | 2,7 ± 0,17   | < 0,001 |
| Самостоятельность                 | 4,5 ± 0,51                  | 2,7 ± 0,24   | < 0,001 |

Выраженность экспертных оценок работоспособности, инициативности, ответственности, надежности, сообразительности и самостоятельности – то есть, личностных качеств, влияющих на поведение человека, у высокоуспешных оперуполномоченных были статистически выше, чем у неуспешных. Это позволило нам предположить, что такие же различия вероятны и в уровне развития их копинг-поведения.

С целью уточнения этого предположения нами была разработана и направлена по месту службы этих сотрудников экспертная карта определения уровня копинг-поведения. В качестве квалифицированных экспертов выступили их непосредственные руководители. Были получены и проанализированы данные по 217 оперуполномоченным из 230 разосланных анкет (табл. 4).

По мнению экспертов, из 35 высокоуспешных оперуполномоченных 62,8 % имеют высокий уровень сформированности копинг-поведения, а 37,1 % – средний. 8,7 % оперуполномоченных 2-й профессиональной группы имеют высокий уровень копинг-поведения, 90,0 % – средний. Все сотрудники, не соответствующие занимаемой должности, по мнению экспертов, имеют низкий уровень копинга-поведения (см. табл. 4).

*Таблица 4*

*Копинг-поведение и профессиональная успешность  
у оперуполномоченных МВД России*

| Уровень<br>копинг-поведения | Группа профессиональной успешности |       |     |       |     |       |     |       |
|-----------------------------|------------------------------------|-------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|
|                             | 1-я                                |       | 2-я |       | 3-я |       | 4-я |       |
|                             | n                                  | %     | n   | %     | n   | %     | n   | %     |
| Высокий (n = 35)            | 22                                 | 62,8  | 13  | 8,7   | -   |       | -   | -     |
| Средний (n = 150)           | 13                                 | 37,1  | 135 | 90,0  | 2   | 9,5   | -   |       |
| Низкий (n = 32)             | -                                  | -     | 2   | 1,3   | 19  | 90,5  | 11  | 100,0 |
| Всего (n = 217)             | 35                                 | 100,0 | 150 | 100,0 | 21  | 100,0 | 11  | 100,0 |

Таким образом по мнению экспертов, 16,1 % общей выборки (n = 217) оперуполномоченных после 2 лет служебной деятельности имеют высокий уровень копинг-поведения. Они способны успешно решать профессиональные задачи не только в простых, но и в сложных, стрессогенных ситуациях. В сложных, профессиональных стрессовых ситуациях эти оперуполномоченные решают проблемную ситуацию адекватно, используют адаптивные стратегии – «решение проблем», «вступление в социальный контакт» и «поиск социальной поддержки» (у коллег, вышестоящих руководителей). Признаки агрессии, стресса, нервно-психической неустойчивости, «ухода от проблем», как правило, не проявляются.

Большинство оперуполномоченных криминальной милиции (69,1 %) имеют средний уровень копинг-поведения. В обычных профессиональных условиях они достаточно успешны, легко и адекватно справляются со своими задачами, используя адаптивные стратегии копинга-поведения. В сложных, профессиональных ситуациях они в основном используют адаптивные стратегии – «решение проблем» и «поиск социальной поддержки» (у коллег, вышестоящих руководителей). Однако у них иногда отмечаются признаки агрессии, ухода от проблем. В сложных стрессовых ситуациях могут проявлять признаки дезадаптации, растерянности, иногда они нуждаются в помощи и поддержке.

14,7 % оперуполномоченных отнесены экспертами к категории сотрудников с низким уровнем копинг-поведения. Они способны адекватно решать профессиональные задачи в простых, однотипных ситуациях. В сложных, ответственных, нестандартных ситуациях, решаемых самостоятельно, часто оказываются не продуктивными, теряются и нуждаются в помощи. Для них типичны стратегии – «поиск социальной поддержки» (у коллег, вышестоящих руководителей) и «уход от проблем». Часто у них отмечаются признаки агрессии, стресса, напряженности, нервно-психической неустойчивости.

Таким образом, полученные данные позволяют утверждать, что наличие высокого уровня копинг-поведения у оперуполномоченных криминальной милиции, деятельность которых характеризуется большой психологической напряженностью, в значительной мере обуславливает их профессиональную успешность. Сформировав алгоритм прогнозирования копинг-поведения оперуполномоченных криминальной милиции, можно определять вероятность профессиональной успешности сотрудников, предполагаемых к оперативно-розыскной работе в МВД России.

### *Литература*

1. *Васильев В.Л.* Системный профессиографический подход к подбору и расстановке кадров правоохранительных органов / В.Л. Васильев // Использование зарубежного опыта в деятельности органов внутренних дел РФ : материалы межвуз. науч.-практ. конф. / С.-Петербург. юрид. ин-т МВД России. – СПб., 1995. – С. 65–70.

2. *Водопьянова Н.Е.* Стратегии и модели преодолевающего поведения / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова // Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности / под ред. Г.С. Никифорова, М.А. Дмитриевой, В.М. Снеткова. – СПб. : Речь, 2001. – С. 311–322.

3. *Голованов Ю.Н.* Оценка и формирование психологической готовности сотрудников специальных подразделений МВД России к деятельно-

сти в экстремальных ситуациях (на примере ОМОН МВД России) : дис. ... канд. психол. наук / Голованов Ю.Н. ; ВНИИ МВД России. – М., 2001. – 230 с.

4. *Квалификационные* требования к сотрудникам основных служб органов внутренних дел / МЦПО и КНИ при ГУК МВД России. – М., 1997. – 200 с.

5. *Короленко Ц.П.* Психология человека в экстремальных условиях / Ц.П. Короленко. – Л. : Наука, 1978. – 50 с.

6. *Лазарус Р.* Теория стресса и психофизиологические исследования / Р. Лазарус // Эмоциональный стресс / под ред. Л. Леви. – Л. : Медицина, 1970. – С. 178–184.

7. *Лазарус Р.С.* Индивидуальная чувствительность и устойчивость к психологическому стрессу / Р. Лазарус // Психологические факторы на работе и охрана здоровья. – М. : Женева, 1989. – С. 121–126.

8. *Лебедев И.Б.* Психологические механизмы, стратегии и ресурсы стресс преодолевающего поведения (копинг-поведения) специалистов экстремального профиля (на примере сотрудников МВД России) : автореф. дис. ... д-ра психол. наук / Лебедев И.Б. – СПб., 2002. – 31 с.

9. *Организация* психологического обеспечения деятельности органов внутренних дел в экстремальных условиях : метод. пособие / М.И. Марьин [и др.] ; Главное управление кадров МВД России. – М., 2004. – 240 с.

10. *Основные* виды деятельности и психологическая пригодность к службе в системе органов внутренних дел : справ. пособие / под ред. Б.Г. Бовина, Н.И. Мягих, А.Д. Сафронова. – М. : НИЦПМО МВД России, 1997. 344 с.

11. *Профилактика* самоубийств среди сотрудников органов внутренних дел : метод. пособие / Войцех В.Ф. [и др.] ; Главное управление кадров МВД России. – М., 2004. – 180 с.

12. *Рыбников В.Ю.* Психологическое прогнозирование надежности деятельности специалистов экстремального профиля / В.Ю Рыбников ; С.-Петербург. юрид. ун-т МВД России. – СПб., 2000. – 250 с.

13. *Age differences in stress and coping processes* / S. Folkman, R.Lazarus, S. Pimley, J. Novasek // Psychology and Adding. – 1987. – Vol. 2, 116 p.

14. *Folkman S.* Manual for the Ways of Coping Questionnaire / S. Folkman, R. Lazarus. – Palo-Alto, CA, 1988. – 32 p.

15. *Lazarus R.S.* Emotions and adaptation: Conceptual and empirical relations / R.S. Lazarus ; Eds. W.J. Arnold. – N.Y. : Nebraska Press, Lincoln, 1968. – P. 175–266.

## **ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ К ЭКСТРЕМАЛЬНЫМ УСЛОВИЯМ СЛУЖЕБНО-БОЕВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Санкт-Петербургский государственный институт психологии  
и социальной работы;

Управление внутренних дел по Архангельской области;

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

К настоящему времени окончательно сложилось понимание социально-психологической адаптации как многоуровневого и многокомпонентного процесса, сопровождающегося совместным изменением субъекта и адаптогенной ситуации и постепенным накоплением этих изменений в целях достижения оптимального соотношения между ними на всех уровнях регуляции [ 15 ].

Выделяют различные виды адаптации: психофизиологическую [ 4, 11 ], психическую [ 1 ], средовую [2, 6, 13], профессиональную [ 8 ], социальную [ 7 ], поведенческую [ 8 ], социально-психологическую [ 9 ]. Мы рассматриваем перечисленные виды как частные формы социально-психологической адаптации.

Социально-психологическая адаптация к экстремальным условиям профессиональной деятельности рассматривается в контексте стресса и посттравматической стрессовой адаптации. С психологической точки зрения экстремальная ситуация – это ситуация, которая вызывает переживание травматического стресса и сопровождается напряжением в связи с необходимостью преодоления стрессового события. Выделяют следующие стадии стресса как процесса: 1) непосредственная реакция на воздействие (стадия тревоги); 2) максимально эффективная адаптация (стадия резистентности); 3) нарушение адаптационного процесса (стадия истощения) [ 11, 12 ].

Цель адаптации определяется как восстановление в минимальные сроки дострессового состояния и согласование всех элементов социально-психологической системы. В этом случае, неполная или неуспешная адаптация обозначается как дезадаптация [ 6, 15 ].

Специфика служебно-боевых задач, выполняемых сотрудниками органов внутренних дел в Северо-Кавказском регионе, характеризуется

многообразием и сложностью профессиональных задач, интенсивностью и продолжительностью боевых действий, повышенным риском для жизни, жесткими временными ограничениями, высоким уровнем моральной, социальной и профессиональной ответственности, неопределённостью ситуации, ограниченностью в применении средств воздействия на противоборствующую сторону [ 10,13 ]. Перечисленные особенности позволяют отнести ситуацию выполнения служебно-боевых действий в Чеченской республике к экстремальным.

Социально-психологические особенности и адаптационные ресурсы сотрудников включают: психофизиологические характеристики и типологические свойства; адаптационные способности; характерологические особенности; защитные механизмы личности; социально-психологические характеристики; особенности профессиональной мотивации; ценности и личностные смыслы.

Различаются следующие формы социально-психологической адаптации: успешная и неуспешная; полная и неполная. Полная успешная адаптация предполагает интеграцию пережитого в структуру индивидуального опыта и активное использование такого нового знания о себе самом и об окружающем мире [ 6 ].

Участие сотрудников органов внутренних дел (ОВД) в выполнении служебно-боевых задач и в активном противодействии преступному миру делает актуальной проблему медико-психологического обеспечения их действий в экстремальных условиях [ 13 ].

Специфика повседневной службы сотрудников ОВД заключается в необходимости выполнения профессиональных обязанностей в условиях, осложнённых воздействием стрессорных факторов, связанных с обострением криминальной обстановки, локальными боевыми действиями, стихийными бедствиями и катастрофами, а также необходимостью мероприятий по предупреждению и пресечению террористических актов на территории РФ [ 3, 5 ].

Адаптация сотрудников органов внутренних дел (ОВД), прибывших из других регионов РФ на территорию Чеченской Республики, к новым социально-психологическим, климатогеографическим и этническим условиям, с которыми сотрудники сталкиваются при выполнении оперативно-служебных задач, представляет значительные трудности [ 10 ].

Воздействие неблагоприятных факторов боевой обстановки, физического и морально-психологического перенапряжения на сотрудников ОВД может приводить к формированию состояний психической дезадаптации, негативных психологических изменений личности, посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) [ 5, 14 ].

Поддержание оптимального уровня адаптации и социально-психологического статуса сотрудников ОВД, выполняющих оперативно-служебные и служебно-боевые задачи, а также восстановление и повышение их работоспособности в экстремальных условиях, являются ведущими задачами оказания психологической помощи на территории Северо-Кавказского региона [ 10 ].

Однако комплексное изучение особенностей социально-психологической адаптации, диагностики и коррекции негативных последствий воздействия стрессорных факторов непосредственно во время участия сотрудников ОВД в контртеррористической операции на территории Чеченской Республики не проводилось. Это определило цель настоящего исследования – выявить особенности социально-психологической адаптации сотрудников органов внутренних дел к экстремальным условиям служебно-боевой деятельности в Чеченской Республике и обосновать рекомендации по диагностике, коррекции и профилактике негативных последствий стрессогенной ситуации.

### ***Материал и методы исследования***

Исследование проводилось в 2005–2006 гг. в Чеченской Республике. В исследовании были задействованы сотрудники ОВД Чеченской Республики, как прибывшие из других регионов, так и работающие на постоянной основе, выполняющие оперативно-служебные и служебно-боевые задачи. Исследование постоянных сотрудников проводилось параллельно исследованию прибывших сотрудников. Все обследуемые сотрудники ОВД принимали непосредственное участие в контртеррористической операции.

Сотрудники, прибывшие из других регионов (1-я группа), характеризуются следующими особенностями: национальность – русские; средний возраст – 32,6 года; средний стаж работы – 6,8 года; место проживания – Центральный и Южные регионы России (Воронежская, Ярославская области, Ставропольский край); должность – оперуполномоченные следственных отделов.

Сотрудники, работающие на постоянной основе (2-я группа), характеризуются следующими особенностями: чеченская национальность; средний возраст – 30,9 года; средний стаж работы – 3,2 года; место проживания – Чеченская республика; должность – оперуполномоченные следственных отделов.

В табл. 1 приведено описание исследования в соответствии с выделенными этапами психологической адаптации сотрудников ОВД к экстремальным условиям службы.



Таблица 1

## Основные этапы, направления, объем и методики исследования

| Этап исследования   | Направление исследования   | Использованная методика   | Количество лиц   |
|---|--|---|--|
| I (первичной психологической адаптации) в течение 1-го мес. пребывания в командировке       | Изучение различий в особенностях психологической адаптации к экстремальным условиям деятельности сотрудников ОВД, прибывших из других регионов и работающих на постоянной основе | Включенное наблюдение, анкетирование, беседа  | 320 (158 – прибывшие из других регионов, сроком на 1 год и 162 – на постоянной основе) |
|   |  | Цветовой тест Люшера, Таблицы Шульте  | 64 (32 – прибывшие из других регионов и 32 – на постоянной основе)                     |
| II (долговременной психологической адаптации) через 3 мес пребывания в зоне боевых действий | Изучение долговременной психологической адаптации сотрудников ОВД к условиям боевых действий   | Включенное наблюдение, анкетирование, беседа<br>Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность», опросник травматического стресса И.О. Котенева, ИТО, «Мини-мульти», таблицы Шульте, Шкала самооценки, «Прогноз-2», SCL-90, краткий ориентировочный тест, Леонгарда-Шмишека, 16-факторный личностный опросник Р. Кеттелла (16 PF, форма А), клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний, опросник Плутчика-Келлермана-Конте, «Суицидальный риск», многофакторный личностный опросник FPI, опросник PEN, цветовой тест Люшера, опросник терминальных ценностей | 64 (32 – прибывшие из других регионов и 32 – на постоянной основе)                     |
|   |  | Таблицы Шульте, тест «Мини-мульти»  | 70 сотрудников ОВД, которые не были в командировках в Северо-Кавказском регионе        |

| Этап исследования  | Направление исследования   | Использованная методика   | Количество лиц   |
|--|--|---|--|
|  | Выявление этнокультуральных различий   | Социологическая анкета  | 2876 жителей Чеченской республики                                  |
| III (завершающей психологической адаптации) за 2 нед до окончания командировки | Выявление динамики психологической адаптации к экстремальным условиям служебно-боевой деятельности у сотрудников, прибывших из других регионов | Включенное наблюдение, анкетирование, беседа.<br>Цветовой тест Люшера, таблицы Шульте | 64 (32 – прибывшие из других регионов и 32 – на постоянной основе) |

Репрезентативность выборки (64 человека) обоснована с помощью статистической программы Epi Info (2007), использование которой показало правомерность результатов сравнения двух выборок (каждая численностью в 32 человека) при статистической мощности исследования 80 %.

Полученные эмпирические данные подвергались статистической обработке с помощью программы STATISTIKA (версия 6.0): высчитывались первичные статистики, применялся сравнительный анализ значимости различий (с использованием t-критерия Стьюдента), корреляционный, факторный, кластерный и множественный регрессионный анализ.

### ***Результаты и их обсуждение***

В ходе исследования выделены следующие уровни и признаки успешности социально-психологической адаптации:

- 1) профессиональная адаптация – высокий уровень работоспособности, высокая готовность и эффективность в выполнении служебно-боевых задач;
- 2) поведенческая адаптация – адекватность поведения и отсутствие поведенческих отклонений;
- 3) социально-групповая адаптация – коммуникабельность, низкая конфликтность, ориентация на групповые нормы;
- 4) психическая адаптация – хорошее самочувствие, и отсутствие психопатологических признаков и постстрессовых расстройств. Динамическим признаком успешной адаптации является ее прогрессивная положительная динамика

Признаки социально-психологической дезадаптации (неполной или неуспешной адаптации):

1) профессиональная дезадаптация – низкий уровень работоспособности, низкая готовность и неэффективность в выполнении служебно-боевых задач;

2) поведенческая дезадаптация – неадекватность поведения и поведенческие девиации;

3) социально-групповая дезадаптация – языковой барьер, изоляция, конфликтность, игнорирование групповых ценностей и норм;

4) психическая дезадаптация – плохое самочувствие, выраженность психопатологических признаков и постстрессовых расстройств. Динамическим признаком дезадаптации является снижение ее показателей или отсутствие положительной динамики.

Для изучения различий в особенностях социально-психологической адаптации сотрудников ОВД, прибывших из других регионов и работающих на постоянной основе, использовалось включенное наблюдение на всех этапах пребывания сотрудников в зоне боевых действий в Чеченской Республике (табл. 2).

*Таблица 2*

*Результаты включенного наблюдения за сотрудниками ОВД в ходе их пребывания в экстремальных условиях служебно-боевой деятельности в Чеченской Республике (%)*

| Вид адаптации                            | 1-я группа |         |          | 2-я группа |         |          |
|--|------------|---------|----------|------------|---------|----------|
|  | I этап     | II этап | III этап | I этап     | II этап | III этап |
| Профессиональная                         | 43,8       | 53,2    | 31,3     | 50,0       | 53,1    | 46,9     |
| Поведенческая                            | 62,5       | 46,9    | 21,9     | 56,3       | 53,1    | 46,9     |
| Социально-групповая                      | 71,6       | 56,3    | 37,5     | 68,8       | 65,6    | 62,5     |
| Хорошее самочувствие                     | 71,9       | 46,9    | 34,4     | 75,0       | 71,9    | 68,7     |
| Отсутствие патопсихологических симптомов | 78,1       | 68,7    | 59,4     | 93,7       | 91,7    | 84,4     |

На I этапе пребывания в зоне боевых действий у 2/3 сотрудников, прибывших из других регионов, наблюдались удовлетворительная поведенческая и групповая адаптация, субъективно хорошее соматическое состояние и отсутствовали психопатологические проявления. В то же время, успешная профессиональная адаптация выявлена менее, чем у половины респондентов, что связано с затруднениями в адаптации к новым условиям служебно-боевой деятельности. Значимые различия ( $p < 0,01$ ) получены при сравнении частоты патопсихологических симптомов у вновь прибывших сотрудников, и сотрудников, работающих на постоянной основе.

На II этапе число сотрудников с успешной профессиональной адаптацией повысилось в обеих группах, но в то же время снизились все остальные показатели, что может быть вызвано повышением активности механизмов психологической защиты и долговременной адаптации в экстремальных условиях деятельности. При сравнении двух групп выявлено, что адаптация сотрудников ОВД, работающих на постоянной основе протекает успешнее по таким показателям, как поведенческая ( $p < 0,01$ ) и социально-групповая адаптация ( $p < 0,05$ ), самочувствие ( $p < 0,01$ ) и отсутствие психопатологических симптомов ( $p < 0,01$ ). В целом второй этап социально-психологической адаптации протекал более успешно у сотрудников, работающих на постоянной основе.

К III этапу число адаптированных сотрудников уменьшилось по всем показателям в обеих группах из-за снижения адаптивных ресурсов. При этом показатели адаптации сотрудников чеченской национальности достоверно ( $p < 0,01$ ) превысили аналогичные признаки сотрудников, прибывших из различных регионов России.

Более успешное протекание адаптации сотрудников чеченской национальности, работающих на постоянной основе, детерминируется рядом факторов: привычностью социально-психологической среды, сохранением непосредственного контакта с семьей, культуральными нормами и связанными с ними индивидуально-психологическими особенностями.

Для выявления различий в особенностях адаптации сотрудников изучаемых групп, а также для определения личностных ресурсов и нарушений адаптации была разработана и апробирована комплексная методика психодиагностического исследования сотрудников органов внутренних дел, несущих службу в экстремальных условиях служебно-боевой деятельности. В табл. 3 приведены данные о выраженных различиях в индивидуально-психологических особенностях сотрудников, прибывших из других регионов России (1-я группа), и работающих на постоянной основе (2-я группа).

Данные, приведенные в табл. 3, свидетельствуют о более высоком адаптивно-личностном потенциале сотрудников, работающих на постоянной основе, в сравнении с вновь прибывшим контингентом.

Таблица 3

Значимые различия в индивидуально-психологических особенностях сотрудников органов внутренних дел Чеченской Республики

| Методика                                  | Показатель                              | 1-я группа   | 2-я группа   | p            |
|---|---|--------------|--------------|--------------|
| Многоуровневый личностный опросник «Адап- | Поведенческая регуляция                 | 3,28 ± 0,48  | 7,0 ± 0,12   | < 0,001      |
|   | Коммуникативный потенциал               | 5,41 ± 0,34  | 6,51 ± 0,23  | < 0,05       |
|   | Моральная нормативность                 | 4,13 ± 0,41  | 6,54 ± 0,27  | < 0,001      |
|   | Личностный потенциал адаптации          | 4,59 ± 0,50  | 8,52 ± 0,29  | < 0,001      |
| 16-факторный опросник Кет-                | Фактор В                                | 5,78 ± 0,31  | 3,35 ± 0,25  | < 0,001      |
|   | Фактор Е                                | 5,66 ± 0,15  | 4,80 ± 0,24  | < 0,001      |
|   | Фактор G                                | 5,69 ± 0,26  | 6,75 ± 0,36  | < 0,01       |
|   | Фактор Н                                | 7,28 ± 0,25  | 6,45 ± 0,23  | < 0,05       |
|   | Фактор I                                | 4,66 ± 0,22  | 5,25 ± 0,23  | < 0,05       |
|   | Фактор O                                | 2,47 ± 0,21  | 3,40 ± 0,27  | < 0,01       |
|   | Фактор Q1                               | 6,84 ± 0,26  | 4,30 ± 0,58  | < 0,001      |
| Опросник Леонгарда - Шмишека, балл        | Фактор F4                               | 4,84 ± 0,14  | 2,85 ± 0,31  | < 0,001      |
|   | Гипертимный тип                         | 3,0 ± 1,45   | 19,51 ± 0,87 | < 0,001      |
|   | Застревающий тип                        | 8,02 ± 1,26  | 12,03 ± 0,96 | < 0,001      |
|   | Тревожный тип                           | 4,01 ± 1,09  | 1,52 ± 0,87  | < 0,01       |
|   | Демонстративный тип                     | 2,02 ± 1,37  | 15,01 ± 0,58 | < 0,001      |
|   | Экзальтированный тип                    | 4,00 ± 2,53  | 15,04 ± 1,73 | < 0,001      |
|   | Опросник Плутчика - Келлермана, %       | Вытеснение   | 31,25 ± 2,53 | 47,50 ± 4,20 |
| Гиперкомпенсация                          |   | 12,50 ± 1,55 | 35,00 ± 2,24 | < 0,001      |
| Рационализация                            |   | 49,22 ± 3,31 | 59,39 ± 2,51 | < 0,05       |
| Опросник терминальных ценностей, балл     | Собственный престиж                     | 4,97 ± 0,34  | 6,63 ± 0,43  | < 0,01       |
|   | Достижения                              | 6,00 ± 0,44  | 8,13 ± 0,33  | < 0,001      |
|   | Сохранение собственной индивидуальности | 3,94 ± 0,48  | 6,50 ± 0,67  | < 0,001      |
|   | Обучение и образование                  | 4,31 ± 0,44  | 5,88 ± 0,70  | < 0,05       |
|   | Общественная жизнь                      | 6,13 ± 0,36  | 8,00 ± 0,45  | < 0,01       |
| Опросник травматического стресса, Т-балл  | b (диссоциативные симптомы)             | 47,94 ± 1,90 | 55,25 ± 2,06 | < 0,01       |
|   | c (повторное переживание травмы)        | 34,81 ± 1,30 | 40,0 ± 1,45  | < 0,001      |
| Тест «Мини - мульт», Т-балл               | Шкала ипохондрии                        | 52,41 ± 1,04 | 49,03 ± 1,41 | < 0,05       |
|   | Шкала депрессии                         | 33,22 ± 0,99 | 38,01 ± 0,76 | < 0,001      |
|   | Шкала истерии                           | 39,48 ± 1,29 | 33,50 ± 1,70 | < 0,01       |
| Опросник Спилбергера-Ханина, балл         | Личностная тревожность                  | 40,88 ± 1,41 | 36,50 ± 0,69 | < 0,01       |

Опросник адаптивности позволил выявить у сотрудников русской национальности относительно низкую устойчивость регуляции поведения, большую склонность к нервно-психическим срывам, неумение строить отношения с окружающими людьми, несогласие с социальной ролью и поведением, низкий уровень социализации в виду языковых и культурных барьеров. Для респондентов чеченской национальности характерен более высокий уровень нервно-психической устойчивости и поведенческой регуляции, адекватная самооценка, высокий уровень развития коммуникативных навыков, ориентация на соблюдение общепринятых норм поведения. Личностный потенциал адаптации у сотрудников чеченской национальности достоверно выше в сравнении с сотрудниками, прибывшими из других регионов России.

По 16-факторному опроснику Р. Кеттелла обследуемые, прибывшие из других регионов, имели в сравнении с постоянными сотрудниками достоверно более высокие значения по фактору В «интеллект» ( $p < 0,001$ ). У них в большей степени выражены такие индивидуально-типологические особенности как: эмоциональная устойчивость ( $p < 0,05$ ), настойчивость ( $p < 0,001$ ), решительность и гибкость в принятии решений ( $p < 0,001$ ). В то же время сотрудники, работающие на постоянной основе, проявляют большую ответственность, обязательность ( $p < 0,01$ ), зависимость ( $p < 0,05$ ), склонность к чувству вины ( $p < 0,01$ ). Полученные данные объясняются этническими особенностями и выраженными различиями в воспитании в русской и чеченской семьях.

У сотрудников обеих групп в качестве доминирующих механизмов психологической защиты были задействованы: рационализация, проекция и отрицание. Сотрудники, работающие на постоянной основе, имели более выраженную напряженность психологических защит и обладали более выраженными механизмами зрелых защит: гиперкомпенсации, вытеснения и рационализации. Данный результат говорит в пользу меньшей выраженности внутриличностного конфликта и большей интегрированности личности сотрудников чеченской национальности.

По данным опросника терминальных ценностей сотрудники, прибывшие из других регионов, наиболее ценили сохранение собственной индивидуальности и активные социальные контакты, а работающие на постоянной основе — достижения и материальное благополучие. У сотрудников, работающих на постоянной основе также отмечались более высокая значимость семьи, культурных традиций, проблем жизни общества ( $p < 0,01$ ).

Использование опросника травматического стресса показало, что отдельные психологические симптомы постстрессовых нарушений

(ПТСР) наблюдались у 40,6 % сотрудников русской национальности и у 25,0 % – работающих на постоянной основе. Различия значимы ( $p < 0,01$ ). Признаки незначительно выраженных симптомов острых стрессовых расстройств (ОСР) обнаруживали 6,3 % сотрудников русской национальности и 3,1 % – чеченской. Таким образом, более половины сотрудников имеют субъективные проявления постстрессовых нарушений и острых стрессовых расстройств.

Для изучения психопатологических признаков вследствие боевой психической травмы использовался опросник «Мини-мульти». Обследуемые, прибывшие из других регионов, по сравнению с постоянными сотрудниками демонстрировали более высокие показатели по шкалам «ипохондрии» ( $p < 0,05$ ), «истерии» ( $p < 0,001$ ), но более низкие показатели по шкале «депрессии» ( $p < 0,01$ ). Полученные данные говорят о большей фиксации на телесных ощущениях и количестве соматических жалоб у сотрудников, прибывших из других регионов, и более сниженном фоне настроения – у работающих на постоянной основе.

При оценке признаков поведенческой дезадаптации были использованы наблюдение, беседа и анкетирование. Все сотрудники, прибывшие из других регионов, на момент обследования, указывали на употребление алкоголя, тогда как среди сотрудников, работающих на постоянной основе, более 2/3 (75 %) отрицали его приём. По данным корреляционного анализа с алкоголизацией связаны симптомы ПТСР ( $r = 0,58$ ;  $p < 0,01$ ), ОСР ( $r = 0,52$ ;  $p < 0,01$ ), депрессии ( $r = 0,57$ ;  $p < 0,01$ ) и общий показатель травматического стресса ( $r = 0,57$ ;  $p < 0,01$ ), что позволяет сделать вывод об использовании алкоголя в целях снижения проявлений постстрессовых нарушений. У сотрудников как русской, так и чеченской национальности, наблюдалось наличие суицидальных переживаний.

В результате проведенного исследования (в рамках использованных методов) были выделены формы и признаки нарушений психологической адаптации у сотрудников ОВД Чеченской Республики, работающих в экстремальных условиях деятельности как командированных из других регионов, так и работающих на постоянной основе (табл. 4).

Таблица 4

## Формы и признаки нарушений психологической адаптации у сотрудников ОВД

| Признак                           | Форма нарушений               | Признак нарушений  | Частота встречаемости признака   |
|-----------------------------------|-------------------------------|--|--|
| <b>Психическая дезадаптация</b>   |                               |  |  |
| Постстрессовые расстройства       | ПТСР                          | Симптомы гиперактивации, повторного переживания травмы, дистресс и дезадаптация, симптомы избегания              | 1-я группа – 3 %, отдельные признаки у 40,6 %<br>2-я группа – 0 %; отдельные признаки у 25,0 % |
|                                   | ОСР                           | Диссоциативные симптомы, симптомы избегания  | 1-я группа – 3,1 %<br>2-я группа – 6,3 %   |
| Плохое самочувствие               | Соматовегетативные дисфункции | Соматические жалобы (соматоформные нарушения, психосоматические заболевания)                                     | 1-я группа – 53,1 %<br>2-я группа – 28,1 %   |
| Психопатологические признаки      | Личностные нарушения          | Высокая личностная тревожность, ипохондрия, невротическая депрессия, астения, обсессивно-компульсивные нарушения | 1-я группа – 31,3%<br>2-я группа – 8,3%  |
| <b>Поведенческая дезадаптация</b> |                               |  |  |
| Поведенческие девиации            | Аддиктивные отклонения        | Алкоголизация, зависимость от табака   | 1-я группа – 100,0 %<br>2-я группа – 25,0 %  |
|                                   | Суицидальные тенденции        | Социальный пессимизм, демонстративность, непринятие окружающего мира   | 1-я группа – 12,5 %<br>2-я группа – 9,4 %  |

Из табл. 4 следует, что по всем изучаемым показателям (за исключением диссоциации) получены достоверные различия ( $p < 0,01$ ) в пользу более выраженных нарушений социально-психологической адаптации у сотрудников ОВД, вновь прибывших для прохождения службы в Чеченской республике в сравнении с постоянным составом.

На II этапе исследования проводилось сравнение особенностей социально-психологической адаптации сотрудников ОВД Чеченской Республики с сотрудниками ОВД, которые не переживали боевого стресса. Несмотря на наличие у сотрудников ОВД Чеченской Республики явлений психологической дезадаптации и, прежде всего, у сотрудников, прибывших из других регионов, все механизмы психологической адаптации работали на более высоком уровне функционирования в сравнении с сотрудниками, не переживающими боевой стресс. В результате чего сотрудники в целом сохраняли хорошую работоспособность и боеспособность.

В процессе пребывания в зоне боевых действий у сотрудников, прибывших из других регионов, наблюдалась следующая динамика пси-



психологической адаптации. На I этапе показатели адаптации были снижены, вероятно, за счет напряжения механизмов адаптации, связанных с пребыванием в новых условиях, климате, социуме. Ко II этапу показатели психологической адаптации улучшались, что свидетельствовало о более высоком уровне психического функционирования в связи с необходимостью работы в экстремальных условиях. К III этапу показатели снизились, что связано с окончанием сроков командировки и ожиданием перехода к мирной жизни. У сотрудников чеченской национальности, с течением времени отмечалось некоторое ухудшение показателей адаптации, тем не менее, они сохраняли высокую работоспособность на протяжении всего периода исследования. Более высокий уровень социально-психологической адаптации сотрудников чеченской национальности интерпретирован с точки зрения культуральных особенностей и социальных установок.

По результатам анкетирования местного населения основным источником формирования мнения о политической обстановке в республике, восприятии социально-политической системы оставалось мнение родных и близких в соответствии с особенностями тайповой идеологии. Так, 50,9 % (1464) респондентов при составлении ответов опирались, прежде всего, на информацию, которую получили от знакомых или родственников. Первое место в рейтинге доверия населения среди структур современной социально-политической системы отдавалось религии (41,7 %), далее следовали органы внутренних дел (36,3 %), суды (33,4 %), прокуратура (29,4 %), республиканские (28,2 %) и местные органы власти (25,5 %). Из этого можно заключить, что религия и культурные нормы оказывают существенное влияние на личностно-ценностную сферу жителей Чеченской Республики.

В результате проведенного исследования сделан вывод о том, что особенности адаптации сотрудников органов внутренних дел Чеченской Республики, прибывших из других регионов России, детерминируются преимущественно их индивидуально-личностными характеристиками. Адаптация постоянных сотрудников ОВД Чеченской Республики в большей степени связана с этнопсихологическими характеристиками, а именно: высокой значимостью религии, высокой ответственностью за благополучие семьи и ее материальное положение; привычностью войны и военных действий; высоким уровнем нервно-психической устойчивости и поведенческой регуляции; адекватной самооценкой; низкой тревожностью; культурным запретом на употребление алкоголя; реалистичным взглядом на мир; доминирующей ориентацией на общественное мнение.

По результатам проведенного исследования разработан алгоритм прогнозирования успешности адаптации сотрудников ОВД к условиям

служебно-боевой деятельности в Чеченской Республике. Для оценки показателя успешности адаптации сотрудников ОВД к служебно-боевой деятельности в Чеченской Республике, использовались данные наблюдения за поведением в служебной деятельности, экспертного опроса, анкетирования, тестирования.

К основным этапам сопровождения сотрудников ОВД во время командировки в Чеченской Республике относятся: начальный, основной и заключительный. В соответствии с выделенными этапами разработана программа психологического сопровождения сотрудников в условиях боевых действий (табл. 5).

На основе полученных данных сформулированы рекомендации по профилактике профессиональной дезадаптации и психологическому сопровождению сотрудников ОВД, проходящих службу в экстремальных условиях служебно-боевой деятельности.

*Таблица 5*

*Основные этапы сопровождения сотрудников ОВД, прибывших из других регионов в Чеченскую Республику*

| Этап  | Основная задача  | Мероприятия   |
|---|--|---|
| Начальный<br>(первые недели после прибытия)       | Подготовка к выполнению служебных обязанностей в экстремальных условиях  | Огневая, тактическая, психологическая, медицинская подготовки   |
| Основной<br>(в течение командировки)              | Профилактика дезадаптивных состояний (ПТСР, ОСР, личностных нарушений, соматовегетативных дисфункций, аддиктивных нарушений, суицидальных тенденций) | Мониторинг психологического состояния, обучение приемам психологической самопомощи, психологическое консультирование, коррекция дезадаптивных состояний |
| Заключительный<br>(последние недели командировки) | Подготовка сотрудников к возвращению к мирным условиям жизни   | Психологическое консультирование  |

### ***Выводы***

1. Социально-психологическая адаптация к экстремальным условиям представляет собой многоуровневый и многокомпонентный процесс, нацеленный на восстановление в минимальные сроки дострессового состояния и согласование всех элементов социально-психологической системы. Социально-психологическая адаптация сотрудников ОВД к экстремальным условиям служебно-боевой деятельности детерминируется комплексом факторов на трех уровнях: 1) специфика служебно-боевых задач и профессиональных требований; 2) стрессогенный характер экстремальной ситуации; 3) социально-психологические особенности и адаптацион-

ные ресурсы сотрудников. Социально-психологические особенности и адаптационные ресурсы сотрудников включают: психофизиологические характеристики и типологические свойства; адаптационные способности; характерологические особенности; защитные механизмы личности; социально-психологические характеристики; особенности профессиональной мотивации; ценности и личностные смыслы.

2. Выделены направления и признаки успешной психологической адаптации сотрудников ОВД к экстремальным условиям служебно-боевой деятельности: 1) профессиональная адаптация – высокий уровень работоспособности, высокая готовность и эффективность в выполнении служебно-боевых задач; 2) поведенческая адаптация – адекватность поведения и отсутствие поведенческих девиаций; 3) социально-групповая адаптация – коммуникабельность, гибкость в разрешении конфликтов, ориентация на групповые нормы; 4) психическая адаптация – хорошее самочувствие, и отсутствие психопатологических признаков и постстрессовых расстройств. Динамическим признаком успешной адаптации является ее прогрессивная положительная динамика.

3. Социально-психологическая адаптация сотрудников ОВД, участвующих в боевых действиях, имеет следующие этапы: 1) начальной адаптации (первые 3 мес), 2) долговременной адаптации (после 3 мес), 3) заключительной адаптации (за 2 нед до окончания командировки).

4. Проведенная работа показала, что признаки дезадаптации (неполной или неуспешной адаптации) отмечаются у 2/3 сотрудников, прибывших из других регионов России, и у 1/2 сотрудников, работающих на постоянной основе. Нарушения психологической адаптации у сотрудников ОВД Чеченской Республики проявляются в следующих основных формах: психологические проявления посттравматического стрессового расстройства и острого стрессового расстройства, соматовегетативные дисфункции и плохое физическое самочувствие, личностные нарушения, суицидальные тенденции, аддиктивное поведение.

5. В результате корреляционного анализа были выявлены личностные ресурсы сотрудников ОВД, положительно связанные с адаптивным потенциалом и успешной адаптацией: коммуникабельность, гибкость, интроверсия, ответственность, высокий уровень нервно-психической устойчивости и поведенческой регуляции; адекватная самооценка, реалистичность, ориентация на групповые цели и доминирование групповых ценностей.

6. В ходе исследования подтвердилась гипотеза о различиях в особенностях социально-психологической адаптации к экстремальным условиям служебно-боевой деятельности сотрудников ОВД, временно прибывших из других регионов России и работающих на постоянной основе.

Социально-психологическая адаптация сотрудников, прибывших из других регионов России, имеет более выраженные нарушения и детерминруется индивидуально-личностными характеристиками, в то время как адаптация постоянных сотрудников ОВД Чеченской Республики в большей степени определяется их этнопсихологическими характеристиками, что необходимо учитывать при разработке и проведении психопрофилактической и коррекционной работы.

7. Разработанный в ходе исследования алгоритм комплексной диагностики социально-психологической адаптации позволяет дифференцировать сотрудников ОВД по адаптационному потенциалу и уровню успешности адаптации к условиям служебно-боевой деятельности в Чеченской Республике.

8. Предварительная диагностика индивидуально-психологических особенностей сотрудников ОВД позволяет осуществлять их дифференцированный отбор и профилактическую работу. Диагностика особенностей социально-психологической адаптации сотрудников к условиям служебно-боевой деятельности дает возможность выявления лиц с низким уровнем адаптации. Наличие у сотрудников ОВД Чеченской Республики явлений дезадаптации вызывает необходимость профилактической работы и психологического сопровождения в период выполнения служебных обязанностей.

### *Литература*

1. *Березин Ф.Б.* Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф.Б. Березин. – Л. : Наука, 1988. – 295 с.

2. *Дикая Л.Г.* Адаптация: методологические проблемы и основные направления исследований / Л.Г. Дикая // Психология адаптации и социальная среда: современные подходы, проблемы, перспективы / отв. ред. Л.Г. Дикая, А.Л. Журавлев. – М. : Изд-во Ин-та психологии РАН, 2007. – С. 17–41.

3. *Колос И.В.* Организация медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел / И.В. Колос. – М. : ЦИ и НМОКП МВД России, 1999. – 153 с.

4. *Короленко Ц.П.* Психофизиология человека в экстремальных условиях / Ц.П. Короленко. – М. : Медицина, 1978. – 272 с.

5. *Котенёв И.О.* Психологические реакции работников милиции в чрезвычайных обстоятельствах и постстрессовые состояния: предупреждение и психологическая коррекция / И.О. Котенёв // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 1996. – №1(3). – С. 76–84.

6. *Лазебная О.Е.* Преодоление психологических последствий воз-

действия экстремального (травматического) стресса: посттравматическая стрессовая адаптация / О.Е. Лазебная // Психология адаптации и социальная среда: современные подходы, проблемы, перспективы / отв. ред. Л.Г. Дикая, А.Л. Журавлев. – М. : Изд-во Ин-та психологии РАН, 2007. – С. 561–575.

7. *Маркова А.К.* Психология профессионализма / А.К. Маркова – М., 1996. – 310 с.

8. *Медведев В.И.* Устойчивость физиологических и психологических функций человека при действии экстремальных факторов среды. / В.И. Медведев. – Л. : Наука, 1982. – 104 с.

9. *Налчаджян А.А.* Социально-психологическая адаптация личности (формы, механизмы и стратегии). / А.А. Налчаджян. – Ереван, 1988. – 263 с.

10. *Организация психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел : метод. пособие / под ред. М.И. Марьина.* – М. : ГУК МВД России, 2002. – 270 с.

11. *Платонов К.К.* Структура и развитие личности / К.К. Платонов. – М. : Наука, 1986. – 256 с.

12. *Селье Г.* Стресс без дистресса / Г. Селье. – М., 1979. – 124 с.

13. *Столяренко А.М.* Прикладная юридическая психология / А.М. Столяренко. – М. : Юнити, 2001. – 639 с.

14. *Тарабрина Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. – СПб. : Питер, 2001. – 239 с.

15. *Шапкин А.С.* Деятельность в особых условиях: компонентный анализ структуры и стратегии адаптации / А.С. Шапкин, Л.Д. Дикая // Психол. журн. – 1996. – Т. 17, № 1. – С. 19–34.

## **ИНФОРМАЦИОННО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО НА ТЕРРИТОРИЯХ С ЯДЕРНЫМИ ОБЪЕКТАМИ НАУЧНОГО НАЗНАЧЕНИЯ**

Обнинский государственный технический университет атомной энергетики;  
Администрация г. Дубна Московской области

### ***Введение***

Крупномасштабная радиационная авария на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС) выдвинула проблему психологического изучения ее последствий и определила высокую актуальность разработки проблемы информационно-психологической защиты населения [ 1, 3, 7, 8 ] Большинство исследователей, признавая патогенное влияние радиационных воздействий, указывает на существенную роль стрессорных (информационных, психологических) факторов, порожденных катастрофой и ее последствиями [ 2, 6, 10 ].

По данным исследователей [ 4, 6, 8 ] одно из лидирующих мест в структуре стресс-факторов радиационной аварии занимает психологический фактор, связанный с неадекватной информацией и возникновением радиотревожности. Его воздействие детерминирует высокие уровни психосоматических нарушений, снижение качества жизни и состояния здоровья, возникновение паники и слухов у населения [ 7 ].

Крайне важно это и для населения, проживающего на потенциально радиационно опасных территориях, в местах строительства и эксплуатации АЭС, ядерных реакторов и т. п. Правомерность такой позиции вряд ли может оспариваться, однако в контексте психологического подхода, ориентированного, прежде всего, на разработку эффективных методов психологической защиты населения от неадекватной психотравмирующей информации, на первый план выступает необходимость проведения сравнительного анализа социально-психологических проблем и уровня стресса жизни у населения радиоактивно загрязненных, «чистых» территорий и территорий с ядерными объектами.

Значительный научный и, особенно, практический интерес представляют данные по обоснованию теоретических основ и рекомендаций по информационно-психологической защите населения от неадекватной психотравмирующей информации, связанной с возможным воздействием радиационного фактора.

Проблема информационно-психологической безопасности населения от неадекватной психотравмирующей информации тесно связана с проблемами социальной защиты, что требует обоснования и детальной проработки ее механизма на федеральном и региональном уровнях. Информационно-психологическая безопасность рассматривается учеными как состояние защищенности индивидуальной, групповой и общественной психологии от воздействия информационных факторов, вызывающих дисфункциональные социальные процессы и нарушения жизнедеятельности личности [ 8 ]. Эта новая научная категория имеет прямое отношение к проблеме психологии восприятия радиационного риска и информационно-психологической безопасности личности от возможного воздействия радиационного фактора. Недооценка мер информационно-психологической безопасности населения, проживающего на потенциально радиационно опасных территориях, часто приводит к ошибкам в выборе тактики и форм работы социальной работы, возникновению недоверия в органам власти.

К числу потенциально радиационно опасных территорий относятся и наукограды (например, г. Дубна), где в научных целях эксплуатируются ядерные реакторы. Это определяет высокую актуальность проведения сравнительного исследования социально-психологических особенностей и проблем населения этих территорий в сравнении с радиационно загрязненными (например, вследствие крупномасштабной радиационной аварии на ЧАЭС) и так называемыми «чистыми» территориями.

В связи с этим актуальной задачей является проведение сравнительного анализа социально-психологических проблем и качества жизни населения и обоснование рекомендаций по его информационно-психологической защите от неадекватной психотравмирующей информации, связанной с возможным воздействием радиационного фактора.

### ***Материал и методы***

Решение поставленных задач осуществлялось путем проведения комплексного исследования, включавшего теоретический анализ данных литературы по проблемам психологии радиационной безопасности, восприятия информации и информационно-психологической защиты населения от неадекватной психотравмирующей информации, связанной с возможным радиационным воздействием; проведение анкетирования, психологического обследования и сравнительного анализа социально-психологических проблем и стресса жизни населения радиоактивно загрязненных, «чистых» территорий и территорий, где эксплуатируются ядерные объекты научного назначения; обоснование рекомендаций по совершенствованию

нию деятельности учреждений системы социального обслуживания населения от неадекватной психотравмирующей информации.

Основными методами сбора данных являлись анкетирование, формализованное интервью по методике исследования социально-психологических проблем населения радиоактивно загрязненных территорий (Method research of socially and psychological problems population – MRSPP), которая была разработана специалистами ОНИЦ «Прогноз» [ 5 ].

Обследование населения загрязненных территорий (Орловская, Тульская и Калужская области), «чистых» (Московская область) и территорий с объектами ядерной энергии (научоград «Дубна») проводилось в 2004–2006гг. Всего было опрошено 801 человек. Из них 620 респондентов, проживало на радиационно-загрязненных территориях, 192 человека, – на «чистых» территориях и 203 человека – на территории с ядерным источником научного назначения (г. Дубна Московской обл.). Это позволило в последующем провести анализ ведущих факторов социально-психологической напряженности и социальной дезадаптации у обследованных групп населения.

### ***Результаты и их обсуждение***

Анализ ведущих факторов социально-психологической напряженности и социальной дезадаптации населения, проживающего на радиоактивно загрязненных, чистых территориях и территориях с ядерными объектами научного назначения показал, что социально-психологические проблемы качества жизни населения радиационно загрязненных, чистых территорий и территорий с ядерными объектами научного назначения имеют достоверные различия в структуре и уровнях выраженности проблем, связанных со здоровьем, психологическими проблемами, отношениями с другими и социальными факторами (табл. 1).

*Таблица 1*

*Основные стресс-факторы для населения загрязненных, «чистых» территорий и территорий с объектами ядерной энергии (%)*

| Основные группы стрессорных факторов | население загрязненных территорий | население «чистых» территорий | Территории с объектами ядерной энергии |
|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|--|
| Здоровье                             | 53,0 ± 1,67                       | 17,6 ± 1,53                   | 22,4 ± 1,45                            |
| Психологические проблемы             | 49,9 ± 1,35                       | 25,7 ± 1,80                   | 30,2 ± 1,64                            |
| Отношения с людьми                   | 38,0 ± 1,54                       | 21,2 ± 1,62                   | 27,5 ± 1,85                            |
| Социальные проблемы                  | 29,4 ± 1,43                       | 18,2 ± 1,54                   | 9,4 ± 1,40                             |



Так, у населения, проживающего на радиационно загрязненных территориях, в отдаленном периоде после крупномасштабной аварии на Чернобыльской АЭС доминируют проблемы «здоровье» ( $53,0 \pm 1,67$ ;  $R_m = 1$ ) и «психологические проблемы» ( $49,5 \pm 1,35$ ), в структуре которых преобладают «астения, слабость» (75 %), «психосоматические нарушения» (70 %), «эмоциональная неуравновешенность» (67 %), «болевыe синдромы» (62 %), «страхи, связанные с радиацией» (61 %).

У населения, проживающего на чистых территориях, среди социально-психологических проблем преобладают «психологические проблемы» ( $25,1 \pm 1,80$ ;  $R_m = 1$ ) и проблемы «взаимоотношения с другими людьми» ( $21,2 \pm 1,62$ ;  $R_m = 2$ ), в структуре которых преобладают «астения, слабость» (75 %), «психосоматические нарушения» (70 %), «эмоциональная неуравновешенность» (67 %), «болевыe синдромы» (62 %), «страхи, связанные с радиацией» (61 %).

У населения территорий с ядерными объектами научного назначения (на примере, наукограда; у населения, не работающего на этих объектах) среди социально-психологических проблем, доминируют «психологические проблемы» ( $30,2 \pm 1,64$ ;  $R_m = 1$ ) и проблемы «взаимоотношения с другими людьми» ( $27,5 \pm 1,85$ ;  $R_m = 2$ ), среди которых «эмоциональная неустойчивость» (49 %), «внутренние конфликты» (45 %), «страхи, связанные с радиацией» (42 %), «астения, слабость» (31 %), «неврозы радиационной фобии» (31 %).

При этом отмечено, что уровень выраженности социальных проблем (трудоустройство, обеспеченность жильем, доступность медицинской помощи, правовая защищенность, возможность самореализации, получения образования, отдыха; финансовые проблемы, обеспечение льгот) достоверно ниже у населения территорий с ядерными объектами научного назначения в сравнении с населением, проживающим на чистых и радиационно загрязненных территориях.

Установлено, что многие из выявленных проблем у опрошенного населения связаны именно с недостатком или отсутствием информации по интересующим их вопросам.

С помощью теста «Стресс жизни» были выявлены достоверные различия в сравниваемых показателях шкал теста, которые показали высокий уровень стресса жизни у населения загрязненных территорий, снижение удовлетворенности жизнью, работой, взаимоотношениями в семье, уверенности в себе, высокой значимостью информационного фактора в развитии стресса жизни. Так, среди населения загрязненных территорий группа лиц с низкой интенсивностью стресса составила 7,4 %, со средней – 45,5 % и высокой – 47,1 %. Население территорий с объектами ядерной

энергии в основном имели средний (61,9 %) и высокий (20,1 %) уровень интенсивности стресса. Лиц с низким уровнем стресса жизни было 18,1 % (табл. 2).

Население чистых территорий разделилось на группы с низкой (16,2 %), средней (62,6 %) и высокой (21,2 %) интенсивностью стресса и по этому показателю не отличалось от населения территорий с ядерными объектами научного назначения. Следовательно, результаты исследования стресса жизни населения загрязненных, чистых территорий и территорий с объектами ядерной энергии научного назначения позволили выявить достоверные различия в сравниваемых показателях шкал теста, которые показывают высокий уровень стресса жизни у населения загрязненных территорий, снижением их удовлетворенности жизнью, работой, взаимоотношениями в семье, уверенности в себе, высокой значимостью информационного фактора в развитии стресса жизни.

*Таблица 2*

*Распределение населения различных территорий по уровням стресса жизни (%)*

| Уровень выраженности стресса жизни | Радиационно загрязненные территории | Чистые территории | Территории с ядерными объектами |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|---------------------------------|
| Высокий                            | 47,1                                | 21,2              | 19,1                            |
| Средний                            | 45,5                                | 62,6              | 62,9                            |
| Низкий                             | 7,4                                 | 16,2              | 18,0                            |
| Итого                              | 100,0                               | 100,0             | 100,0                           |

Однако часть населения чистых территорий и территорий с ядерными объектами испытывает стресс жизни, в том числе связанный с радиационным риском. Это определяет необходимость организации постоянного мониторинга показателей стресса жизни и создания системы информационно-психологической защиты населения от психотравмирующей информации, связанной с радиационным риском.

Информационное обеспечение работы с населением должно включать в себя разработку, издание и распространение доступных и для неспециалистов информационных материалов в средствах массовой информации, на радио и телевидении, а также в живом общении представителей всех слоев населения со специалистами в вопросах, отражающих зоны риска проживания. Эти материалы должны включать информацию об особенностях, правилах, опасностях и льготах проживания в зонах, затронутых радиационным загрязнением. Они должны готовиться с учетом

психологических и социально-демографических характеристик населения (возраст, пол, социальное положение, профессия, образование, жизненный уровень), ожиданий и психологических установок людей.

Для улучшения социально-психологической обстановки информирование населения по вопросам радиационного риска и принимаемым мерам защиты необходимо проводить с учетом особенностей психологии восприятия информации, то есть, информация для населения должна:

- быть доходчивой (излагаемой простым и ясным языком);
- нести новую дополнительную информацию к имеющейся старой информации, дополняющей до целого представления о стрессорном источнике (в противном случае человек сам «достраивает» до целого образа, имея в виду не всегда адекватный смысл информации);
- включать в контекст нового блока информации уже имеющуюся у населения информацию так, чтобы новое было понятнее и проще («простое» поглощает «сложное»);
- соотносится с ожиданиями населения;
- представляться в течение времени, не превышающего порога угасания интереса и тем более не превышающего порога, за которым психоэмоциональное напряжение может лавинообразно вырасти после появления запоздалой информации.

Результаты исследования позволили сделать вывод о том, что информационная стратегия социально-психологической работы с населением в связи с радиационным риском должна:

- ориентироваться на актуальные потребности населения;
- опираться на своевременную и достоверную информацию о готовности населения к восприятию социальных решений;
- привлекать широкие слои населения к обсуждению и решению их социальных проблем на региональном уровне, с помощью СМИ, через организацию обратной связи «население – региональные органы управления»; учитывать социальные особенности и психологию восприятия информации людьми;
- иметь возможности улучшения диалога органов власти с населением;
- опираться на психологическую экспертизу административных решений на предмет влияния этих решений на психологический климат населения;
- учитывать социально-психологическую адаптацию населения к проживанию в условиях повышенного риска, в меняющихся социальных условиях.

Далее был проведен анализ задач и функций системы социального обслуживания населения (на примере наукограда г. Дубна). Отмечено, что существующая система социального обслуживания муниципального образования г. Дубна имеет достаточно развитую сеть учреждений, в которых работают психологи, медицинские и социальные работники. Однако эта система слабо ориентирована на решение задач обеспечения информационно-психологической безопасности населения от неадекватной психотравмирующей информации, связанной с возможным воздействием радиационного фактора.

Развитию нормативной правовой основы обеспечения уделяется достаточно большое внимание. Например, подготовлены и активно обсуждаются в комитетах Государственной Думы Российской Федерации, проекты федеральных законов «Об информационно-психологической безопасности» и «Безопасности психосферы», направленные на формирование правовой основы обеспечения безопасности психики человека, духовной жизни общества и интересов государства.

В муниципальном образовании г. Дубна Московской обл. в этом плане с нашим непосредственным участием разработаны и реализуются региональная программа «Система экологической безопасности г. Дубна», включающая «Экологическую доктрину города» и примерный перечень работ, необходимых для достижения означенной цели. В г. Дубна создана система комплексного экологического мониторинга. Ежеквартальные отчеты о состоянии городской среды направляются в администрацию города, правительство Московской области, в местные средства массовой информации, рассылаются предприятиям и организациям Дубны. Динамика основных показателей обсуждается на городском научно-экологическом совете и отражается на странице в Интернете (<http://www.ecosenter.dubna.ru>).

Организационная составляющая системы обеспечения устанавливает функциональную структуру общественных организаций и государственных органов, занимающихся реализацией правовых норм в данной области, и отношения между ними, а также между этими организациями и органами, с одной стороны, и гражданином — с другой. Представляется, что важнейшей частью организационной составляющей системы должны быть соответствующие структуры гражданского общества.

Технологическая составляющая рассматриваемой системы обеспечивает возможность свободного и безопасного информационного обмена между гражданами, членами групп и групповых ассоциаций и предотвращения противоправного информационного воздействия на них. Она должна обеспечить возможность своевременного выявления возникаю-

щих угроз личности, общества и государства, оценку возможного и нанесенного ущерба этой безопасности и организации эффективного противодействия данным угрозам.

Отмечено, что в решении экологических проблем, обеспечения информационно-психологической защиты населения привносит Международный университет природы, общества и человека «Дубна». Являясь штаб-квартирой ЮНЕП (департамент ООН) Университет стал центром международного молодежного экологического движения. Преподаватели кафедр, студенты и выпускники Университета, прежде всего, кафедр экологии и социальной работы, ведут большую научно-исследовательскую и методическую работу в рамках ряда целевых программ («Экология Подмосковья» и др.).

Однако для реализации задач информационно-психологической защиты и помощи населению, мониторинга социально-психологических проблем и показателей стресса жизни населения, проживающего на территориях с ядерными объектами, требуется создание на базе гуманитарных кафедр (социальной работы, экологии, психологии, гуманитарных дисциплин и др.) Университета регионального организационно-методического центра информационно-психологической защиты населения от неадекватной информации, связанной с радиационным риском. На примере наукограда «Дубна», была обоснована структурно-функциональная модель регионального организационно-методического центра информационно-психологической защиты населения от неадекватной информации, связанной с радиационным риском (рисунок).

Отмечена необходимость пересмотра программ дошкольного, среднего и высшего образования, профессиональной переподготовки и повышения квалификации специалистов (прежде всего, управленческого персонала, психологов, медицинских и социальных работников), в которые рекомендовано включить занятия по ознакомлению с концептуальными основами информационно-психологической безопасности и защиты населения от неадекватной информации, связанной с радиационным риском.



*Структурно-функциональная модель регионального организационно-методического центра информационно-психологической защиты населения.*

### **Выводы**

По результатам настоящего исследования можно сделать следующие выводы и практические рекомендации.

1. Социально-психологические проблемы жизни населения радиационно загрязненных, чистых территорий и территорий с ядерными объектами научного назначения имеют достоверные различия в структуре и уровнях выраженности проблем, связанных со здоровьем, психологическими проблемами, отношениями с другими и социальными факторами.

2. У населения радиационно загрязненных территорий в отдаленном периоде (20 лет) доминируют проблемы «здоровье» и «психологические проблемы» в структуре которых преобладают «астения, слабость», «психосоматические нарушения», «эмоциональная неуравновешенность», «болевы синдромы», «страхи, связанные с радиацией».

3. У населения чистых территорий среди социально-психологических проблем преобладают «психологические проблемы» и проблемы «взаимоотношения с другими людьми, в структуре которых доминируют «астения, слабость», «психосоматические нарушения», «эмоциональная

неуравновешенность», «болевые синдромы», «страхи, связанные с радиацией».

4. У населения территорий с ядерными объектами научного назначения (на примере, наукограда; не работающего на этих объектах) среди социально-психологических проблем доминируют «психологические проблемы» и проблема «взаимоотношения с другими людьми», среди которых превалирует «эмоциональная неустойчивость», «внутренние конфликты», «страхи, связанные с радиацией», «астения, слабость», «неврозы радиационной фобии».

5. Уровень выраженности социальных проблем (трудоустройство, обеспеченность жильем, доступность медицинской помощи, правовая защищенность, возможность самореализации, получения образования, отдыха; финансовые проблемы, обеспечение льгот) достоверно ниже у населения территорий с ядерными объектами научного назначения в сравнении с населением чистых и радиационно загрязненных территорий.

6. Результаты изучения стресса жизни (по данным теста «Стресс жизни») населения загрязненных и территорий с объектами ядерной энергии позволили выявить достоверные различия в сравниваемых показателях шкал теста, которые показывают высокий уровень стресса жизни у населения загрязненных территорий, снижение удовлетворенности жизнью, работой, взаимоотношениями в семье, уверенности в себе, высокой значимостью информационного фактора в развитии стресса жизни. Это указывает на необходимость мониторинга показателей стресса жизни и создания системы информационно-психологической защиты населения от психотравмирующей информации, связанной с радиационным риском.

7. Система социального обслуживания различных категорий населения, проживающего на территориях с ядерными объектами научного назначения, ее государственные и общественные организации, отдельные специалисты, должны быть ориентированы на решение задач социально-психологической защиты граждан от неадекватной информации, связанной с радиационным риском.

8. Организационно-методическими центрами, обеспечивающими реализацию задач информационно-психологической защиты и помощи населению, мониторинга социально-психологических проблем, показателей стресса жизни должны стать образовательные учреждения, прежде всего, кафедры социальной работы (психологии, гуманитарных дисциплин и др.) высшего профессионального образования. Их деятельность должна быть тесно интегрирована с государственными и общественными организациями.

### *Литература*

1. *Абрамова В.Н.* Взгляд психолога на Чернобыльскую аварию / В.Н. Абрамова // Наука и жизнь. – 1988. – № 11. – С. 78–81.
2. *Вишневская В.П.* Психология образа болезни у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС с психосоматической патологией : концепция, феноменология, особенности формирования и коррекции : автореф. дис. ... д-ра психол. наук / Вишневская В.П. ; [НИИ радиац. медицины Респ. Беларусь, Ин-т нац. безопасности Респ. Беларусь, Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины МЧС России]. – СПб., 2004. – 46 с.
3. *Емельянов Г.В.* Проблемы обеспечения информационно-психологической безопасности России / Г.В. Емельянов, В.Е. Лепский, А.А. Стрельцов // Информ. общество. – 1999. – Вып. 3. – С. 47–51.
4. *Зыкова И.А.* Чернобыль и социум: оценки риска / И.А. Зыкова, Г.В. Архангельская, И.А. Звонова. – СПб. : МАПО – НИИ РГ, 2001. – 140 с.
5. *Практическое руководство по совершенствованию информационных технологий при работе с населением радиоактивно загрязненных территорий / под ред. В.Н. Абрамовой ; ОНИЦ «Прогноз».* – Обнинск, 2004. – 140 с.
6. *Румянцева Г.М.* Особенности восприятия радиационного риска населением, проживающим на загрязненных после аварии на ЧАЭС территориях / Г.М. Румянцева [и др.] // Перспективы развития экологического страхования в газовой промышленности : сб. науч. тр. – М., 1998. – С. 127–136.
7. *Марченко Т.А.* Социальная защита и реабилитация населения после крупномасштабных радиационных аварий и катастроф : монография / Т.А. Марченко. – М. : Политехника-сервис, 2003. – 80 с.
8. *Мельницкая Т.Б.* Информационно-психологическая безопасность личности и проблема восприятия радиационного фактора / Т.Б. Мельницкая, В.Ю. Рыбников // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2008. – № 4(35). – С. 46–49.
9. *Рыбников В.Ю.* Медико-психологическая реабилитация населения после крупномасштабных радиационных аварий : монография / В.Ю. Рыбников, Т.А. Марченко. – М. : Копи-Р, 2004. – 180 с.
10. *Тарабрина Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. – СПб., 2001. – 160 с.



## К ВОПРОСУ ОБ ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СПАСАТЕЛЕЙ МЧС РОССИИ

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

### *Введение*

Под функциональным состоянием (ФС) обычно понимается комплекс наличных характеристик тех функций и качеств человека, которые прямо или косвенно обуславливают выполнение трудовой деятельности. Развитие методологии оценки и прогнозирования ФС в решении прикладных задач труда, позволяет решать вопросы его диагностики, нормирования, определения работоспособности и восстановления [ 3 ].

ФС, формируемые в процессе трудовой деятельности, в значительной степени определяют эффективность выполняемой работы. Полноценное выполнение задания предполагает нормальное функционирование всех звеньев системы «человек – машина – среда». Уровень текущего ФС и работоспособности человека определяют три вида функциональных систем: основные (рефлекторные акты профессиональной деятельности); побочные (рефлекторные акты адаптации); восстановительные (при развитии утомления).

Для характеристики эффективности систем ФС используют понятия «надежности» и «цены» деятельности [1, 3]. Под надежностью понимается вероятность выполнения поставленных задач профессиональной деятельности в заданных параметрах. Цена деятельности – величина физиологических и психофизиологических затрат, обеспечивающих выполнение работы на заданном уровне, степень изменения в ходе деятельности соотношения между исходным, текущим и предельным состоянием функциональных систем организма, обеспечивающих ее выполнение [3, 4].

На основании указанных критериев все ФС могут рассматриваться как допустимые и недопустимые. Недопустимым является состояние, при котором эффективность деятельности выходит за нижние границы заданных параметров по критерию «надежности» или появляются признаки переутомления по критерию «цены» деятельности [ 4 ].

Современные взгляды на проблему надежности человека рассматриваются не только как причина осложнения или ухудшения профессиональной деятельности, но и как следствие особенностей проявления в данных условиях некоторых профессиональных качеств, психических,

физиологических и других функций, определяющих оперативную готовность и устойчивый уровень пригодности к выполнению конкретных трудовых задач.

Спасатели, работающие в экстремальных условиях, подвергаются влиянию комплекса неблагоприятных факторов. Эффективность, надежность и качество деятельности обеспечивается адекватной системной реакцией организма в виде интегрального динамического комплекса наличных характеристик функций и качеств индивида. Показатель надежности является основным с точки зрения безопасности, безаварийности труда и определяется совокупностью профессиональных, технических, организационных факторов.

### *Материалы и методы*

Для всесторонней оценки состояния здоровья специалистов (спасателей, пожарных), прогнозирования и коррекции ФС и работоспособности во Всероссийском центре экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России на протяжении нескольких лет используется комплексный подход [1, 2]. С помощью усовершенствованного нами метода определены два класса профессионально важных для успешной работы спасателя качеств, к наиболее значимым из них относятся: умение сохранять работоспособность в условиях аварийных ситуаций, действовать нешаблонно, умение принимать решения в короткие сроки в изменяющейся обстановке, иметь высокую эмоциональную устойчивость, способность сохранять самообладание и выдержку.

Исследования проведены в повседневной профессиональной деятельности спасателей, включая натурные условия при выполнении аварийно-спасательных работ, в двух поисково-спасательных формированиях, отличающихся друг от друга спектром и интенсивностью выполняемых работ: центрального аэромобильного отряда «Центроспас» и «Северо-Западного регионального поисково-спасательного отряда». Возраст обследованных колебался от 22 до 53 лет, стаж работы по специальности – от 1 года до 14 лет. Обследованные спасатели имели международную и 1–3-ю квалификационную категорию, все они по результатам медицинского освидетельствования были допущены к работе по специальности.

Определение особенностей профессиональной деятельности спасателей проводилось методом хронометрирования и наблюдения путем непосредственного восприятия и прямой регистрации различных сторон деятельности в реальных условиях. Была разработана специальная форма-анкета (хронограмма) для детальной оценки труда, позволяющая определять различные стороны профессиональной деятельности спасателей по

виду, структуре, режиму, связи с орудиями труда, а также условия труда в различных ситуациях. В одном из трех блоков хронограммы регистрировались характеристики эмоционального состояния человека, обусловленного его рабочей нагрузкой по трем составляющим: самочувствие, активность, настроение – в начале и конце суточного дежурства (за смену).

Тест дифференциальной самооценки ФС является достаточно чувствительным к различным воздействиям внешних (экстремальные условия, напряженная деятельность) и внутренних (устомление) факторов. Методика реализована следующим образом: испытуемому предлагается оценить свое состояние с рядом предъявляемых ему полярных оценок. Краткий вариант анкет, с семью градациями состояний, оцениваются баллами от 3 до 0: сильное повышение (снижение); отчетливое повышение (снижение); небольшое повышение (снижение).

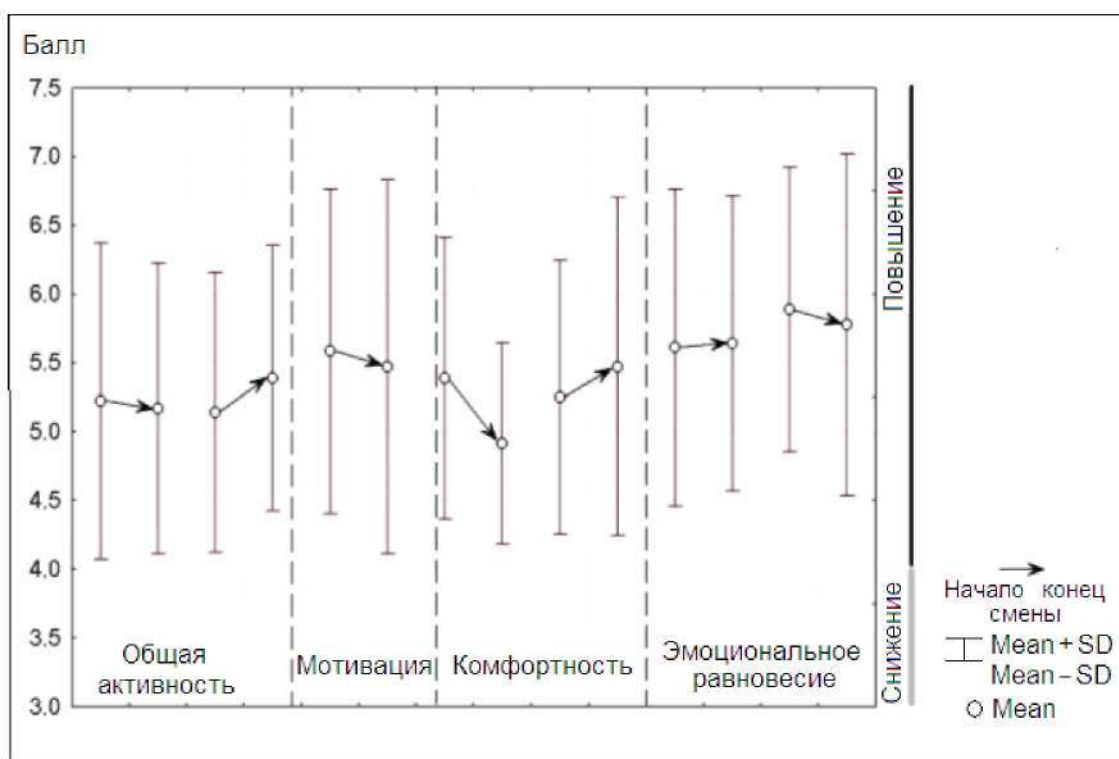
Для математико-статистической обработки и анализа данных, полученных в ходе исследования, использовался пакет прикладных программ «Statistica for Windows».

### ***Результаты и анализ исследований***

При анализе результатов проведенного опроса, хронометрирования и дифференциальной самооценки ФС спасателей, была отмечена отчетливая, повышенная мотивация к профессиональной деятельности и стабильное ФС на протяжении всей смены профессиональной деятельности спасателей (рисунок).

Субъективное самочувствие в начале смены и в конце оценивалось как хорошее (по 38 баллов по всем семи показателям). К концу смены отмечались незначительные снижения на 0,5 балла показателей общей активности, комфортности, умеренной усталости после работы на месте происшествия (вскрытии дверей, дорожно-транспортные происшествия), проходящие через 2–3 ч отдыха.

Результаты психофизиологического исследования позволили выявить у профессиональных спасателей напряжение адаптационных механизмов в 1–2-й год работы по специальности, обусловленное приспособлением к новым условиям труда, а также элементы срыва адаптации после 7 лет профессионального стажа. Оценка функционально-морфологических свойств, показателей сердечно-сосудистой системы выявила преобладание напряжения – неудовлетворительной степени адаптации с увеличением возраста и стажа работы после 35 лет, а также со стажем работы больше 7–9 лет. Снижение резервных возможностей дыхательной системы проявляется при стаже работы до 2 лет в возрасте 17–25 лет и при стаже работы больше 7–9 лет в возрасте старше 40 лет.



### *Изменения показателей дифференциальной самооценки ФС спасателей за смену.*

Анализ анкет и интервьюирования показал, что основными мотивационными аспектами обусловленности эффективности и надежности деятельности являются: реализация интереса к экстремальным видам спорта; график работы, предусматривающий свободное время и возможность дополнительного заработка; возможность профессионального совершенствования и продвижения по службе; социальная значимость (спасение человеческих жизней); льготы. Основными факторами, препятствующим успешной деятельности, являются социально-бытовые и организационные причины.

### **Выводы**

Наиболее значимым дестабилизирующим фактором ФС у спасателей МЧС России является показатель напряженности труда (интеллектуальные, сенсорные, эмоциональные нагрузки), которые отмечаются как в режиме повышенной готовности (ожидания), так и в режиме ликвидации последствий чрезвычайной ситуации.

Итоговые результаты оценки ФС в режимах повышенной готовности и ликвидации последствий чрезвычайной ситуации позволяют разработать предложения по совершенствованию и улучшению медико-

психологического обеспечения, регламентации режимов труда и отдыха, социально-бытовых условий, могут использоваться для принятия решений по медико-социальной защите спасателей.

### ***Список литературы***

1. *Алексанин С.С.* Определение профессионально важных качеств для лиц опасных профессий и их место в повышении безопасности труда / С.С. Алексанин, О.М. Астафьев, В.Д. Бигунец, Н.В. Макарова, И.И. Шантырь // Вестн. СПбГМА им. И.И. Мечникова. – 2003. – № 1/2 (4). – С. 82 – 87.

2. *Использование* мобильного аппаратно-программного комплекса НС-психотест для оценки напряженности адаптационных механизмов у лиц опасных профессий / О.М. Астафьев, В.Д. Бигунец, Н.А. Мухина, Н.В. Макарова, М.В. Санников // Окружающая среда и здоровье человека: науч. тр. Междунар. эколог. форума. – СПб.: СпецЛит, 2003. – С. 27–28.

3. *Медведев В.И.* Функциональные состояния оператора // Эргономика. Принципы и рекомендации / В.И. Медведев. – М., 1970. – Вып. 1. – С. 127–160.

4. *Основные* понятия и определения медицины катастроф : словарь / под общ. ред. С.Ф. Гончарова. – М. : ВЦМК «Защита», 1997. – 246 с.

# ПСИХОПАТОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ

УДК 614.253 : 616.89

*Е.Н. Белов, Е.Б. Сомова, Я.О. Федоров*

## **ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ В СОВМЕСТНОЙ РАБОТЕ С ДУШЕВНОБОЛЬНЫМИ**

Городской психоневрологический диспансер № 7 (со стационаром);  
Восточно-Европейский институт психоанализа, Санкт-Петербург

В настоящее время постоянно увеличивается категория пациентов с психическими расстройствами, получающими фармакологическую помощь от психиатра и психотерапевтическую и/или психокоррекционную помощь от другого специалиста (психотерапевта или психолога). Учитывая, что их взгляды на проблемы и нарушения одного и того же пациента могут значительно расходиться, возникает вопрос их эффективного взаимодействия.

Опираясь на собственный опыт, можно утверждать, что решение проблемы взаимодействия специалистов становится актуальной задачей современной службы помощи душевнобольным, особенно, с учетом тенденции к увеличению роли внебольничной психиатрии, возрастающей потребности в психологической поддержке, стремления пациентов улучшать качество жизни, а также научных разработок, позволяющих эффективно применять психотерапию у больных, которые прежде считались психотерапевтически инкурабельными [ 10, 11 ].

Отсутствие психологической помощи утяжеляет течение и прогноз психических заболеваний, уменьшая вероятность их хорошей компенсации, особенно, у больных с нервной анорексией, «краевыми» формами шизофрении, патологией характера и др. Нельзя также не учитывать проблему негативного патоморфоза психических болезней с тенденцией к уменьшению выраженности психопатологических проявлений, но большей резистентностью, затяжным характером течения, выраженным субъективным страданием больных [ 1, 2, 15, 18 ].

Многие авторы отмечают, что социально-психологические факторы играют ведущую роль в таких процессах как рецидивирование, формирование ремиссии, социализация и ресоциализация, прогноз заболевания и т. д. [ 3, 5, 6, 13, 16, 17, 19 ]. Все эти задачи можно решить только в комплексном подходе в соответствии с биопсихосоциальной моделью душев-

ных болезней, что делает неизбежным необходимость эффективного сотрудничества специалистов разного профиля. Данная статья ставит целью исследование препятствий на пути к их успешному взаимодействию, а также предлагает некоторые способы их разрешения.

Условно сложности совместной терапии можно разделить на сознательные (мировоззренческий и формальный аспекты) и бессознательные (конкуренция, контрперенос, проективная идентификация и отыгрывание). Однако это разделение является во многом условным и тесно взаимосвязанным друг с другом.

### ***Мировоззренческий аспект***

Врачи центрированы на биологической модели, психотерапевты – на психологической. Этот конфликт идей постепенно разрешается за счет увеличения интереса психиатров к психотерапии и получения ими дополнительного психотерапевтического образования; тем, что психотерапевты по факту профессиональной подготовки должны иметь психиатрический опыт, а также тем, что будущие психологи получают образование, не только в области нейропсихологии и патопсихологии, но клинических специальностей. Например, программа обучения психологов в Восточно-Европейском институте психоанализа (Санкт-Петербург) включает шесть дисциплин по психиатрии (общая, частная, детская, неврология, сексопатология, профилактика наркомании и алкоголизма). Однако на сегодняшний момент, к сожалению, государственная программа подготовки психотерапевтов включает лишь паллиативные методы работы с душевнобольными, что может создавать у специалистов ошибочное представление о неэффективности психотерапевтической помощи этим пациентам, и доля психотерапевтов, занимающихся помощью душевнобольным меньше, чем других специалистов, выполняющих де-факто аналогичные функции (психологи и социальные работники).

### ***Формальный аспект***

Психиатр, как врач, несет большую ответственность за больного, чем психотерапевт (психолог) и заботится о психофизиологических сторонах жизни пользователя психиатрической помощи. Психолог разрешает внутриличностные конфликты, чтобы способствовать более гармоничному соответствию внутреннего мира пациента внешнему. В каком-то смысле, психиатр выступает в роли пожарного, который с помощью медикаментов гасит пожар психотического регресса и его биологических последствий. А психотерапевт – в качестве строителя, выполняющего ремонт «обгоревшего помещения», увеличивая способность к ресоциализации.

ции. Такая совместная работа предполагает доверие, которые не всегда присутствуют, в том числе из-за неравного положения сотрудников (ответственность, оплата труда и т. п.). Сложности взаимодействия специалистов друг с другом, могут «тлеть» годами в виде неразрешающегося конфликта или проявляться изолированностью сотрудников друг от друга. Одним из возможных выходов из таких ситуаций – конференции и собрания коллектива, где коллеги обмениваются своими взглядами открыто. Даже простой обмен мнениями способен уменьшить негативные последствия междисциплинарного взаимодействия, канализировать тревогу, беспокойство, снизить недоверие через прояснение ситуации.

### ***Конкуренция***

Конкуренция – часто неосознаваемый деструктивный процесс взаимодействия. Дух соревнования особенно свойственен творческим специальностям, к которым без сомнения относятся медицина и психология. В патологических вариантах конкуренция может быть связана с ревностью и завистью специалистов, недостаточно разобравшимися со своими проблемами и характерологическими особенностями. Это может проявляться, например, когда психиатр направляет к психотерапевту пациента с социально опасными тенденциями, назначая при этом неадекватное лечение стимулирующим антидепрессантом (бессознательное желание врача «отомстить» психотерапевту, чтобы собственная злость проявилась агрессией больного). И наоборот, направление на консультацию к психиатру психотерапевтического клиента с целью медикаментозной коррекции депрессии, но при наличии большого числа ограничений, исходящих от психотерапевта, чего не должен делать врач: назначать «тяжелые» лекарства, «вести беседы – это моя работа», но при этом отнестись «по-особенному» и т. д. Вероятно, это выражает бессознательное желание, чтобы другой специалист (психиатр) потерпел неудачу, подтвердить себе, что психотерапевт «главнее, круче», а другой – «неудачник». Т. е. речь идет о проявлении агрессивных тенденций.

Проблема конкуренции тесно связана с профессиональной гордостью и ревностью. Иногда специалисту трудно признать факт, что ему нужна помощь другого специалиста. При этом делается попытка компенсировать собственное чувство беспомощности за счет обесценивания работы коллеги. Тогда может возникнуть противодействие со стороны другого специалиста, который имеет свой взгляд, свой подход, свой диплом, свою гордость. Таким образом, чувство беспомощности доктора может быть своего рода «горячей картошкой», которую хочется побыстрее передать в другие руки. При этом одновременно появляется ревность – а



вдруг другой окажется успешнее? Что само по себе травматично — «значит, я плохой врач». Поэтому есть бессознательная тенденция заранее создавать условия для неудачи коллеги, чтобы сохранить собственную высокую самооценку.

### ***Контрперенос***

Под контрпереносом понимают совокупность бессознательных реакций психотерапевта на пациента. Часть этих реакций может быть следствием личной истории специалиста, но здесь нас больше интересует объективная часть контрпереноса — те реакции, которые индуцирует сам пациент в специалисте. Прислушиваясь к своим чувствам, возникающим во время общения с пациентом, мы можем обнаружить, что порой нас неожиданно охватывает тоска, тревога, эйфория и т. п. Они могут быть отражением переживаний пациента, которые мы начинаем испытывать посредством эмпатии. Иногда мы ощущаем то же, что регулярно испытывают родственники и знакомые пациента, общаясь с ним, то есть чувства, бессознательно ожидаемые и провоцируемые пациентом у окружающих людей. Агрессия, особенно подавленная, вытесненная, характерна для тех, кто имеет выраженную регрессию, т. е. для большинства психиатрических пациентов [ 7 ]. По бессознательным механизмам чувства способны «заражать» врача [ 8, 12 ]. Оставаясь неосознанными, они могут разрушительно действовать на психику врача, приводя к так называемому «синдрому выгорания» [ 4, 9 ]. Понимание этого механизма помогает специалисту лучше узнать суть возникающих у пациента проблем: переживать аналогичным пациенту образом, или сходным образом с его близкими, что является неоценимым источником информации о больном. И наоборот, если не представлять подобного механизма воздействия психики больного на врача, то можно оказаться безоружным перед нахлынувшими негативными эмоциями, считая их исключительно собственной проблемой.

### ***Проективная идентификация***

Под проективной идентификацией понимается процесс, когда пациент проецирует на врача чувства и «заставляет» его вести себя так, как если бы он был для него «значимым другим» (родитель, супруг и т. д.). А специалист ведет себя схожим образом, т. к. он «заразился» этими чувствами, не осознавая их источника, воспринимая их, словно собственное отношение к больному.

Не вызывает сомнения, что большинство психиатрических пациентов имеет дисфункциональные семьи. В отношениях между их родителями есть масса явных и скрытых противоречий: конфликтов, взаимных уп-

реков, невысказанной злости и т. п. Можно говорить о том, что с младенчества, развиваясь в подобных условиях, пациент приспосабливается к таким условиям с помощью своей болезни. Оказываясь под наблюдением у двух специалистов (психиатра и психолога/психотерапевта), он бессознательно проецирует на них единственную знакомую ему модель отношений, усвоенную в семье. Таким образом, он в своих представлениях заранее делает психиатра и психолога враждующими сторонами и начинает сообщать каждому из них о некомпетентности или «ужасных поступках» второго, т. к. в собственной семье это был способ выживания – «дружить с каждым из родителей против второго».

Если специалисты включаются в эту игру, они закрепляют симптомы пациента, многие из которых обслуживают интересы «патологической стабильности» его семьи. В том случае, когда специалистам удастся обойти ловушки, бессознательно расставленные пациентом, и эффективно сотрудничать друг с другом, пациент получает бесценный опыт новых, конструктивных отношений. Если подобный здоровый паттерн удастся закрепить – его болезненные проявления перестают быть фатальной необходимостью.

Важным элементом «семейной игры» душевнобольных является манипулирование виной и ответственностью. Устойчивостью своих симптомов пациент часто вызывает у врача чувство беспомощности, которым он когда-то сообщал своим родителям, что они «неправильные и плохие», неудовлетворяющие его потребности. Это индуцированное чувство вызывает у специалиста тягостное ощущение собственной некомпетентности, которое может быть бессознательно отдано коллеге (психологу, психиатру, психотерапевту и др.), чтобы передать ответственность за неудачу другому.

Таким образом, терапия становится не ресурсом выздоровления, а снова повторяющейся ситуацией ретравматизации, продолжающимся порочным кругом. Осознание таких механизмов у специалистов позволяет разорвать порочный круг патологической психологической защиты, но это возможно лишь на основе доверительного контакта психиатра и психотерапевта друг с другом.

### ***Отыгрывание***

В психотерапии под отыгрыванием часто понимают бессознательные действия, направленные на отвлечение сознания от травмирующих мыслей, чувств, желаний. Оно может быть свойственно не только больному, но и врачу. Как было ранее указано, негативные эмоции пациентов наполняют работу специалиста, да и собственные негативные пережива-

ния имеют место (невысокий уровень жизни работника здравоохранения, мировой кризис и др.). В этом смысле негативное отношение к работе коллеги можно рассматривать с позиции невозможности признать собственные негативные эмоции, перенаправляя их в действия: отказаться от пациента, признав его инкурабельным; направить к специалисту другого профиля; увеличить дозировку препарата («заглушить жалобы»); госпитализировать. Вместо того чтобы, преодолевая тяжелые чувства, разобратся с собственными трудностями взаимодействия с пациентом. Конечно, вышеперечисленные действия обычно имеют медицинскую целесообразность, поэтому выявление отыгрывания — довольно сложное дело. Балинтовская группа, клинические разборы, демократичная атмосфера коллектива со свободным обменом мнениями помогают уменьшить влияние отыгрывания.

### ***Решения проблем взаимодействия***

Разрешение указанных проблем во взаимодействии психиатра и психотерапевта (психолога) возможно сочетанием минимум четырех аспектов, которые частично были освещены ранее: образования, личной терапии, постоянного профессионального тренинга (супервизии, клинические разборы, балинтовские группы) и командной формой организации труда. Так образование позволяет обогатить мировоззренческие позиции («психологизация» психиатрии и «биологизация» психологии). Личная терапия избавляет от собственных комплексов, «белых пятен», неадаптивных психологических защит и много другого, что мешает профессионалу в области душевного здоровья реально смотреть на конкретного пациента, и справиться с сильными негативными эмоциями, полученными от него. Постоянный профессиональный тренинг дает всесторонний взгляд на больного, а значит, позволяет использовать все возможные ресурсы для преодоления препятствия в конкретном случае, т. к. невозможно заранее выучить и знать все возможные стратегии работы именно с этим пациентом. Базой, обеспечивающей уверенность специалистов и взаимопонимание коллег, может служить командный подход к организации работы, который объединяет всех участников терапевтического процесса, служит постоянной взаимной поддержкой специалистов и является средой, где важная информация о конкретном больном используется максимально эффективно, а способ обмена этой информацией лишен предубеждений и недоверия [ 14 ].

### *Заключение*

Широко внедряемый в психиатрическую науку в настоящее время биопсихосоциальный подход к пониманию и лечению душевных болезней является ключом к совершенствованию оказания психиатрической помощи. На основе согласия и доверия возможно разрешение текущих конфликтов между специалистами разного профиля. Сами конфликты – часть работы, «вредный производственный фактор», который невозможно исключить, но можно исследовать и находить пути его решения: совместные конференции, семинары, балинтовские группы, профессиональные тренинги и др. Взаимодействие психиатра и психотерапевта (психолога) является непростым, но вполне разрешимой задачей, способной повысить качество медицинской помощи.

### *Литература*

1. *Авруцкий Г.Я.* Лечение психически больных / Г.Я. Авруцкий, А.А. Недува. – М. : Медицина, 1988. – 528 с.
2. *Вид В.Д.* Психотерапия шизофрении / В.Д. Вид. – СПб. : Питер, 2001 – 431с.
3. *Вовин Р.Я.* Динамика ремиссии при шизофрении и их рациональная психофармакотерапия / Р.Я. Вовин // Профилактическая и противорцидивная терапия психических заболеваний : сб. науч. тр. НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – Л., 1986. – Т. 113. – С. 5–16.
4. *Куликов А.И.* Профессиональное выгорание и контрперенос / А.И. Куликов // Вестн. психоанализа. – 2007. – № 1. – С. 124–132.
5. *Мелехов Д.Е.* Клинические основы прогноза трудоспособности шизофрении / Д.Е. Мелехов. – М. : Медгиз, 1963. – 198 с.
6. *Мосолов С.Н.* Основы психофармакологии / С.Н. Мосолов. – М. : Восток, 1996. – 288 с.
7. *Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование* / под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. – СПб. : Ин-т им. В.М. Бехтерева, 2003. – 438 с.
8. *Решетников М.М.* Одержимость и паранойя / М.М. Решетников // Фрейд З. Одержимость дьяволом. Паранойя. – СПб. : Вост.-Европ. ин-т психоанализа, 2006. – С. 5–24.
9. *Соколов Е.Ю.* Синдром эмоционального сгорания психотерапевтов / Е.Ю. Соколов, И.С. Коряково // Актуальные проблемы оказания психиатрической помощи в Северо-Западном регионе Российской Федерации : тез. конф. – СПб. : Электронстандарт-принт, 2008. – С. 157.

10. *Спотниц Х.* Современный психоанализ шизофренического пациента: теория, техника / Х. Спотниц. – СПб. : Вост.-Европ. ин-т психоанализа, 2004. – 296 с.
11. *Стерн Х.* Кушетка: ее значение и использование в психотерапии / Х. Стерн. – СПб. : Вост.-Европ. ин-т психоанализа, 2002. – С. 188–206.
12. *Стерн Х.* Объективный и субъективный контрперенос в современном групповом анализе / Х. Стерн // Современный групповой анализ. – Алматы : Дарын, 2003. – С. 13–25.
13. *Сумароков А.А.* Соматогенные и психосоциальные факторы при шизофрении : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Сумароков А.А. ; [НИИ психич. здоровья]. – Томск, 2002. – 41 с.
14. *Федоров Я.О.* Командный фактор в организации работы психиатрического отделения / Я.О. Федоров // Вестн. психотерапии. – 2008. – № 26(31). – С. 103–108
15. *Цыганков Б.Д.* Клинико-терапевтический патоморфоз параноидной шизофрении / Б.Д. Цыганков, В.Б. Вильянов. – Саратов : Изд-во Саратов. ун-та, 2005. – 228 с.
16. *Fenton W.* Sustained remission in drug-free schizophrenic patients / W. Fenton, T. McGlashan // Am. J. Psychiat. – 1987 – Vol. 144. – P. 1306–1309.
17. *Kane J.* The use of depot neuroleptics: clinical experience in the United States / J. Kane // J. Clin. Psychiat. – 1984. – N 5. – P. 5–12.
18. *Petrlowitsch N.* A clash between psychiatric diagnosis and therapy? / N. Petrlowitsch // Psychiat. Clin. – 1968. – Vol. 1. – P. 109–112.
19. *Prevention of relapse in schizophrenia: an evaluation of fluphenazine decanoate* / N. Schooler, J. Levine, J. Severe [et al.] // Arch. Gen. Psychiat. – 1980. – Vol. 37. – P. 16–24.

## **КОМПЛЕКСНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ЭКСПРЕССИВНОЙ РЕЧИ В ЕДИНСТВЕ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

Нижегородский государственный педагогический университет

Важнейшей задачей совершенствования специального образования, преодоления его экстенсивного характера является достраивание отсутствующего звена – системы раннего выявления и ранней комплексной медико-психолого-педагогической коррекции психологических отклонений в развитии детей с задержкой экспрессивной речи (ЗЭР), что позволит устранить разрыв между моментом определения первичного отклонения и началом целенаправленного коррекционного обучения.

Смещение смыслового центра специального образования в сторону личностного, социально-эмоционального развития, расширение границ психологической помощи в контексте развития жизненной компетенции, свобода выбора форм образования, анализ особых образовательных потребностей ребенка с ЗЭР и его семьи позволили выдвинуть на первый план особенности аффективно-коммуникативного развития детей раннего и дошкольного возраста с ЗЭР, негативно влияющие на познавательное развитие, процесс социально-психологической адаптации и становление личности [ 1 ].

Представления о сущности трудностей, практических методах и приемах работы по преодолению недостатков аффективно-коммуникативного развития детей с ЗЭР остаются нечеткими, неконкретными, практическая работа в данном направлении складывается стихийно, основывается на психологической интуиции, а не на основе глубокого знания психологических особенностей аффективного развития и коммуникативной деятельности при ЗЭР.

В логопсихологии ЗЭР рассматривается как специфическое расстройство экспрессивной речи, при котором способность использовать выразительную разговорную речь заметно ниже уровня, соответствующего психологического возраста и степени развития импрессивных возможностей ребенка, что сдерживает развитие процессов социально-психологической адаптации. Ребенок хорошо понимает обращенную речь, расстройства в артикуляции у него может и не быть, но выразить свое состояние и мысли он не может.

Итак, несмотря на острый интерес ученых к проблеме ранней психологической диагностики и коррекции отклоняющегося развития, мы можем констатировать, что остаются неразработанными теоретико-прикладные основы изучения и коррекции психического развития детей с ЗЭР в единстве раннего и дошкольного возраста.

Мы не преследовали цели всеобъемлющего охвата указанной проблемы, но не только ввиду ее сложности и многогранности, прежде всего потому, что в контексте настоящего исследования более важными являются компоненты, выделенные в составе структуры отклоняющегося развития в большинстве научных работ: лингво-когнитивный, паралингвистический аффективный, коммуникативный.

Сегодня комплексный подход к рассмотрению указанных психологических систем как интегративного психического образования не является пока общепризнанным. Соответственно важнейшим аспектом является теоретическое осмысление влияния ЗЭР на аффективно-коммуникативную составляющую фундамента личностного развития детей.

Логопсихология не располагает комплексным экспериментально-исследовательским материалом, а лишь отдельными разработками, которые характеризуют различные авторские подходы к диагностике. Определяя конкретное пространство настоящего исследования, мы исходили из того, что важно создать теоретико-прикладную основу изучения и коррекции психического развития при ЗЭР в единстве раннего и дошкольного возраста, а также разработать специальную комплексную систему диагностики отклоняющегося развития.

Отсутствие в коррекционной психологии теоретически обоснованных специальных комплексных исследований в этом направлении, вместе с практической значимостью обозначенного круга проблем побудили нас к проведению настоящего исследования.

Цель исследования: разработка теоретико-прикладной системы изучения психического развития детей раннего и дошкольного возраста при задержке экспрессивной речи.

Объект исследования: структура отклоняющегося психического развития при задержке экспрессивной речи в раннем и дошкольном возрасте: симптомокомплекс речевых и неречевых аффективно-коммуникативных нарушений; выделение ведущего расстройства; вторичных симптомов; соотношений, взаимосвязи компонентов разного уровня, механизма нарушения.

Экспериментальное изучение психического развития детей раннего возраста с ЗЭР осуществлялось на основе следующих принципов: целостного изучения деятельностного подхода, каузальности (этиопатогенетиче-

ский), комплексного подхода, критериально-ориентированного подхода, структурно-динамического подхода.

Анализ предлагаемых в психологических исследованиях экспериментальных моделей комплексной диагностики отклоняющегося развития при ЗЭР показал, что на настоящий момент в коррекционной психологии отсутствует диагностическая система, отвечающая вышеозначенным теоретическим представлениям, в связи с этим, была разработана авторская диагностическая система.

Экспериментальное изучение структуры психического развития при ЗЭР предполагало рассмотрение специфических закономерностей лингво-когнитивного, аффективного, коммуникативного компонентов. При разработке экспериментальной диагностической модели по отношению к детям раннего возраста и ее реализации мы руководствовались рядом принципиальных положений: анализ результатов психологической диагностики должен строиться по принципу критериально-ориентированного оценивания, предполагающего учет количественных и качественных показателей по вычлененным критериям. Разработанные критерии должны способствовать выделению возрастного оптимума (норматив) развития и уровней недоразвития лингвистического, аффективного, коммуникативного компонентов в составе структуры отклоняющегося развития. Уровень, показанный ребенком на момент обследования, характеризует зону его актуального развития, следующий, вышележащий уровень — зону ближайшего развития.

Выделенные уровни отражают общие психологические особенности, а также его вариации внутри них (индивидуальные особенности). Разработанная нами система критериально-ориентированного оценивания представлена следующими структурными компонентами.

*Лингво-когнитивный компонент:* активный словарный запас (словоупотребление); словоизменение; грамматическое структурирование; связная речь; дополнительно речевая регуляция.

Исследования показывают, что вопросы регуляции экспрессивной речи являются недостаточно изученными. На основании анализа качественных критериев в развитии речи в условиях нормативного психического развития авторы выделяют четыре уровня:

1) уровень номинативной активности характеризуется возникновением начального детского лексикона (первых общеупотребительных слов), в основе которых лежит регуляция операций произнесения слова. Внешние условия, языковая среда влияют на развитие сенсорно-перцептивных процессов. Ребенок слышит звуки, интонацию, слова взрослых, они вызывают яркую эмоциональную реакцию, закрепляются



им в ходе гуления, лепета, формируются представления (уровень элементарных психолгвистических систем);

2) уровень речевых стереотипов характеризуется тем, что ребенок регулирует свои речевые действия; как правило, они включены в неречевую деятельность (предметную, игровую). Это уровень интегративных систем, он связан с определенным уровнем развития мышления, мотивации. Следует уточнить, что эгоцентризм ребенка раннего или дошкольного возраста, обуславливает слияние мотивации речевой и ведущего вида деятельности;

3) уровень речевой экспансии позволяет неосознанно овладеть всеми компонентами речевой системы (фонетикой, грамматикой, лексикой) в целях практического использования. В разных ситуациях взаимодействия ребенок поправляет неправильную речь самостоятельно, так как формируются «чутье языка» или важный компонент структуры речевой деятельности;

4) уровень речевого контроля характеризуется тем, что ребенок – старший дошкольник неосознанно регулирует речевую деятельность (ориентируется в речевой ситуации, планирует связное высказывание, реализует и контролирует его).

Более подробно критериальные признаки уровней развития речи у детей раннего и дошкольного возраста представлены в наших публикациях на страницах журнала [ 1, 2 ].

Экспрессивная речь является частью уникальной, целостной, индивидуальной психики и во многом определяет успешную регуляцию жизнедеятельности. Поэтому коррекционная психология должна уделить особое внимание становлению речевой регуляции при ЗЭР.

*Аффективный компонент:* эмоциональные нарушения – негативизм, агрессивность, тревожность, лабильность, обидчивость; повышенная эмоциональная истощаемость, несформированность аффективной регуляции [ 3, 4 ].

*Коммуникативный компонент:* установление контакта; поддержание контакта; ориентация в позиции собеседника; выражение своей позиции; коммуникативная активность.

Анализ теоретических позиций, касающийся вопроса коммуникативного развития при ЗЭР характеризуется несформированностью умений: определять цели коммуникации, оценивать ситуацию, учитывать намерения и способы коммуникации партнера (партнеров), выбирать адекватные стратегии коммуникации, быть готовым к осмысленному изменению собственного речевого поведения.

Предложены уровни развития коммуникативной регуляции: непродуктивный, репродуктивно-имитационный, продуктивно-деятельностный,

творчески-преобразующий. Первая серия исследований эксперимента предполагала выявление уровня ЗЭР у детей раннего возраста, особенно речевой регуляции; вторая серия исследований была нацелена на изучение особенностей коммуникативного развития, в третьей серии исследований предполагалось изучение особенностей аффективного развития в аспекте актуализации регуляционных процессов, т. е. выдвижения на передний план процессов саморегуляции.

В первой части эксперимента в общей сложности участвовало 293 ребенка раннего возраста (2–3 года) образовательных учреждений г. Нижнего Новгорода: из них 233 с ЗЭР и 60 детей с нормативным развитием (табл. 1).

*Таблица 1*

*Уровень психического развития детей раннего возраста (2–3 года) с ЭЗР и в норме*

| Компонент структуры | Уровень психического развития, % |       |     |       |     |       |     |       |
|---------------------|----------------------------------|-------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|
|                     | 1-й                              |       | 2-й |       | 3-й |       | 4-й |       |
|                     | ЗЭР                              | Норма | ЗЭР | Норма | ЗЭР | Норма | ЗЭР | Норма |
| Лингво-когнитивный  | 100                              | 0     | 0   | 38    | 0   | 62    | 0   | 0     |
| Коммуникативный     | 79                               | 0     | 21  | 27    | 0   | 73    | 0   | 0     |
| Аффективный         | 82                               | 13    | 18  | 64    | 0   | 23    | 0   | 0     |
| Паралингвистический | 87                               | 19    | 13  | 79    | 0   | 2     | 0   | 0     |
| Всего               | 87                               | 8     | 13  | 52    | 0   | 40    | 0   | 0     |

Полученные данные характеризуют наличие специфических закономерностей психического развития детей раннего возраста с ЗЭР в отличие от нормативного развития, в котором происходят очевидные изменения. Вывод о различиях в проявлении отклоняющегося и нормативного развития подтверждается статистическими расчетами по критерию Фишера.

Экспериментальные данные одновременно убеждают, что при отсутствии ранней целенаправленной психологической помощи подавляющая часть детей при переходе на этап дошкольного возраста, не достигнет возможного возрастного норматива в развитии аффективно-коммуникативной сфер.

Обобщенно следует указать, что все обследованные дети выявили не очень высокий уровень психического развития. Например, возрастному нормативу (3-й уровень) соответствовали только 40 % детей с нормальным развитием речи. У детей с ЭЗР этот уровень психического раз-

вития не выявился. В 52 % дети с нормативным развитием речи были отнесены во 2-й уровень развития, тогда как детей с ЭЗР здесь было только 13 % (см. табл. 1).

Данные экспериментального изучения психического развития детей дошкольного возраста с задержкой экспрессивной речи представлены в табл. 2. В экспериментальную группу вошли и 416 детей дошкольного возраста (168 девочки, 230 мальчика). В контрольную группу вошли 90 детей дошкольного возраста.

Основным уровнем психического развития для испытуемых дошкольного возраста с нормативным развитием явился 3-й (65,4 %) и 4-й (21,8 %), в то время как у детей с ЗЭР 1-й (59,7 %) и 2-й (40,3 %). Структура по каждому показателю отражена в табл. 2.

*Таблица 2*

*Уровень психического развития детей раннего возраста (3–6 года)  
с ЭЗР и в норме*

| Компонент структуры | Уровень психического развития |       |      |       |     |       |     |       |
|---------------------|-------------------------------|-------|------|-------|-----|-------|-----|-------|
|                     | 1-й                           |       | 2-й  |       | 3-й |       | 4-й |       |
|                     | ЗЭР                           | Норма | ЗЭР  | Норма | ЗЭР | Норма | ЗЭР | Норма |
| Лингво-когнитивный  | 18                            | 0     | 82   | 0     | 0   | 73    | 0   | 27    |
| Коммуникативный     | 68                            | 0     | 32   | 3     | 0   | 64    | 0   | 33    |
| Аффективный         | 74                            | 0     | 26   | 44    | 0   | 43    | 0   | 13    |
| Паралингвистический | 79                            | 0     | 21   | 4     | 0   | 82    | 0   | 14    |
| Всего               | 59,7                          | 0     | 40,3 | 12,8  | 0   | 65,4  | 0   | 21,8  |

Таким образом, с одной стороны, полученные данные подтверждают положение, что психическое развитие при ЗЭР характеризуется задержкой аффективно-коммуникативного развития, в то время как нормативное психическое развитие является позитивно развивающимся психическим образованием. С другой стороны, свидетельствуют о том, что в отсутствие ранней специальной психологической помощи обуславливает то, что подавляющая часть детей не достигает возможного возрастного оптимума при переходе в дошкольный возраст.

Следует отметить, в результате анализа индивидуальных особенностей развития при ЗЭР была выявлена определенная вариативность.

Первый вариант характеризовался отсутствием речи или выраженным недоразвитием экспрессивной речи (лингво-когнитивного компонента), при относительной сохранности эмоционального и коммуникативного

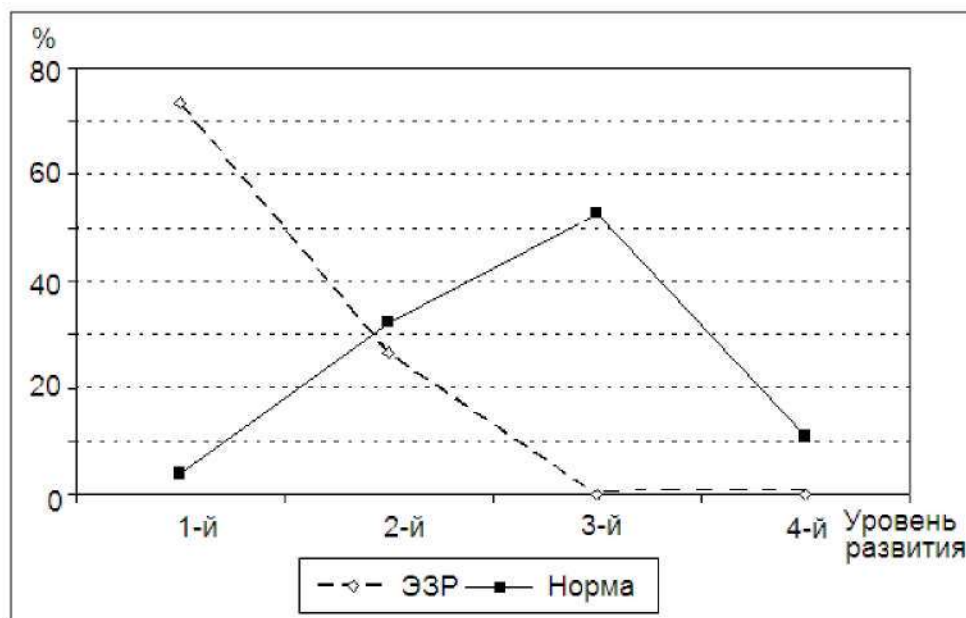
компонента, то есть эти дети легко вступали в контакт с психологом, пытались взаимодействовать доступными им средствами (мимика, жесты, телодвижения), характеризовались положительным эмоциональным отношением, активностью, но не заинтересованностью. Дети спокойные, редко конфликтующие со сверстниками.

Во втором варианте преобладала несформированность эмоционального (аффективного) компонента – эмоциональные нарушения, (негативизм, агрессивность, тревожность, лабильность, обидчивость) недостаточная дифференциация эмоциональных состояний, несформированность эмоциональной саморегуляции. Диалогическая форма речи не сформирована: они задают вопросы, но ответ не слушают, высказывания малоинформативны.

Эмоционально-личностная сфера у этих детей характеризуется недостаточной сформированностью дифференциации эмоциональных состояний и саморегуляции; небольшим объемом мимических средств (выразительных движений мышц лица) и пантомимических средств (выразительных движений всего тела), слабость артикуляционной и тонкой моторики, – все это снижает коммуникативные возможности детей. Дети осознают свой дефект, и поэтому у них появляется негативное отношение к речевому общению, невозможность высказать своё пожелание; повышенная ранимость и обидчивость.

В третьем варианте преобладали коммуникативные проблемы – дети были скованы, напряжены, ситуация взаимодействия вызывала тревогу и страх. Отмечена пассивность, безинициативность, они говорили тихим голосом (шепотом), не смотрели в сторону собеседника, не задавали вопросы, не обращались с просьбами. В коррекционной психологии встречаются единичные исследования коммуникативного развития при ЗЭР, которая снижает уровень общения, способствует возникновению замкнутости, робости, нерешительности, стеснительности; порождает специфические особенности речевого поведения (ограниченную контактность, замедленную включаемость в ситуацию общения, неумение поддерживать беседу, вслушиваться в звучащую речь, невнимательность к речи собеседника), приводит к снижению коммуникативной активности.

На основе единых теоретических и содержательно-организационных подходов к изучению индивидуально-типических и индивидуальных особенностей детей с ЗЭР, в исследовании были сопоставлены результаты в единстве раннего и дошкольного возраста. Результаты представлены на рисунке.



Уровни психического развития детей с ЭЗР и в норме.

В связи с тем, что единство психологических критериев позволяет увидеть целостную картину развития ребенка с ЭЗР, и нормативным развитием, это позволяет увидеть следующие закономерности:

- лингво-когнитивный компонент характеризуется уровнем речевых стереотипов. Дети с ЭЗР чаще пользуются заученными речевыми штампами, небольшим количеством общеупотребительных слов в разных ситуациях общения, у ряда детей не происходит развития феномена «словотворчества», не формируется «чутье языка», не происходит разворачивание эгоцентрической речи. Все практические специалисты отмечают инертность в выработке речевых стереотипов.

- паралингвистический компонент характеризуется взаимосвязью с лингво-когнитивным, который выражается в следующей закономерности, овладевая экспрессивной речью, количество жестов уменьшается, но при ЭЗР данный компонент развивается компенсаторно, как канал невербальной передачи информации.

- аффективный компонент при ЭЗР характеризуется устойчивой динамикой уровня аффективных стереотипов, наличием высокой тревожности в процессе речевого общения, и выделенной нами выше типологией аффективного развития при ЭЗР. Данный компонент тесно взаимодействует с коммуникативным следующим образом: у ребенка с ЭЗР возникает разная реакция на сложность вербальной коммуникации. Нами предложена типология коммуникативного развития детей с ЭЗР, из рисунка также видно, что для данной категории характерен репродуктивно-имитационный уровень коммуникативной регуляции. Таким образом, коррекци-

онный психолог получает качественный диагностический инструментарий, позволяющий дать не только количественную, но качественную характеристику психического развития конкретного ребенка с ЗЭР.

Итак, психическое развитие детей с ЗЭР раннего и дошкольного возраста, в силу причин объективного характера (биологических и социально-психологических) не достигает нормативного уровня психического развития и характеризуется специфическими изменениями во всех компонентах структуры отклоняющегося развития. Выделена и обоснована структура и компоненты отклоняющегося развития детей с ЗЭР, особенности становления их регуляции.

Выявлены индивидуально-типические особенности отклоняющегося психического развития детей в единстве раннего и дошкольного возраста.

Итак, с одной стороны, полученные сведения говорят о том, что отклоняющееся психическое развитие при ЗЭР является интегративным образованием, поэтому учет вариативности структуры позволит строить психологическую коррекцию на качественно другом уровне.

Выводы о различиях в психическом развитии между детьми с ЗЭР и нормой при актуализации структурных компонентов подтверждаются статистическими расчетами по критерию Фишера, что дает основания для утверждения о закономерности выделенных тенденций или выявленных специфических закономерностях психического развития при ЗЭР.

Проведенное теоретико-экспериментальное исследование позволяет решить актуальную, в теоретико-прикладном плане проблему изучения отклоняющегося развития детей с задержкой экспрессивной речи в единстве раннего и дошкольного в современных условиях развития коррекционной психологии.

### *Литература*

1. Жулина Е.В. Теоретико-прикладные основы исследования и коррекции психического развития при экспрессивной задержке речи / Е.В. Жулина, И.В. Голубева // Вестн. психотерапии. – 2007. – № 21(26) С. 22–33.

2. Жулина Е.В. Особенности коммуникации детей с нарушениями речи / Е.В. Жулина, С.В. Белов // Вестн. психотерапии. – 2007. – № 23(28). – С. 42–57.

3. Лебединский В.В. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В.В. Лебединский, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская. – М. : МГУ, 1990. – 197 с.

4. Лебединская К.С. Вопросы дифференциальной диагностики раннего детского аутизма / К.С. Лебединская, О.С. Никольская // Диагностика и коррекция аномалий психического развития у детей. – М. : Акад. пед. наук, 1988. – 163 с.

## НАУЧНЫЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616-071 : 614.875

*С.С. Алексанин, А.А. Тимошевский*

### **РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ИНТЕРЛЕЙКИНА-1 $\beta$ КАК СРЕДСТВА ПРОФИЛАКТИКИ И РАННЕЙ ТЕРАПИИ ПОРАЖЕНИЙ ПРИ РАДИАЦИОННЫХ АВАРИЯХ И КАТАСТРОФАХ**

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины  
им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург;  
Медицинская академия им. И.М. Сеченова, Москва

Одной из актуальных проблем обеспечения безопасности в чрезвычайных ситуациях природного, техногенного, биолого-социального и военного характера является разработка и внедрение в практическую деятельность принципиально новых средств, в том числе медицинских, позволяющих сохранить жизнь и здоровье людей в экстремальных условиях, в частности, при радиационных авариях и катастрофах.

В связи с этим в течение последнего десятилетия усилия исследователей, работающих в этой области, направлены на изыскание препаратов, одновременно обладающих как профилактическим, так и лечебным действием. Эти средства должны быть эффективны не только при остром радиационном воздействии, но и при пролонгированном облучении, при внутреннем облучении, вызванном инкорпорацией продуктов ядерного деления, при местных, сочетанных и комбинированных радиационных поражениях. Их радиозащитное действие должно проявляться в условиях однократного применения и сохраняться в течение достаточно длительного времени. Такие препараты получили название «средств, повышающих радиорезистентность организма» (Легеза В.И., Владимиров В.Г. и др., 2000) или «средств биологической защиты» (Васин М.В., 2001). Показано, что высокой противолучевой лечебной и профилактической эффективностью при различных вариантах радиационных воздействий обладают иммуномодуляторы и, в частности, цитокины (Антушевич А.Е. и др., 1992; Кетлинский С.А. и др., 1992, 1995; Смирнов Н.А. и др., 2000; Легеза В.И. и др., 2005, 2008; Grebenyuk A. et al., 2007).

К числу наиболее перспективных противолучевых средств из группы цитокинов относят интерлейкин-1 (ИЛ-1).

В связи с этим было выполнено клинико-экспериментальное обоснование возможности использования ИЛ-1 $\beta$  в качестве медицинского средства профилактики и терапии лучевых поражений, формирующихся при радиационных авариях и катастрофах.

Оценку эффективности ИЛ-1 $\beta$  в качестве средства профилактики и ранней терапии радиационных поражений проводили в экспериментах на мелких лабораторных животных (мышях и крысах) и в исследованиях с облучением проб периферической крови здоровых людей *in vitro*. В целом с использованием радиобиологических, гематологических, биохимических, иммунологических и цитохимических методов исследования было изучено более 80 клинико-лабораторных показателей.

На основании результатов экспериментальных и клинических исследований показана возможность и обоснована целесообразность использования интерлейкина-1 $\beta$  в качестве принципиально нового медицинского средства обеспечения безопасности людей при чрезвычайных ситуациях радиационного характера.

Установлено, что ИЛ-1 $\beta$  обладает лечебно-профилактическим действием, проявляя наибольшую радиопротекторную активность при введении за 24 ч до облучения и оказывая выраженный лечебный эффект при использовании в течение первого часа после радиационного воздействия. Выявлено, что профилактическое и раннее терапевтическое применение препарата позволяет увеличить выживаемость лабораторных животных в условиях острого  $\gamma$ - и рентгеновского облучения, пролонгированного радиационного воздействия с низкой мощностью дозы, сочетанного внешнего и внутреннего облучения за счет инкорпорации радионуклидов, характерных для раннего периода радиационной аварии.

Показано, что введение ИЛ-1 $\beta$  за 24 ч до облучения или через 1 ч после радиационного воздействия способствует снижению выраженности постлучевых нарушений костномозгового кроветворения и увеличению пролиферативной активности гемопоэтических клеток.

Обнаружено, что при различных вариантах радиационного воздействия ИЛ-1 $\beta$  оказывает позитивное влияние на динамику количества лейкоцитов периферической крови и качественное состояние нейтрофилов. Выявлено, что при остром облучении с высокой мощностью дозы, при пролонгированном радиационном воздействии, при сочетанном внешнем и внутреннем облучении, при фракционированном радиационном воздействии применение ИЛ-1 $\beta$  способствует ускорению восстановления общего числа лейкоцитов, абсолютного количества и относительного содержания нейтрофилов и лимфоцитов периферической крови, стимуляции



функциональных свойств и метаболической активности нейтрофильных гранулоцитов.

Установлено, что при внутривенном введении рекомбинантный ИЛ-1 $\beta$  хорошо переносится здоровыми людьми и, за исключением кратковременного повышения температуры до субфебрильных цифр, не оказывает отрицательного влияния на самочувствие и объективный статус людей, а также на биохимические показатели крови. В тоже время, препарат обладает гемо- и иммуностимулирующим действием, которое проявляется развитием умеренного нейтрофильного лейкоцитоза, повышением функциональной активности нейтрофильных гранулоцитов, увеличением количества клеток, синтезирующих и продуцирующих провоспалительные цитокины.

Показано, что ИЛ-1 $\beta$  обладает выраженной радиозащитной активностью по отношению к лейкоцитам периферической крови и цитокиновой сети, что дополняет представления о механизмах радиопротекторного действия данного цитокина. Выявлено, что у здоровых людей максимальный радиозащитный эффект препарата, оцененный по количественным и функционально-метаболическим показателям лейкоцитов периферической крови, наблюдается через 24 ч после его парентерального введения. Установлено, что введение ИЛ-1 $\beta$  за 24 ч до облучения проб периферической крови людей *in vitro* отменяет радиационно-индуцированное снижение различных субпопуляций лимфоцитов, нормализует функционально-метаболический статус нейтрофилов, измененный вследствие облучения, снижает выраженность пострadiационных нарушений цитокиновой сети.

Сформулированы и экспериментально обоснованы возможные механизмы радиозащитного действия ИЛ-1 $\beta$ , связанные с его способностью предотвращать постлучевую депрессию кроветворения, ускорять восстановление гемопоэза, уменьшать выраженность процесса апоптоза, а также стимулировать иммунитет и неспецифическую резистентность организма.

Таким образом, ИЛ-1 $\beta$  может рассматриваться в качестве принципиально нового медицинского средства обеспечения безопасности специалистов аварийно-спасательных формирований и персонала радиационно-опасных объектов при чрезвычайных ситуациях радиационного характера, так как обладает радиозащитным действием и может использоваться для экстренной терапии радиационных поражений. Лечебно-профилактическая эффективность ИЛ-1 $\beta$  проявляется при различных вариантах радиационного воздействия: остром, пролонгированном и фракционированном внешнем облучении, а также при сочетанном внешнем и внутреннем облучении от инкорпорации радионуклидов, характерных для раннего периода радиационной аварии.

## **ОЦЕНКА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВАЗОВАГАЛЬНЫХ ОБМОРОКОВ У ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ**

Центральная поликлиника МЧС России, Москва;  
НИИ кардиологии им. А.Л. Мясникова, Москва;  
Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины  
им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург;

Для безопасной работы спасателей МЧС РФ важно вовремя выявить возможность возникновения вазовагальных обмороков, поскольку даже редкие обмороки могут иметь для лиц опасных профессий тяжелые последствия. Вазовагальные обмороки (ВВО) являются самым частым проявлением ортостатических расстройств. Обычно они наблюдаются у молодых людей, не имеющих признаков органического поражения сердца. Такие обмороки не влияют на жизненный прогноз, однако могут значительно ухудшить качество жизни этих людей, вызывая ограничение физической активности, не позволяя заниматься определенными видами трудовой деятельности, заставляя бросать любимую работу.

Работы по ликвидации чрезвычайных ситуаций ведутся спасателями в различных условиях: на высоте, под водой, в различных климатических поясах, в шахтах, под разрушенными зданиями. Воздействия неблагоприятных факторов (пониженное атмосферное давление, низкие и высокие температуры, повышенная влажность воздуха, гипоксия, механическое давление, высокое гидростатическое давление, химические агенты и др.) могут приводить к срыву компенсаторных возможностей организма. Это проявляется расстройствами функционального и даже органического характера. Патологическое рефлекторное воздействие, оказываемое на нервную систему и ее вегетативный отдел, может привести к срыву регуляции сосудистого тонуса и сердечного ритма и как следствие к ортостатическим нарушениям.

Исследование проведено с целью изучения реакций сердечно-сосудистой системы при длительной пассивной ортостатической пробе у профессиональных спасателей для выявления возможных дисрегуляторных изменений.

В исследование были включены 23 здоровых мужчин-добровольцев, профессиональных спасателей МЧС, средний возраст ( $30,5 \pm 1,4$ ) лет. 12 здоровых мужчин-добровольцев, средний возраст ( $37,5 \pm 3,8$ ) лет, не

имеющих экстремальных условий работы, составили 1-ю группу сравнения. Во 2-ю и 3-ю группы сравнения вошли 36 молодых мужчин (средний возраст  $34,0 \pm 2,3$  года) с документированными ВВО.

В группе больных (2-я и 3-я группы сравнения) с помощью дополнительных методов обследования были исключены нарушения ритма и проводимости сердца, органические сердечно-лёгочные заболевания, неврологические и метаболические расстройства.

Всем испытуемым, с одобрения этического комитета, была проведена длительная пассивная ортостатическая проба (ДПОП), которая выполнялась по принятому в Институте кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГУ РКНПК Росмедтехнологий протоколу, соответствующему стандартному Вестминстерскому протоколу.

Для проведения ДПОП использовался специальный ортостатический стол с регулируемым углом наклона, позволяющий осуществлять перевод обследуемого из горизонтального в вертикальное положение и обратно. Прямой и обратный поворот производился за 15–20 с. Наблюдение за основными параметрами в ортостазе осуществляли в течение 45 мин (при стабильном состоянии испытуемого) или до развития синкопе. Результат ДПОП признавали положительным, если во время пробы развивалось синкопальное состояние. Если не удавалось индуцировать синкопе, результат ДПОП считался отрицательным.

Для анализа возможных дисрегуляторных проявлений были выбраны следующие гемодинамические показатели, непрерывно контролируемые в ходе выполнения ДПОП: частота сердечных сокращений (ЧСС), ударный объем сердца (УОС), минутный объем кровообращения (МОК), систолическое артериальное давление (САД), диастолическое артериальное давление (ДАД), среднее артериальное давление (АДср.), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС), дикротический индекс реовазограммы голени (ДКИ), отражающий состояние регионарного периферического сопротивления нижних конечностей, отношение реографического индекса голени к базовому электрическому импедансу  $RI/BI_{гол.}$  – удельное пульсовое кровенаполнение, характеризующее относительные объемные изменения области голени, вызванные пульсовым кровенаполнением. Также контролировались значения базовых электрических сопротивлений области грудной клетки (БИ) и области голени ( $BI_{гол.}$ ) как показателей, характеризующих процессы перераспределения объемов жидкости (крови) в ортостазе.

Для регистрации и оперативного контроля гемодинамических показателей применялся реограф-полианализатор РГПА-6/12 с программным обеспечением «РЕАН-ПОЛИ» (НПФ «МЕДИКОМ-МТД», г. Таганрог).

Для определения показателей центральной гемодинамики во время ДПОП использовали методику Kubicek в модификации Ю.Т.Пушкаря с соавт. Показатели регионарного кровообращения оценивались по методу биполярной реографии голени.

Оценка состояния вегетативной регуляции хронотропной функции сердца проводилась с использованием комплекса показателей, характеризующих вариабельность ритма сердца (BPC). Анализу были подвергнуты две группы показателей BPC: во временной области (Time Domain Methods) и в частотной области (Frequency Domain Methods).

Данные, полученные при исследовании BPC показывают, что отклонения в вегетативном обеспечении у больных с ВВО могут проявляться не только накануне обморока, но и задолго до него. Так, в положении лежа у больных с обмороками (вне зависимости от результата ДПОП) выявлено двукратное по сравнению со здоровыми лицами увеличение показателей pNN 50 % и HF, что указывает на усиление парасимпатических влияний в покое у больных с ВВО. Этим же, вероятно, обусловлено и увеличение у данных больных значений показателя SDNN, а так же общей мощности колебаний RR-интервалов (TP). При этом увеличение общей мощности не сводилось к росту одного лишь HF-компонента, а было обусловлено и усилением LF-колебаний. Учитывая смешанную природу LF-колебаний RR-интервалов, правомерно предположить, что увеличенная мощность LF-колебаний в покое у больных с ВВО, как и HF – это результат усиления вагусных влияний на синусовый узел.

Основные различия между больными с ВВО с положительным результатом пробы и остальными участниками исследования были получены в реакциях диастолического АД, среднего АД, ОПСС и ДКИ. Во всех перечисленных параметрах гемодинамики больные с ВВО с положительным результатом ДПОП показывали существенно менее выраженную реакцию, нежели обследуемые лица других групп.

При сравнении таких показателей центральной гемодинамики как диастолическое АД, среднее АД и ОПСС в группах обследованных лиц, обращает на себя внимание некоторая чрезмерная (даже по сравнению со здоровыми) реакция этих параметров у больных ВВО, выдержавших тест. Не исключено, что избыточная «сосудистая» реакция при ДПОП у этих больных являлась компенсаторной в ответ на более выраженное (по сравнению со здоровыми) снижение УОС и МОК.

Реакция в показателе регионарного кровообращения – ДКИ так же свидетельствует о выраженной (по сравнению с больными, имевшими обморок при ДПОП, и лицами 1-й группы) его динамике у больных с ВВО, выдержавших тест. Однако реакция этого параметра у спасателей

МЧС выглядит еще более яркой. Эти фактические наблюдения указывают на повышение регионарного сопротивления сосудов, особенно ярко выраженного у спасателей МЧС и больных с ВВО, выдержавших тест.

Для определения возможных предикторов положительного результата ДПОП был выполнен дискриминантный анализ гемодинамических параметров. В результате анализа были выделены два параметра, разделяющих больных с ВВО с положительным результатом ДПОП и спасателей МЧС: степень изменения ОПСС к концу 2-й мин ортостаза и величина АДср к концу 2-й мин ортостаза.

Значительное преобладание вагусных влияний у больных с ВВО может объясняться как минимум двумя причинами. Первая причина – это следствие исходно высокого тонуса парасимпатического отдела ВНС. Другая причина менее очевидна: симпатические разряды, поступающие к синусовому узлу, или накопление норадреналина в крови могут ограничивать действенность вагусного хронотропного влияния и, в частности, величину дыхательной аритмии, а, следовательно, отсутствие или недостаточный уровень симпатической импульсации может, наоборот, способствовать усиленному проявлению вагусных влияний на хронотропию сердца.

Таким образом, результаты исследования ВРС временным и спектральным методами у больных с ВВО, в сравнении со здоровыми (спасателями МЧС и лицами 1-й группы), полученные как в условиях покоя (положение лежа), так и при ДПОП, наиболее адекватное объяснение находят в рамках концепции ослабления симпатического притока при преобладании вагусного влияния на синусовый узел у таких больных.

Сравнение спасателей МЧС и лиц 1-й группы не выявило достоверных различий между ними в показателях ВРС как в положении покоя лежа, так в реакциях этих показателей при ДПОП. Однако следует отметить одну закономерность – все показатели ВРС в положении покоя лежа у спасателей МЧС были ниже, чем у лиц 1-й группы, что может свидетельствовать как об ослаблении парасимпатических влияний, так и об усилении симпатических воздействий. Последнее предположение выглядит вполне объяснимым, учитывая характер работы спасателей и условия их обследования.

Следовательно, результаты исследования позволяют пассивную ортостатическую пробу с использованием импедансной реографии рекомендовать включить в программу обследования лиц опасных профессий, в т.ч. спасателей МЧС России.

## НАГРАЖДЕНИЯ



**Григорий Игоревич Григорьев** — известный российский психотерапевт, психиатр-нарколог, доктор медицинских наук, профессор. Ученик доктора медицинских наук, доцента кафедры психиатрии Военно-медицинской академии — О.Н. Кузнецова; Народного врача СССР, Заслуженного врача Украинской ССР, старшего научного сотрудника Харьковского НИИ неврологии и психиатрии им. В.П. Протопопова — А.Р. Довженко.

В 1993 г. на заседании диссертационного совета Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата наук по специальности 14.00.45 — «Наркология». Тема диссертации: «Лечение алкоголизма методом массовой эмоционально-эстетической психотерапии (разработка метода и оценка его эффективности)».

В 2004 г. на заседании диссертационного совета Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины МЧС России защитил диссертацию на соискание ученой степени доктора наук по специальностям: 05.26.02 — «Безопасность в чрезвычайных ситуациях» и 19.00.04 — «Медицинская психология» по теме: «Кризисно-реабилитационная помощь при наркоманиях на основе стрессовой (духовно ориентированной на православной основе) психотерапии».

В 2005 г. ВАК Минобразования России присвоил ему ученую степень доктора медицинских наук, а в 2006 г. Федеральная служба по надзору в

сфере образования и науки РФ – ученое звание профессора по кафедре медицинской психологии.

Г.И. Григорьев родился 23 декабря 1956 г. в Ленинграде. Его родственники по линии матери до революционного переворота 1917 г. жили в Белоруссии, в Городокском уезде Витебской губернии и были в основном учителями. По линии же отца родовые корни уходили в Порховский уезд Псковской губернии, где многие мужчины были воинами и поэтами.

Детство Григорий Григорьев провел в Белоруссии в г. Городок Витебской области, где в 1971 г. окончил музыкальную школу по классу фортепиано, а в 1973 г. – среднюю школу. После окончания средней школы в 1973 г. поступил, а в 1979 г. закончил Военно-морской факультет Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в Ленинграде. Будучи членом научного кружка Всероссийского научного общества студентов, он с 1975 г. занимался психотерапией патологических зависимостей на базе клиник психиатрии и военно-морской госпитальной терапии Военно-медицинской академии.

Проходил службу на Краснознаменном Тихоокеанском флоте в гарнизоне Владивостока в должностях: начальника медицинской службы подводной лодки (1979–1981 гг.), начальника кабинета психоневрологии, психотерапии и наркологии поликлиники флота, старшего психоневролога Тихоокеанского флота (1981–1984 гг.). В 1982 г. закончил с отличием философский факультет Университета общественных наук во Владивостоке. Являлся внештатным корреспондентом флотской газеты «Боевая вахта» (1979–1984 гг.).

Участник дальних походов и непосредственный участник ликвидации трех аварийных ситуаций на подводных лодках (1980 г.), где ему пришлось исполнять обязанности не только врача, но и помощника командира корабля – возглавлять продовольственную службу и службу вещевого снабжения, самому вести делопроизводство, финансово-экономические и хозяйственные отчеты. Одним из первых на Военно-морском флоте СССР организовал службу психологической защиты моряков Краснознаменного Тихоокеанского флота. В 1984 г. по результатам показательных штабных учений медицинской службы ВМФ СССР психоневрологический кабинет 121-й поликлиники ТОФ под руководством, в то время, капитана медицинской службы Г.И. Григорьева был признан лучшим на Военно-морском флоте СССР.

Григорий Игоревич в разные годы (1979–2009 гг.) прошел интернатуру и 25 специализаций и усовершенствований по психиатрии, наркологии, психотерапии и медицинской психологии, а также по хирургии, терапии, психосоматической медицине, реабилитации и электропунктуре в

ведущих клинических и научных центрах в СССР и РФ в городах: Владивостоке, Ленинграде, Риге, Харькове, Феодосии и Санкт-Петербурге.

Профессиональную и научную деятельность продолжил в Ленинграде в должности врача-психотерапевта, психиатра-нарколога Клинической больницы управления делами Академии наук СССР (1984-1989). Для сотрудников Ленинградского научного центра АН СССР и членов их семей организовал службу амбулаторной психологической и психотерапевтической помощи в ряде НИИ Ленинградского научного центра АН СССР: Физико-техническом институте им. А.Ф. Иоффе, Ленинградском институте ядерной физики им. Б.П. Константинова, Институте цитологии, Институте эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова, Главной астрономической обсерватории АН СССР, Всесоюзном НИИ «Электрон» и др.

На базе Центра научно-технической деятельности и социальных инициатив при АН СССР 15 декабря 1988 г. выступил инициатором создания Международного института резервных возможностей человека (МИРВЧ), включающего в себя филиалы во Пскове, Калининграде, Белоруссии и Литве; Клинику ассоциации наркологов в Санкт-Петербурге и Психологический реабилитационный центр для наркозависимых в д. Белое Витебской области Республики Беларусь. Тем самым заложил основы современной общественной инфраструктуры кризисно-реабилитационной психотерапевтической наркологической помощи населению на духовно-нравственной православной основе.

Г.И. Григорьев является директором МИРВЧ и главным специалистом врачом-психотерапевтом, психиатром-наркологом, психиатром высших квалификационных категорий, имеет сертификаты по указанным специальностям. Для научной систематизации, обобщения и обработки имеющихся данных, а также информационного обеспечения лечебного процесса под его непосредственным руководством совместно с кафедрой автоматизации управления медицинской службы (с военно-медицинской статистикой) Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, была создана уникальная по объему информации автоматизированная система учета больных (АСУ ПЗ), прошедших лечение в МИРВЧ. В результате глубокого научного анализа существующей базы данных сотрудниками МИРВЧ были выполнены более 500 научных работ, защищены 3 диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук и 8 диссертаций на соискание ученой степени кандидатов медицинских и психологических наук. Защиты проходили в ученых советах ведущих научных учреждений Российской Федерации: Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева,



Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова и Всероссийском центре экстренной и радиационной медицины МЧС России. В настоящее время готовятся к защите 2 докторских и 5 кандидатских диссертаций. В итоге проведенной большой научно-практической работы в МИРВЧ сформировалась собственная духовно ориентированная православная психотерапевтическая школа на основе доказательной медицины.

Проявил себя и как талантливый преподаватель в сфере медицинской психологии и психотерапии патологических зависимостей. Работал по совместительству ассистентом кафедры реабилитации в Ленинградском государственном институте для усовершенствования врачей (ЛенГИДУВе), ныне Государственном образовательном учреждении дополнительного профессионального образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию «Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования» (ГОУ ДПО СПб МАПО Росздрава). В 2005 г. избран по конкурсу на должность профессора кафедры медицинской психологии СПб МАПО, где преподает по настоящее время курс «Психотерапии патологических зависимостей».

Основным направлением научных исследований и практической лечебной деятельности у Г.И. Григорьева является разработка направления эмоционально-эстетической стрессовой и духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зорока на православной основе при лечении патологических зависимостей и неврозов. Задачей нового научного направления стало строительство «моста» между медициной и церковью (сотрудничество врачей и священников). Как результат этой совместной работы — исцеление больного путем восстановления отношений человека с Богом.

Г.И. Григорьев автор (соавтор) более 300 научных работ, 7 из которых опубликованы за рубежом (в Англии, Норвегии, Швеции, Литве, Белоруссии). Он является автором и соавтором 4 патентов на изобретения Федерального агентства по патентам и товарным знакам (Роспатента), альбома «Психофизическая саморегуляция», а также 6 учебно-методических пособий: «Кризисно-реабилитационная помощь при героиневой наркомании: эмоционально-эстетическая стрессовая психотерапия» (2002); «Организационно-методические и аналитические основы кризисной медико-психологической помощи лицам с наркотической зависимостью на основе метода эмоционально-эстетической психотерапии» (2003); «Методы оценки психологического состояния лиц с наркотической (героиневой) зависимостью» (2003); «Духовно ориентированная психотерапия патологических зависимостей» (2006); «Организация и содержание духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей»

(2007); «Становление и организация духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей» (2007).

Г.И. Григорьев автор и соавтор 6 монографий: «Клинические аспекты психопатологии, психофармакологии и эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии» (1999); «Кризисно-реабилитационная помощь (методом эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии) при героиновой наркомании: концепция, принципы, эффективность и механизмы воздействия» (2003); «Духовно ориентированная психотерапия в форме целебного зарока: теоретические основы, организационная структура и информационно-аналитическое обеспечение» (2004); «Психодиагностика и психокоррекция» (2008); «Духовно ориентированная психотерапия» (2008); «Духовно ориентированная психотерапия патологических зависимостей» (2008).

Григорий Игоревич является руководителем ряда международных психотерапевтических программ, конференций и семинаров. Соредатор 15 тематических сборников научных трудов по проблемам неврозов, психотерапии патологических зависимостей и медицинской психологии. Под его руководством защищены 6 кандидатских диссертаций, подготовлены к защите еще 5 кандидатских и 2 докторские диссертации.

Является членом Союза писателей России (1998) и членом Литературного Фонда РФ (2000). Автор 3 художественных книг («На древней земле» (1989), «Накануне чуда» (1991), «Сказка про Алю и Аля» (1991), а также 5 сборников «Исцеление словом» (1993, 1995, 2000, 2001, 2002), посвященных вопросам народной трезвости.

Награжден орденами: «За воинские заслуги»; «100 лет Подводных Сил России»; «За медицинские заслуги» I и II степени и «Орденом Признания», а также многими медалями: Президента РФ, Президиума Верховного Совета СССР, Министерства Обороны СССР, Министерства Обороны РФ, Главкома Военно-морского флота РФ, Министерства Чрезвычайных Ситуаций России, Министерства Внутренних Дел РФ, различных государственных и общественных организаций.

7 ноября 2008 г. Указом Президента РФ Д.А. Медведева в связи с 20-летием Международного института резервных возможностей человека и прошедшим 50-летием за многолетнюю, добросовестную работу и заслуги в области здравоохранения профессору Г.И. Григорьеву было **присвоено почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации»**.

Уважаемый Григорий Игоревич, редколлегия и редакционный совет журнала рады поздравить Вас с очередной государственной наградой, сердечно желают Вам крепкого здоровья, удач, семейного счастья, бодрости духа и дальнейших творческих успехов.

## РЕФЕРАТЫ

**Александров А.А.** Психотерапия психосоматических расстройств // Вестник психотерапии. – 2009. – № 29(34). – С. 09–16.

Представлен анализ роли личности в генезе психосоматических расстройств с позиций психологии отношений В.Н. Мясищева. Подчеркивается важность фактора субъективной значимости отношения личности к определенным обстоятельствам и отсутствия личностного ресурса для решения конфликтной ситуации. Обсуждаются возможности рационально-эмотивной терапии в лечении психосоматических расстройств.

**Ключевые слова:** психология отношений, невроз, психосоматические расстройства, патогенетическая психотерапия, рационально-эмотивная терапия.

**Колов С.А.** Интеграция биопсихосоциального подхода в медико-психологическую реабилитацию и психотерапию ветеранов боевых действий // Вестник психотерапии. – 2009. – № 29(34). – С. 17–26.

Представлена система реабилитации ветеранов боевых действий на основе биопсихосоциального подхода в психотерапевтическом отделении общесоматического лечебно-профилактического учреждения. Рассмотрены характеристики участников войны, влияющие на процесс психотерапии, показаны особенности проявления их поведения в процессе реабилитации. Предложена модель психотерапии и реабилитации с учетом поведения комбатантов и обсуждены конкретные примеры применения психологических техник. Обращается внимание на необходимость дальнейшего изучения и поиска эффективных методов психологической коррекции для участников боевых действий.

**Ключевые слова:** посттравматическое стрессовое расстройство, реабилитация, психотерапия, биопсихосоциальный подход, комбатанты.

**Васильева А.В., Полторак С.В.** Особенности терапии больных с пограничным личностным расстройством // Вестник психотерапии. – 2009. – № 29(34). – С. 27–31.

Рассматриваются особенности диагностики, полиморфность клинической картины пограничного расстройства личности и наиболее частая коморбидная патология. Подробно описываются особенности терапии, амбивалентная мотивация, проблемы комплаентности, трудности в по-

строении терапевтического альянса, проявления негативной терапевтической реакции, типичные кризисы в течение пограничного расстройства личности. Предлагается оптимальная стратегия комбинирования фармако- и психотерапии в лечении этой патологии.

**Ключевые слова:** пограничная патология, комплаентность, психотерапия, фармакотерапия

**Цветкова Т.Н., Григорьев Г.И., Мизерене Р., Марченко Т.А.** Роль психологической коррекции в формировании ремиссии при патологических зависимостях // Вестник психотерапии. – 2009. – № 29(34). – С. 32–40.

В работе приведены результаты лечения больных с различными видами патологических зависимостей (алкоголизм, наркомания и игромания) методом духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарок (ДОП ЦЗ). Особое внимание уделено роли психологической коррекции в формировании ремиссии, систематическое использование которой после сеанса психотерапии, существенно увеличивает срок нахождения в ремиссии.

**Ключевые слова:** психологическая коррекция, патологическая зависимость, алкоголизм, наркомания, игромания, духовно ориентированная психотерапия, целебный зарок, ремиссия.

**Толошинова Д.Ю.** Применение техник индийского классического танца в танцевальной терапии детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата // Вестник психотерапии. – 2009. – № 29(34). – С. 40–46.

Рассматривается целесообразность применения техники языка жестов для детей с двигательными нарушениями. Дается классификация жестов и направленность применения их в практической работе. Данная техника предлагается, как альтернатива существующим техникам по развитию «тонких» движений пальцев рук, способствует коррекции не только двигательных нарушений мелкой моторики, но и коррекции эмоциональной сферы этих детей.

**Ключевые слова:** танцевальная терапия, индийский танец, язык жестов, моторика, психокоррекция.

**Назаров Р.Н.** Коррекция психонейроиммунных нарушений у больных атопическим дерматитом в процессе комплексного лечения // Вестник психотерапии. – 2009. – № 29(34). – С. 47–51.

Рассмотрены вопросы комплексного лечения больных атопическим дерматитом, направленного на основные звенья патогенеза. Применение фармакотерапии, психотерапии, транскраниальной электростимуляции, направленное на устранение психонейроиммунных нарушений при комплексном лечении больных атопическим дерматитом в сочетании с традиционной терапией, достоверно сокращает сроки разрешения кожного процесса и количество рецидивов в течение года, улучшает качество жизни пациентов.

**Ключевые слова:** атопический дерматит, нейропептиды, психонейроиммунные нарушения, системная поведенческая психотерапия, транскраниальная электростимуляция.

**Иванова С.П.** Формирование образа профессии и портрета профессионала психолога МЧС России // Вестник психотерапии. – 2009. – № 29(34). – С. 52–63.

Представлен эксперимент по определению уровней сформированности будущего специалиста как субъекта труда и его психологической готовности к профессиональной деятельности, для чего были использованы такие феномены, как психологические признаки и психические регуляторы труда. В основу работы положено суждение о зависимости построения дифференцированного подхода к воспитанию будущего специалиста от выявленных в нем сильных и слабых сторон с целью коррекции слабых аспектов.

**Ключевые слова:** профессиональная педагогика, психологические признаки труда, психические регуляторы труда, «Я-образ», «Я-концепция».

**Солдатов В.И.** Копинг-поведение как фактор профессиональной успешности оперуполномоченных криминальной милиции // Вестник психотерапии. – 2009. – № 29(34). – С. 63–70.

Рассматривается зависимость эффективности профессиональной деятельности оперуполномоченных криминальной милиции МВД России и от сформированности копинг-поведения. Проанализированы 230 отзывов и экспертных оценок о профессиональной успешности сотрудников МВД. Установлено, что наличие высокого уровня копинг-поведения у со-

трудников МВД, деятельность которых характеризуется большой психологической напряженностью, в значительной мере обуславливает их профессиональную успешность.

**Ключевые слова:** сотрудники криминальной милиции, профессионально-важные качества; профессиональная успешность, копинг-поведение.

**Змановская Е.В., Сложеникин А.П., Новикова И.А.** Особенности социально-психологической адаптации сотрудников внутренних дел к экстремальным условиям служебно-боевой деятельности // Вестник психотерапии. – 2009. – № 29(34). – С. 70–85.

Приводятся результаты исследования особенностей социально-психологической адаптации сотрудников органов внутренних дел к экстремальным условиям служебно-боевой деятельности в Чеченской Республике. Обосновываются рекомендации по диагностике, коррекции и профилактике негативных последствий стрессогенной ситуации у сотрудников органов внутренних дел.

**Ключевые слова:** психологическая адаптация, сотрудники органов внутренних дел, служебно-боевая деятельность, Чеченская Республика.

**Мельницкая Т.Б., Прох В.Э.** Информационно-психологическая защита населения, проживающего на территориях с ядерными объектами научного назначения // Вестник психотерапии. – 2009. – № 29(34). – С. 86–96.

Представлены результаты исследования социально-психологических проблем и уровня стресса жизни у населения радиоактивно загрязненных, «чистых» и территорий с ядерными объектами научного назначения. Обоснованы рекомендации по информационно-психологической защите населения от неадекватной психотравмирующей информации, связанной с возможным воздействием радиационного фактора.

**Ключевые слова:** информационно-психологическая безопасность населения, восприятие радиационного риска, стресс жизни, социально-психологические проблемы населения, информационно-психологическая защита населения.

**Бигунец В.Д.** К вопросу об оценке функционального состояния спасателей МЧС России // Вестник психотерапии. – 2009. – № 29(34). – С. 97–101.

Труд профессиональных спасателей МЧС России при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций относится к категории опасных и характеризуется высоким риском срыва психофизиологической адаптации. В обеспечении эффективности и надежности профессиональной деятельности спасателей при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций особенно важна роль мотивации и функционального состояния.

**Ключевые слова:** функциональное состояние, эффективность деятельности, надежность деятельности, спасатели.

**Белов Е.Н., Сомова Е.Б., Федоров Я.О.** Проблемы взаимодействия специалистов в совместной работе с душевнобольными // Вестник психотерапии. – 2009. – № 29(34). – С. 102–109.

Исследуются препятствия на пути к успешному взаимодействию психиатров и психотерапевтов (психологов) при оказании помощи душевнобольным. Проблема междисциплинарного взаимодействия имеет несколько аспектов: формальный, конкуренция, контрперенос, проективная идентификация и отыгрывание. Рассматриваются сознательный и бессознательный стороны конфликта. Указанная проблема может решаться путем совместных конференций персонала, семинаров, балинтовских групп, профессиональных тренингов и др.

**Ключевые слова:** междисциплинарное взаимодействие, психотерапия душевнобольных, конкуренция, контрперенос, проективная идентификация, отыгрывание.

**Жулина Е.В., Ключева С.А.** Комплексное изучение психического развития детей с задержкой экспрессивной речи в единстве раннего и дошкольного возраста // Вестник психотерапии. – 2009. – № 29(34). – С. 110–118.

Актуальной проблемой логопсихологии является изучение и коррекция психического развития детей с ЗЭР в единстве раннего и дошкольного возраста. Это связано с тем, что ряд психологических новообразований, свойственных детям раннего возраста с задержкой экспрессивной речи, появляется лишь в дошкольном возрасте, либо не появляется совсем, что обуславливает специфические особенности их психического развития. В статье рассмотрены вопросы теоретико-организационные основы моделирования авторской системы диагностики, представлены результаты исследования.

**Ключевые слова:** комплексная диагностика, задержка экспрессивной речи, вариативность отклоняющегося развития, уровень речевых стереотипов, репродуктивно-имитационный уровень коммуникации.

**Aleksandrov A.A.** Psychotherapy in Psychosomatic Disorders // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2009, No. 29(34), P. 09–16.

A personality role in the psychosomatic disorder development from the position of psychology of relationships by V.N. Myasishev is considered. An importance of subjective significance of personality relationship to certain circumstances and a lack of personality resources for solving of conflict situation is underlined. Resources of rational emotive therapy for a treatment of psychosomatic disorders are discussed.

**Keywords:** psychology of relationships, neurosis, psychosomatic disorders, pathogenetic psychotherapy, rational emotive therapy.

**Kolov S.A.** Integration of the Biopsychosocial Approach in Medical-Psychological Rehabilitation and Psychotherapy of Combat Veterans // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2009, No. 29(34), P. 17–26.

The rehabilitation system of combat veterans based on the biopsychosocial approach in a general medical-preventive institution is described. The combatants’ characteristics that may have an influence on psychotherapeutic process were considered, alongside with the peculiarities of their behaviour manifestations during the rehabilitation process. As a result, after taking combatants’ conduct into account we have offered a psychotherapy and rehabilitation model; besides, the concrete examples of application of psychological techniques are discussed. A special attention must be paid to the necessity of further investigation and search for efficient methods of psychological correction for combat veterans.

**Keywords:** posttraumatic stress disorder, rehabilitation, biopsychosocial approach, combatants.

**Vasileva A.V., Poltorak S.V.** Special Aspects of the Therapy of Borderline Personality Disorder // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2009, No. 29(34), P. 27–31.



The article considers the special features of the borderline personality disorder: diagnostics, polymorphism of the clinical picture, the most frequent comorbid pathology. The peculiarities of the therapy, the ambivalent motivation, compliance problems, the difficulties in the therapeutic alliance establishment, manifestations of the negative therapeutic reaction, and typical crises in the borderline personality disorder development are presented in details. Authors suggest the optimal strategy of the pharmaco- and psychotherapy combination in the treatment of this pathology.

**Keywords:** borderline personality disorder, compliance, psychotherapy, pharmacotherapy.

**Tsvetkova T.N., Grigoriev G.I., Mizerene R., Marchenko T.A.** A role of Psychological Correction for the Remission Development in Pathological Dependencies // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2009, No. 29(34), P. 32–40.

The results of treatment of patients with different pathological dependencies (alcoholism, narcomania, and gambling abuse) by the method of spirit-oriented psychotherapy (healing vow) are presented. Special attention is paid to a role in the remission development of the psychological correction, which systematic use after psychotherapy sessions considerably increases remission duration.

**Keywords:** psychological correction, pathological dependency, alcoholism, narcomania, gambling abuse, spirit-oriented psychotherapy, healing vow, remission.

**Toloshinova D.Yu.** Application of the Classical Indian Dance Technique for Dancing Therapy in Children with Muscular-Skeletal Disorders // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2009, No. 29(34), P. 40–46.

Eligibility of application of technique of the sign language is considered in children with muscular-skeletal disorders. The classification of signs and their application in practical work is provided. This technique is suggested as an alternative to available approaches of developing fine finger motility, and facilitates correction both motor function and emotional disorders in these children.

**Keywords:** dancing therapy, Indian dance, sign language, motor function, psychocorrection.

**Nazarov R.N.** Correction of Psychoneuroimmunity Disturbances in Patients with Atopic Dermatitis During Comprehensive Treatment // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2009, No. 29(34), P. 47–51.

Questions of the comprehensive atopic dermatitis treatment targeted at all the basic pathogenesis components are considered. Combination of pharmacotherapy, psychotherapy, transcranial electrostimulation aimed at psychoneuroimmune disturbance control within the comprehensive treatment of patients with atopic dermatitis along with conventional therapy significantly reduces time of skin process resolution and annual number of relapses, and improves patient quality of life.

**Keywords:** atopic dermatitis, neuropeptides, psychoneuroimmune disturbances, system behavioural psychotherapy, transcranial electrostimulation.

**Ivanova S.P.** Profession Image Formation and a Portrait of the Professional Psychologist of the EMERCOM of Russia // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2009, No. 29(34), P. 52–63.

The experiment for defining maturity levels of the future expert as a subject of work and his psychological readiness for professional activities are presented. Such phenomena as psychological indications and mental work regulators were used. The work was based upon a statement about dependence of construction of the differentiated approach to training of the future expert on revealed strengths and weaknesses in order to correct the latter.

**Keywords:** professional pedagogy, psychological work attributes, mental work regulators, "Self-image", "Self-concept".

**Soldatov V.I.** Coping Behaviour as a Factor of Professional Achievement of Operatives of the Criminal Militia // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2009, No. 29(34), P. 63–70.

The dependence of efficiency of professional activities of the criminal militia operatives of the Ministry of the Interior of Russia upon the coping behavior maturity is considered. Some 230 judgments and expert appraisals of professional achievement of the officers of the Ministry of the Interior of Russia were analyzed. It has been established, that a high-level coping behavior in the officers with psychologically stressful activities greatly determines their professional achievement.

**Keywords:** criminal militia officers, critical professional capacities, professional achievement, coping behaviour.

**Zmanovskaya E.V., Slozhenikin A.P., Novikova I.A.** Peculiarities of the Social-Psychological Adaptation of the Officers of the Internal Affairs Bodies to the Extreme Conditions of Their Service-Military Activities // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2009, No. 29(34), P. 70–85.

The results of the study of peculiarities of the social-psychological adaptation of the officers of the internal affairs bodies to the extreme conditions of their service-military activities in the Chechen Republic are presented. Guidelines on diagnostics, correction and prevention of adverse consequences of the stressful setting in the officers of the internal affairs are justified.

**Keywords:** psychological adaptation, officers of the internal affairs bodies, service-military activities, Chechen Republic.

**Melnitskaya T.B., Prokh V.E.** Information-Psychology Defense in Population Inhabiting Territories with Research Nuclear Objects // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2009, No. 29(34), P. 86–96.

The results of the research of social-psychological problems and life stress level in population inhabiting territories with nuclear contamination, “clean” territories and territories with research nuclear objects are provided. Guidelines on information-psychology defense of population from inadequate psychotraumatic information related to possible radiation influence are justified.

**Keywords:** information-psychology safety of population, radiation risk perception, life stress, social-psychological problems of population, information-psychology defense of population.

**Bigunets V.D.** On the Issue of Functional Status Assessment in the Rescue Workers of the EMERCOM of Russia // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2009, No. 29(34), P. 97–101.

The work of professional rescuers of the EMERCOM of Russia during mitigation of consequences of emergency situations is classified as dangerous and is associated with a high risk of psychophysiological adaptation breakdown. The psychological motivation and functional status are very important for the efficiency and reliability of professional activity of rescue workers during mitigation of consequences of emergency situations.

**Keywords:** functional status, activity efficiency, performance reliability, rescue workers.

**Belov E.N., Somova E.B., Fyodorov Ya.O.** Issues of Interactions between Specialists in Their Joint Work with Mentally Ill // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2009, No. 29(34), P. 102–109.

This paper investigates obstacles in a way to successful interaction between psychiatrists and psychotherapists (psychologists) when helping mentally ill. The issue of the interdisciplinary interactions has some aspects: formal, competition, countertransference, projective identification and acting-out. Both conscious and unconscious parts of a conflict are considered. This problem can be solved with the help of joint staff conferences, seminars, Balint groups, professional training workshops, etc.

**Keywords:** interdisciplinary interactions, psychotherapy of mental patients, competition, countertransference, projective identification, acting-out.

**Zhulina E.V., Klyuzheva S.A.** A comprehensive assessment of mental development in children with speech delay in unity of early and preschool age // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2009, No 29(34), P. 110–118.

An actual problem of logopsychology is a comprehensive assessment and correction of a mental development of children with the delay of speech in unity of early and preschool age. The matter is that a number of psychological products, intrinsic for early-aged children with expressive speech delay appear only at preschool age or never, giving rise to specific patterns of their mental development. The paper considers aspects of the theoretical organizational basis for modeling of the author's diagnostic system, and study results are presented.

**Keywords:** comprehensive diagnostics, expressive speech delay, variability of deviant development, level of speech patterns, reproductive imitating level of communication.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Алексанин Сергей Сергеевич** – ФГУЗ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС России, директор, доктор медицинских наук, профессор, 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 4/2, р.т. (812) 541-85-65, e-mail: [medicine@arcerm.spb.ru](mailto:medicine@arcerm.spb.ru)

**Белов Евгений Николаевич** – ГУЗ «Городской психоневрологический диспансер № 7 (со стационаром)», медицинский психолог дневного стационара №1, 198020, г. Санкт-Петербург, Старопетергофский пр., д. 50, р.т.: (812) 252-24-35, e-mail: [eug.beloff@mail.ru](mailto:eug.beloff@mail.ru)

**Бигунец Василий Дмитриевич** – ФГУЗ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС России, доцент учебного отдела, кандидат медицинских наук, 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 4/2, р.т. (812) 542-75-42, (812) 595-63-33 доб. 2-17.

**Васильева Анна Владимировна** – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, старший научный сотрудник отделения неврозов и психотерапии, кандидат медицинских наук, 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, р.т. (812) 567-34-79, 567-90-52, e-mail: [annavdoc@yahoo.com](mailto:annavdoc@yahoo.com)

**Горелова Ольга Михайловна** – 72 Центральная поликлиника МЧС России, заведующая отделением функциональной диагностики, г. Москва, ул. Ватутина, д. 1, р.т. (499) 144-59-96, e-mail: [olga.ptishkina@mail.ru](mailto:olga.ptishkina@mail.ru)

**Григорьев Григорий Игоревич** – Оздоровительное учреждение «Международный институт резервных возможностей человека», директор института, врач психотерапевт, Заслуженный врач Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор, 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11, р.т. (812) 513-67-97, e-mail: [grigorijgi@hotmail.com](mailto:grigorijgi@hotmail.com)

**Жулина Елена Викторовна** – Нижегородский государственный педагогический университет, доцент кафедры специальной психологии, кандидат психологических наук, 603950, г. Нижний Новгород, ГСП-999, пл. Минина, д. 7, учебный корпус № 2, р.т. (8312) 439-03-20, e-mail: [Zhulinaelena@mail.ru](mailto:Zhulinaelena@mail.ru)

**Змановская Елена Валерьевна** – Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, проректор по научной работе, доктор психологических наук, доцент, Санкт-Петербург, Васильевский остров, 12 линия, д. 13 А; р.т. (812) 321-25-31; e-mail: [nic@psysocwork.ru](mailto:nic@psysocwork.ru)

**Иванова Светлана Петровна** – Санкт-Петербургский университет Государственной противопожарной службы МЧС России, заведующая учебно-научным комплексом психологии риска, экстремальных и кризисных ситуаций, кандидат психологических наук, доцент, 196105, г. Санкт-Петербург, Московский пр., д. 149, м.т. 8-950-047-56-41, e-mail: [sveta\\_iv@mail.ru](mailto:sveta_iv@mail.ru)

**Клюжева Светлана Александровна** – Нижегородский государственный педагогический университет, старший преподаватель кафедры специальной психологии, 603950, г. Нижний Новгород, ГСП-999, пл. Минаева, д. 7, учебный корпус 2, р.т. (8312) 439-03-20, e-mail: [Svetlana\\_Klyuzheva@bat.com](mailto:Svetlana_Klyuzheva@bat.com)

**Колов Сергей Александрович** – ГУЗ «Волгоградский областной клинический госпиталь ветеранов войн» психотерапевтическое отделение, врач-психотерапевт, кандидат медицинских наук, 400138, г. Волгоград, ул. им. Р.Землячки, 82; р.т. (8442) 39-97-17, e-mail: [kind20@mail.ru](mailto:kind20@mail.ru), [kolov@zmail.ru](mailto:kolov@zmail.ru)

**Марченко Татьяна Андреевна** – Управления преодоления последствий радиационных аварий и катастроф МЧС России, начальник управления, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент Международной академии наук экологии и безопасности жизнедеятельности, заслуженный работник социальной защиты населения Российской Федерации, 103055, г. Москва, Угловой пер. 27-А, р.т. (495) 798-70-17, e-mail: [mta@ibrae.ac.ru](mailto:mta@ibrae.ac.ru)

**Мельницкая Татьяна Борисовна** – Обнинский государственный технический университет атомной энергетики (ИАТЭ), доцент кафедры психологии, кандидат психологических наук, 249031, г. Обнинск, Калужской области, ул. Белкинская, д.19, кв. 9, м.т. 8-910-912-62-75, e-mail: [melnitskaja2005@yandex.ru](mailto:melnitskaja2005@yandex.ru)

**Мизерене Рута** – Психотерапевтический кабинет г. Паланга, доктор медицинских наук, врач психотерапевт, Литва, г. Кретинга, ул. Кестучио, д. 18, e-mail: [meshkelis@yandex.ru](mailto:meshkelis@yandex.ru)

**Назаров Роман Николаевич** – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, старший научный сотрудник научно-исследовательского центра, кандидат медицинских наук, 194175, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, м.т. 8-812-982-89-17, e-mail: [nazarov-roman@yandex.ru](mailto:nazarov-roman@yandex.ru)

**Новикова Ирина Альбертовна** – Поморский государственный университет им. М.В. Ломоносова, профессор кафедры психологии, доктор медицинских наук, доцент, 163004, г. Архангельск, пр. Ломоносова, д.2, р.т. (8182) 66-67-73, e-mail: [ianovikova@mail.ru](mailto:ianovikova@mail.ru)

**Певзнер Александр Викторович** – НИИ кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГУ РКНПК Росмедтехнологий, старший научный сотрудник отдела электрофизиологии, кандидат медицинских наук, г. Москва, 3-я Черепковская ул., д. 15а, р.т. (495) 140-93-36, e-mail: [info@cardioweb.ru](mailto:info@cardioweb.ru)

**Полторац Станислав Валерьевич** – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, старший научный сотрудник отделения неврозов и психотерапии, кандидат медицинских наук, 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, р.т. (812) 567-34-79, 567-90-52, e-mail: [poltorak62@mail.ru](mailto:poltorak62@mail.ru)

**Прох Валерий Эдуардович** – Администрация г. Дубна Московской области, глава города, 141980, Московская область, г. Дубна, ул. Академика Балдина, д. 2, р.т. (49621) 2-29-02, e-mail: [dubna@mosreg.ru](mailto:dubna@mosreg.ru), [larisa@uni-dubna.ru](mailto:larisa@uni-dubna.ru)

**Саблин Олег Александрович** – ФГУЗ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС России, заместитель главного врача, доктор медицинских наук, 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 4/2, р.т. (812) 541-85-65, e-mail: [medicine@arcerm.spb.ru](mailto:medicine@arcerm.spb.ru)

**Сложеникин Андрей Павлович** – Управления внутренних дел по Архангельской области, начальник медицинской части отряда милиции специального назначения криминальной милиции; 163000, г. Архангельск, ул. Воскресенска, д.3, р.т. (8182) 21-64-30; e-mail: [Andrey-Slozhenikin@yandex.ru](mailto:Andrey-Slozhenikin@yandex.ru)

**Солдатов Василий Иванович** – Санкт-Петербургский Университет МВД России, адъюнкт кафедры общей и практической психологии, 198264, г. Санкт-Петербург, ул. лётчика Пилютова, д. 1, м.т. 8-911-786-20-45, e-mail: [volkodavka@list.ru](mailto:volkodavka@list.ru)

**Сомова Елена Борисовна** – ГУЗ «Городской психоневрологический диспансер №7 (со стационаром)», психиатр, психотерапевт дневного стационара №1, 198020, г. Санкт-Петербург, Старопетергофский пр., д. 50, р.т.: (812) 252-24-35, e-mail: [talalova@mail.ru](mailto:talalova@mail.ru)

**Тимошевский Александр Анатольевич** – Медицинская академия им. И.М. Сеченова, начальник кафедры военной токсикологии и медицинской защиты, кандидат медицинских наук, 119881, г. Москва, ул. Б. Пироговская, д.2/9, р.т. (495) 248-52-58

**Толошинова Дарья Юрьевна** – Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко, реабилитационно-трудовой центр, ведущая психотерапевтических групп, 188357, Ленинградская область, Гатчинский р-н, с. Никольское, ул. Меньковская, д. 10, р.т. (81371) 56-232, e-mail: [daryatoloshinova@mail.ru](mailto:daryatoloshinova@mail.ru)

**Фёдоров Ян Олегович** – Восточно-Европейский институт психоанализа, заведующий кафедрой пропедевтики психических болезней, 197198, г. Санкт-Петербург, П.С. Большой пр., д. 18, лит. А, р.т. (812) 235-11-39, e-mail: [orthodoc@mail.ru](mailto:orthodoc@mail.ru)

**Хеймец Григорий Иосифович** – НИИ кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГУ РКНПК Росмедтехнологий, старший научный сотрудник отдела новых методов диагностики, кандидат биологических наук, г. Москва, 3-я Черепковская ул., д. 15а, р.т. (495) 140-93-36

**Цветкова Таисия Николаевна** – Оздоровительное учреждение «Международный институт резервных возможностей человека», медицинский психолог, 194352, г. Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11, р.т. (812) 513-67-97





## ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ»

Редакционная коллегия

194352 Россия, Санкт-Петербург,  
Придорожная аллея, д. 11, ОУ «МИРВЧ»  
Тел/факс (812) 513-67-97, 592-35-79

Уважаемые коллеги!

На базе Международного института резервных возможностей человека (МИРВЧ, Санкт-Петербург) работает редакция журнала «Вестник психотерапии», целью которого является распространение научных знаний путем публикации статей, научных сообщений и результатов исследований по медицинским, психологическим, социологическим, биологическим, фармацевтическим и другим наукам в области психотерапии, коррекционной и экстремальной психологии, психоанализа и смежным проблемам.

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

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

**Желающие опубликовать свои научные материалы** (статьи, обзоры, краткие информационные сообщения) **должны** представить их в редакцию журнала в 2-х экземплярах в отпечатанном виде с приложением дискеты на 3,5 дюйма в текстовом редакторе WORD, шрифт Times New Roman, шрифт 14, межстрочный интервал полуторный. Должны быть указаны фамилия, имя, отчество (полностью), ученая степень, ученое звание, должность и место работы автора (авторов), адрес (почтовый и e-mail) и телефон (телефоны). Статья должна быть подписана автором (авторами).

Материал статьи представляется по ГОСТу 7.89-2005 «Оригиналы текстовые авторские и издательские». Рекомендуемый объем статьи 10–20 стр. (28–30 строк на стр., до 70 знаков в строке). По согласованию могут быть опубликованы материалы другого объема. К статье должно быть приложено краткое резюме (реферат), отражающее основное содержание работы, размером не более половины страницы машинописи на русском и, при возможности, английском языке, с ключевыми словами. Диагнозы заболеваний и формы расстройств поведения следует соотносить с МКБ-10. Единицы измерений приводятся по ГОСТу 8.471-2002 «Государственная система обеспечения единства измерений. Единицы величин». Список литературы оформляется по ГОСТу 7.1-2003 «Библиографическая запись ...».

Рукописи рецензируются членами редакционного совета или редакционной коллегии. При положительной рецензии поступившие материалы будут опубликованы. Представленные материалы должны быть актуальными, соответствовать профилю журнала, отличаться новизной и научно-практической или теоретической значимостью. Фактический материал должен отражать новейшие данные, быть тщательно проверен и подтвержден статистическими данными или ссылками на источники, которые приводятся в конце статьи. При несоответствии статьи указанным требованиям тексты рукописей не возвращаются.

Телефон/факс (812) – 513-67-97, 592-35-79, 592-14-19 – заместитель главного редактора журнала – кандидат психологических наук Мильчакова Валентина Александровна.

e-mail: [vestnik-pst@yandex.ru](mailto:vestnik-pst@yandex.ru)

[www.mirvch.ru](http://www.mirvch.ru)

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

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

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

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 года.

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

Учредители:

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

Главный редактор – Рыбников Виктор Юрьевич.

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

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

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

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

тираж 1000 экз.

цена – свободная