

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

**ВЕСТНИК
ПСИХОТЕРАПИИ**

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор В.Ю. Рыбников

№ 33 (38)

Санкт-Петербург
2010

Редакционная коллегия

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

Редакционный совет

С.С. АЛЕКСАНИН (Санкт-Петербург); А.А. АЛЕКСАНДРОВ (Санкт-Петербург); Г.В. АХМЕТДАНОВА (Тольятти); 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

**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 33 (38)

St. Petersburg
2010

Editorial Board

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

Editorial Council

S.S. ALEKSANIN (St. Petersburg); A.A. ALEKSANDROV (St. Petersburg);
G.V. AKHMETDANOVA (Togliatti); 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

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХОТЕРАПИЯ

| | |
|---|----|
| <i>Григорьев Г.И., Мильчакова В.А.</i> Метод эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии – предшественник духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зорока на православной основе | 9 |
| <i>Строганов А.Е.</i> «Психотерапевтический монтаж» – новый метод трансдраматической психотерапии | 35 |
| <i>Колов С.А.</i> Теоретические и эмпирические основания личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии у ветеранов боевых действий | 40 |
| <i>Федоров Я.О.</i> Размышления о «психоэкономике» | 55 |

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

| | |
|---|----|
| <i>Ткаченко Г.А.</i> Психологическая помощь онкологическим больным с использованием арт-терапии | 65 |
| <i>Белогорцев Д.О., Васильева А.В., Карвасарский Б.Д., Колотильщикова Е.А., Чехлатый Е.И.</i> Сравнительный анализ стресс-преодолевающего поведения (копинга) у больных острым и хроническим невротическим расстройств | 70 |

ПСИХОЛОГИЯ. КОНФЛИКТОЛОГИЯ.

| | |
|---|-----|
| <i>Будко Д.Ю.</i> Психологические проблемы адаптации и пути их коррекции в процессе обучения в военно-медицинском вузе | 83 |
| <i>Колотильщикова Е.А., Лысенко И.С., Чехлатый Е.И.</i> Современные представления о конфликтах | 90 |
| <i>Евдокимов В.И., Ролдугин Г.Н., Хмелинина Н.В.</i> Влияние семейных отношений на профессиональное выгорание медицинских сестер | 104 |
| <i>Адмакина Т.А.</i> Сюжетность переживания как компонент эмоциональной отзывчивости на музыку | 112 |

ПСИХОФИЗИОЛОГИЯ

*Бабурин И.Н., Караваева Т.А., Колотильщикова Е.А., Слезин В.Б.,
Шульц Е.В.*

Биоэлектрическая активность мозга у больных с различными клиническими типами невротических расстройств (по данным спектрального анализа) 119

Юбилейные даты 130

Рефераты 132

Сведения об авторах 141

Информация о журнале 144

CONTENTS

PSYCHOTHERAPY

| | |
|---|----|
| <i>Grigoriev G.I., Milchakova V.A.</i> Method of emotional-esthetic stress psychotherapy as a precursor of spirit-oriented psychotherapy in form of healing vow on the orthodox base | 9 |
| <i>Stroganov A.E.</i> “Psychotherapeutic montage” – the new transdramatic psychotherapy method | 35 |
| <i>Kolov S.A.</i> Theoretical and empirical basis of personality-oriented (reconstructive) psychotherapy for combat veterans | 40 |
| <i>Fyodorov Ya.O.</i> Reflection on “psychoeconomics” | 55 |

PSYCHOLOGICAL HELP

| | |
|--|----|
| <i>Tkachenko G.A.</i> Psychological assistance to cancer patients using the art therapy | 65 |
| <i>Belogortsev D.O., Vasilyeva A.V., Karvassarsky B.D., Kolotilshchikova E.A., Chekhlaty E.I.</i> The comparative analysis of stress-overcoming (coping) behavior in patients with acute and lingering forms of neurotic disorders | 70 |

PSYCHOLOGY. CONFLICTOLOGY.

| | |
|--|-----|
| <i>Budko D.Yu.</i> Psychological problems of adaptation and the way of their correction during education in a military medical college | 83 |
| <i>Kolotilshchikova E.A., Lysenko I.S., Chekhlaty E.I.</i> Current concepts about conflicts | 90 |
| <i>Evdokimov V.I., Roldugin G.N., Khmelinina N.B.</i> Effects of family relations on professional burning-out in nurses | 104 |
| <i>Admakina T.A.</i> Story experience as a component of emotional responsiveness to music | 112 |

PSYCHOPHYSIOLOGY

*Baburin I.N., Karavaeva T.A., Kolotilshikova E.A., Slezin V.B.,
Schultz E.V.*

Brain bioelectric activity in patients with various clinical types of neurotic disorders (according to a spectral analysis) 119

Jubilees 130

Abstracts 132

Information about authors 141

Information about the Journal 144

ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 615.851 : 281.93

Г.И. Григорьев, В.А. Мильчакова

МЕТОД ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЭСТЕТИЧЕСКОЙ СТРЕССОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ – ПРЕДШЕСТВЕННИК ДУХОВНО ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ФОРМЕ ЦЕЛЕБНОГО ЗАРОКА НА ПРАВОСЛАВНОЙ ОСНОВЕ

Международный институт резервных возможностей человека, Санкт-Петербург;
Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

Данной публикацией продолжаем серию статей о становлении метода духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей в форме целебного зарока [8, 12]. Очередным этапом становления метода стал метод эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии (ЭЭСПТ).

Митрополит Антоний Сурожский писал: «Ясно, что между телом и душой человека существует глубокая связь. Это легко увидеть на двух уровнях. С одной стороны, общеизвестно, что в последнее десятилетие большое внимание обращается на психосоматические болезни. Нам достоверно известно, что происходящее в душе человека не только каким-то образом отражается на состоянии его тела, но и, в соответствии с определенными механизмами, систематически вызывает всегда один и тот же отклик в различных органах тела, в частности в нервной системе человека. С другой стороны, если мы обратимся к области религиозного и духовного опыта, будь то Запада или Востока, мы видим, что издревле существовало ясное понимание того, что между душой и телом, между психикой человека и телом, которым он обладает, есть двусторонняя связь. И хотя верно, что происходящее в душе отражается в теле, наносит ему ущерб, часто изменяет тело, верно и то, что тело, со своей стороны, имеет большое влияние на психологическую область человеческой жизни.

Если вы изучаете психологию и физиологию, вы легко заметите на уровне элементарной физиологии, что каждое психологическое событие, каждое эмоциональное движение, любая интеллектуальная деятельность в результате приводит к изменениям в железах, в мускулах и так далее. Если посмотреть на статую работы Родена “Мыслитель”, то вы ясно, на пластике, увидите, что я имею в виду. Человек сидит, задумавшись, но когда вы видите эту статую, вам ясно, что он думает не только мозгами. Он думает –

весь. Все его тело склонилось и мыслит, он думает каждым мускулом, каждой частью своего тела, всем положением своего тела. Это человек, превратившийся в воплощенную мысль. Если предпочитаете, можно сказать, что на какой-то глубине мысль и ее воплощение совпадают, становятся одно. Разумеется, когда наша мысль поверхностна, она более ограничена и не воспринимается нашим телом так явно. Этим знанием пользовались подвижники-исихасты¹ XI–XIV веков, чтобы выработать метод, приводящий к психологическому состоянию, при помощи которого можно затем молиться нерассеянно. Психологическое состояние полного внимания, полного высвобождения от страсти и беспорядочных мыслей достигалось при помощи физических приемов. Эти приемы никогда не рассматривались, будто они и есть молитва. Это были приемы, при помощи которых создавались условия для нерассеянной молитвы. Они охватывали и движения страстей, и беспорядок в мыслях.

Однако о человеке сегодня мы привыкли думать в умственных категориях, мы думаем о человеке и его интеллекте или эмоциональной жизни в той мере, в какой то и другое является частью его сознательной жизни, и забываем, что у человека гораздо более глубокие корни, забываем, что интеллект, которым он так гордится, и эмоции, которые он совершенно не в состоянии контролировать, далеко не составляют всецелого человека» [1].

На начальном этапе организации кризисно-реабилитационной помощи при наркоманиях, хроническом алкоголизме, никотинизме, азартных играх и чревообъядении в Международном институте резервных возможностей человека (МИРВЧ) в период с декабря 1988 по май 1991 г. применяли метод стрессопсихотерапии по А.Р. Довженко в соответствии с авторскими методическими рекомендациями, утвержденными МЗ СССР в 1984 г. Затем на протяжении нескольких лет мы усовершенствовали и видоизменяли метод Довженко с целью повышения его эффективности. За-

¹ Первоначально термин исихазм (от греч. *ἡσυχία* – «покой, безмолвие») обозначал созерцательный, отшельнический тип монашества, возникший в Египте, Палестине и Малой Азии в III – начале IV вв., отличный от общежительного монашества. Жизнь монаха-исихаста определялась внутренней молитвой, «умным деланием», стремлением к личному обожению как началу преображения других людей и всего мира. Исихазмом также называется метод творения Иисусовой молитвы, распространенный в среде византийского монашества XIII–XIV вв. Богословская система святителя Григория Паламы, выработанная им в процессе полемики с противниками исихазма, утверждает возможность реального мистического, а не рационального богопознания и различает «сущность» от божественных «энергий», в которых сама божественная жизнь передается тварям как личное божественное откровение. (Подробнее см.: *Иоанн Мейендорф, протопресвитер. История Церкви и восточно-христианская мистика*. М. : Институт ДИДИК, 2000.)

частую снятие тяги к алкоголю и наркотикам, достигнутое на лечебном сеансе, не исчерпывало всей имеющейся у больного патологической симптоматики и далеко не всегда устраняло ее причины. Нередко после стрессопсихотерапии у человека сохранялись психосоматически обусловленные и связанные с длительной интоксикацией заболевания внутренних органов, эмоциональная неуравновешенность, трудности общения, оставались неразрешенными семейные и служебные конфликты, вызывающие повышенную невротизацию. Лечение в таких случаях продолжалось путем применения фитотерапии, гомеопатии и, в отдельных случаях, курсовым назначением медикаментозных и психофармакологических препаратов под строгим наблюдением врача, но чаще использовались методы индивидуальной и групповой психотерапии по саморегуляции психоэмоционального состояния.

Как эффективный дополнительный психотерапевтический метод, закрепляющий воздействие стрессопсихотерапии на этапе реабилитации больных после лечения по методу Довженко, мы использовали психофизическую саморегуляцию с элементами дыхательной гимнастики (дозированные задержки дыхания на выдохе) по методу Бутейко и мышечную релаксацию по Джекобсону. При этом задержки дыхания создавали благоприятный фон для мышечной релаксации, что способствовало наиболее полной мысленной концентрации во время проведения группового занятия аутогенной тренировки для формирования «ключа» психосоматической регуляции. Конечной целью этих занятий являлось на основе психотехники, близкой к тренингу эмоциональности актеров – «система манков»² (К.С. Станиславский, В.Э. Мейерхольд, М.А. Чехов), в течение 10–20 занятий продолжительностью по 2–3 ч сформировать способность сознательного, произвольного «выманивания» ярких положительных воспоминаний и эмоций в эмоционально-стрессовых конфликтных ситуациях и при психосоматических кризах [29].

Во время проведения психотерапевтической беседы врач объяснял пациентам, что в саду своей души следует насаждать только благодатные мысли, которые на доброй почве дадут всходы и пойдут в рост. Ведь какие растения насадил в своей душе человек – таким будет и урожай. Это и был «ключ» саморегуляции эмоционального состояния. «Ключ» – это мысленный мгновенный крик человека о помощи. С помощью данного самовнушения алкоголики, находящиеся в ремиссии, и их родственники зачастую адаптировались к социогенному и соматическому дискомфорту, не прибе-

² «Манок» – это специальный свисток, которым охотник подманивает дичь. По образному выражению авторов, они обучали актеров вызывать те или иные психоэмоциональные состояния путем ярких личностно-значимых воспоминаний и переживаний.

гая к помощи спиртных напитков и медикаментов. В этом смысле психофизическая саморегуляция имела много общего со святоотеческим учением о невидимой брани – борьбе со «злыми помыслами» путем создания «помыслов добрых».

«Страсти глубоко укоренены у нас внутри, – утверждал старец Паисий, – но благочестивый, добрый помысел³ помогает нам не попадать к ним в рабство. Когда человек, постоянно включая в работу добрые помыслы, делает свое доброе состояние твердым, устойчивым, [его] страсти прекращают действовать и их словно не существует. То есть благочестивый помысел не искореняет страсти, но борется с ними и может их одолеть.

В Четвертой Книге Маккавейской описаны [мучения], которые смогли перенести семь Святых Отроков, их мать Святая Соломонида и их учитель Святой Елеазар, имея благочестивые помыслы. Я думаю, что писатель [Священной Книги] говорит об этом для того, чтобы ясно показать силу доброго помысла⁴.

Один добрый помысел равен по силе многочасовому всенощному бдению! Он обладает великой силой. Сейчас есть такие противоракетные системы, которые лазерными лучами поражают ракету противника еще на стартовой площадке и не дают ей взлететь. Так и добрые помыслы: они предупреждают взлет злых помыслов с дьявольских “аэродромов”, на которых те базируются и не дают им подняться в воздух. Поэтому, насколько можете, постарайтесь не дать дьяволу успеть насадить в вас злые помыслы. Постарайтесь сами опередить его и насадить в себе помыслы добрые, чтобы ваше сердце стало цветником и вашу молитву сопровождало божественное благоухание сердца» [27].

Но где лежит граница между духовностью и душевностью? Где кончается психология и начинается что-то высшее? Каковы принципиальные признаки различия болезней – душевных, невротических и психосоматических?

Вот что сказал по этому поводу владыка Антоний Сурожский: «Я не уверен, что о себе самом можно знать столько, сколько можно ощутить в другом; одно мне кажется достоверным: духовное не есть просто продол-

³ В святоотеческом аскетическом лексиконе слово «помысел» может означать как простую мысль, возникающую в уме, так и душевное движение, направленное к доброму или злему. Кроме этого, под «помыслом» может пониматься доброе или злое влечение, приобретенное с помощью ума, совести, чувства и воли. Любому делу предшествуют помыслы, поэтому для того, чтобы духовная борьба была правильной, она должна быть обращена в первую очередь на рассмотрение помыслов, с тем чтобы возделывать помыслы добрые и изгонять злые. Все христиане должны заниматься этим деланием, но особенно углубленно занимаются им монахи.

⁴ Четвертая книга Маккавейская на русский язык не переведена. В русском переводе см.: 2 Мак. 6–7.

жение или высшее выражение душевного, совершенство душевного. Нельзя сказать, что где-то кончается душевное и начинается духовное: есть какая-то область, где самым нормальным образом совершается их взаимное проникновение. Трудность опознать, где что начинается или кончается, в том, что духовный опыт мы сознаем в душевной плоскости: все духовные явления, так или иначе, отражаются в нашей психической области. Скажем, благоговение, радость, страх Божий (в хорошем смысле, не в смысле испуганности перед Богом, а благоговейный трепет) – это духовные явления, но охватывают нас душевно и физически, отражаются в этой области и делаются предметом нашего сознания. Старец Силуан говорил, что благодать достигает нашего духа, затем нашей души – психики – и, наконец, заполняет нашу плоть; что, конечно, предел, говорящий о святости. Просто я не знаю такого критерия. Если можно так выразиться, иногда, имея дело с другим человеком, на нюх как бы, на слух какой-то, знаешь: вот, это душевный человек говорит, а вот в это мгновение человек тебе сказал что-то, что принадлежит к области духа.

Делатели молитвы Иисусовой большое внимание обращали на физические феномены: у них преимущество то, что их не создать искусственно, поэтому, если какой-то феномен присутствует, он вне вашей воли, вашего выбора и потому может являться объективным элементом в расценке. И духовные наставники говорили, что такие-то и такие-то физические ощущения, переживания относятся к той или другой области, но опять-таки, нужно, чтобы говорящий знал, о чем говорит, чтобы он сам прошел этот путь.

Аскетическая традиция считает область телесности гораздо более надежным путем к пониманию того, что происходит в духовной области, чем душевность. Духовный опыт достигает нашего тела. И подобно тому, как Божество Христа исполняет тело Его Воплощения, так благодать Божия преображает наше тело. Этим объясняется, почему в житиях святых дееспособность, стремясь довести до нашего сознания, насколько глубоко человек был укоренен в Боге и жил благодатью Божией, описывает его подвиги. Мы видим невообразимое воздержание святых, их невероятные бедствия, они принуждали свое тело к тому, что совершенно недостижимо нам. Эти описания не имеют целью поразить нас физическими достижениями святых, это просто способ косвенно указать, что святые настолько полно жили в Боге, что не нуждались почти ни в чем земном.

Но аскетическая традиция предостерегает нас от опасности, заключенной в душевности. Душевность – область воображения, фантазии, ложных толкований, именно эта область нуждается, чтобы ее очистил, просветил Бог, заполнил Собой, наше дело – открыть Ему доступ путем собственной трезвости, путем неустанной борьбы с воображением. И, тем не

менее, мы должны жить с той душой, той душевностью, какая у нас есть, мы не можем познать ни Бога, ни благодать, ни многие взаимоотношения иначе как на этом уровне» [1].

Когда митрополиту Антонию задали вопрос: «Вы говорили о душевности и духовности как о разном, а есть ли у них какие-то точки соприкосновения и можно ли по опыту душевного судить о прогрессе духовного?», владыка ответил: «Я думаю, что абсолютных критериев нет, но есть указания. Скажем, святой Серафим Саровский в двух поучениях говорит о том, как распознавать действие Божие от действия темной силы. Действие Божие дает мир, радость, уму – свет, сердцу – горение, всему нашему существу – смирение и забвение о себе. Приближение духа тьмы дает тревогу, безрадостность, холод, потемнение ума, сосредоточенность на себе, презрение к другим. Это все признаки душевные, которые дают возможность распознать, что делается в области духовной. Но не всегда можно сказать, что то или другое переживание, те или другие мысли указывают на твою близость к Богу. Есть довольно много примеров из жизни святых, когда человек прельщался и шел не по тому пути, и именно потому, что он пошел не по тому пути, он постигал какую-то линию вещей и увлекался. В житии одного из киево-печерских подвижников есть рассказ о том, как он возгордился, отказался остаться в общежитии, ушел самовольно в затвор и соблазнился: под действием злого духа он стал понимать и излагать потрясающим для других образом Ветхий Завет и совершенно забыл все, что относится к Новому Завету⁵.

Так что можно в этом смысле заблудиться. И сказать: “Не может быть, чтобы не Бог его учил, – смотрите, как он глубоко понимает эти истины” – это не критерий. Критерием в области душевной, пожалуй, всегда может служить смирение. Оно не бывает от темных сил. И помимо чисто душевной стороны отцы Церкви, особенно на Афоне в XI–XIV веках, развили целую систему критериев физических; все, что мы читаем в связи с Иисусовой молитвой о центре внимания и так далее, – это критериология телесная.

В какой-то мере может помогать вегетативная нервная система. Опять-таки, как все тварное, она не может создавать не тварное. Если духовная жизнь – это встреча с Богом, жизнь с Ним, то она может создать благоприятные условия для встречи, но не саму эту встречу. Скажем (я вам сравнение даю, потому что мыслю больше сравнениями), если вы хотите слышать, что человек говорит, вам надо самому молчать, но от собственного молчания вы ничего не услышите, если он не заговорит. И в этом смысле наш душевный строй может помочь в духовной жизни, но не мо-

⁵ Святитель Никита, епископ Новгородский, затворник Печерский.

жет ее создать, так же как и физическое состояние успокоенности, стройности подготавливает почву для молитвы, но не есть сама молитва. Феофан Затворник в одном из своих писем говорит, что надо быть как хорошо натянутая струна на музыкальном инструменте. Если ты недостаточно натянут и по тебе царапают – никакого чистого звука ты не издашь, если перетянут и по тебе ногтем заденут – струна лопнет. А где-то есть равновесие, которое дает чистую, верную ноту. В этом же отрывке он говорит о том, как надо учиться стоять, двигаться: нельзя ни разваливаться, ни быть в состоянии напряжения, надо найти какое-то среднее состояние. Но это не дает молитву, так же как правильно натянутая струна сама никакой мелодии не издает, надо, чтобы кто-то на ней играл» [1].

Применение православных психотерапевтических подходов, из которых постепенно исчезали все принципы устрашения человека страхом биологической смерти и которые имели вечный духовно-нравственный смысл, позволило со временем говорить не о модификации метода А.Р. Довженко, а о новом эмоционально-эстетическом направлении при лечении патологических зависимостей – методе массовой ЭЭСПТ, применявшемся в МИРВЧ в период с июля 1991 по февраль 1994 г.

В классическом «Словаре русского языка» С.И. Ожегова дано следующее определение эстетики: «Эстетику (эстетическое) следует трактовать ближе к понятию нравственного, ведь по самому своему определению эстетика – это философское учение о сущности и формах прекрасного» [25].

Формирование метода ЭЭСПТ, в первую очередь, явилось следствием активного личного православного воцерковления врачей и сотрудников МИРВЧ, а также было обусловлено анализом результатов терапии: анамнеза жизни пациентов, их катамнеза и качества ремиссии за предшествующий период работы института. При лечении этих больных избирательно интегрировались не только личностно-ориентированные приемы современных психотерапевтических направлений, но и подходы православной психотерапии. Кроме того, учитывались социально-политические перемены в российском обществе, которые, с одной стороны, привели к демократизации и снятию запретов на свободу вероисповедания, а с другой – к нестабильности и утрате ценностных ориентиров.

По образному выражению приснопамятного католического священника из Литвы отца Станислава (Добровольского), тому, на кого попала «окультурная смола», придется отмываться от нее всю жизнь. Из-за деструктивных общественно-политических процессов, резкого снижения психологической защиты людей в духовно-нравственной и социально-психологической жизни общества сформировалась тенденция к пустомыслию, к тому, что в психиатрии называется метафизической интоксикацией.

Последнее привело к расконцентрированности и расслабленности в волевой сфере, развились повышенная внушаемость и ложный мистицизм, препятствующие и подавляющие проявление внутренних психоэмоциональных резервов духовного преображения человека по образу и подобию Божию.

Однажды, почувствовав нашу духовную немощь и усталость от работы со все более утяжеляющимися пациентами и желая подбодрить врачей, протоиерей Василий Лесняк сказал: «Не отчаивайтесь!.. Чем темнее ночь – тем ярче светят звезды. Полагайтесь более на Божию благодать, а не на человеческое умение. Помните слова Спасителя: *“Сказываю вам, что так на небесах более радости будет об одном грешнике кающемся, нежели о девяноста девяти праведниках, не имеющих нужды в покаянии”* (Лк. 15: 7). Стало быть, чем тяжелее духовно-нравственное состояние современного человека, чем невыносимее бремя его грехов, тем больше его нужда в исцелении; чем глубже его покаяние, тем сильнее исцеляющая Божия благодать» [10, 13].

На современном этапе общественного развития сближение Церкви и медицины (до настоящего времени больше теоретическое, чем практическое) особенно выражено в области наркологии, которая призвана решать одну из важнейших чрезвычайных ситуаций в обществе. Однако терапии души в современной медицине еще не уделяется должного внимания, поэтому психиатрия и психотерапия только начинают включаться в эти общественные процессы.

«Основная причина бегства многих наших современников в царство алкогольных или наркотических иллюзий – это духовная опустошенность, потеря смысла жизни, размытость нравственных ориентиров. Не отрицая необходимости медицинской помощи на острых стадиях наркомании, Церковь уделяет особое внимание профилактике и реабилитации, наиболее эффективных при сознательном вовлечении страждущих в евхаристическую и общинную жизнь» [26].

Можно сказать, что в науке нет завершенного и общепринятого представления о глубинных причинах психических болезней, о душевных состояниях страждущего человека. В результате процветает практика псевдоцелителей и колдунов, построенная на синкретике ложной мистики и магизма, нередко выступающих от имени академической науки. Обещая людям быстрое и чудесное исцеление, а также решение всех проблем личной жизни, подобная современная лженаука наносит немалый вред социальному статусу медицины и религии, зачастую дискредитирует их в глазах общества. Для человека подобное наступление лженауки представляет прямую опасность нарушения его физического и психического здоровья [3].

«Исходя из своего многовекового опыта, Церковь предупреждает об опасности внедрения под прикрытием “альтернативной медицины” оккультно-мистической практики, подвергающей волю и сознание людей воздействию демонических сил. Нравственно недопустимы психотерапевтические подходы, основанные на подавлении личности больного и унижении его достоинства. Оккультные методики воздействия на психику, иногда маскирующиеся под научную психотерапию, категорически неприемлемы для Православия» [26].

Разрабатывая метод массовой ЭЭСПТ, главной задачей мы ставили усиление нравственно-духовной эмоциональной составляющей психотерапии патологических зависимостей. Достижение эффективности лечебного воздействия и стрессорность его восприятия обеспечивались при этом:

- 1) повышением эмоционально-эстетической компоненты психотерапии;
- 2) изменением формулы убеждения – от внушения страха биологической смерти в сторону разъяснения причин и механизмов развития болезненных влечений (в том числе, и с позиций греха) и зависимостей от них;
- 3) использованием богатого церковного опыта (святоотеческой практики) в деле борьбы с алкоголизмом.

В новой психотерапевтической формуле общего сеанса лечения основной акцент сместился с устрашения пациента на обращение к позитивным сторонам его личности: ярким, личностно-значимым эмоционально-положительным воспоминаниям и переживаниям, фиксирующимся в сознании (начало борьбы со злыми помыслами). Впоследствии этот положительный эмоциональный фон, вызываемый одними лишь воспоминаниями по законам функционирования эмоциональной памяти, дезактуализировал (вытеснял) проявления алкогольного динамического стереотипа из сознания и подсознания пациента (использовались психосоматические патогенетические звенья алкогольной болезни). Элемент устрашения в новом методе теперь оставался лишь в виде дружеского предостережения больного врачом – не искушать судьбу (не грешить). Понятие страха Божия (искушения судьбы) у каждого пациента на лечебном сеансе наполнялось своим конкретным содержанием, эмоционально более значимым, чем внушенный страх физической смерти в методе А.Р. Довженко. Это и страх неизбежного наказания, и страх сына огорчить любящего Отца Небесного, и многое другое.

На новом этапе развития метода все это создавало более оптимальный (в прогностическом смысле) лечебный психотерапевтический эффект и повышало качество и уравновешенность психоэмоционального состояния пациентов в период ремиссии. Теперь стрессовость в ЭЭСПТ формировалась главным образом за счет осознания механизмов своего заболева-

ния – как покаянной перемены ума от зла к добру. А добровольный отказ от алкоголя, наркотиков и азартных игр являлся нравственным, жертвенным, духовным подвигом, обещанием перед Богом, которого мы можем уважать, по примеру святых отцов – подвижников православного благочестия. Так на смену лечению страхом физической смерти, индуцированным (наведенным) «магнетическим целителем» (в методе Довженко), пришло лечение добрым словом человеколюбивого врача [9].

Размышляя о страхе и уважении пред Богом, владыка Антоний Сурожский говорит следующее: «Страх, конечно, бывает разный. Можно рабски бояться наказания, можно бояться, как наемник, который не хочет потерять свой заработок или награду; можно бояться и как сын: как бы не огорчить любимого. Но и этого недостаточно. В воплощении Христа открылась как бы еще новая черта в Боге: это Бог, Которого мы можем уважать. Это слово звучит странно применительно к Богу, и я должен его разъяснить.

Большей частью люди себе представляют, что Бог сотворил мир, сотворил человека, не спрашивая его, хочет ли он существовать или нет, да еще наделил его свободой, то есть возможностью себя погубить, а затем, то ли в конце нашей личной жизни, то ли в конце судьбы мира, в конце времени, Бог нас будто бы ожидает и произнесет суд. Справедливо ли это? Мы не просились в существование, мы не просили той свободы, которую Он нам дал, – почему же мы должны односторонне отвечать за свою судьбу и за судьбу мира? Этот вопрос с такой резкостью мало кто ставит, но я его ставлю, и ответ я нахожу в воплощении Слова Божия, Сына Божия. Бог делается человеком. Он вступает в мир на началах человечества, Он на Себя берет не только тварность нашу, то есть плоть, душу человеческую, ум, сердце, волю, судьбу, но Он берет на Себя всю судьбу человека, который живет в падшем, изуродованном мире, в страшном мире, где все время (порой – даже торжествуя) так или иначе, действуют ненависть, страх, жадность, все виды порока. Он входит в этот мир и берет на Себя все последствия не только первичного творческого акта, вызвавшего из небытия мир и человека, – Он берет на себя все последствия того, что человек сделал из этого мира, Он живет, чистый от всякой скверны, в мире, где на Него обрушится все нечистое, все скверное, все развратное, все безбожное, все недостойное человека, потому что для падшего мира Он – вызов Бога, Который на Себя берет такую судьбу, Который готов так заплатить за то, что Он нам дал бытие и свободу, – да, такого Бога можно уважать. Он нас не пустил в жизнь с тем, чтобы мы расплачивались за нее. Он вошел в эту жизнь и, вместе с нами, Сам готов ее преобразить, изменить» [1].

Продвигаясь в развитии новой методологии все дальше, мы сосредоточили свое внимание на эмоционально-эстетической стрессовой сущно-

сти психотерапии, последовательно раскрывая роль и лечебный потенциал отдельных ее составляющих с клинических и медико-психологических позиций. Основываясь на уходящей истоками к Б. Спинозе аффективной теории психической зависимости при алкоголизме, по которой пьянство может быть ограничено или уничтожено только противоположным и более сильным аффектом, чем аффект, подлежащий укрощению, мы сочли, что одной из главных задач ЭЭСПТ является воспроизведение средствами стрессо-психотерапевтической театральной эстетики такого исключительного, потрясающего, запоминающегося положительного эмоционального состояния лечебного сеанса, которое смогло бы заместить в памяти, внимании, воображении больного укоренившееся отрицательное психологическое и эмоциональное состояние, связанное с употреблением алкоголя и наркотиков, сорвав с него весь ореол «романтического кайфа».

Именно свойство памяти человека со временем забывать все плохое и помнить хорошее нередко приводило к возобновлению (появлению) тяги к алкоголю и наркотикам и нередко вследствие этого – к нарушению ремиссии. Это происходило по мере забывания «ломки» и воспоминаниях о «кайфе». Поэтому другой, не менее важной задачей ЭЭСПТ являлось сохранение памяти о «ломке» (памяти о своих грехах). Убедить человека не возвращаться в прошлое, памятуя о том, что сама мысль о любом, пусть даже ничтожно малом в количественном отношении употреблении алкоголя, способна восстановить безудержную тягу к спиртному и «оживить покойника», пробудить в больном человеке желание навсегда умереть для пьянства и воскреснуть для трезвости – именно эти сверхзадачи ставились перед врачами, проводящими психотерапевтическое лечение [11, 15–17, 23].

Психотерапевт, используя интуитивно-психологические закономерности искусства врачевания, передавая свой личностный опыт пациентам, настраивая их на волну трезвости, способен эмоционально-эстетически обеспечить синтонность их переживаний, что приводит к перестройке наиболее глубокой аффективной стороны патологически измененных (болезненными влечениями) личностных отношений пациента [2, 4]. Анализ эстетики паузы, жеста и мелодии семантико-интонационных звучаний на групповом этапе эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии выявил многие прямые аналогии между речью психотерапевта и эстетическими находками К. Станиславского и М. Чехова [7].

Сверхсильное эмоционально-стрессовое торжественное состояние во время сеанса остается в памяти как катарсис, очищающий душу от порабощения наркоманией и пьянством и открывающий дорогу к излечению. Уверенность пациента в несомненной возможности преодолеть болезненную тягу к алкоголю и наркотикам путем покаяния пред Богом закрепляется в настоящем и усиливается в будущем, а память о своих грехах удержи-

вает от их повторения. Эмоциональное переживание праздника очищения и избавления от зависимости, по законам перехода «атипичного» психического состояния в «типичное», сформулированное Н.Д. Левитовым (1964), изменяет личность больного и его отношения с миром. Здесь выявляется сходство ЭЭСПТ с диалектической психологией.

«Диалектическая психология в отличие от механистических, материалистических теорий видит главное, определяющее в личности в ее общественных отношениях [24], в ее высших идейных установках, мотивах, целях и ценностях (общественных и духовных), которые определяют “личностный смысл” поведения и поступков человека [18], являются необходимой и определяющей частью личности, обеспечивающей торможение и регуляцию всех врожденных и приобретенных форм поведения. Физиологическую основу этой высшей, чисто человеческой инстанции И.П. Павлов видел во второй сигнальной системе» [22].

Варианты проведения сеансов массовой ЭЭСПТ с разным по количеству и составу контингентом больных хроническим алкоголизмом выявили предпочтение более широким аудиториям – до 400–500 человек (у А.Р. Довженко от 30 до 50). Это выразилось в статистически значимом повышении результатов и эффективности лечения, которые объяснялись прежде всего взаимной индукцией и эмоционально-психологическим потенцированием (любое внешнее убеждение усиливается прямо пропорционально количеству воспринимающих его людей), использовавшимся издавна в сакральных храмовых действиях. Как магнитная буря действует на Землю, так и психологическое состояние общества, коллектива, группы действует на каждого своего члена. И оттого, несмотря на полярность мнений и разобщенность взглядов, люди способны объединиться, особенно в периоды стрессов, катаклизмов и совместных испытаний: прийти на лечение самим и привести своих близких.

Массовость сеанса сыграла большую роль в ликвидации очередей на лечение, имевших место в период становления ЭЭСПТ, так что данный метод стал легко доступным и поистине народным. Это было очень важно и своевременно, если учесть, что решимость лечиться у больных наркоманиями, хроническим алкоголизмом и другими патологическими зависимостями зачастую исчезала при отсутствии безотлагательной, а иногда и немедленной поддержки и врачебной помощи. С этой же целью срок воздержания от наркотиков и спиртных напитков был сокращен до 5–10 дней (у А.Р. Довженко – 15–20 дней). Увеличение числа пациентов на сеансе потребовало введения группы врачей-ассистентов (10–12 человек), осуществляющих индивидуальный психотерапевтический прием после общего сеанса ЭЭСПТ [2].

Еще одной важнейшей отличительной чертой ЭЭСПТ (от метода стрессопсихотерапии по А.Р. Довженко) стало максимальное вовлечение личности самого больного в лечебный процесс, когда пациент без малейшего подавления воли настраивался на переосмысление своего отношения к наркотикам, алкоголю, курению, азартным играм и т. д. У него создавалась твердая установка на трезвость и воздержание. Эти особенности все больше приближали метод массовой эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии к общепризнанным личностно-ориентированным методикам, которые отрицают подавление воли человека, подчеркивая, однако, важность его активной позиции в преодолении болезни. В отличие от ориентации на эстетику как философское учение о сущности и формах прекрасного, постепенно метод ЭЭСПТ все больше опирался на понятие православной этики.

В «Полном православном богословском энциклопедическом словаре» (1992) этика определяется как учение о нравственности: «Основными проблемами этики являются: с одной стороны, учение о добродетелях и о совести или сознании долга, с другой – вопрос о свободе воли и о высшем благе; последний вопрос сводится к вопросу о конечных целях. Религиозная этика видит высшее благо в том, что христианские богословы называют Царством Божиим, т. е. в совершенном и гармоническом общении высших духовных существ с Богом, с целым миром и друг с другом. Это составляет центральный пункт христианской этики; исходя из него, этика дает ответы и на другие вопросы. С этой точки зрения высшей целью человеческих стремлений является развитие деятельной любви; притом христианский идеал не только не требует ограничения свободной воли, но, наоборот, придает ей существенное значение, так как только свободное стремление к осуществлению Царства Божия ставится в заслугу человеку; только свободное проявление его личных способностей вменяется человеку».

На адаптивную функцию религии, ее влияние на нравственное состояние как отдельной личности, так и общества в целом неоднократно указывал академик И.П. Павлов на заседаниях в нервной и психиатрических клиниках. Мы надеялись, что использование христианских традиций при формировании мотивационно-волевых установок в психотерапии болезненных влечений даст положительный эффект; что осмысление сложившейся ситуации с позиций религии позволит мобилизовать резервные возможности психики как нереализованные человеком Божественные таланты, согласно евангельской притче о приумноженных или же зарытых в землю талантах: «...ибо всякому имеющему дастся и приумножится, а у не имеющего отнимется и то, что имеет» (Мф. 25: 29), а также включить древнейшую генетическую память и активизировать механизмы саморегуляции. Принцип соборности действия и общность борьбы за человеческие

души не только подтверждали этическое сходство храмовой и данной психотерапевтической систем, но и создавали прямые перспективы для совместной работы врачей и священников, каждого на своем месте [4].

В период становления ЭЭСПТ использование церковного опыта борьбы с алкоголизмом выразилось в участии с проповедью и молебном перед психотерапевтическим сеансом приснопамятного протоиерея Василия Лесняка, кандидата богословия, имеющего огромный опыт исцеления людей от пьянства и наркомании в Ленинградской епархии.

Еще в 1956 г., сразу же после окончания Духовной академии, отец Василий защитил диссертацию на тему «Святой Симеон Новый Богослов и его богословские воззрения». Вот что писал об этой работе покойный профессор Ленинградской Духовной академии Лев Николаевич Парийский: «...автор много и добросовестно потрудился над доступным ему материалом и дал довольно полную картину богословских и мистических взглядов преподобного Симеона Нового Богослова. Автору удалось выявить главную мысль учения преподобного, что единение души христианина с Богом достигается и сохраняется только мистическим путем в Церкви. Автор убедительно показал, что мистицизм преподобного Симеона – это не оккультизм, не патология, а основа духовной жизни и религиозного знания в православном понимании».

Таким образом, отец Василий как ученый богослов являлся специалистом в области различения и противостояния церковного и оккультного мистицизма. Будучи духовником МИРВЧ, он помогал и направлял врачей от психотерапии материалистической (атеистической) к психотерапии, духовно ориентированной на православие.

Это взаимодействие с Церковью привело, в конечном счете, к коренному видоизменению всего лечения, включая врачебную беседу. Наряду с психобиологическим пониманием человека стали использоваться положения христианской антропологии, близкие обыденному сознанию (дух, душа и тело). В процессе создания метода был изучен и использован дореволюционный опыт борьбы Русской Православной Церкви с алкоголизмом, обобщенный в работе Свято-Александро-Невского общества трезвости и милосердия в Санкт-Петербурге, превратившегося затем во Всероссийское Александро-Невское братство трезвости [19–21, 30]. На совместную работу отца Василия Лесняка с врачами в деле преодоления пьянства и наркомании 30 октября 1990 г. было получено благословение митрополита Ленинградского и Ладожского Иоанна (Снычева). Так после долгого периода государственного запрета на участие Церкви в лечении больных были заложены научно-практические основы совместной работы врачей и священников.

Вот что писал в своем послании клирикам и мирянам Санкт-Петербургской епархии «О грехе пьянства и о традиции избавления от него в Русской Православной Церкви» приснопамятный владыка Иоанн (Снычев): «Возлюбленные чада! Слово Божие в Священном Писании говорит о пьянстве как о страшном пороке и грехе. *“Не смотри на вино... – предостерегает Премудрый, – оно укусит и ужалит, как аспид”* (Притч. 23: 31–32). По словам святого апостола Павла, пьянство лишает человека Царства Небесного: *“...Не обманывайтесь <...> ни пьяницы, ни злоречивые, ни хищники – Царства Божия не наследуют”* (1 Кор. 6: 9–10).

Сегодня вряд ли нужно пояснять, сколь злободневна и болезненна эта проблема для многострадальной России. Разрушенные семьи и брошенные дети, страшные преступления, неумолимая нравственная деградация и, главное, множество загубленных душ – таковы сатанинские плоды жестокой страсти винопития.

Борьба с таким пороком – дело трудное, и без помощи Божией нелегко страждущей душе высвободиться из губительных оков. В связи с этим сегодня нам настоятельно необходимо разъяснение – каковы благодатные, церковные методы борьбы с подобным злом. Только пламенная молитва верующего человека может снискать заступление и благодать Божию, которая крепче, нежели самая сильная воля, и являет собой неодолимую силу в борьбе с грехом пьянства. Обрести спасительную помощь может только человек, имеющий в душе надежду на эту помощь и страх Божий. Вера в Бога лежит в основе исцеления от любого недуга, в том числе и от пьянства. Из глубины веков звучат для нас слова Спасителя, обращенные к больной женщине: *“...Дерзай, дочь! Вера твоя спасла тебя...”* (Мф. 9: 22).

Личные усилия молящегося Русская Православная Церковь всегда поддерживала могучей силой церковной благодати. Традиционно в России при храмах создавались общества и братства трезвости, которые ставили своей целью помочь человеку в лоне Церкви Христовой, в ее Таинствах обрести спасение от этого зла. При этом средства в борьбе с пьянством были различны: прежде всего литургическая и домашняя молитва, совместное служение молебнов Божией Матери, мученику Вонифатию и другим угодникам Божиим, постоянное слушание и чтение Слова Божия дома и в храме.

Но самым важным, как и в борьбе со всяким грехом, было очищение души через Таинство Покаяния и Причастие.

Таинство Покаяния называется “духовной лечебницей” и является как бы вторым крещением. В нем врачуются духовные болезни человека, снимаются нечистоты души и христианин получает разрешение грехов, которые влекут человека вниз, притупляют его ум, сердце и совесть, осле-

плюют духовный взор, обессиливают его христианскую волю, уничтожают живую связь с Церковью и Господом Богом. Облегченный от бремени грехов, человек вновь оживает духовно и становится способным укрепляться и совершенствоваться в добром христианском пути. Искреннее покаяние является источником и необходимым условием истинного исцеления от порока пьянства...

Первые церковные общества трезвости появились в 1858 г. Позднее, в 1889 г., Указом Святейшего Синода духовенству было официально предложено заняться организацией таких обществ. Этот призыв не остался без внимания, и по всей России стали возникать церковные братства, ставящие своей задачей борьбу с пьянством. Каждое из них имело свой устав, утвержденный местным архиереем. При вступлении в них каждый новый член давал на Кресте и Евангелии Господу нашему и Спасителю Иисусу Христу торжественное обещание для спасения своей души и благого примера другим не употреблять никаких спиртных напитков.

В одних случаях желающий стать членом общества давал устный обет трезвости, а в других – собственноручно писал заявление, такого, например, содержания: “Я, нижеподписавшийся, чистосердечно вступаю в члены Христианского Общества Трезвости и Воздержания с условием строгого подчинения всем правилам и постановлениям онаго” или “Помоги мне, Господи, силою Креста и Евангелия в продолжение (время обозначается) не употреблять никаких спиртных напитков для спасения своей души и благого примера на других в этом же отношении”.

В общества трезвости людей принимали на разные сроки: от шести месяцев до года и на всю жизнь. В церковноприходских братствах прием происходил обычно в торжественной обстановке. На собрании вновь принятый получал образ местного святого, во имя которого и было учреждено это общество. Затем имя трезвенника поминалось “о здравии” в праздники на ектении. За нарушение данного обещания и устава виновные подвергались выговору; в некоторых обществах – денежному штрафу, а в случае повторных нарушений таких членов исключали из общества. Нарушение обета, однако, встречалось довольно редко.

30 августа 1898 г. в Санкт-Петербурге было открыто Александроневское общество трезвости при Воскресенской церкви у Варшавского вокзала. В первый же день открытия этого Общества его членами стали 151 человек. Для них два раза в неделю устраивались просветительские чтения в читальне при библиотеке Общества распространения религиозно-нравственного просвещения в духе Православной Церкви. По воскресным дням служился молебен Святому Благоверному Великому Князю Александру Невскому. С целью наблюдения за тем, как исполняют братчики данное обещание, и сообщения тех или иных сведений об Обществе из среды

трезвенников избирались особые наблюдатели в количестве 35 человек. Выбранные лица собирались один раз в неделю, по четвергам, для информирования учредителя Общества отца Александра Рождественского о состоянии дел.

Каждому члену при вступлении выдавался особый “священный лист трезвости” как видимый знак его принадлежности к Обществу. Помимо прочего, желающий получить спасительное исцеление имел ряд обязанностей, за исполнение которых он отвечал перед Богом и своей совестью. Во-первых, во все продолжение времени зорока он должен был хранить безусловную трезвость, не нарушая своего обещания никакими предложениями вроде изнеможения, нездоровья, усталости, крестин, свадеб и т. п. К своему зороку трезвенник должен был относиться как к религиозному долгу, к делу святому, благому и богоугодному.

Вот еще некоторые примеры обязанностей члена общества:

“Трезвенник обязуется чаще посещать храм Божий и непременно раз в год причащаться Святых Тайн.

Всегда помни, – гласило наставление, – что больше и строже людей наблюдает за нами наша совесть, которая страшно мучит нас за грехи, тайно содеянные. Самое же строгое наблюдение принадлежит Всевидящему Богу, от Которого ничего не скроешь, ничего ни утаишь, а за тайные грехи получишь только еще большее осуждение. Когда на тебя найдет помысел или желание пьянства, то читай Святое Евангелие или молитву Иисусову. Припоминай также в этом случае всю пагубность и вредность пьянства. Видишь Крест на Церкви – думай так: Господи, Ты распялся за нас на этом Кресте, за наши грехи пострадал – как оскорблю Тебя грешным пьянством!? Плакать надо, а не пьянствовать. Видишь землю – думай: и я когда-нибудь в нее пойду, умру, и меня будут судить за грехи мои, а за пьянство горше осудят. Утром, вставши ото сна, и вечером, отходя ко сну, целуй крест свой и вспоминай обещание. Всякий, нарушивший данное обещание, исключается из членов Александро-Невского общества трезвости. Впрочем, если отпавший окажет раскаяние и сожаление о своем поступке, то после согласия всех членов общества может быть снова принят в него”.

Всякий трезвенник должен был брать из библиотеки при Воскресенской церкви духовные книги для чтения, в воскресные и праздничные дни посещать храм Божий и особенно всенощные бдения, после которых при общенародном пении служился молебен Спасителю, Божией Матери или Александру Невскому.

Трезвенник должен был также воздерживаться от сквернословия и добрыми словами уговаривать родных и знакомых тоже бросить пьяную жизнь и записаться в члены братства.

Почему столь подробно мы остановились на формах деятельности Санкт-Петербургского Общества трезвости? Зачем перечислили их с такой полнотой и ясностью? Дело в том, что сегодня многие мнят избавиться от страсти винопития новомодными способами. Потому повторю еще раз: молитва и пост, воздержание и покаяние – действия, совершаемые в строгом соответствии с многовековой православной практикой, – единственно приемлемы для церковного врачевания порока пьянства. На такие – и только такие способы борьбы благословляет Русская Православная Церковь тех, кто решил порвать с губительной страстью.

Нынче многие пытаются совладать со своими пороками, применяя иные средства – медицинские и психотерапевтические. Не вдаваясь в их обсуждение, скажу лишь, что такие методы есть принадлежность человеческого умения и не имеют благодатной церковной силы. Благословление же Церкви, Патриарха Московского и Всея Руси Алексия II как ее первоиерарха, мое – как правящего архиерея Санкт-Петербургской епархии – принадлежит лишь тем способам, которые низводят в душу страждущего грешника Божественную благодать, небесным, невещественным огнем попяля терние грехов человеческих. И дай нам Бог всем соделаться причастниками этого негасимого духовного огня! Аминь».

Структурно сеанс массовой ЭЭСПТ выглядел теперь следующим образом [2].

1-й этап – сбор пациентов, приходящих на лечение вместе с членами своей семьи, праздничная атмосфера которого усиливала стресс радостного ожидания исцеления. В окружении множества самых разных, но трезвых и настроенных на лечение людей пациента охватывало чувство значимости и торжественности предстоящего действия. Именно здесь больной еще острее начинал осознавать всю важность и ответственность добровольно принимаемого им решения лечиться.

2-й этап – проведение вводной перед началом лечения, вступительной беседы, представление главного специалиста и руководителя сеанса, а также пожелание успешного исцеления. В этом принимали участие сотрудники МИРВЧ, в том числе такие известные и прославленные врачи, как академик РАМН профессор Ф.Г. Углов, член-корреспондент АМН СССР профессор Г.И. Алексеев, профессор П.И. Буль, профессор К.И. Разнатовский, профессор А.И. Захаров и многие другие. Такое авторитетное представление, с одной стороны, повышало установку пациентов на лечение, вселяло в них веру в возможное эффективное исцеление, с другой стороны, уменьшало культовую нагрузку на личность главного специалиста.

3-й этап – беседа руководителя сеанса, врача-психотерапевта, построенная в традициях рациональной психотерапии. Из диалога с аудиторией врачебная беседа постепенно трансформировалась в лечебный моно-

лог – и это делало врача центром притяжения всех мыслей присутствующих, объединяло их и при этом заставляло каждого на время забыть о «суете сует» и среди множества людей в огромном зале – почувствовать себя наедине с лечащим врачом. От этого у пациентов просыпалась совесть, пробуждалось желание нравственного очищения путем покаяния. Но вот монолог доктора опять переходил в живую дискуссию с аудиторией. И эти волны диалога и монолога, неоднократно сменяя друг друга, продлевали психотерапевтическую беседу от двух до трех и даже более часов. Но благодатная сила этой импровизированной и неповторимой беседы нередко заставляла пациентов забыть о времени.

4-й этап – проповедь священника, которая завершалась молебном, составленным для употребления Александро-Невским братством трезвости, утвержденным Святейшим Синодом (дореволюционным), и торжественным обещанием (зароком) пациентов перед Богом не принимать никаких наркотиков, спиртных напитков, не курить, не играть в азартные игры и не произносить скверных гнилых и бранных слов. Этот этап был построен на основе изучения дореволюционного опыта Свято-Александро-Невского братства трезвости в избавлении от зависимостей и продолжался около часа. После окончания молебна родственники и посторонние лица покидали аудиторию – в зале оставались только больные.

5-й этап – общий сеанс – начинался с выхода ведущего сеанс психотерапевта, который проводил эмоционально-стрессовую беседу, направленную на повышение у больных личной мотивации к отказу от алкоголя и наркотиков. В поисках наиболее эффективных способов лечебного воздействия и формирования покаянного состояния у пациентов на этом этапе в период с 1991 по 1993 г. привлекались профессиональные хоры: «Россика» из Санкт-Петербурга, «Антифон» и «Дьяки» из Москвы. В завершение общего сеанса на сцену выходил детский хор Пушкинского лицея и исполнял жалобную и горькую дореволюционную песню: «Что ты пьешь, мужичок...». При этом многие люди, сидящие в зале, не могли сдержать слез.

6-й, последний этап, проводимый врачами-ассистентами, представлял собой процедуру индивидуального приема – специально построенного психотерапевтического воздействия в виде добровольного закрепления зарока, являющегося свободным волеизъявлением человека на трезвую жизнь путем обещания перед лечащим врачом не принимать алкоголя и иных психоактивных веществ. На прием каждого пациента уходило от 2 до 5 мин. Здесь массовое воздействие окончательно трансформировалось в сугубо интимное, индивидуальное.

Вот что писал о путях укрепления воли игумен Филарет, впоследствии митрополит – первоиерарх Русской Православной Церкви За границей (1964–1985) в книге «Конспект по Закону Божию»: «Говоря об укреплении

воли, необходимо еще упомянуть о тех случаях, когда человек чувствует свою волю бессильной для того, чтобы устоять против какого-либо соблазна или укоренившейся греховной привычки. Здесь он должен помнить то, что первое и основное средство в таких случаях – молитва, смиренная молитва веры и упования. Даже такой могучий духовно человек, как апостол Павел, говорил о бессилии бороться с грехом и способности творить добро: *“Не еже хочу доброе – сие творю, а еже не хочу – злое сие соделаю”* (доброе, которого хочу, не делаю, а злое, которого не хочу, делаю). Тем более так бывает постоянно с нами, немощными и слабыми. А молитва может нам помочь, т. к. она на помощь нашему бессилию привлекает Божию всемогущую силу.

Помимо молитвы большое значение для укрепления воли в борьбе с грехом имеют еще так называемые обеты и зарок. Чем отличается зарок от обета? В Библии под обетом разумеется обязательство исполнить что-либо положительное, обещание же воздержаться от отрицательных поступков именуется зарок. Обетом называется обещание человека сделать доброе, богоугодное дело, например: помочь бедняку, построить храм или богадельню, взять на воспитание сироту или, как часто делали наши благочестивые предки, сходить куда-либо в святые места на богомолье и т. д. Применительно к нашим условиям такие обеты могут состоять в следующем: если человек замечает за собой неисправность в каком-либо отношении (мало помогает другим, ленив трудиться, мало заботится о семье и т. д.), он должен выбрать себе в той области определенное постоянное доброе дело и исполнять его неуклонно как свою обязанность.

Зароки – это те же обеты, только запрещающего характера. В зароках человек дает обещание не совершать греха, бороться самым решительным образом с той или иной греховной привычкой: например, с привычкой пить, курить, сквернословить и т. д. Эти зароки становятся эффективнее, если они даются торжественно перед Святым Крестом и Евангелием.

Можно сказать, что обеты положительны и деятельны, они состоят в совершении богоугодных дел милосердия, благотворительности, благочестия. Зароки же направлены на воздержание от неправедных действий или греховных привычек, на преодоление пагубных страстей, они результативны, но не деятельны. Конечно, самый лучший вид зарока бывает тогда, когда человек дает его на всю жизнь. Однако в нашей практике допускаются и часто бывают случаи, когда зарок дается на 1–2–3 года. Само собой разумеется, что обеты или зароки человек должен давать, взвесив свои силы, с решимостью во что бы то ни стало выполнить их с помощью Божией. От неосторожных, необдуманных и непосильных обетов Спаситель предостерегает нас притчею о неразумном строителе башни, над которым смеялись окружающие, говоря: *“Этот человек начал строить и не мог кончить”*...

Соответственно этому русская пословица говорит: “Руби дерево себе по плечу”, а другая добавляет: “Не спросясь броду, не суйся в воду”... Но зато если обет уже дан, то исполняй его непременно, призвавши помощь Божию. “Не давши слова – крепись, а давши – держись”...».

«Сеть для человека – поспешно давать обет, и после обета – обдумывать» (Притч. 20: 25).

Естественно, нарушая данный Богу зарок трезвости, гордый и своевольный человек добровольно отказывается от защиты любящего Отца Небесного и попадает под дьявольский огонь «вражеских батарей» повелителя державы смерти. Нарушение зарок должно приравниваться к нарушению Заповедей Божиих, и, как всякий грех, нуждается в Таинстве Покаяния пред Богом [9]. Вот что говорит об этом Евангелие: *«Когда нечистый дух выйдет из человека, то ходит по безводным местам, ища покоя, и не находит; тогда говорит: возвращусь в дом мой, откуда я вышел. И пришед находит его незанятым, выметенным и убранным; тогда идет и берет с собою семь других духов, злейших себя, и вошедши живут там; и бывает для человека того последнее хуже первого...»* (Мф. 12: 43–45).

Чем отличается зарок от «кодирования»? При «кодировании» так же, как и при зароке, наличествует свободное волеизъявление и большое искреннее желание самого больного прекратить употребление наркотиков, алкоголя и иных психоактивных веществ на добровольно выбранный срок, но для осуществления этого решения человек предает себя в руки врача, который «связывает» пациента его же добровольным решением (или же по его решению снимает «код»). «Кодирование» полностью отвечает восприятию алкоголизма как болезни, которая разрушает организм, вызывая соматические и психические нарушения. Такая концепция болезни требует от пациента мужественного решения соблюдать правила воздержания, нарушение которых может привести к необратимым физиологическим последствиям для организма, вплоть до летального исхода – смерти. Страх смерти при нарушении режима трезвости зачастую лишь временно (пусть и надолго) снимает тягу к алкоголю и наркотику, но не исцеляет человека во всей полноте триединства духа, души и тела. И хоть всякая трезвость угодна Богу, не всегда она приводит человека к Богу.

Другое принципиальное отличие «кодирования» от зарекания состоит в том, что «код» накладывает врач на пациента, который хоть и изъявил добровольное желание лечиться, но ведет себя довольно пассивно, выступая в роли объекта воздействия. Зарок же активно произносится самим страждущим человеком, который становится соработником в собственном лечении. Зарок – не процедура, а высоконравственный поступок личности, стремящейся к исцелению духа, души и тела путем покаяния пред Богом и решительного отказа от своей страсти.

И наконец, сегодня под «кодированием» по А.Р. Довженко мы понимаем не какое-либо внешнее воздействие на волю человека, а в первую очередь укрепление врачом собственного желания больного преодолеть пьянство и наркоманию, ведь заставить захотеть невозможно. Целебный же зарок – есть материализация Богом этого покаянного состояния, направленного на преодоление духовной патологической зависимости (подчинения своей воли лукавому духу). По сути своей целебный зарок является чудом божественной любви и сострадания человеку, восстановления его цельности и выводу из сатанинского плена.

Но когда мы просим о чем-то Господа, то должны помнить: не все, угодное человекам, угодно Богу, а посему всякое прошение следует заканчивать словами: впрочем, Господи, не как я хочу, но как Ты. И никогда не отчаиваться при этом, памятуя слова Спасителя: *«Просите, и дано будет вам; ищите, и найдете; стучите, и отворят вам; ибо всякий просящий получает, и ищущий находит, и стучащему отворят»* (Мф. 7: 7–8).

Обеты и зарок отличаются от клятвы и божбы тем, что не содержат уверения собеседника в чем-либо: они касаются исключительно самого заикающегося, хотя могут произноситься в церкви и народных собраниях, при свидетельстве других людей. Известны обеты крещения и монашества, которые даются на всю жизнь с особенными священнодействиями, но возможны и обеты частные, как временные, так и постоянные, – и в этом заключается сходство между обетом и зарок [5, 6, 14].

В новом психотерапевтическом измерении пациент теперь рассматривался не только как больной зависимостью, но и как страждущий грешник, следовательно, имел право не только на медико-социальную, но и на духовную помощь. Отныне он сам принимал на себя обязанность – стать человеком преображенным. Таким образом, воздействие ЭЭСПТ обеспечивало не только снятие тяги к алкоголю и наркотикам, но и свободное волеизъявление на духовное возрождение. Как «у разбойника лютого совесть Господь пробудил», так и у пьяницы горького разум Отец возвратил [2, 9, 10].

Со временем метод массовой эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии получил научное признание и был защищен кандидатской диссертацией и тремя патентами Комитета Российской Федерации по патентам и товарным знакам (1994, 1995): соответствующая статья в 1999, 2000 и 2005 гг. вошла во все три издания «Психотерапевтической энциклопедии» под редакцией профессора Б.Д. Карвасарского. Таким образом, метод ЭЭСПТ явился переходным (во времени) между стрессопсихотерапией по А.Р. Довженко («кодированием») и духовно ориентированной психотерапией в форме целебного зарока (ДОП ЦЗ) на православной основе [2, 6, 28].

Как всякий метод лечения, ЭЭСПТ имела не только свои показания, но и противопоказания. Эффективность психотерапии снижалась при осложненном течении алкоголизма у молодых людей, а также в случаях изменения личности (психопатизации, сопровождающейся антиобщественными действиями, выраженной алкогольной анозогнозии, пассивности самого пациента, препятствующих формированию механизмов психической саморегуляции).

При алкогольных галлюцинозах и параноидах подобное лечение, как правило, не проводилось, так как не исключалась возможность развития бреда воздействия у пациента по отношению к личности психотерапевта. Признаки синдрома психического автоматизма, онейроидный тип галлюцинаторных переживаний, наличие двойной ориентировки, ряд других острых психических расстройств, пассивно-созерцательный тип восприятия также были прогностически неблагоприятны и противопоказаны для проведения массовой эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии (до выхода пациента в ремиссию).

В заключение данной главы мы вновь и вновь вспоминаем приснопамятного схимонаха Паисия, который в книге «С болью и любовью о современном человеке» сказал: «Сегодня люди на все смотрят с лукавством, потому что они все измеряют с помощью рассудка. Европейский дух наделал много бед. Людей изуродовал именно он. Если бы не он, то духовное состояние нынешних людей было бы прекрасным, потому что худо-бедно все сейчас образованны и с людьми можно было бы прийти к взаимному пониманию. Но современных людей учили безбожию, всем этим сатанинским теориям и, таким образом, их привели в негодность, так что к взаимопониманию с ними прийти нельзя. В старину ты не мог достичь взаимопонимания с человеком, если у него не было ни благоговения, ни образованности. Помню, как-то раз один монах услышав на Литургии Преждеосвященных Даров слова: *“Иже во святых отца нашего Григория Папы Римского”*⁶, решил, что поминают римского папу и соблазнился. “Не ожидал, – говорит, – никак не ожидал, что вы станете папешниками!” Сказав это, он вышел из храма. Видишь, до чего доводит неведение! Неведение – это жуткое дело. А самое большое зло делают те, в ком благоговение сочетается с беспорядком в голове. Не разбираясь в сущности дела, они создают проблемы» [27].

⁶ Святитель Григорий Двоеслов, папа Римский (540–604) – святой Православной Церкви (память 12 марта).

Литература

1. *Антоний*, митрополит Сурожский. Труды / Митрополит Сурожский Антоний. – М. : Практика, 2002. – 413 с.
2. *Григорьев Г.И.* ДАР (Довженко Александр Романович) // Исцеление словом: о лечении болезненных влечений методом целебного зарока : [вып. I]. – Псков : Отчина, 1993. – С. 13–17.
3. *Григорьев Г.И.* Духовно-ориентированная психотерапия в форме целебного зарока: теоретические основы, организационная структура и информационно-аналитическое обеспечение : монография / Г.И. Григорьев, Р.В. Мизерене, Е.А. Мильчакова. – СПб. : МИРВЧ : ВМедА, 2004. – 150 с.
4. *Григорьев Г.И.* Использование христианских православных традиций в методе целебного зарока при формировании мотивационно-волевых установок терапии болезненных влечений / Г.И. Григорьев, О.Н. Кузнецов, В.Г. Лесняк // Выживание человека: резервные возможности и нетрадиционная медицина : материалы 1-й междунар. науч. конф. – М., 1993. – С. 175–176.
5. *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.
6. *Григорьев Г.И.* Массовая эмоционально-эстетическая психотерапия алкоголизма Григорьева // Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – Изд. 3-е., перераб. и доп. – СПб. [и др.] : Питер, 2006. – С. 309–312.
7. *Григорьев Г.И.* Массовые эмоционально-эстетические методы психотерапии как этап анонимного лечения хронического алкоголизма / Г.И. Григорьев, О.Н. Кузнецов // Вестн. гипнологии и психотерапии. – 1991. – № 1. – С. 8–11.
8. *Григорьев Г.И.* Православная психотерапия – фундаментальная основа духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока / Г.И. Григорьев // Вестн. психотерапии. – 2009. – № 31 (36). – С. 10–45.
9. *Григорьев Г.И.* Огласительная беседа при лечении алкоголизма 27 декабря 2001 года // Исцеление словом : вып. V. Исцеление верой. – СПб., 2002. – С. 165–196.
10. *Григорьев Г.И.* Огласительная беседа при лечении наркомании и табакокурения 24 марта 2001 года // Исцеление словом : вып. V. Исцеление верой. – СПб., 2002. – С. 197–223.
11. *Григорьев Г.И.* Основы ораторского искусства психотерапевта при лечении болезненных влечений методом массовой эмоционально-эстетической психотерапии / Г.И. Григорьев, Л.П. Кузнецов // Вестн. психотерапии. – 1999. – № 6 (11). – С. 9-13.

12. *Григорьев Г.И.* Метод стрессопсихотерапии А.Р. Довженко – базовая составляющая духовно-ориентированной психотерапии в форме целебного зарока на православной основе / Г.И. Григорьев, В.А. Мильчакова // Вестн. психотерапии. – 2009. – № 32 (37). – С. 24–48.

13. *Григорьев Г.И.* Программа реабилитации больных героиновой наркоманией // Исцеление словом : вып. V. Исцеление верой. – СПб., 2002. – С. 370–377.

14. *Ершов С.А.* Исцеление словом : вып. III / сост. С.А. Ершов, Г.И. Григорьев. – Псков, 2000. – 183 с.

15. *Кузнецов О.Н.* Метод А.Р. Довженко в системе анонимного психотерапевтического лечения хронического алкоголизма / О.Н. Кузнецов, Г.И. Григорьев, С.Л. Донская [и др.] // Актуальные вопросы клиники, патогенеза и психотерапии современных форм алкоголизма. Значение метода стрессопсихотерапии по Довженко А.Р. в лечении алкоголизма, никотинизма : материалы науч.-практ. конф. – Ухта, 1991. – С. 64.

16. *Кузнецов О.Н.* Новое понимание метода А.Р. Довженко в системе анонимного психотерапевтического лечения хронического алкоголизма / О.Н. Кузнецов, Г.И. Григорьев, С.Л. Донская [и др.] // Современные проблемы практической психотерапии : материалы всесоюз. науч. конф. – Харьков, 1991. – С. 28–30.

17. *Кузнецов О.Н.* Саморегуляция эмоциональной памяти в профилактике психосоматических расстройств / О.Н. Кузнецов, Г.И. Григорьев, В.М. Дорничев // Здоровый образ жизни : материалы междунар. науч. конф. – Новгород, 1990. – Ч. 1. – С. 82.

18. *Леонтьев А.Н.* Проблемы развития психики / А.Н. Леонтьев. – М. : Изд-во полит. лит., 1975. – 574 с.

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

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

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

22. *Мелехов Д.Е.* Психиатрия и проблемы духовной жизни. – М. : Свято-Филаретовская Моск. высш. православно-христианская шк. / Д.Е. Мелехов, 1997. – 162 с.

23. *Мильчакова Е.А.* Диалектика центрально-периферических отношений психических процессов в теории формирования ключа психосоматической саморегуляции / Е.А. Мильчакова, Г.И. Григорьев, О.Н. Кузнецов // Дойниковские чтения : сб. материалов – Л., 1991. – С. 49–51.

24. *Мясищев В.Н.* Личность и невроты / В.Н. Мясищев. – Л. : ЛГУ, 1960. – 426 с.
25. *Ожегов С.И.* Словарь русского языка / С.И. Ожегов. – 14 изд., стер. – М., 1983. – 816 с.
26. *Основы социальной политики Русской Православной Церкви.* – СПб., 2000. – 296 с.
27. *Паисий Святогорец.* Слова : в 4 т. / Паисий Святогорец. – М. : Святая Гора, 2002.
28. *Пат. № 2034576*, Рос. Федерация. МПК⁶ А 61М 21/00, А 61Н 39/00. Способ лечения алкогольной, никотиновой и наркотической зависимости / Григорьев Г.И. – № 93050572/14, заявл. 18.11.1993 ; опубл. 10.05.1995, Бюл. 13. – С. 129.
29. *Станиславский К.С.* Собр. соч. / К.С. Станиславский. – М., 1988. – Т. 2. – 508 с. ; Т. 4. – 398 с.
30. *Цыганков В.А.* В помощь гибнущему брату / В.А. Цыганков. – СПб., 2004. – 44 с.

«ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ МОНТАЖ» – НОВЫЙ МЕТОД ТРАНСДРАМАТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

Введение

Современное гуманитарное пространство, характеризующееся динамическим ростом нервно-психических нагрузок, избытком психических стрессов, со всей очевидностью определяют необходимость дальнейшего развития психотерапии [1]. Последние десятилетия характеризуются активным обсуждением проблем развития и анализа возможностей интегративного направления в психотерапии [2–4].

В результате использования опыта создания интегративного метода личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова [5] и изучения единого алгоритма трансформации театральных систем в методы индивидуальной психотерапии, нами разработано оригинальное направление – трансдраматическая психотерапия. В рамках данного направления на базе театральных систем Б. Брехта, К.С. Станиславского и М.А. Чехова были созданы и успешно применены методы эпической терапии, действенно-аналитической коррекции и коррекции атмосфер [6].

Этапом развития трансдраматической психотерапии явилась трансформация театральной системы В.Э. Мейерхольда и духовной системы Г.И. Гурджиева в метод психотерапевтического монтажа (ПМ) – последовательной, поэтапной коррекции личности, находящейся в проблемной ситуации. ПМ формирует и использует творческий потенциал личности с целью выхода из кризиса, направлен на коррекцию вторичных и третичных личностных расстройств, социальную реабилитацию и психологическую адаптацию пациента и способствует формированию у него резистентности к психотравмирующим ситуациям.

Методические аспекты метода

Метод содержит в себе элементы личностно-ориентированной терапии и элементы поведенческого тренинга и состоит из шести этапов.

1-й этап – вступительное собеседование. Одной из важнейших задач 1-го этапа психотерапии является формирование союза «психотерапевт – пациент», в связи с чем на протяжении всего курса психотерапевт следует эмпатическому подходу в психотерапевтической беседе.

Важнейшим результатом данного этапа является разработка экспозиции или экспликации – психотерапевтического замысла, правильность и целесообразность которого создаст условия для успешного проведения коррекции в рамках ПМ.

Психотерапевт подробно исследует историю жизни пациента и составляет для себя поэтапный план предстоящей коррекции в рамках ПМ: группирует фрагменты в композиции (монтаж) в соответствии с психотерапевтическими задачами будущей коррекции, а далее разъясняет пациенту суть метода ПМ.

Если провести очевидную и доказательную параллель между жизнью со всеми ее коллизиями, болезнями, успехами и свершениями и драматургическим материалом (кинематографическим сценарием), можно констатировать:

- жизнь пациента представляется в виде композиции, состоящей из множества памятных эпизодов (фрагментов);

- эпизоды группируются линиями жизни (сюжетными линиями). Каждая из этих линий включает сумму эпизодов и становится доминантной в тот момент, когда в жизни пациента возникает актуальная ситуация (кризис), соответствующая данной линии жизни;

- кризис в рамках одной из линий жизни (сюжета) является эпизодом (фрагментом) и имеет свои логические и временные границы;

- так же, как и драматургический материал (сценарий), жизнь пациента имеет свою логику. Возникновение кризиса закономерно (как и любой сюжетной линией) и во многом связано с тем, что пациент не владеет определенной логикой и, как следствие, часто оказывается беспомощным в критических ситуациях, что формирует у него психическую дезадаптацию;

- внимание пациента акцентируется на том, что кажущиеся «ударами судьбы» фрагменты его биографии зачастую являются следствием его решений и поступков;

- в случае, когда кризис объективно возник вне всякой связи с личностью пациента, не обладающий умением пациент также оказывается не готовым к нему и, как результат, не может оказывать ему достойного сопротивления;

- если проанализировать поступки пациента в схожих ситуациях, можно выделить определенные стереотипы поведения, предопределенные его личностными особенностями;

- на момент встречи психотерапевта и пациента жизнь последнего находится в развитии и от пациента зависит, в направлении прогресса или регресса пойдет это развитие;

- трансформированные в психотерапевтический метод театральная и духовная системы способны не только решить наиболее существенные

проблемы пациента, но также позволят ему кардинально изменить свою жизнь к лучшему;

– успех коррекции зависит от активности пациента.

В завершение вступительного собеседования пациент получает домашнее задание – проанализировав свою жизнь, составить список памятных эпизодов (фрагментов) неудач и побед. В соответствии с вышеизложенной Я-концепцией личности, психотерапевт предлагает пациенту составить описание своего Я-идеального, что в последующем явится ориентиром для психотерапевтической коррекции в рамках ПМ.

2-й этап – экспликация. Психотерапевт обращает внимание пациента на то, что многие эпизоды из составленного перечня, в свое время воспринимавшиеся остро и даже болезненно, в настоящее время потеряли свою актуальность и теперь могут быть предметом осознанного анализа. Осознанная работа пациента с эпизодами собственной биографии служит выработке стратегии дальнейшего поведения при возникновении похожих эпизодов.

Психотерапевт предлагает пациенту отнестись к предлагаемому ПМ, как к игре – процессу съемки кино, где на разных этапах психотерапии пациент будет выступать в качестве сценариста, режиссера, актера-исполнителя главной роли, героя.

Пациент знакомит психотерапевта с описанием Я-идеального. Проводится совместная работа по коррекции Я-идеального, составляется портрет «героя» будущего фильма, обладающего личностными качествами, конгруэнтными Я-идеальному, представленному пациентом.

В аналитической работе с прошлым пациенту предлагается взять на себя роль режиссера, перед которым поставлена задача закончить незавершенный фильм со множеством отснятых эпизодов.

Психотерапевт и пациент сравнивают составленные ими перечни эпизодов. В результате сравнения и обсуждения составляется общий список, который в последующем и становится исходным материалом для психотерапевтической работы.

Психотерапевт предлагает пациенту сгруппировать эпизоды по линиям, условно обозначая каждую из линий, предположим: линия взаимоотношений с родителями, линия сексуальных отношений, линия взаимоотношений с детьми, линия социальных отношений, линия карьеры и т. д.

Психотерапевт и пациент совместно анализируют каждую из образованных линий и обнаруживают, что нередко линии пересекаются – там, где, предположим, взаимоотношения с родителями или сексуальные отношения оказывают влияние на социальные отношения или карьеру и т. д. В моменты, когда линии пересекаются, пациент стоит перед проблемой принятия решения. Выбор приводит к позитивному или негативному результату по отношению к той или иной линии, в последующем существенно

меняя жизнь и мировоззрение пациента. Психотерапевт доводит до сознания пациента, что у того в процессе психотерапии должен сформироваться алгоритм осознанного принятия решений посредством анализа уже завершенных фрагментов его биографии.

С этой целью психотерапевт совместно с пациентом выбирают в качестве предмета подробного анализа одну из наиболее актуальных для пациента линий, включающую кризисный эпизод, повод обращения к психотерапевту. Выбранная линия в контексте предложенной психотерапевтической игры является основной идеей фильма.

Каждый из фрагментов выбранной линии, за исключением кризисного эпизода, рассматривается с позиций направленности, потребностей личности (героя), мотивов, движущих личностью (героем) на данном этапе, результата. Перед пациентом стоит задача оценить данный эпизод как достоверный или недостоверный (с учетом того, что герой, прообраз Я-идеального, не может совершать поступков, противоречащих его сущности, представляет собой самоактуализированную личность), а следовательно, подлежащий или не подлежащий пересъемке в контексте модели кинематографического процесса. Так впечатления трансформируются в действия. Пациенту предлагается на каждый эпизод составить «карту эпизода». Образец «карты эпизода» представлен ниже.

Эпизод №

| Краткое содержание | Мотивация | Способ достижения | Успех / неуспех | Достоверность |
|--------------------|-----------|-------------------|-----------------|---------------|
| | | | | |

3-й этап – предварительный монтаж. В результате проведенной пациентом домашней работы эпизоды выбранной линии рассортированы по признаку достоверности. Психотерапевт предлагает рассматривать достоверные эпизоды в качестве фрагментов, которые в неизменном виде войдут в будущий фильм. Забракованные эпизоды «подлежат пересъемке». Пациенту предлагается выступить в качестве драматурга и составить новый, достоверный в каждом случае сценарий. Таким образом, условный вопрос «как было?» меняется на вопрос «как должно быть?». В каждой из забракованных карт графа «достоверность» помечена знаком «+», остальные графы подлежат корректировке. Это и составляет домашнее задание пациента.

4-й этап – моделирование. Психотерапевт и пациент проводят совместную работу по анализу выполнения домашнего задания. Психотерапевт сообщает пациенту, что каждый из новых, предложенных пациентом сценариев в рамках того или иного эпизода может иметь различные, под-

час неожиданные варианты развития событий. Условный вопрос «как должно быть?» меняется на вопрос «как может быть?». На данном этапе по каждому из фрагментов психотерапевт, выступающий в качестве антагониста героя, предлагает различные варианты реагирования: происходит коррекция личности, приближающая Я-реальное пациента к Я-идеальному.

К психотерапевтическому процессу подключаются тренинги на внимание, воображение, импровизацию и гурджиевские упражнения.

Итогом 4-го этапа является анализ кризисной ситуации, приведшей пациента на психотерапевтический прием. Пациент совместно с психотерапевтом составляют экспликацию кризисной ситуации (составляют окончательный сценарий фильма). Результатом моделирования является готовность пациента к действиям в предлагаемых обстоятельствах (вне стен психотерапевтического кабинета). 4-й этап включает 7–10 психотерапевтических сеансов.

5-й этап – окончательный монтаж. Пациент в качестве актера, исполняющего роль героя, действует в предлагаемых обстоятельствах (вне психотерапевтического кабинета). Каждая новая встреча с психотерапевтом представляет собой совместный анализ выполненных актером действий, соответствующих составленной экспликации кризисной ситуации, которые он фиксирует в виде дневника и дает им предварительную оценку по привычной 5-балльной системе.

Оцениваемая фиксация действия позволяет и пациенту и психотерапевту ориентироваться в динамике психотерапевтического процесса.

В тот момент, когда кризисная ситуация оказывается разрешенной, задачи, определенные психотерапевтом в психотерапевтической экспликации, решены или же решение их предопределено, при том, что пациент уже не нуждается в коррекции и может действовать самостоятельно, психотерапевт объявляет ему о завершении работы и назначает время заключительного собеседования.

6-й этап – заключительное собеседование. Представляет собой совместное подведение итогов проведенной действенно-аналитической коррекции. Психотерапевт отвечает на вопросы пациента и дает необходимые рекомендации на будущее, рекомендует пациенту и в последующем использовать приобретенные навыки и умения.

Заключение

Средняя длительность лечения методом ПМ составляет 10–12 нед. ПМ может использоваться в реабилитационной психиатрии, лечении невротических расстройств, алкогольной и наркотической зависимости. Первые результаты клинического применения метода со всей очевидностью показали его состоятельность.

Литература

1. *Пивень Б.Н.* Предпосылки и перспективы развития экологической психиатрии / Б.Н. Пивень // Экологическая психиатрия: необходимость формирования и перспективы развития нового направления в науке : сб. науч. тр. – Барнаул, 1991. – С. 24–30.
2. *Семке В.Я.* Психотерапия: настоящее и будущее. Тенденция к интеграции. / В.Я. Семке, И.Е. Куприянова. // Сиб. вестн. психиатрии и наркологии. – 1998. – № 1/2. – С. 118–123.
3. *Карвасарский Б.Д.* Клиническая психология / Б.Д. Карвасарский. – СПб. [и др.] : Питер, 2010. – 864 с.
4. *Макаров В.В.* Четвертый Всемирный конгресс по психотерапии. / В.В. Макаров, А.М. Кантор, И.К. Чобану // Психотерапия. – 2005. – № 2. – С. 8–13.
5. *Карвасарский Б.Д.* Психотерапия / Б.Д. Карвасарский. – М. : Медицина, 1985. – 304 с.
6. *Строганов А.Е.* Психотерапия на базе театральных систем / А.Е. Строганов. – СПб. : Наука и техника, 2008. – 488 с.

УДК 615.851 : 355.292

С.А. Колов

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ЭМПИРИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ (РЕКОНСТРУКТИВНОЙ) ПСИХОТЕРАПИИ У ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Волгоградский областной клинический госпиталь ветеранов войн

Введение

В настоящее время не существует единой общепринятой теоретической концепции, объясняющей этиологию и патогенез развития постбоевых расстройств и связанных с этим нарушений адаптации у ветеранов боевых действий (ВБД), в том числе так называемого военного (боевого) посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Различные способы рассмотрения проблем стресса и его последствий в настоящее время представлены как весьма самостоятельные и даже конкурирующие друг с другом.

Поведенческий, когнитивный, психодинамический, гуманистический и другие подходы основываются на различных теориях, дают собственные интерпретации событий, используют различные методические приемы и

оценочные критерии. Многие исследователи придают решающее значение в возникновении и развитии психических расстройств и дезадаптации ВБД характеру и интенсивности боевого стресса [26]. Но эта модель никак не объясняет факт, что в любой посттравматической популяции преобладают те, кто успешно преодолел негативные последствия переживания экстремального стресса [30].

У некоторых комбатантов отмечается эустрессовый вариант адаптивной трансформации личности, когда, благодаря пребыванию в экстремальных условиях, повышаются характеристики уверенности, стеничности, альтруизма, креативности, а у некоторых ВБД кроме того нивелируются невротические комплексы, личностные девиации и психопатологические симптомы [10]. Поэтому в настоящее время специалисты все больше склоняются к мысли о преобладающем значении личностного фактора в патогенезе психической травмы и считают, что стрессовые события сами по себе очень редко становятся причиной пограничных расстройств, к которым относится и ПТСР. Только в сочетании с различными внутренними и внешними факторами стрессоры приводят к неудачной адаптации и возникновению психических расстройств [5]. Поэтому для понимания природы психопатологии комбатантов необходимо изучение ключевых моментов становления их личности.

Наиболее адекватным с методологической точки зрения для этих целей будет био-психо-социальный подход, с мультидисциплинарной, всесторонней оценкой, так как психические расстройства у ВБД – это био-психо-социальное явление, затрагивающее нейробиологическую дисрегуляцию, психологическую дисфункцию и социальную дизадаптацию [7]. При этом в настоящее время основной акцент делается на понимание психических заболеваний как нарушения межличностных отношений пациента. Это связано с тем, что сегодняшние исследования не подтверждают наличия какого-то единого биологического, неврологического или генетического фактора, общего для всех военных ветеранов с ПТСР [6].

Многие зарубежные психологи и психиатры пришли к отказу от чрезмерного подчеркивания биологического происхождения психических явлений и признанию культурных и социальных факторов в происхождении неврозов и других пограничных расстройств. Поэтому, исследуя развитие личности комбатанта и возникновение у него психических расстройств, мы должны рассматривать его в матрице существующих у него в прошлом и настоящем времени межличностных отношений.

Один из родоначальников межличностной теории психиатрии Н. Sullivan утверждал, что личность почти целиком является продуктом взаимодействия человека с другими значимыми человеческими существами. Развивающийся ребенок в поисках безопасности склонен культивировать и

подчеркивать те черты и стороны своей личности, которые встречают одобрение окружающих, одновременно искореняя или отрицая те, которые встречают неодобрение. В итоге индивидуум вырабатывает концепцию себя, основанную на этих воспринятых оценках значимых других [36]. Развивая эту теорию, родоначальник динамической психиатрии Г. Аммон подчеркивал значение для последующего развития личности и возникновения психопатологии, группового опыта межличностного взаимодействия, делал акцент именно на всей семейной системе, так называемой первичной группе. В случаях искажения этих межличностных транзакций, общение действует морбогенным образом [16].

Теоретической основой этого направления в отечественной клинической психологии и психиатрии является концепция личности В.Н. Мясищева, в которой человек понимается как единая био-психо-социальная система, при этом в его понимании биологическое хотя и неразрывно связано с социальным, но не является самой личностью, а только ее условием [8]. В.Н. Мясищев определял личность прежде всего как определенную систему отношений человека с окружающей его средой (люди, труд, будущее и т. п.), особо выделяя отношение ее к самой себе, которое обеспечивает целостность индивидуальной организации. Эта система отношений складывается в результате социальных связей, так как человек с первых дней и до конца жизни является участником различных групп, а личность как индивидуальная система общественных отношений формируется при усвоении ею групповых ценностей. При неблагоприятно складывающихся взаимоотношениях нарушается процесс личностного развития [8]. Необходимо отметить, что концепции В.Н. Мясищева и Г. Аммон хотя и создавались независимо друг от друга, имеют много общих теоретических положений [9].

В настоящее время накоплено большое количество данных, подтверждающих значение ранних травмирующих межличностных отношений, начиная с раннего детства, в возникновении и развитии ПТСР, личностных девиаций и других психических расстройств у ВБД. Поэтому в рамках системного, биопсихосоциального подхода мы рассматриваем возникновение и развитие психопатологии ВБД как динамику их межличностных взаимодействий на всем протяжении их жизни, а психотравмирующие факторы, в том числе и боевой стресс, как носящие ярко выраженный интерперсональный характер, что является, как это будет показано ниже, полезным в психотерапевтических и реабилитационных целях.

Межличностная теория психиатрии и возникновение психопатологии у ветеранов боевых действий

Первичный стресс

Экспериментально психологические исследования подтверждают искажение у ВБД процесса их нормального личностного развития. R. Silverstein (1996) в рамках модели возрастных кризисов Э. Эриксона (использовалась шкала «Эго идентичности» (Ego Identity Scale, EIS)) убедительно показала, что вьетнамские ветераны с ПТСР и наличием боевого опыта не заканчивали процесс «отделения – индивидуализации» или «процесса второй индивидуализации юношества». Они страдали от того, что Э. Эриксон назвал «диффузией идентичности», означающей задержку в развитии, в обретении «взрослой идентичности», когда осталась не решенной задача первого цельного осознания себя и своего места в мире, при этом комбатант остается на отрицательном полюсе выбора в дихотомии этого юношеского предвзрослого кризиса – остаться юношей или стать взрослым. Остановка развития фиксирует у них состояние неуверенности в понимании собственного «Я» [34].

Нами были проведены исследования ВБД в рамках теории отношений В.Н. Мясищева и динамической психиатрии G. Ammon с помощью опросника ISTA. Полученные данные позволили сделать вывод, что у ВБД, по-видимому, еще до попадания в зону боевых действий преобладают деструктивно-дефицитарные Я-функции, особенно деструктивная и дефицитарная агрессивность, которая являлась независимым от боевого стресса фактором, влияющим на развитие у обследованных комбатантов боевого ПТСР и их повышенного агрессивного поведения [2]. Эти данные также подтверждают наличие личностных трансформаций у комбатантов. G. Ammon рассматривает возникающую у взрослого человека психопатологию как изначальный структурный дефицит Я [16]. Ребенок становится жертвой неспособности матери и других воспитывающих лиц удовлетворять его потребности, часто в форме открытого враждебного отвержения или простого безразличия, что вызывает экзистенциальный страх быть покинутым. На протест ребенка против этого насилия, оставляющего его потребности неудовлетворенными, мать реагирует непониманием и враждебностью. При этом нарушаются границы его собственного Эго из-за наплыва внутренних и внешних импульсов, чуждых его индивидуальности и ведущих к дезинтеграции чувства Я. Такая ситуация приводит к структурным нарушениям формирующейся личности ребенка или к нарушениям идентичности [16].

Многомерная, интеракционная модель возникновения ПТСР была подтверждена в исследованиях E.W. McCranie и соавт. (1992), в котором

было показано, что отрицательное взаимодействие с отцом являлось самым сильным прогностическим фактором интенсивности и серьезности симптомов ПТСР [29]. Насилие, физическое злоупотребление в детском возрасте встречались в анамнезе большинства обследованных ветеранов войн и подтверждено многими исследованиями [18]. В результате насилия у комбатанта формируется то, что Н. Sullivan (1953) называл динамизмом озлобленности и ненависти, который характеризуется чувством существования и жизни среди врагов. Озлобленность часто принимает форму застенчивости, вредности, жестокости или других видов антиобщественного поведения. Озлобленность возникает в возрасте 2–3 лет, когда дети начинают игнорировать и отвергать действия, которые фактически были проявлением материнской ласки. Многие родители пытаются контролировать поведение своих детей с помощью наказаний (причинение физической боли, порицания). В результате дети начинают воздерживаться от любых проявлений потребности в ласке, защищая себя с помощью недоброжелательного отношения к окружающим, озлобленности. Родителям становится все труднее воздействовать на ребенка с помощью ласки, что, в свою очередь, закрепляет его негативное отношение к окружающему миру [36].

У ВБД, страдающих ПТСР и имеющих детскую травму в анамнезе, меняются не только структура личности, но и когнитивные схемы, сбиваются «индикаторы» определения обычных и патологических действий. Поведение, которое часто определяется окружающими как дисфункциональное (злоупотребление алкоголем, повышенная агрессивность, трудности в выражении чувств и разрешении конфликтов, нехватка теплоты и сочувствия в отношениях), часто не идентифицируется комбатантами как проблемное, потому что с образцами такого поведения они встречались в окружающей их с раннего детства среде, где все это воспринималось если и не как норма, то как вполне терпимые явления. Особенно это может быть верным для комбатантов, которые росли и воспитывались в семьях ветеранов II мировой войны [31]. Таким образом, деструктивные межличностные отношения в раннем детском возрасте ВБД приводят не только к формированию дисфункциональной идентичности, но к дисфункциональному обучению, закреплению на когнитивно-поведенческом уровне личности патологических стереотипов за счет механизмов интроекции [33].

Боевой стресс

Индивид с наличием структурного дефицита Я попадает в условия боевого стресса, который по своей сути также является специфическим, относящимся к межличностным психическим травмам. Основными этиологическими факторами военного стресса являются внешняя агрессия со стороны противника, направленная на пострадавшего, связанная с виталь-

ной угрозой, а также не сопоставимый со всеми прочими экстраординарными событиями психологический аспект боевого стресса: санкционированное истребление одних людей другими [13]. Таким образом, военнослужащие оказываются в ситуации невозможности противостоять предложенной им организации межличностных отношений по типу «злое Я / злобный Другой», что вносит ключевой вклад в нарушение саморегуляции, которая уже расбалансирована первичным стрессом. При этом ВБД вновь, как и при детской первичной травме, сполна получает межличностный опыт «овеществления», когда высшая сила, в частности государство в лице командира, использует его для своих собственных нужд.

Структурный специфический дефицит деструктивно-дефицитарной агрессивности Я или динамизм озлобленности, сформировавшийся в раннем детстве, представляет собой «замок», к которому идеально подходит «ключ» – специфические межличностные отношения на войне. Эти отношения, с одной стороны, характеризуются выраженной межличностной агрессией на ВБД со стороны противника, с другой стороны, наличием собственной выраженной агрессивности и гнева. Причем специфика современного боя такова, что противник ведет партизанскую войну и в этих условиях у солдата часто нет возможности непосредственно ответить на агрессивные действия врага, разрядить свой гнев, агрессию. Это приводит к кумуляции, дисрегуляции гнева и состояний, связанных с ним. Необходимо отметить, что состояние гнева, агрессии, гиперреактивности в качестве приспособительных реакций формируются у комбатантов еще на стадии подготовки к войне собственными командирами и учителями, еще до появления боевого стресса, так как во всех вооруженных силах моделируется и укрепляется насилие в качестве способа адаптации к боевым действиям [1, 32]. Например, в американской армии во время вьетнамских событий была создана эффективная система подготовки солдат для преодоления существующих у человека нейробиологических барьеров, контролирующих и блокирующих желание убивать. Количество американских солдат, участвовавших в убийстве в течение вьетнамских боевых действий, составило 95 %, тогда как во II мировой войне – только 20 % [22]. Но, без всякого сомнения, такое обучение ложится на уже подготовленную почву, А. Gerlock (1994) показал выраженную положительную взаимосвязь между психической травмой детства и уровнем гнева как личностной черты. Гневливость тем выше, чем значительнее интенсивность прошлых психологических травм [21], что подтверждает значимость концепции у ВБД так называемой «двойной» травмы.

Боевая травма как дополнительный негативный межличностный фактор усиливает структурный дефицит Я, что приводит к заострению индивидуальных характеристик, вплоть до возникновения личностных рас-

стройств. Озлобленность, возникающая, по Н. Sullivan, в раннем детстве, развивается в результате боевой психической травмы в параноидно-шизоидное личностное функционирование [17]. Наличие характерологической патологии у ВБД подтверждают многие клиницисты [19]. Проведенные нами исследования также показали значительную, по сравнению с контрольной группой, выраженность у комбатантов параноидного, эмоционально-неустойчивого пограничного и импульсивного подтипов личностных расстройств [3]. Наличие пограничного расстройства личности (ПРЛ) является дополнительным клиническим подтверждением теории нарушенной идентичности Я у ветеранов, так как неустойчивость восприятия себя – это один из осевых симптомов этого расстройства [35]. Незавершенное, диффузное Эго переходит в ПРЛ, которое характеризуется выраженной неустойчивостью и нестабильностью во всех сферах: в самооценке, в области регулирования эмоций, в контроле поведения, а также в поддержании стабильных отношений с окружающими людьми [35].

Многие специалисты обращают внимание на тот факт, что клинические критерии ПРЛ во многом совпадают с симптомами ПТСР, так что некоторые клиницисты рассматривают эти два расстройства на одном клиническом континууме, и в пределах этой модели ПРЛ может быть более серьезным вариантом ПТСР [38]. В рамках концепции ПРЛ легко объяснить еще один ведущий синдромокомплекс ВБД – эмоциональную дисрегуляцию: наличие дисфункционального гнева, трудно контролируемой тревоги, а также частых депрессивных расстройств. При описанной выше ситуации нарушений межперсональных связей в условиях войны на эмоциональном уровне у ВБД происходит увеличение колебаний по оси «страх (бегство) – гнев (борьба)». Проявлением дисрегуляции является хаотичное, неупорядоченное возникновение эмоций, которое Ю.Л. Нуллер называл «рысканием» системы. Тревожные и гневные фазы сменяют друг друга и, в конце концов, формируется непрерывно-циркулярное течение с нарастающими по тяжести (то есть по величине амплитуды) фазами.

Подобная динамика, когда первые фазы эмоциональных нарушений наступают нерегулярно и часто провоцируются различными вредными внешними и внутренними факторами, а затем процесс приобретает все более автономный ритм, свидетельствует о том, что по мере развития психопатологической картины все больше декомпенсируются центральные регуляторные механизмы, то есть снижается порог их устойчивости к различным влияниям, от незначительных психологических нагрузок до метеофакторов [11]. Таким образом, даже такие симптомы, как неупорядоченное поведение, высокий уровень тревожности, депрессии и гнева, можно рассматривать у ВБД как продукт нарушенных взаимоотношений.

Стресс мирной жизни

Возвращаясь к гражданскому существованию после боевого стресса, который в ряде случаев приводит к образованию патологического состояния центральной нервной системы (ЦНС) – боевой психической травме, сопровождаемой нарастанием специфических личностных дисгармоний и готовности к психопатологическому синдромообразованию [7], ВБД обнаруживают абсолютную несовместимость сформировавшихся способов реагирования на события окружающей их мирной среды. При ассимиляции в обычную жизнь ВБД необходимо изменить свое военное Я на гражданское. Требование такой перемены, как и любого изменения, вызывает повышение уровня тревоги [33]. При этом механизм идентификации со своей военной индивидуальностью позволяет сохранять чувство безопасности, которая подкрепляется фактом того, что ВБД сумел выжить и вернуться домой. Но «боевое Я» имеет такие качества, как нивелировка, подавление ярких сторон характера и автономии, желания экспериментировать, строить перспективу жизни, то есть прямо противоположно тому, что требуют условия обыденной жизни [34], не говоря уже о сохраняющейся у ВБД гипербдительности, легкости возникновения гнева и повышенной агрессивности.

В данном контексте необходимо отметить, что в интерперсональной теории Н. Sullivan озлобленность (гнев) – более адаптивный динамизм, чем тревога. Тревога – переживание, связанное с воображаемой или реальной угрозой безопасности, и она не побуждает к каким-либо последовательным действиям, тормозит развитие полноценных межличностных отношений. Тревога делает человека неспособным учиться, суживает диапазон восприятия, тогда как гнев может приносить реальную пользу, вызывая действия, которые способствуют адаптации и/или изменению человеком окружающего мира [36].

Реадаптация к гражданским условиям существования является не менее сложным процессом, чем адаптация к боевым действиям, и подразумевает широкий, гибкий диапазон индивидуального реагирования в более сложной, нюансированной, по сравнению с военным дихотомическим черно-белым разделением на «друзей – врагов», «своих – чужих», социальной среде. Отечественными психиатрами замечено, что чем лучше был боец, тем тяжелее он адаптируется в мирной обстановке [14], это отражает уровень характерологических трансформаций, которые были адаптивными на войне и являются дезадаптивными в гражданской жизни.

Нарушения развития идентичности ВБД могут проявляться в каждой фазе процесса личностного развития на протяжении всей его жизни, в том числе при реадaptации к мирным условиям существования. Они всегда заложены в бессознательной динамике группового процесса по отношению к таким внешним группам, как семейная, профессиональная и т. п. [16]. Та-

ким образом, идентичность необходимо понимать как динамический процесс (в его нормальных или патологических формах) непрерывного поиска и постоянного развития своего истинного Я, независимо от возраста комбатанта и времени, прошедшего после его возвращения с войны.

Экспериментально-психологические исследования показывают, что человек меняется в течение всей своей жизни и эти изменения зависят от складывающихся отношений с окружающими, существующего вокруг микросоциума. Так, например, изучение динамики эмоциональной структуры, а также концепции Я даже у старшей возрастной группы от 55 до 65 лет, когда, по общепринятым меркам, считается, что человек уже не меняется, показало, что трансформация индивидуальности была отрицательно и положительно связана только с межличностными событиями, такими как семья, развод, смерть любимых и партнеров, и никак не коррелировало с другими значимыми событиями, такими как изменения в карьере, места жительства и т. п. [28]. Если условия окружающей среды и межперсональных отношений складываются неблагоприятно, то это ведет к искажению процесса личностного развития [8]. В гражданском обществе ВБД сталкиваются со стигматизацией, скрытым и явным враждебным отношением к себе гражданского общества, как было выявлено в наших исследованиях [4], что значительно ухудшает их психосоциальную реабилитацию. Происходит повторение военной ситуации «злое Я / злобный Другой», и для комбатанта война на уровне межличностных отношений продолжается.

В этом случае первичные, уже разбалансированные, механизмы для совладания со стрессовой ситуацией (гнев – страх) декомпенсируются, так как, с одной стороны, у ВБД отсутствует эффективное преодолевающее поведение, позволяющее достичь изменения неудовлетворительных отношений в системе «человек – среда» и адекватного регулирования эмоций. С другой стороны, при реализации ими внешней активности (поиск информации, позволяющей структурировать ситуацию; реализация определенных действий или их блокирование) окружающий социум может поддерживать их неадаптивное личностное поведение, например, бюрократическая волокита в получении ВБД положенных по закону льгот часто приводит к возникновению у них дисфункционального гнева. После проявления неконтролируемых разрушительных эмоций обычно продвижение их дела у чиновников значительно ускоряется. При такой ситуации, когда усиливается и личностный дефект, и все более дисфункциональными становятся эмоции, на интрапсихическом уровне у ВБД включается следующий защитный регистр, развивается депрессия, которая не позволяет эмоциям тревоги и гнева окончательно выйти из-под контроля [11]. Таким образом, на этапе реадaptации ВБД сталкиваются все с тем же межличностным стрессом, что и ранее, а это может иметь эффект «последней капли» и

объяснять, почему психические расстройства, такие как ПТСР, возникают у многих ВБД через много лет после возвращения с войны.

Межличностная теория и лечение ВБД

У многих ветеранов, несмотря на проводимое лечение, с годами усиливаются симптомы гиперреактивности, растет склонность к социальной изоляции и не повышается уровень занятости [24]. Это может быть связано с тем, что применяемые лечебные программы не учитывают наиважнейший аспект психопатологических нарушений у ВБД, такой как описанная выше нарастающая во времени дисфункция межперсональных отношений, приводящая к возникновению психопатологии комбатантов. Исходя из приведенных выше фактов, наиболее оптимальным психотерапевтическим подходом к успешной реабилитации и адаптации комбатантов следует признать метод групповой психотерапии, который подразумевает изменение и восстановление межличностных отношений.

Кроме этого, дополнительными доводами в пользу групповых методов терапии является то, что психологическая травма затрагивает не только индивидуума, но и окружающих его людей. Семьи, соседи и даже целые поколения могут чувствовать результаты психических нарушений у ветеранов. Взаимоотношения с близкими людьми у комбатантов могут обостряться настолько, что вызывают вторичную травматизацию у членов их семей [20]. Из-за социальной природы последствий психологической травмы лечение ветеранов войн должно включать в себя проработку отношений ветерана с другими людьми, с социумом. Групповая психотерапия оптимальным образом подходит для этой цели, предоставляя превосходные возможности для социальной поддержки, социальной реинтеграции и изучения отношений между людьми [15]. Группа – неотъемлемая составная часть военного опыта практически любого военнослужащего. Каждый солдат являлся частью какой-нибудь группы: во время обучения военной специальности и приобретения боевого опыта, несения службы, участия в военных действиях. Таким образом, для бывшего военнослужащего является привычным адаптация и обучение новым навыкам в условиях коллектива. Это еще одна из причин, почему групповая терапия и консультирование могут оказаться наиболее подходящими формами психологической и психотерапевтической работы с данным контингентом.

Несмотря на достаточно длительную историю применения групповой психотерапии в психологической коррекции комбатантов – начиная с окончания II мировой войны, до сих пор дискутируется вопрос о том, как проводить занятия с группой ВБД, проговаривать ли ситуацию боевой психической травмы? Подход, сосредоточенный на анализе травмы, часто используется в так называемых вскрывающих или сфокусированных на

травме группах, что долгое время считалось единственно эффективным способом терапии психической травмы [27]. F.D. Jones (1995) представляет прямо противоположную точку зрения и пишет о том, что в процессе групповой психотерапии комбатантов рекомендуется сосредоточить внимание на текущих проблемах и не превращать проговаривание переживаний в бесконечное погружение в прошлое, сопровождающееся навязчивыми воспоминаниями, чувством вины и т. п. [25]. Тем более что, как было показано ранее, боевая травма не является единственным источником проблем у ветеранов.

Недостаточная или сомнительная эффективность психосоциальных моделей первого поколения привела к модернизации старых программ, когда в классическую терапию наполнением (подверганием) для восполнения дефицита в межличностном взаимодействии стали включаться элементы обучения основным социальным навыкам. Стали появляться и новые, более масштабные модели лечения, ориентированные на иные аспекты психики пациента, помимо боевой психической травмы и симптомов ПТСР. Эти программы стали называться моделями «второго поколения» или «покрывающими», в противовес сфокусированным на травме «вскрывающим» техникам. Программы второго поколения сосредоточились на том, чтобы воссоединить ветеранов в социальном контексте с семьей, работой и улучшить их способность функционировать в обществе [23]. В этих лечебных программах фокус терапевтического процесса сместился с переработки и разрешения травмы на более широкий контекст психосексуального развития индивида, объектных отношений, а также пре- и посттравматические факторы риска и способности к адаптации, системы социальной поддержки, уровень функционирования. При этом учитывалось влияние психической травмы на все указанные сферы. Во время групповой психотерапии решались актуальные на данный момент вопросы безопасности, функционирования и восстановления социальных связей.

К таким методам, без всякого сомнения, можно отнести разработанную В.Н. Мясищевым патогенетическую психотерапию [8] и созданную в 1970-е гг. на ее основе личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова, в которой отношения терапевт – пациент рассматриваются как реальные, но в этих отношениях отражается прежний опыт и срабатывают привычные эмоциональные стереотипы, способы поведения [12].

Этот подход признается наиболее оптимальным современными практиками и теоретиками групповой психотерапии, когда рассмотрение и изменение взаимоотношений в ситуации «здесь и теперь» позволяет изменить межличностную коммуникацию и вне психотерапевтического сеанса, а группа предстает моделью реальной жизни, реальных отношений [37].

G. Ammon также считал, что нет необходимости уходить в анализ прошлого, травмы, поскольку в группе каждый пациент стремится воспроизвести модель групподинамических отношений, унаследованную из семьи. Поэтому именно группа с ее возможностью мультилатеральных переносных реакций предоставляет необходимую возможность для воспроизведения патогенных ситуаций и их коррекции в ситуации «здесь и теперь», с последующей постепенной интернализацией пациентом нового опыта.

При использовании групповой формы работы ветеранам легче контролировать характерную для них враждебность и агрессию, в отличие от индивидуального психотерапевтического подхода [16], так как эти реакции «рассеиваются» на многих участников группы, что позволяет применять более интенсивные психотерапевтические интервенции и приемы. Кроме этого, реабилитация с помощью групповых методов предоставляет поддерживающую окружающую среду, место, где ВБД могут чувствовать себя относительно безопасно, комфортно, а также где их принимают такими, какие они есть, без осуждения и оценки.

Таким образом, групповая терапия предоставляет опыт отношений, которые прямо противоположны всему предшествующему социальному опыту ВБД. Это особенно важно для участников войны, которые реинтегрируются в общество и испытывают при этом множество межличностных проблем, включая проблемы с трудоустройством, дефицитом социальной поддержки, стигматизацией. Понимание же специалистом возникающих трудностей психотерапевтического контакта как результата ранней детской психической травмы может помочь ему справиться со своими контрпереносными реакциями, воспринимать негативное взаимодействие не как личностную реакцию на себя самого, а как объективное обстоятельство, возникшее в раннем детстве ВБД, развивающееся и укрепляющееся в течение всей его жизни.

Заключение

В заключение хотелось бы привести мнения основоположников межличностных теорий возникновения и терапии психических расстройств. H.S. Sullivan считал, что жизнь человека была бы чудесной, если бы ему не пришлось начать общение с людьми [36], I. Yalom настаивал на том, что для лечения людей нужны люди [37], G. Ammon писал, что человек заболевает в группе и только при помощи группы может быть излечен [16]. Таким образом, межличностный подход к возникновению и развитию психических расстройств у ВБД позволяет не только объяснить многие трудные вопросы в этой области, но и создать адекватные методы коррекции и реабилитации «неподдающегося» лечению контингента ВБД.

Литература

1. *Дмитриева Т.Б.* Транзиторные психотические состояния у комбатантов, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством (судебно-психиатрический аспект) / Т.Б. Дмитриева, В.Г. Василевский, Г.А. Фастовцов // Рос. психиатр. журн. – 2003. – № 3. – С. 38–41.
2. *Колов С.А.* Многофакторная модель деструктивного агрессивного поведения у ветеранов боевых действий / С.А. Колов // Вестн. С.-Петерб. гос. ун-та. Серия 11: Медицина. – 2009. – Вып. 3. – С. 72–78.
3. *Колов С.А.* Эффективность краткосрочной групповой психотерапии у ветеранов войн / С.А. Колов // Вестн. психотерапии. – 2006. – № 17 (22). – С. 9–15.
4. *Колов С.А.* Изучение стигматизации ветеранов боевых действий / С.А. Колов, А.В. Остапенко // Актуальные вопросы внебольничной психоневрологической помощи детскому и взрослому населению : материалы науч.-практ. конф. / под ред. Н.Г. Незнанова. – СПб., 2009. – С. 143–144.
5. *Кровяков В.М.* Психогении при пограничных психических расстройствах и психозах / В.М. Кровяков // Рос. психиатр. журн. – 2005. – № 1. – С. 60–72.
6. *Линдауэр Р.Й.Л.* Нейробиология посттравматического стрессового расстройства / Р.Й.Л. Линдауэр, И.В.Е. Карльер, Б.П.Р. Герсонс // Соц. и клинич. психиатрия. – 2003. – Т. 13, № 1. – С. 146–50.
7. *Литвинцев С.В.* Боевая психическая травма : руководство для врачей / С.В. Литвинцев, Е.В. Снедков, А.М. Резник. – М. : Медицина, 2005. – 430 с.
8. *Мясищев В.Н.* Личность и неврозы / В.Н. Мясищев. – Л. : Изд-во Ленингр. ун-та, 1960. – 426 с.
9. *Незнанов Н.Г.* Психология отношений В.Н.Мясищева и динамическая психиатрия Г. Аммона: две школы – один путь в современной биопсихосоциальной медицине / Н.Г. Незнанов, А.В. Васильева // Рос. психиатр. журн. – 2006. – № 1. – С. 29–33.
10. *Нечипоренко В.В.* Современный взгляд на проблему боевой психической травмы / В.В. Нечипоренко, С.В. Литвинцев, Е.В. Снедков // Воен.-мед. журн. – 1997. – № 4. – С. 22–26.
11. *Нуллер Ю.Л.* Парадигмы в психиатрии / Ю.Л. Нуллер // Роль аффективных нарушений в развитии психической патологии (прошлое, настоящее, будущее) / под ред. Н.Г. Незнанова. – СПб., 2006. – С. 8–50.
12. *Психотерапия* / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2007.
13. *Снедков Е.В.* Боевая психическая травма (клинико-патогенетическая динамика, диагностика, лечебно-реабилитационные принципы) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Снедков Е.В. – СПб., 1997. – 48 с.

14. *Снедков Е.В.* Реакции боевого стресса : учеб. пособие / Е.В. Снедков, А.М. Резник, С.А. Трущелев. – М. : Медкнига, 2007. – 272 с.
15. *Allen S.N.* Group and family treatment of post-traumatic stress disorder / S.N. Allen, S.L. Bloom // *Psych. Clin. North Amer.* – 1994. – Vol. 17, N 2. – P. 425–437.
16. *Ammon G.* Psychosomatic illness as a result of a deficit in ego-structure / G. Ammon // *Psychother.&Psychosom.* – 1979. – N 31. – P. 80–86.
17. *Bradshaw S.L. Jr.* The love of war: Vietnam and the traumatized veteran / S.L. Bradshaw Jr., C.D. Ohlde, J.B. Horne // *Bull. Menninger. Clin.* – 1991. – Vol. 55, N 1. – P. 96–103.
18. *Clancy C.P.* Lifetime trauma exposure in veterans with military-related posttraumatic stress disorder: association with current symptomatology / C.P. Clancy, A. Graybeal, W.P. Tompson [et al.] // *J. Clin. Psychiatry.* – 2006. – Vol. 67, N 9. – P. 1346–1353.
19. *Dunn N.J.* Personality disorders in veterans with posttraumatic stress disorder and depression / N.J. Dunn, E. Yanasak, J. Schillaci [et al.] // *J. Traum. Stress.* – 2004. – Vol. 17, N 1. – P. 75–82.
20. *Galovski T.* Psychological sequelae of combat violence: A review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions / T. Galovski, J.A. Lyons // *Aggr. Viol. Behav.* – 2004. – Vol. 9. – P. 477–501.
21. *Gerlock A.A.* Veterans responses to anger management intervention / A.A. Gerlock // *Adv. Ment. Health Nurs.* – 1993. – N 15. – P. 393–408.
22. *Grossman D.* On killing. II: The psychological cost of learning to kill / D. Grossman // *Int. J. Emerg. Ment. Health.* – 2001. – N 3. – P. 137–144.
23. *Johnson D.R.* The concept of the second generation program in the treatment of post-traumatic stress disorder among Vietnam veterans / D.R. Johnson, S.C. Feldman, S.M. Southwick [et al.] // *J. Traum. Stress.* – 1994. – Vol. 7, N 2. – P. 217–235.
24. *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.
25. *Jones F.D.* Chronic post-traumatic stress disorder / F.D. Jones // *In War psychiatry.* Hardcover Publisher: Dept. of the Army / F.D. Jones, L.R. Sparacino, V.L. Wilcox, J.M. Rothberg, J.W. Stokes (Eds.). – 1995. – P. 409–430.
26. *Koenen K.C.* Risk factors for course of posttraumatic stress disorder among Vietnam veterans: a 14-year follow-up of American Legionnaires / K.C. Koenen, S.D. Stellman, J.F. Sommer // *J. Cons. Clin. Psychol.* – 2003. – N 6. – P. 980–986.

27. *Koller P.* Psychodynamic group treatment of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans / P. Koller, C.R. Marmar, N. Kanas // *Int J. Gr. Psychoth.* – 1992. – Vol. 42, N 2. – P. 225–246.
28. *Magai C.* Personality Change in Adulthood: Loci of Change and the Role of Interpersonal Process/ C. Magai // *Int. J. Aging. Hum. Dev.* – 1999. – Vol. 49, N 4. – P. 339–352.
29. *McCranie E.W.* Negative parenting behavior, combat exposure, and PTSD symptom severity. Test of a person-event interaction mode / E.W. McCranie, L.A. Hyer, P.A. Boudewyns [et al.] // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1992. – N 7. – P. 431–438.
30. *McFarlane A.C.* Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions / A.C. McFarlane, R. Yehuda // in *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society* / Ed. by van der Kolk B.A., McFarlane A.C., Weisaeth L. – N.Y., 1996. – P. 155–181.
31. *Murphy R. T.* Development of a group treatment for enhancing motivation to change PTSD symptoms among combat veterans (in press) / R.T. Murphy, C.S. Rosen, R.P. Cameron [et al.] // *Cognitive and Behavioral Practice.* – 1999. – N 9. – P. 308–316.
32. *Novaco R.W.* Anger and Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder / R.W. Novaco, C.M. Chemtob // *J. Traum. Stress.* – 2002. – Vol. 15, N 2. – P. 123–132.
33. *Perls F.S.* *The Gestalt Approach and Eyewitness to Therapy* / F.S. Perls. – London, 1973.
34. *Silverstein R.* Combat-Related Trauma as Measured by Ego Developmental Indices of Defenses and Identity Achievemen / R. Silverstein // *J. Gen. Psychol.* – 1996. – Vol. 157. – P. 169–179.
35. *Skodol A.E* Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant or obsessive-compulsive personality disorder / A.E. Skodol, J.G. Gunderson, T.H. McGlashan [et al.] // *Am J Psychiatry.* – 2002. – Vol. 159. – P. 276–283.
36. *Sullivan H.S.* *The interpersonal theory of psychiatry* / H.S. Sullivan. – N.Y., 1953.
37. *Yalom I.D.* *The theory and practice of group psychotherapy* / I.D. Yalom. – 4th ed. – N.Y., 1995.
38. *Zulueta de F.* Post-traumatic stress disorder and attachment: possible links with borderline personality disorder / F. de Zulueta // *Adv. Psychiatr. Treat.* – 2009. – Vol. 15, N 3. – P. 172–180.

РАЗМЫШЛЕНИЯ О «ПСИХОЭКОНОМИКЕ»

Городской психоневрологический диспансер № 7,
Восточно-Европейский институт психоанализа, Санкт-Петербург

Введение

Финансы всегда были движущей силой позитивных изменений, в том числе и в медицине, поэтому исследования экономических отношений в психотерапии являются актуальными, создавая возможность максимально продуктивно использовать этот ресурс. Хорошо известно понятие фармакоэкономики, под которым понимается фармацевтическая наука, имеющая целью экономическую оценку эффективности использования ресурсов здравоохранения, направленных на фармакотерапию, другие медицинские и фармацевтические услуги. В настоящей статье делается попытка исследовать новое понятие «психоэкономики», которое отражает характер экономических отношений субъектов психотерапевтической деятельности и оценивает экономическую эффективность использования психотерапевтических ресурсов.

В силу особенностей современной ситуации, в частности, роста психологической культуры населения, активного развития реабилитации в структуре психиатрической помощи, встает вопрос об эффективном использовании психотерапии в комплексном лечении различных психопатологических состояний, что невозможно без понимания и анализа экономической составляющей лечебного процесса. Вопросу финансовых отношений в области психотерапии уделяется неоправданно мало внимания в отечественной научной литературе. Попытка найти информацию на данную тему за последние десять лет ограничилась единичными работами, так или иначе затрагивающими этот вопрос [4, 5].

Проблема психического здоровья общества является актуальной для всех слоев населения в благополучное время и обостряется в период экономического кризиса. Психологическими проблемами, подчас серьезными, подвержены и генеральный директор холдинга, и мать-одиночка. Только у первого есть материальные возможности «забаррикадировать» проблему активным отдыхом (часто экстремальным), феерическими поездками на отдых или «народным транквилизатором» – алкоголем. Для бизнесмена иметь проблемы с психикой «несолидно», и поэтому их решение откладывается на долгое «потом» или они переходят на психосоматический уровень. А у матери-одиночки, с ее минимальными возможностями к подобной компенсации, путь к психотерапевту (или психиатру) бывает довольно

коротким, но и возможности к реабилитации, в силу социальных причин, низкие. Психологические и психиатрические проблемы близки всем слоям населения.

Исторически сложилось так, что исследуются разные вопросы психотерапевтического процесса – различные техники и подходы, их клиническая эффективность, но не сама экономическая сторона, возможно, в силу ее деликатности. Хотя именно здесь имеется значительный ресурс как для пользователей психотерапевтической помощи, так и для самих специалистов. Цель статьи – поделиться собственным взглядом на возможности улучшения психотерапевтической работы за счет экономического фактора.

Методические проблемы исследования

Провести разносторонний анализ этой проблемы по аналогии с термином «фармакоэкономика» не позволяет формат публикации. Вместе с тем, исследование эффективности результатов психотерапии, проведение сравнительного анализа различных подходов при различных психических нарушениях, определение экономических затрат на проведение психотерапии представляют отдельный научно-практический интерес. Предмет рассмотрения данной работы – узкая область денежных отношений в системе «психотерапевт – клиент – государство». Эта система, которая в настоящее время кажется несовершенной, имеет возможность улучшения во всех ее узлах. Условно вопрос денежных отношений можно разделить на две группы: это отношения «психотерапевт – клиент» и «психотерапевт – государство».

Психотерапевт – клиент

Товарно-денежный характер отношений между клиентом и психотерапевтом имел место с самого начала зарождения психотерапии, если за точку отсчета взять время появления психоанализа (конец XIX в.), пусть это никогда не было абсолютным правилом. Так, сам З. Фрейд оказывал финансовую поддержку своему клиенту Панкееву, когда у последнего были финансовые затруднения [3]. Но, как правило, психотерапевт получает гонорар за свой труд, причем из рук клиента, за исключением психотерапевтов государственных структур.

Однако справедливости ради надо сказать, что в последнем случае помощь оказывается в режиме краткосрочной терапии, которая редко бывает эффективной с психиатрическими, химическизависимыми или психосоматическими пациентами, и в случае отсутствия эффекта от проводимой психотерапии врач предпочитает переходить «от разговоров» к психофармакологии. Впрочем, такая тенденция свойственна и частным медицин-

ским центрам, хотя психотерапевт, как правило, имеет психиатрическое образование.

Размер гонорара является темой деликатной и часто болезненной как для психотерапевта, так и для клиента. Психотерапевт, с одной стороны, заинтересован получить соответствующий своему образованию и статусу гонорар, но с другой – он принимает во внимание возможности клиента. Часто вопрос адекватной для себя оплаты у российского специалиста как раз идет в сторону понижения, как в силу исторических причин («раньше медицина была бесплатной», «мне трудно брать деньги за разговоры»), так и социальных (часть клиентов, остро нуждающихся в психологической помощи, не имеют возможности платить адекватно).

Гонорар психотерапевта зависит и от опытности, и от «раскрученности» и уверенности психотерапевта, и от контингента пациентов или статуса медицинского учреждения, где он принимает. Не стоит забывать и о больших материальных затратах на обучение психотерапии, которые хочется компенсировать в процессе практики. Можно сказать, что гонорар соответствует психическому здоровью самого психотерапевта, с учетом необходимости запрашивать адекватную своему труду сумму, размер которой дает возможность эффективно работать на благо клиента и восстанавливать свои эмоциональные и физические ресурсы.

Клиент с низкой психологической культурой часто негативно воспринимает размер гонорара, так как он платит за «разговор», за который ему обычно не надо платить (с близкими, друзьями и знакомыми). При этом таких клиентов редко смущает, что гонорар парикмахера или няни зачастую аналогичен, а затраты на образование у последних на порядок меньше как по времени, так и по деньгам. Работа психотерапевта, формально заключающаяся в умении слушать и говорить, часто не воспринимается как труд. Клиент с высокой психологической культурой принимает, что он платит не только за время работы специалиста, но и за свое психическое (телесное, социальное) здоровье, которое, по сути, бесценно.

Колебания «чаши весов» желаний и возможностей клиента и психотерапевта устанавливаются в пределах от 300 до 3000 р. для большинства случаев. Однако есть отдельные специалисты с более высокими гонорарами, но здесь уже речь идет о людях-брендах и тех потребителях психотерапевтических услуг, для которых вопрос соотношения цены и качества не актуален, хотя во время экономического кризиса таких людей становится все меньше.

Психотерапевт – государство

Этот параграф по большей мере будет посвящен проблемам экономического и профессионального функционирования той части психотера-

певтов, которые работают в системе государственного здравоохранения. На основании собственного опыта и опыта коллег складывается впечатление, что этот профессиональный ресурс используется недостаточно, в том числе, а может, и в первую очередь, из-за такой деликатной области, как материальная сторона отношений «клиент – специалист – государство». А так как психическое здоровье населения имеет непосредственное отношение к здоровью общества вообще, вряд ли стоит пренебрегать возможностью здесь что-то позитивно изменить, тем более что для этого не требуется дополнительных затрат. Вероятно, эти вопросы будут не менее близки и представителям других медицинских специальностей.

Следует признать, что значительная часть психотерапевтического бизнеса является теневой, то есть скрытой от контроля государства. И для этого есть целый ряд причин:

- во-первых, психотерапевт во многом «скрыт» желанием конфиденциальности самого клиента (пациента) и проблема жалоб в различные органы крайне мала, даже при некомпетентном лечении. Да и доказать, что терапевт работал плохо – непросто;

- во-вторых, специалисту для его профессионального роста приходится тратить значительные средства, а полученные знания используются в повседневной медицинской практике (когда специалист работает в системе государственного здравоохранения). Так что психотерапевт может считать, что свой налог он уже платит, оказывая гражданам дополнительную услугу (например, психоаналитической направленности);

- в-третьих, даже при желании стать частнопрактикующим психотерапевтом приходится сталкиваться с рядом сложностей (первичные финансовые затраты, налоговые органы, лицензирование, аренда помещения и др.). Примечательно, что даже в лицензионной палате некоторое время назад желающим стать частными врачами, советовали «не морочить голову и работать по-тихому, как все».

В результате теневой характер психотерапевтического бизнеса создает ряд сложностей для государства, психотерапевтов и самих пользователей психотерапевтической помощи. На первый взгляд, наведение цивилизованных отношений в этой области может показаться не столь актуальной задачей в настоящее сложное время. Однако, учитывая, что конечным продуктом взаимодействия психотерапевта и пациента является душевное здоровье населения, это не так. К сожалению, мы не настолько богаты и здоровы, чтобы пренебрегать возможностью позитивных изменений в этой сфере. Ведь из таких небольших «шажков» в различных областях формируется позитивная динамика национального здоровья.

Разрешительный характер частной практики

Учитывая социальную значимость, представляется целесообразным ввести разрешительный характер для частной психотерапевтической практики, который, с одной стороны, будет подразумевать ответственность специалиста перед государством в виде налоговых отчислений, а с другой – даст ему возможность «облегченного» вхождения в статус частнопрактикующего врача. Разрешительный характер означает, что сертификат специалиста дает профессиональную возможность заниматься медицинской деятельностью в своей области, налоговые отчисления по ниже предлагаемой схеме легализуют его деятельность перед государством, а такие второстепенные вопросы, как требования к помещению, оборудованию и т. п., не рассматриваются.

Вопрос, подходит ли конкретное помещение для оказания психотерапевтических услуг, вообще представляется абсурдным, так как помещение, где два или более человек могут разговаривать, требует такие же меры безопасности, как, например, жилое. И контроль над этой областью только создает коррупционные соблазны для известных структур. Да и сам психотерапевт заинтересован не только в пожарной безопасности и гигиеничности своего рабочего места, но и в эстетической привлекательности и функциональности. От этого непосредственно зависит его имидж, а значит, и заработок.

Возможно, такой разрешительный характер получения частнопрактикующего статуса должен накладывать некоторые ограничения на функционирование психотерапевта как врача, в частности, в отношении выписывания листков нетрудоспособности, рецептов. Нельзя не подчеркнуть, что эти упомянутые «атрибуты» доктора, как правило, приносят лишние сложности в отношения «клиент – специалист», так что ими можно было бы пренебречь без ущерба для всех сторон (клиент, специалист, государство).

Такой подход способствовал бы и более конструктивным отношениям с администрацией больниц, поликлиник, диспансеров, где врачи уже работают и на базе которых они могли бы иметь дополнительный заработок. Психотерапевт смог бы брать в аренду свой кабинет в нерабочее время за небольшую плату в кассу учреждения, принося ему прибыль. Хотя и сейчас существует практика оказания платных медицинских услуг в государственных учреждениях, но реальная выплата врачу за подобную работу составляет не более 10–30 % от суммы, уплаченной пациентом. Стоит ли удивляться, что эта система не работает, если психотерапевт имеет возможность в медицинском центре принять этого же пациента за 50–75 % от суммы гонорара или за 100 % – в своем кабинете. Но в последнем случае такая консультация будет омрачаться тревогой специалиста по поводу теневого характера услуги и возможных негативных последствий.

Другой вариант – работа по договору с администрацией учреждения, что позволяет избежать хлопотного лицензирования, но найти коллег, которые поступают таким образом, не удалось.

«Гильдейство» в психотерапии: за и против

Здесь будет уместна небольшая историческая справка. Купеческие гильдии существовали в России с 1785 г. Городское население было разделено на мещан и собственно купцов в зависимости от имеющегося капитала. Купцы были поделены на три гильдии. Принадлежность к гильдии давала сословные и хозяйственные привилегии. Для записи в гильдии устанавливались размеры капитала, например: 1-я гильдия – 10 тыс. р. и более; 2-я гильдия – 1–10 тыс. р.; 3-я гильдия – от 500 до 1000 р. В дальнейшем для приписки к купцам соответствующей гильдии размеры минимально объявленного капитала менялись. Купцы 1-й гильдии имели преимущественное право на занятие крупной внутренней и внешней торговли, 2-й – на занятие крупной внутренней торговли, 3-й – на занятия мелкой торговлей. Гильдейское купечество с 1775 г. было обязано платить в казну гильдейскую подать (процент с объявленного капитала). Его размеры с 1775 по 1821 г. увеличились в 8 раз, достигнув 5,2 %. Кроме того, купечество платило и другие налоги. И что хочется особо отметить – упадок гильдейской организации русского купечества начался с введения в 1885 г. системы пропорционального обложения гильдейских партий. После этого роль гильдейского купечества стала постепенно падать [6].

Важно применить такую систему взимания налога, чтобы она была предельно простой, – например, отчисление в налоговые органы конкретной суммы дохода. Основная идея заключается в том, что психотерапевт сам выбирает его размер, и это *не контролируется* государством. То есть государство априорно доверяет социально значимому налогоплательщику, что его отчисления соответствуют и пропорциональны его доходу от частной практики. С другой стороны, этот налог косвенным образом указывает на его профессиональную успешность. Например, налог может составлять 1000 р. – «пятый ранг», 10 000 р. – «четвертый ранг» и т. д.

Заплатив определенную сумму, специалист получает и соответствующий документ по типу сертификата с указанием его «ранга», по аналогии с купеческой гильдией. Это создает предпосылку платить адекватно доходу, чтобы иметь большой вес, престиж от «ранга», который косвенным, но весомым образом отражает его финансовое благополучие, а значит, и профессиональную успешность. Также «гильдия» демонстрирует легальность, что тоже является положительным знаком для клиента. Конечно же, вопросы о минимальной и максимальной суммах налога, о числе таких «рангов» должен решаться совместно с экономистами. Главная идея

заключается в том, ввести для деятельности разрешительный характер – позволить уже работающим специалистам легализовать свою деятельность максимально упрощенным образом и работать на благо общественного здоровья законно и спокойно.

Конечно, доверие к честности налогоплательщика имеет сомнение. Обладая возможностью платить меньше – трудно платить «как надо», реально отражая свои доходы. Но если учесть, что конечная цель – улучшение здоровья населения – будет достигаться за счет повышения качества психотерапевтической помощи, государство все равно заработает вторично (за счет уменьшения числа нетрудоспособных, уменьшения инвалидизации, повышения качества жизни граждан и соответственно качества их труда), а не столько от прямых налоговых сборов.

Есть опасение, что такой разрешительный характер для частной психотерапевтической практики столкнется с рядом административных трудностей, даже несмотря на то внимание которое обращает Правительство РФ к развитию малого бизнеса. В частности, можно предполагать опасения контролирующих органов, что, с одной стороны, будет снижено качество психотерапевтической помощи, а с другой – нанесен экономический ущерб государству за счет сокрытия реального дохода. На что можно выдвинуть несколько контраргументов.

Во-первых, в отношении качества медицинской помощи – нет предпосылок для ее снижения, так как ее будут оказывать все те же врачи, которые имеют необходимые дипломы и сертификаты, то есть их деятельность уже разрешена государством. Да и было бы странно полагать, что труд за подобающее вознаграждение будет более низкого качества. К тому же и клиент, который платит свои деньги, все равно «проголосует ногами» за более эффективного специалиста.

Во-вторых, значительное число врачей, причем высококлассных, де-факто работают частным образом (это даже больше характерно для других медицинских специальностей). Если им предоставить возможность облегченным путем легализовать свою деятельность, для многих это будет заманчивым предложением. Таким образом, государство сможет получить деньги, которые сейчас ему не поступают. А если применить эффективную систему налогообложения, чтобы специалисту было выгоднее платить, чем не платить, то в этой области государство потратило бы меньше средств на контроль (что автоматически снизило бы коррупционный потенциал этой сферы). Возможность легализоваться, платить небольшой налог с минимальной отчетностью и минимальной системой контроля оказалась привлекательной для большинства опрошенных автором специалистов.

В-третьих, система снижения налогового бремени законными или «около законными» способами, вероятно, есть во многих организациях,

которые производят, перепродают, консультируют и т. д. Почему не позволить самому производителю психотерапевтической услуги сэкономить законно, тем более что в конечном итоге его продукт – это улучшение психического здоровья граждан, из чего складывается и уровень национального здоровья в целом? Сама система психотерапевтического образования требует больших финансовых затрат, и большинство средств тратится психотерапевтом уже после получения специального образования на семинары, тренинги, супервизии¹. Зачастую приходится получать второе высшее образование в смежной области (психоанализа, гештальта или гуманистической психотерапии), так как современная система медицинской подготовки дает только общие представления о психотерапии. Естественно, что финансирование своего профессионального роста психотерапевт осуществляет самостоятельно.

Таким образом, даже если психотерапевт меньше заплатит государству, то значительную часть этих средств он вложит в расширение своих профессиональных возможностей, что улучшит качество его работы, а значит, и психологическое и социальное функционирование пациента, и в конечном итоге эти деньги будут так или иначе вложены в национальное здоровье.

В-четвертых, это позволило бы удержать потенциально активных и эффективных специалистов в рамках государственного здравоохранения, что автоматически подняло бы качество обслуживания населения за счет уменьшения оттока специалистов в частную медицину.

Выгода от подобной системы кажется очевидной, но возможность ее появления – сомнительной, так как российской ментальности разрешительные меры даются нелегко, особенно в области здоровья. Трудно сказать, насколько предлагаемый выше подход можно применить к медицине в целом, но для психотерапевтической отрасли он назрел в том числе и потому, что существует параллельный профессиональный психотерапевтический рынок – психологического консультирования. И здесь психологи имеют куда больше преимуществ, де-факто они работают как психотерапевты, но при этом освобождены от лицензирования своей деятельности, так как проводят консультирование в области социальной, психологической, семейной жизни и т. д. А если это не лечение – то лицензирования и сертификации не требуется. Но реально они решают те же самые вопросы, что и любой другой психотерапевт, – помогают преодолеть психологические проблемы, разрешить внутрличностные и межличностные конфликты и т. д. Получается, что специалисты, наделенные большей ответствен-

¹ Супервизия – форма консультирования психотерапевта в ходе его работы более опытным коллегой.

ность, имеют меньше возможностей или эти возможности приносят больше хлопот. Где же логика?

Не хотелось бы, чтобы вышесказанное оценивалось как критика профессиональных возможностей психологов. На практике наши коллеги-психологи часто демонстрируют даже более высокий уровень профессионального мастерства, и это непосредственно связано с самой системой образования. Если врач в течение минимум семи лет обучения (шесть курсов и интернатура) занимается изучением душевной жизни максимум $1\frac{1}{2}$ года, то психолог – около $\frac{3}{4}$ своего шестилетнего образования. К тому же медицинское образование не предусматривает рефлексивного изучения собственной психической жизни. Психологу же приходится сталкиваться с изучением собственной психической жизни и решением своих психологических проблем в ходе тренингов, личного анализа и т. д. Так, современная система психоаналитического образования, принятая в НФП-ЕКПП², предусматривает, помимо теоретического курса, минимум 250 ч тренингового анализа³, 150 ч интервизий⁴ и супервизий и даже практику работы в психиатрии. Собственную психоаналитическую практику можно начать только при условии выполнения указанных требований.

Заключение

Перед тем как начать работу над этой статьей, было много сомнений, стоит ли это делать, в силу деликатности, если не интимности проблемы. Хотя, с другой стороны, денежные отношения в сфере «врач – пациент – государство» вряд ли для кого являются тайной. Материальные средства могут быть как тормозом прогресса (даже при их избытке), так и его источником. Сейчас, когда медицина все еще финансируется недостаточно, психиатрия в ней – по остаточному принципу, а психотерапия в ней – по остаточному от остаточного, самое время использовать все возможные механизмы для стимулирования этого перспективного направления.

Собственный опыт и опыт коллег подтверждает эффективность этой медицинской (и не только медицинской, если мы говорим о психологической помощи вообще) специальности в различных областях, где, еще недавно казалось, она не «работает» (психотерапия психозов, психосоматических заболеваний, онкологии и др.). Психотерапевтическая помощь и психологическая реабилитация уже весомо себя зарекомендовали в меди-

² НФП-ЕКПП – Национальная федерация психоанализа является национальной ветвью Европейской конфедерации психоаналитической психотерапии.

³ Тренинговый анализ – личный психоанализ обучаемого как часть психоаналитического образования.

⁴ Интервизия – представление психологической помощи в среде коллег, равных по опыту, статусу.

цине катастроф и увеличивают свое влияние в современной российской медицине и психиатрии в частности [1, 2]. И если государство не может финансово поддерживать и развивать этот ресурс, оно могло бы стимулировать его вышеуказанным образом за счет «самофинансирования».

Р. С. Психоанализ предусматривает внимательное отношение к собственным чувствам, возникающими в работе с клиентами, – так называемый контрперенос. Как автор «с отягощенным анамнезом» – психоаналитическим образованием, не могу не поделиться одним переживанием, появившимся в процессе написания этой статьи: было крайне трудно сформулировать на вербальном уровне идею, что государство может доверять налогоплательщику (психотерапевту). Словно вносится предложение сделать нечто одновременно непристойное и невозможное, что-то типа «украсть воздух». Вероятно, еще действует «крепостная психология», мешающая нашему современнику просить у власти из-за уверенности, что не будешь услышан, или из-за страха быть наказанным за инициативу.

Литература

1. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении / В.Д. Вид. – СПб. : Питер, 2001 – 431с.
2. Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / Под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова ; С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. – СПб., 2003. – 438 с.
3. Панкеев С. Мемуары Человека-волка / С. Панкеев // Фрейд З. Собр. соч. : В 26 т. – СПб. : Вост.-Европ. ин-т психоанализа, 2007. – Т. 4 : Невроз навязчивости. Человек-волк. Человек-крыса. – С. 255–262.
4. Решетников М.М. Психотерапия – государственная, страховая, частная? // Трудности и типичные ошибки начала терапии / М.М. Решетников. – СПб. : Вост.-Европ. ин-т психоанализа, 2009. – С. 197–206.
5. Федоров Я.О. Частная психиатрия – ресурс или опасность? / Я.О. Федоров // Вестн. психотерапии. – 2008. – № 28 (33). – С. 87–93.
6. Сайт Российского университета дружбы народов [Электронный ресурс] // <http://www.humanities.edu.ru/db/msg/37979>, вход свободный.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

УДК 615.851 : 616-006

Г.А. Ткаченко

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АРТ-ТЕРАПИИ

Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

Введение

Достаточно часто онкологические больные находятся в состоянии выраженной эмоциональной неустойчивости, высокой тревожности, беспокойства и напряжения, в подавленном настроении, вызываемыми опасениями за свое здоровье и страхом перед будущим. У них также отмечаются высокая неуверенность в возможности улучшения ситуации, отчаяние и плохое общее самочувствие [1, 2, 8, 9]. Как правило, у большинства пациентов выявляются снижение социальной активности, ощущение изолированности и одиночества, выраженный контроль над проявлением чувств, подчас агрессивность, которая носит защитный характер. Такие пациенты нуждаются в психологической помощи и поддержке [3, 7, 8].

Возможности психологической помощи при работе с данной категорией пациентов значительно увеличиваются при сочетании различных терапевтических методов, однако даже использование исключительно техник арт-терапии способствует улучшению общего физического и психического состояния больных. Эффективность воздействия творческой деятельности основывается на том, что этот метод позволяет оптимизировать эмоциональную сферу, исследовать и выразить эмоции и чувства на символическом уровне [4, 6].

Арт-терапия является относительно новым направлением в психотерапии. Впервые термин «арт-терапия» стал использовать английский врач Адриан Хилл. В 1940-е гг., работая с больными в госпиталях Великобритании, он заметил, что занятия творчеством отвлекают его пациентов от тяжелых переживаний и помогают справляться с болезнью. Затем этот термин стал применяться ко всем видам терапевтических занятий искусством (музыкотерапия, драматерапия, танцевдвигательная терапия и т. п.).

Арт-терапия – это один из методов психологической работы, когда возможности искусства используются для достижения положительных изменений в интеллектуальном, социальном, эмоциональном и личностном развитии человека. Метод основывается на предположении, что человек

может отражать свой внутренний мир в визуальных образах, что помогает пациенту избавиться от многих подсознательных негативных процессов, таких как страх, тревога, неприятные переживания. Приемы арт-терапии позволяют уменьшать психоэмоциональное напряжение, раздражительность и повышают жизненный тонус.

В настоящее время арт-терапия широко используется в клиниках при работе с больными людьми, как в сочетании с другими методами психотерапии, так и в качестве самостоятельной формы психологической помощи. Предоставляя возможность самовыражения и самопознания, арт-терапия помогает больному человеку обрести гармонию. Кроме того, она дает социально приемлемый выход негативным чувствам [4].

В процессе арт-терапии изменяется отношение человека к собственному травматическому опыту, переживаниям, а достигнутый психотерапевтический эффект выражается в упорядочивании психосоматических процессов. Объективность этих данных подтверждается психофизиологическими исследованиями [5].

Методические аспекты метода

Арт-терапия – естественный метод исцеления человеческой души через художественное творчество, поэтому ее можно использовать в работе с онкологическими больными. Развитие в человеке творческих способностей, раскрытие его внутренних возможностей помогает человеку обрести личностную силу и целостность для решения возникающих проблем со здоровьем. В онкологии арт-терапия способствует активизации внутренних резервов человека.

Метод практически не имеет ограничений и противопоказаний. Единственным ограничением для использования арт-терапии в онкологии является состояние общей физической истощенности пациента.

Из общего числа средств арт-терапии, используемых в онкологии, нами чаще используется работа с рисунком, так как этот вид искусства является наиболее доступным способом снятия напряжения: внутренние переживания человеку порой легче выразить с помощью зрительных образов, а не просто в разговоре с психологом. Следует заметить, что некоторым людям вообще очень сложно говорить о своих проблемах, и только посредством рисунка такой пациент способен выразить себя, свои чувства и свое состояние. А задача психолога состоит в том, чтобы предоставить возможность самовыражения каждому онкологическому пациенту.

Сегодня существует довольно много различных способов и техник работы с рисунком. Как показывает наш опыт, наиболее эффективны следующие методики индивидуальной работы с рисунком: «здоровье» и «болезнь», «автопортрет», «настроение», «дерево жизни».

Арт-терапия применительно к онкологическим больным осуществляется в несколько этапов. На 1-м этапе решаются социально-коммуникативные задачи, связанные с необходимостью преодоления сопротивления, вызванного распространенным комплексом «неумения рисовать».

На 2-м этапе, когда пациент преодолевает смущение перед непривычным занятием, что, как правило, определяется по уменьшению формальности в работе, следует приступать к непосредственному решению терапевтических задач. В начале работы целесообразно выдвигать тему для рисования, в дальнейшем активность предоставляется самому пациенту. Темы могут охватывать различные области жизни человека, в том числе и до болезни. Основным требованием к темам является их потенциальная способность вызывать последующее обсуждение.

На следующем этапе в центре внимания психолога оказывается не само произведение, а личность его автора: его интерес к работе, предположения и комментарии по заданной теме, его эмоции.

В завершение, непосредственно после окончания рисования, происходит обсуждение работы. Дискуссия начинается в форме вопросов психолога, чтобы понять, что говорит этим рисунком автор. Задачей психолога при обсуждении является стимуляция дискуссии и использование информации, полученной в ходе занятия.

Через цветовую гамму рисунка больные выражают свое эмоциональное состояние, боль, тревогу, страх. Благодаря этому, техники арт-терапии помогают пациенту открыто проявлять свои чувства и переживания, способствуют изживанию негативных чувств, агрессии социально приемлемыми способами, позволяют изменить иррациональные установки поведения, взять на себя контроль над ходом лечения, жизненными решениями и взаимоотношениями.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 112 больных в возрасте от 21 до 45 лет, которые проходили лечение (хирургическое, химиотерапевтическое и/или лучевое) в Российском онкологическом научном центре им. Н.Н. Блохина с 2003 по 2009 г. С каждым пациентом проводили 5-6 индивидуальных занятий по арт-терапии 2 раза в неделю, продолжительностью от 30 до 60 мин.

Психологическое тестирование осуществляли при поступлении в стационар и после курса арт-терапии. Для выявления расстройств эмоциональной сферы применяли госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS) [10]. При интерпретации результатов учитывался суммарный показатель по каждой шкале, при этом выделяли три области его значений: 0–7 баллов – «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тре-

воги и депрессии); 8–10 баллов – «субклинически выраженная тревога/депрессия»; 11 баллов и более – «клинически выраженная тревога и депрессия».

Для сравнительного анализа использовали параметрический t-критерий Стьюдента. В тексте представлены средняя арифметическая величина и ошибка средней ($M \pm m$).

Полученные результаты и их анализ

Количественный анализ данных методики госпитальной шкалы тревоги и депрессии до и после арт-терапии показал снижение тревоги и депрессии у обследованных нами больных соответственно с ($12,1 \pm 2,1$) до ($8,6 \pm 1,2$) балла. Однако достоверных различий указанных величин не обнаружено (t -Стьюдента = 1,47, $p > 0,05$).

В то же время у больных после проведенного курса арт-терапии нами прослеживалась явная динамика улучшения самочувствия, уменьшение общего напряжения и изменение установки на болезнь. Больные занимали более активную жизненную позицию, что уменьшало проявление депрессивного состояния, которое достаточно часто обнаруживалось у онкологических больных.

Качественный анализ тестирования показал, что депрессивная симптоматика различной степени выраженности в исходный период была отмечена у 94 (83,9 %) больных. После проведения курса арт-терапии статистически достоверно снизилось количество пациентов с высоким уровнем депрессивной симптоматики и увеличилось количество больных без депрессивной симптоматики (см. таблицу).

Данные методики госпитальной шкалы тревоги и депрессии (%)

| Показатель | Исходный уровень | После арт-терапии | t-Стьюдента | p < |
|-------------------------------|------------------|-------------------|-------------|-------|
| Без депрессивной симптоматики | 16,1 | 37,5 | 4,58 | 0,001 |
| Высокий уровень депрессии | 28,6 | 19,6 | 2,39 | 0,05 |

Опыт нашей работы убедительно свидетельствует об эффективности использования арт-терапии в работе с онкологическими больными, причем было замечено, что арт-терапия особенно показана для работы с больными, устойчивыми к другим психологическим методам коррекции.

Результаты творчества в процессе терапии достаточно точно отражают внутреннее состояние пациента: его страхи, тревоги, настроение. Поэтому техники арт-терапии нами используются и в качестве диагностического инструмента, так как полученный материал помогает более глубоко

проанализировать проблемы пациента, порой не осознанные им самим. Возможность работать с глубокими внутренними переживаниями больного, лежащими в области бессознательного, помогает найти внутренние ресурсы для активизации компенсаторных механизмов личности.

Заключение

Таким образом, арт-терапия является самостоятельным эффективным диагностическим и терапевтическим методом при работе с онкологическими больными. Психологическая помощь с использованием арт-терапии качественно снижает уровень депрессии и тревожности, активизируя внутренние резервы организма, способствует преодолению кризисной ситуации, связанной с болезнью, стимулирует принятие новой жизненной ситуации, что, в конечном итоге, улучшает качество жизни больного.

Литература

1. *Блинов Н.Н.* Об отношении онкологических больных к своему диагнозу / Н.Н. Блинов, И.П. Хомяков, Н.В. Шиповников // *Вопр. онкологии.* – 1990. – № 8. – С. 966–969.
2. *Гнездилов А.В.* Психогенные реакции у онкологических больных : (метод. рекомендации) / А.В. Гнездилов ; Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. – Л., 1983. – 24 с.
3. *Значение* психологической реабилитации в онкологии / Б.Ю. Володин, Е.П. Куликов, А.И. Савин, Л.Н. Володина // *Паллиативная медицина и реабилитация.* – 1999. – № 3. – С. 23–28.
4. *Копытин А.И.* Теория и практика арт-терапии / А.И. Копытин. – СПб. : Питер, 2002. – 368 с.
5. *Лебедева Л.Д.* Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий / Л.Д. Лебедева. – М., 2008. – 256 с..
6. *Малкина-Пых И.Г.* Психосоматика : новейший сб. / И.Г. Малкина-Пых. – М., 2003. – 928 с
7. *Мельченко Н.И.* Психологическое консультирование и психотерапия онкологических больных / Н.И. Мельченко, О.С. Ковшова // *Паллиативная медицина и реабилитация.* – 1999. – № 2. – С. 53–57.
8. *Ткаченко Г.А.* Динамика личностных особенностей женщин в кризисной ситуации : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Ткаченко Г.А. – М., 2008. – 25 с.
9. *Ткаченко Г.А.* Психологическая коррекция кризисного состояния личности женщин, страдающих раком молочной железы / Г.А. Ткаченко // *Сиб. психол. журн.* – 2008. – № 30. – С. 97–101.
10. *Zigmond A.S.* The Hospital Anxiety and Depression scale / A.S. Zigmond, R.P. Snaithe // *Acta Psychiatr. Scand.* 1983 – Vol. 67. – P. 361–370.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРЕСС-ПРЕОДОЛЕВАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ (КОПИНГА) У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

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

Введение

Социально-экономическим переменам и изменению привычных социальных стереотипов сопутствовал рост числа затяжных невротических форм. Актуальность изучения затяжных невротических расстройств во многом обусловлена недостаточной разработанностью вопросов, связанных с механизмами формирования и лечения этих нарушений, и специально факторов риска хронизации болезни в разных аспектах: биологическом, психологическом и социальном. В результате больные не получают своевременного адекватного лечения и попадают в поле зрения врачей-психотерапевтов на отдаленных этапах заболевания, когда в клинической картине начинают проявляться нарастающие изменения личности, приводящие к социальной дезадаптации, что ухудшает прогноз лечения.

Цель настоящей работы – изучение особенностей использования копинг-стратегий больными с острыми и хроническими невротическими расстройствами, которые могут выступать в качестве факторов их хронизации.

Материал и методы

Обследованы 60 больных с невротическими расстройствами (мужчин было 12, женщин – 48), находившихся на стационарном лечении в отделении неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института В.М. Бехтерева. Возраст больных составлял от 18 до 48 лет, средний возраст – $(34,8 \pm 1,7)$ года, длительность заболевания – от 1 мес до 15 лет. Все больные обследовались на ранних этапах госпитализации, до начала активной фармакотерапии.

Исходя из общепринятой классификации невротических расстройств [4], пациенты были распределены на две группы:

1-я – с острым невротическим расстройством (37 больных с длительностью заболевания от 1 до 12 мес, средний возраст – $(33,7 \pm 1,9)$ года;

2-я – с затяжным невротическим расстройством (23 пациента с длительностью заболевания от 1 года до свыше 5 лет; средний возраст – $(37,4 \pm 2,9)$ года).

В исследовании была использована адаптированная на отечественной популяции методика Е. Нейм (1988) для определения характера копинг-поведения [7]. Математическая обработка осуществлялась с помощью углового преобразования Фишера (ϕ^*) и коэффициента ранговой корреляции Спирмена (r_s).

Результаты и их анализ

В табл. 1, 2 представлены распределения больных по основным типам невротических расстройств и ведущим синдромам.

Таблица 1

Распределение больных по типу невротического расстройства

| Тип невротического расстройства | Группа пациентов | | | |
|---------------------------------|------------------|------|-----|------|
| | 1-я | | 2-я | |
| | n | % | n | % |
| Истерический | 17 | 45,9 | 9 | 39,1 |
| Астенический | 12 | 32,4 | 9 | 39,1 |
| Фобический | 7 | 18,9 | 1 | 4,4 |
| Обсессивный | 1 | 2,7 | 4 | 17,3 |

Можно отметить преобладание в 1-й группе истерического типа невротических расстройств (45,9 %), а в группе с хроническим течением истерического (39,1 %) и астенического типов (39,1 %).

Таблица 2

Основные синдромы невротических расстройств

| Синдром | Группа пациентов | | | |
|-----------------|------------------|------|-----|------|
| | 1-я | | 2-я | |
| | n | % | n | % |
| Тревожный | 15 | 40,5 | 6 | 26,1 |
| Депрессивный | 1 | 2,7 | 2 | 8,7 |
| Фобический | 13 | 35,1 | 2 | 8,7 |
| Астенический | 7 | 18,9 | 6 | 26,1 |
| Ипохондрический | 0 | 0 | 4 | 17,4 |
| Обсессивный | 1 | 2,7 | 3 | 13,0 |

Как видно из табл. 2, в 1-й группе чаще диагностировался тревожный, во 2-й – тревожный и астенический синдромы.

Больные с острыми невротическими расстройствами практически с одинаковой частотой используют как адаптивные, так и неадаптивные когнитивные копинг-стратегии. Из адаптивных форм чаще встречаются: «установка собственной ценности» и «проблемный анализ». Значительное число пациентов отдавали предпочтение неадаптивному копинг-механизму «растерянность». Таким образом, в начале заболевания для большинства обследованных больных (51,4 %) характерными являются либо интеллектуальные усилия, направленные на повышение самоуважения, более глубокое осознание собственной ценности как личности; либо они находятся в состоянии замешательства и смятения. Однако необходимо отметить, что в тексте методики Е. Heim копинг-стратегию «установка собственной ценности» характеризует следующее утверждение: «В данное время я полностью не могу преодолеть эти трудности, но со временем смогу справиться и с ними, и с более сложными». Можно предположить что, оказавшись в ситуации возникновения и нарастания невротических симптомов, связанных с резким повышением эмоционального напряжения и психологического дискомфорта, пациенты, использующие «установку собственной ценности», применяют ее не для позитивной переоценки своих возможностей, а с целью откладывания на неопределенное время конструктивного поиска решения проблемы. С этой точки зрения, анализ совладающего поведения больных с острыми невротическими расстройствами показывает что, несмотря на номинальное преобладание адаптивных когнитивных копинг-механизмов, фактически незначительная часть пациентов эффективно использует свои интеллектуальные ресурсы. Так, содержательный анализ проблемы (например, оценка причин и условий развития невротического расстройства на основе большого количества имеющейся в настоящее время доступной информации) осуществляет только 10,8 % обследованных, а формы поведения, направленные на увеличение самоконтроля и самообладания, реализуют 5,4 % исследованных больных.

В эмоциональной сфере у пациентов с острыми невротическими расстройствами также примерно в равной мере встречаются и неадаптивные, и адаптивные копинг-стратегии. Среди отдельных копинг-механизмов преобладают «оптимизм», «пассивная кооперация» и «подавление эмоций». Из этого следует, что немалая часть обследованных демонстрирует уверенность в преодолении трудной ситуации, применительно к болезни – веру в выздоровление. В то же время, в структуре эмоционального копинг-поведения высока доля разнообразных неадаптивных стратегий: доверие с передачей ответственности врачу; подавление, недопущение чувств, адекватных ситуации; самообвинение, возложение вины на себя и пр.

В поведенческой сфере у больных с острыми невротическими расстройствами доминируют относительно адаптивные копинги, среди которых ведущими являются «компенсация» и «отвлечение». Неадаптивный копинг-механизм «активное избегание» используют 13,5 % пациентов. Таким образом, анализируя поведенческий аспект совладания со стрессовыми ситуациями у больных с острой формой течения болезни, можно констатировать, что демонстрируемые действия мало способствуют эффективному разрешению проблемы. Исследованные пациенты довольно редко применяют активные стратегии, позволяющие управлять психотравмирующей ситуацией и упреждать их повторение, например сотрудничество со значимыми людьми, ответственное участие в диагностических и лечебных процессах (10,8 %) или обращение за советом и поддержкой (10,8 %). Как правило, привлекается широкий спектр способов, не имеющих отношения к конкретному стрессовому состоянию (ситуация болезни), – отвлечение и расслабление (с помощью алкоголя, успокоительных средств, вкусной еды и т. п.), занятие любимым делом в попытке забыть о трудностях, а также непосредственное избегание размышлений, сосредоточения на анализе возникших проблем.

С целью более дифференцированного и глубокого понимания особенностей психосоциальной адаптации в период воздействия стресса у больных с невротическими расстройствами был проведен корреляционный анализ отдельных клинических и социальных показателей с копинг-стратегиями. Табл. 3 содержит коэффициенты корреляции со значимостью $p < 0,05$). Оказалось, чем моложе были обследованные больные, тем реже у них встречался «проблемный анализ» ($r_s = -0,460$), в то время как более старшие по возрасту пациенты с острыми невротическими расстройствами склонны чаще использовать «оптимизм» ($r_s = 0,357$) в затруднительных ситуациях. При этом если первый факт находит свое объяснение в общих возрастных закономерностях формирования копинг-поведения (с годами развивается более взвешенное и рациональное отношение к стрессовым событиям), то для того, чтобы интерпретировать второй феномен, требуются более тщательные повторные исследования.

У больных с обсессивным типом острых невротических расстройств наблюдаются положительные корреляции с копинг-механизмами «сохранение самообладания» ($r_s = 0,697$) и «подавление эмоций» ($r_s = 0,379$). Исследованные пациенты имеют тенденцию справляться с такими психопатологическими явлениями, как навязчивости (преимущественно в интеллектуально-аффективной сфере), с помощью увеличения контроля над своим эмоциональным состоянием. Для них повышение самообладания связано с попытками сохранять хладнокровие, спокойствие и выдержанность за счет волевого подавления выраженных аффектов.

Таблица 3

Взаимосвязи между клиническими показателями и ведущими копинг-стратегиями у больных с острыми невротическими расстройствами

| Показатель | Копинг-стратегии | r_s |
|--|---|--------|
| Возраст | Проблемный анализ | -0,460 |
| | Оптимизм | 0,357 |
| Обсессивный тип невротического расстройства | Сохранение самообладания | 0,697 |
| | Подавление эмоций | 0,379 |
| Фобический тип невротического расстройства | Относительность | 0,345 |
| Астенический тип невротического расстройства | Отвлечение | 0,402 |
| | Диссимуляция | 0,345 |
| | Агрессивность | 0,345 |
| Тревожный синдром | Пассивная кооперация | 0,444 |
| | Адаптивные поведенческие копинг-стратегии | 0,365 |
| | Неадаптивные эмоциональные копинг-стратегии | -0,345 |
| Депрессивный синдром | Активное избегание | 0,422 |
| | Покорность | 0,561 |
| Фобический синдром | Религиозность | 0,325 |
| | Растерянность | -0,417 |
| | Эмоциональная разгрузка | 0,325 |
| | Неадаптивные когнитивные копинг-стратегии | -0,377 |
| Астенический синдром | Отвлечение | 0,648 |
| | Агрессивность | 0,495 |

Единственной копинг-стратегией, достоверно положительно коррелирующей с фобическим типом острых невротических расстройств, оказалась «относительность» ($r_s = 0,345$) – вариант переоценки стрессовой ситуации, когда собственные трудности кажутся не столь значительными в сравнении с проблемами других людей.

Гораздо больше значимых положительных корреляций определяется у больных с астеническим типом невротического расстройства. Несмотря на относительно нетяжелый в симптоматическом отношении вариант протекания болезни, эти пациенты склонны использовать копинг-стратегии, традиционно относящиеся к неадаптивным – «диссимуляция» ($r_s = 0,345$), «агрессивность» ($r_s = 0,345$) и «отвлечение» ($r_s = 0,402$). Больные, психопатологическое состояние которых характеризуется слабостью, повышенной утомляемостью, эмоциональной лабильностью, нарушениями сна и пр., в

состоянии стресса становятся раздражительными и более агрессивными или стараются «забыть» о трудностях, погружаясь в любимое дело, пытаясь внушить себе, что «не все так плохо, в основном все хорошо». Стоит отметить, что часть исследователей считает, что в случае агрессии индивид не сосредоточен на своих недостатках и переживании невозможности справиться с ситуацией, кроме того, агрессия, направленная на других, порождает конфронтацию как способ изменения обстоятельств [3].

У пациентов с острыми невротическим расстройствами с ведущим тревожным синдромом обнаруживаются достоверные положительные корреляции с адаптивными поведенческими копинг-стратегиями ($r_s = 0,365$) и отрицательные – с неадаптивными эмоциональными копингами ($r_s = -0,345$), определяется также положительная взаимосвязь с механизмом «пассивная кооперация» ($r_s = 0,444$). Исходя из полученных данных, можно говорить о том, что больные с высоким уровнем тревоги (аффектом, возникающим в ожидании неопределенной опасности, неблагоприятного развития событий) в целом демонстрируют адаптивное совладающее поведение, однако и им свойственно пассивное сотрудничество-доверие с передачей ответственности медицинскому персоналу.

Достаточно эффективные (согласно критериям, принятым в методике Э. Хайма) копинг-стратегии используют и пациенты с ведущим фобическим синдромом: выявляются отрицательные корреляции с неадаптивными когнитивными копинг-стратегиями ($r_s = -0,377$) и «растерянностью» ($r_s = -0,417$) и положительные взаимосвязи с копинг-механизмами «религиозность» ($r_s = 0,325$) и «эмоциональная разгрузка» ($r_s = 0,325$). Согласно полученным данным, описываемые больные, несмотря на свои интенсивные и непреодолимые страхи, сохраняют способность рационально оценивать стрессовую ситуацию, справляться с состоянием беспомощности и замешательства, они не склонны подавлять и избыточно контролировать свои эмоции, демонстрируя стойкость в вере при столкновении со сложными проблемами.

У больных с ведущим астеническим синдромом обнаружены практически те же корреляционные взаимосвязи с копинг-стратегиями, что и у пациентов с астеническим типом острых невротических расстройств. Отмечаются еще более тесные корреляции с «отвлечением» ($r_s = 0,648$) и «агрессивностью» ($r_s = 0,495$).

Для обследованных пациентов с ведущим депрессивным синдромом характерны формы поведения, связанные с «активным избеганием» ($r_s = 0,422$) и «покорностью» ($r_s = 0,561$). Полученные данные согласуются с встречающейся в литературе информацией о том, что лица, склонные к депрессии, не способны активно воздействовать на даже поддающиеся влиянию, управляемые стрессоры. Депрессивные больные недооценивают кон-

тролируемость и преобразуемость стрессоров и потому более пассивны в совладающем поведении [1].

В целом копинг-стратегии больных с острыми невротическими расстройствами во всех трех сферах психического функционирования личности следует признать неадаптивным и неэффективным применительно к ситуации болезни. Психологический смысл диагностированного «совладания» преимущественно сводится к многообразным формам отвлечения и избегания. Исходя из концепции R. Lazarus и S. Folkman (1984, 1988), обследованные пациенты применяют субъективно-ориентированный стиль поведения в стрессе (emotion-focused), который является следствием эмоционального реагирования на ситуацию и не сопровождается конкретными действиями по преодолению и управлению травмирующими факторами [8, 9]. Корреляционное исследование показывает, что в обследованной нозологической группе самые неэффективные (согласно критериям адаптивности – неадаптивности методики E. Heim) копинг-механизмы встречаются у больных с астеническим типом невротических расстройств и с этим же ведущим синдромом, их совладающее поведение сопряжено с повышенной агрессией и игнорированием болезни. У пациентов с определяющим депрессивным синдромом они демонстрируют покорность и бездеятельность. Больные с ведущим тревожным и фобическим синдромами в целом склонны использовать адаптивные поведенческие, когнитивные и эмоциональные копинг-стратегии.

Пациенты с хроническими невротическими расстройствами адаптивные когнитивные копинг-механизмы используют в 2 раза чаще, чем неадаптивные. С высокой частотой встречается весь спектр адаптивных копинг-стратегий – «сохранение самообладания», «проблемный анализ» и «установка собственной ценности». В то же время у 21,7 % больных диагностируется неадаптивный механизм «растерянность». Таким образом, совладающее поведение в когнитивной сфере у больных с хроническими невротическими расстройствами, на первый взгляд, выглядит эффективным и адаптивным, так как связано с самоуважением, более глубоким осознанием собственной ценности как личности, верой в себя при разрешении трудностей.

Сравнительный анализ различий особенностей совладающего со стрессом поведения между больными с острыми и хроническими невротическими расстройствами показывает, что последние достоверно чаще используют такую адаптивную копинг-стратегию, как «сохранение самообладания» ($p < 0,05$) (табл. 4). Более того, если обратиться к ранее полученным данным [6], то окажется, что у пациентов с хроническим протеканием болезни адаптивные когнитивные копинг-механизмы встречаются чаще, чем у здоровых людей (60,9 % и 40 % соответственно).

Таблица 4

Копинг-стратегии у больных с острыми и хроническими невротическими расстройствами (%)

| Сферы копинг-поведения | 1-я группа | 2-я группа | φ | p < |
|--|------------|------------|-------|------|
| Поведенческая сфера | | | | |
| Отвлечение | 18,9 | 8,7 | 1,134 | |
| Альтруизм | 5,4 | 8,7 | 0,49 | |
| Активное избегание | 13,5 | 0 | - | |
| Компенсация | 29,7 | 13,0 | 1,563 | |
| Конструктивная активность | 0 | 0 | - | |
| Отступление | 10,8 | 21,7 | 1,126 | |
| Сотрудничество | 10,8 | 13,0 | 0,256 | |
| Обращение | 10,8 | 34,8 | 2,23 | 0,05 |
| Адаптивные копинг-стратегии | 27,0 | 56,5 | 2,29 | 0,05 |
| Относительно адаптивные копинг-стратегии | 48,7 | 21,7 | 2,162 | 0,05 |
| Неадаптивные копинг-стратегии | 24,3 | 21,7 | 0,233 | |
| Когнитивная сфера | | | | |
| Игнорирование | 5,4 | 4,4 | 0,192 | |
| Смирение | 5,4 | 4,4 | 0,192 | |
| Диссимуляция | 5,4 | 0 | - | |
| Сохранение самообладания | 5,4 | 21,7 | 1,883 | 0,05 |
| Проблемный анализ | 10,8 | 21,7 | 1,126 | |
| Относительность | 2,7 | 8,7 | 1,013 | |
| Религиозность | 5,4 | 0 | - | |
| Растерянность | 24,3 | 21,7 | 0,233 | |
| Придание смысла | 8,1 | 0 | - | |
| Установка собственной ценности | 27,0 | 17,4 | 0,874 | |
| Адаптивные копинг-стратегии | 43,2 | 60,9 | 1,344 | |
| Относительно адаптивные копинг-стратегии | 16,2 | 8,7 | 0,862 | |
| Неадаптивные копинг-стратегии | 40,5 | 30,4 | 0,798 | |
| Эмоциональная сфера | | | | |
| Протест | 2,7 | 0 | - | |
| Эмоциональная разгрузка | 5,4 | 17,4 | 1,476 | |
| Подавление эмоций | 16,2 | 13,0 | 0,339 | |
| Оптимизм | 32,4 | 34,8 | 0,192 | |
| Пассивная кооперация | 18,9 | 13,0 | 0,61 | |
| Покорность | 8,1 | 8,7 | 0,083 | |
| Самообвинение | 10,8 | 8,7 | 0,267 | |
| Агрессивность | 5,4 | 4,4 | 0,192 | |
| Адаптивные копинг-стратегии | 35,1 | 34,8 | 0,023 | |
| Относительно адаптивные копинг-стратегии | 24,3 | 30,4 | 0,516 | |
| Неадаптивные копинг-стратегии | 40,5 | 34,8 | 0,444 | |

В эмоциональной сфере основной копинг-стратегией служит «оптимизм». Помимо нее, в исследованной группе часто встречаются относительно адаптивные механизмы «эмоциональная разгрузка» и «пассивная кооперация», из неадаптивных – «подавление эмоций». В целом у обследованных пациентов неадаптивное совладающее поведение встречается несколько чаще, чем адаптивное. Достоверных различий в использовании эмоциональных стратегий между больными с острыми и хроническими невротическими расстройствами получено не было, однако из табл. 4 видно, что пациенты, болеющие 5 лет и более, чаще применяют «оптимизм» (адаптивный вариант), реже – «подавление эмоций» и «пассивная кооперация» (неадаптивные формы копинг-поведения). Больные с хроническим типом течения невротических расстройств используют «оптимизм» почти так же часто, как и здоровые лица (34,8 и 42 % соответственно), но при этом, в отличие от последних, при столкновении с трудностями у обследованных пациентов не встречается «протест» (0 и 20 % соответственно).

В поведенческой сфере у больных с хроническими невротическими расстройствами доминирующими копинг-механизмами являются адаптивные – «обращение» и «сотрудничество», неадаптивный – «отступление» и относительно адаптивный – «компенсация». Адаптивное совладание встречается более чем в половине процентов случаев, тогда как неадаптивное и относительно адаптивное – только в 21,7 %. При сравнении частоты использования тех или иных вариантов поведенческих копинг-стратегий у пациентов с острым и хроническим типом течения болезни получены следующие различия. Больные с хроническими невротическими расстройствами достоверно чаще ($p < 0,05$) применяют адаптивные и относительно адаптивные формы совладающего поведения, у них также значительно больше ($p < 0,05$), чем у пациентов с острыми состояниями значения по копинг-механизму «обращение». Аналогично предыдущим двум сферам функционирования личности, структура копинг-поведения больных с хроническими невротическими расстройствами приближается к таковой у здоровых. В контрольной группе испытуемые также выбирали прежде всего адаптивные копинг-стратегии (56 %), из которых преобладающими являлись «обращение» (28 %) и «сотрудничество» (18 %). Однако здоровые люди отличались меньшим использованием неадаптивной формы копинг-поведения «отступление» (6 %).

Итак, проведенный сравнительный анализ совладающего со стрессом поведения больных с острыми и хроническими невротическими расстройствами, а также здоровых лиц, показывает, что если придерживаться традиционных критериев адаптивности, то наиболее неадаптивные копинги во всех сферах психического функционирования диагностируются у пациентов с острым типом течения болезни. Причем самые неэффективные ме-

ханизмы отмечаются у больных с относительно благоприятным астеническим типом течения и у больных с ведущим депрессивным синдромом. Общая структура адаптивного копинг-поведения больных с хроническими невротическими расстройствами практически близка к совладанию у здоровых лиц. Исследованные пациенты при столкновении с трудностями также склонны с оптимизмом смотреть в будущее, обращаться за эмоциональной и инструментальной поддержкой к компетентным лицам, они пытаются контролировать свое аффективное состояние и на этом фоне проводить анализ сложившейся проблемной ситуации с целью поиска выхода из нее.

Вероятно, полученные результаты имеют достаточно много объясняющих причин, однако нам представляется важным выделить следующие.

У больных с невротическими расстройствами в структуре совладающего поведения, наряду с адаптивными копинг-стратегиями, высока частота использования неадаптивных механизмов, особенно у пациентов с хроническим типом течения; у здоровых людей копинг-поведение более сбалансировано и целостно, неадаптивные механизмы в этой группе встречаются значительно реже. Например, в поведенческой сфере у больных с хроническими невротическими расстройствами основным копингом является «обращение» (37,8 %) (у здоровых – 28 %), но на втором месте по степени выраженности находится «отступление» (21,7 %), здоровые же этот механизм используют только в 6 %. Подобные закономерности наблюдаются во всех трех исследуемых сферах. Кроме того, адаптивное копинг-поведение здоровых людей отличается более широким репертуаром, например, в эмоциональной сфере встречается и «оптимизм» (42 %) и «протест» (20 %), тогда как больные с хроническими невротическими расстройствами применяют только «оптимизм» (34,8 %, «протест» – 0 %). Можно сделать вывод о том, что совладающее со стрессом поведение у больных с невротическими расстройствами должно рассматриваться целостно, с учетом частоты использования не только ведущей копинг-стратегии, но и сопутствующих. Только такой многомерный анализ позволяет понять причины и характер декомпенсации пациентов.

В отличие от больных с острыми невротическими расстройствами, пациенты с хроническим типом течения на момент поступления в отделение неврозов и психотерапии Института им. В.М. Бехтерева, как правило, имеют опыт работы с психотерапевтами, психофармакологами, психологами и другими профильными специалистами. Они более информированы о закономерностях развития своего заболевания, а также об общих принципах здорового образа жизни, в том числе психического. В результате у них формируется представление о том, как нужно «правильно» реагировать в стрессовых обстоятельствах, однако эти взгляды скорее заимствова-

ны пациентами с невротическими расстройствами, но не интериоризированы, не осмыслены и не переоценены собственным опытом. Больные с хроническими невротическими расстройствами понимают, что нужно повышать свой уровень личностной и социальной компетентности или сохранять позитивный взгляд на происходящие жизненные события, но простое осознание не приводит к глубоким личностным трансформациям. Ни когнитивный, ни эмоциональный, ни поведенческий стиль реагирования в сущности не изменяется, из-за чего и сохраняются, а в некоторых случаях нарастают невротические симптомы. Полученные данные заставляют пересмотреть организацию психопрофилактических и психогигиенических мероприятий, в частности, подача психологической и психотерапевтической информации в СМИ не должна носить упрощенного характера и подаваться в виде однозначных советов и рекомендаций к действию.

Многочисленные исследователи указывают, что формирование функционально-адекватного, адаптивного совладания зависит от ситуации и может изменяться по ходу ее развития [1, 5, 9, 10]. В связи с этим к критериям адаптивности – неадаптивности копинг-поведения следует относиться с осторожностью. Утверждать, какая из стратегий «хороша или плоха», можно только в случае многомерного рассмотрения конкретной проблемы и актуального состояния ресурсной системы личности. Например, использование агрессивности и здоровой доли игнорирования болезни пациентами с астеническим типом течения невротического расстройства может быть вполне оправданным, поскольку умение проявлять негативные эмоции является одной из целей психотерапии больных с невротическими расстройствами. Или, несмотря на то что копинг-механизм «сохранение самообладания» считается адаптивным, применение его пациентами с обсессивным синдромом может способствовать нарастанию психопатологических симптомов, так как затрудняет свободное самовыражение личности из-за избыточного контроля над собственным поведением и эмоциями. В последнее время основным фактором эффективного преодоления стресса, а также показателем психического здоровья считают умение руководствоваться правилами поведения, соответствующими объективным признакам и особенностям ситуации, правильное тестирование реальности [10]. В этой связи можно предполагать, что «адаптивное» копинг-поведение больных с хроническими невротическими расстройствами с их позитивным мировосприятием и стремлением повышать самооценку является лишь формой и способом сохранять психологический комфорт и игнорировать имеющиеся хронические проблемы и трудности.

Заключение

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы:

1. Копинг-стратегии больных с острыми невротическими расстройствами в трех сферах психического функционирования (когнитивной, эмоциональной, поведенческой) неадаптивны и неэффективны применительно к ситуации болезни. Используемый стиль поведения в стрессе является следствием эмоционального реагирования на ситуацию и не сопровождается конкретными действиями по преодолению и управлению психотравмирующими факторами;

2. Проведенное корреляционное исследование показывает, что самые неадаптивные копинг-механизмы встречаются у больных с астеническим типом острых невротических расстройств и с этим же ведущим синдромом. Их совладающее поведение сопряжено с повышенным уровнем агрессии и игнорирования болезни. Это же относится к пациентам с определяющим депрессивным синдромом, они демонстрируют покорность и бездеятельность. Больные с ведущими тревожным и фобическим синдромами в целом склонны использовать адаптивные поведенческие, когнитивные и эмоциональные копинг-стратегии;

3. Общая структура адаптивного копинг-поведения больных с хроническими невротическими расстройствами близка к совладанию здоровых лиц. При возникновении трудностей обследованные нами пациенты также склонны с оптимизмом смотреть в будущее, обращаться за эмоциональной и инструментальной поддержкой к компетентным лицам, они пытаются контролировать свое аффективное состояние и на этом фоне проводить анализ сложившейся проблемной ситуации с целью поиска выхода из нее;

4. Полагаем, что у больных с невротическими расстройствами, наряду с адаптивными копинг-стратегиями, высока частота использования неадаптивных механизмов, особенно у пациентов с хроническим типом течения. У здоровых людей копинг-поведение более сбалансировано и целостно, неадаптивные механизмы у них встречаются значительно реже. Всесторонний анализ позволяет понять причины и характер декомпенсации пациентов. С течением заболевания и в ходе лечения у больных с хроническими невротическими расстройствами формируется представление о том, как нужно «правильно» реагировать в стрессовых обстоятельствах, однако эти взгляды скорее заимствованы пациентами с невротическими расстройствами, но не интериоризированы, не осмыслены и не переоценены собственным опытом. К критериям адаптивности – неадаптивности копинг-поведения следует относиться с осторожностью; утверждать, какая из стратегий является более эффективной, можно только в случае многомер-

ного рассмотрения конкретной проблемы и актуального состояния ресурсной системы личности.

Литература

1. *Абабков В.А.* Систематическое исследование семейного стресса и копинга / В.А. Абабков, М. Перре, Б. Планшерел // *Обозр. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева.* – 1998. – № 2. – С. 4–8.
2. *Абабков В.А.* Адаптация к стрессу. Проблемы теории, диагностики, терапии / В.А. Абабков, М. Перре. – СПб. : Изд-во СПбГУ, 2004. – 340 с.
3. *Грановская Р.М.* Психологическая защита / Р.М. Грановская. – СПб. : Речь, 2007. – 476 с.
4. *Карвасарский Б.Д.* Неврозы / Б.Д. Карвасарский. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 1990. – 576 с.
5. *Особенности базисных копинг-стратегий в структуре копинг-поведения молодых врачей и студентов медицинского института / В.М. Ялтонский, Н.А. Сирота, А.А. Чазова [и др.] // Обозр. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева.* – 1996. – № 3/4. – С. 145–147.
6. *Чехлатый Е.И.* Личностная и межличностная конфликтность и копинг-поведение у больных неврозами и их динамика под влиянием групповой психотерапии: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Чехлатый Е.И. – СПб., 1994. – 24 с.
7. *Heim E.* Coping und Adaptivitat: Gibt es Geeignetes oder Ungeeignetes Coping? / E. Heim // *Psychoter. Psychosom. Med. Psychol.* – 1988. – N. 1. – S. 8–17.
8. *Lazarus R.* Stress, Appraisal and Coping / R. Lazarus, S. Folkman. – N.Y. : Springer Pub., 1984. – 218 p.
9. *Lazarus R.* Manual for Ways of Coping Questionnaire / R. Lazarus, S. Folkman. – Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press, 1988. – 412 p.
10. *Perrez M.* Stress, coping, and Health. A Situation-Behavior Approach. Theory, Methods, Applications / M. Perrez, M. Reicherts. – Seattle, 1992. – 233 p.

ПСИХОЛОГИЯ. КОНФЛИКТОЛОГИЯ.

УДК 159.9 : 355.23

Д.Ю. Будко

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ АДАПТАЦИИ И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ В ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

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

Введение

Придание нового облика Вооруженным силам России проходит в условиях глобальных социально-экономических преобразований в стране, связанных с продолжающимся формированием рыночных и конкурентных отношений в различных сферах жизни. Это кардинально меняет ситуацию в профессиональной подготовке современных специалистов, в том числе и в военных вузах. Перед высшими военно-медицинскими учебными заведениями стоит важная задача – в ограниченный срок обучения подготовить для современных войск специалиста, обладающего высокими профессиональными знаниями и умениями, способного в сжатые сроки, часто в экстремальной обстановке, самостоятельно принимать адекватные решения, осуществлять грамотное руководство и воспитание подчиненных [3].

Необходимо отметить, что значительные финансовые и временные затраты (6-7 лет), требующиеся для подготовки высококвалифицированных медицинских кадров, вызывают необходимость применения более строгих требований к приему учащихся в военно-медицинские учебные заведения и разработки эффективных мероприятий по их дальнейшему психологическому сопровождению в процессе учебно-служебной деятельности [4, 5]. В совокупности с другими мерами (улучшение социальной защищенности военнослужащих, увеличение денежного содержания, решение квартирного вопроса) это должно способствовать улучшению качества подготовки и уменьшению текучести кадров военных врачей.

Однако до настоящего времени в руководящих документах и методической литературе не сложилось единого понимания в определении базовых основ, задач, организации и содержания мероприятий психологического сопровождения курсантов в военных вузах на различных этапах обучения [1].

Таким образом, несмотря на перспективность и практическую значимость, данная проблема разработана недостаточно. Одним из путей ре-

шения комплексной задачи повышения эффективности военно-профессиональной подготовки военных врачей является изучение динамики и особенностей психологической адаптации курсантов военно-медицинского вуза в процессе обучения и разработка на этой основе мероприятий психологического сопровождения образовательного процесса на всех его этапах.

Материал и методы

В данной работе были применены методики: батарея интеллектуальных тестов (КРЗ–85); многоуровневый личностный опросник (МЛО «Адаптивность»); шкала военно-профессиональной направленности; стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ); оценка текущей успеваемости; экспертная оценка успешности обучения, воинской дисциплины, поведения в коллективе; анкета самооценки социально-психологической адаптации к условиям обучения в военно-медицинском вузе.

В обследовании приняли участие курсанты I–V курсов факультетов подготовки врачей Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова. Обследовано 318 человек с различной выраженностью нервно-психической устойчивости (НПУ). Выявлено, что результаты вступительных экзаменов в группах курсантов с различной НПУ статистически значимо не различаются; взаимосвязь показателей нервно-психической устойчивости и уровня развития познавательных способностей является очень низкой ($r = -0,086$).

Курсанты с высокой НПУ отличаются более высоким уровнем самоконтроля, честолюбием, умеренной тревожностью, практичностью, «разумностью» в социальных отношениях, уверенностью в себе, большей интровертированностью, в то же время, эмоциональная чувствительность, беспокойство, большая зависимость, поверхностные социальные контакты, «разбросанность», сниженный самоконтроль не способствуют успешной адаптации; показатели НПУ в группах с различной успешностью учебно-профессиональной деятельности, а также значения военно-профессиональной направленности, в группах с различной НПУ в динамике статистически значимо не различаются.

В данном случае критерий НПУ для военно-медицинского вуза, при организации психологического сопровождения, может являться ведущим только на начальном этапе, поскольку достаточно высокий конкурс позволяет по результатам проведения мероприятий профессионально-психологического отбора не принимать лиц, относящихся к классической группе «риска» (лица с III–IV категориями профессиональной пригодности) по показателям НПУ и общего интеллектуального развития.

В других случаях, когда в результате низкого конкурса и сниженных требований к отбору к обучению в военном вузе допускаются лица с III-IV категориями профессиональной пригодности, возможно проведение психофизиологического сопровождения курсантов на основе выделения групп с различной выраженностью НПУ. При этом 3-ю группу курсантов отличают: повышенная эмоциональность, колебания настроения с относительно более выраженным его снижением, эмоциональная чувствительность, сенситивность, мягкость, ригидность и выраженная тревожность. В целом указанные черты в дальнейшем развитии могут отражать ее невротическую направленность. Для курсантов 4-й группы характерными особенностями являются: более выраженная импульсивность, индивидуалистичность, более низкий самоконтроль, повышенная активность, сниженные стрессовая толерантность, общительность и большая социальная интровертированность. В целом указанные черты в дальнейшем могут отражать психопатическую направленность членов этой группы [6].

Дифференциация групп курсантов по успешности обучения показала, что успешных в учебе курсантов отличают высокая эмоциональная устойчивость, выдержка, рассудительность, относительно большая интровертированность, аналитичность мышления, реалистичность, критичность, самоконтроль поведения, ответственность и умеренная тревожность, серьезность, а также меньшие коммуникативность, социальная активность и открытость. По показателям военно-профессиональной направленности (ВПН), НПУ и склонности к отклоняющемуся поведению группы курсантов с различной успешностью обучения статистически значимо не различались.

Применение в психологическом сопровождении комплекса психологических методик согласно методическим рекомендациям [2] не позволило четко оценить динамику психологической адаптации курсантов на младших курсах. Наиболее информативным для получения данных о содержании и динамике адаптационных процессов оказалось анонимное анкетирование курсантов с помощью анкеты «Социально-психологическая адаптация курсантов к условиям обучения в военно-медицинском вузе» (к дисциплине, учебной деятельности, к военной службе, воинскому коллективу).

Выявлено, что на начальном этапе обучения адаптационные процессы протекают очень активно по всем направлениям. При этом в группе лучших по успеваемости адаптация к учебным нагрузкам и воинской дисциплине проходила достоверно лучше ($p < 0,05$). Дальнейшие исследования показали, что успешность и длительность адаптации к различным факторам обучения различны. С начала обучения адаптация к воинскому коллективу происходит наиболее благоприятно, после 1-го семестра большинство курсантов адаптируется. Однако о завершении первичной или базовой

адаптации к воинскому коллективу можно говорить только к концу II курса обучения, когда абсолютное большинство курсантов (до 90 %) отмечает у себя высокий уровень адаптации, что во многом связано с их способностью к построению адекватных межличностных отношений в микросоциальном окружении. Необходимо отметить, что на III–V курсах количество курсантов с высоким уровнем адаптации в коллективе практически не снижается, однако происходит увеличение количества курсантов с низким уровнем адаптации, и их доля достигает 6–8 %. Дальнейший анализ показал, что эти курсанты гораздо хуже были адаптированы и к учебе.

Адаптация к учебной деятельности и учебным нагрузкам в самом начале обучения протекает благоприятно, так как первая экзаменационная сессия спланирована в «щадающем режиме». В наших исследованиях подтвердилось, что наиболее сложным является не 1-й, а 2-й семестр обучения, когда учебная нагрузка значительно возрастает. В целом, можно говорить, что адаптация к учебной деятельности и учебным нагрузкам у курсантов заканчивалась к концу III курса обучения и в дальнейшем не представляет для большинства из них значительных трудностей до конца обучения в вузе.

Адаптационные процессы в отношении воинской дисциплины и жизни в казарменных условиях протекают разнонаправленно. Базовая или первичная адаптация к воинской дисциплине и казарме практически заканчивается к концу I курса обучения, когда высокий уровень адаптации отмечается у 78–89 % курсантов, то есть адаптация наступает быстрее, чем к другим факторам обучения.

На II курсе количество высоко адаптированных курсантов незначительно возрастает до 90–92 %. Однако на старших курсах (III–V курс) наблюдается обратный процесс и негативная динамика проявляется снижением уровня дисциплинированности. В течение трех последующих лет уровень высоко адаптированных курсантов к дисциплине снижается на 15–25 %, а доля курсантов с низким уровнем дисциплины достигает 16–17 %.

Адаптация к военной службе или военной профессии оценивалась через ВПН и мотивацию. Первичная адаптация заканчивается к концу II курса обучения, когда доля курсантов с высоким уровнем адаптации достигает 70–75 %, а с низким уровнем ВПН не превышает 6–8 %. На III–V курсах наблюдается негативная динамика ВПН, характеризующаяся ее постепенным снижением. Доля курсантов с высокой ВПН снижается до 44–53 %, при этом увеличивается доля курсантов с низким уровнем ВПН, который возрастает до 25–34 %.

В результате исследования выделено четыре этапа психологической адаптации и предложены на их основе мероприятия психологического сопровождения.

Первый или начальный этап психологической адаптации – длительностью примерно в один год (первые два семестра обучения), когда заканчивается «первичная» адаптация к условиям жизни и быта в казарменных условиях и к воинской дисциплине. Он характеризуется наибольшим энергетическим и нервно-психическим напряжением, использованием всех имеющихся (в том числе и психологических) ресурсов, активно протекающими адаптационными процессами одновременно ко всем факторам обучения в военном вузе.

Мероприятия психологического сопровождения на первом этапе должны проводиться наиболее интенсивно и быть направлены в первую очередь на поддержание энергетических ресурсов организма, психологических и психофизиологических резервов.

В соответствии с этим психологическая помощь и коррекция в рамках профессионально-психологического сопровождения должны заключаться в использовании методов релаксации и обучении курсантов методам саморегуляции, в проведении занятий (тренировок) по развитию когнитивных навыков, в проведении социально-психологических тренингов по развитию коммуникативных способностей (навыков общения).

Психологический мониторинг должен проводиться 1 раз в семестр на I курсе, 1 раз в год в последующем для оценки динамики психического состояния, личностного адаптационного потенциала и развития когнитивных характеристик.

Второй этап относится ко II курсу обучения (3-й и 4-й семестры) и характеризуется: окончанием «первичной» адаптации к воинскому коллективу; формированием взаимоотношений со всеми членами микроколлективов (отделение, взвод, курс); привыканием к условиям военной службы, внутренним принятием (интериоризацией) воинских норм поведения, формированием высокого уровня ВПН; продолжением активной адаптации к учебной деятельности в связи с увеличением учебных нагрузок (появление новых, сложных, базовых для медицинского образования дисциплин).

Мероприятия психологического сопровождения на втором этапе должны быть направлены в первую очередь на поддержание высокого уровня и развитие когнитивных процессов соответственно учебным нагрузкам. Кроме того, на этом этапе должно быть организовано и активно проводиться психологическое консультирование курсантов, обратившихся за помощью в связи с трудностями адаптации не только к учебе, но и к другим факторам обучения в военно-медицинском вузе. Содержание и направленность коррекционных мероприятий в этом случае определяется потребностями лиц, обращающихся за психологической помощью.

В организационном отношении определение групп курсантов, нуждающихся в проведении с ними указанных мероприятий психологического

сопровождения на втором этапе адаптации, должно проводиться на основании результатов психологического мониторинга, экспертных оценок командиров, текущей успеваемости и психологического консультирования.

Третий этап связан с III–V курсом обучения, когда происходит смена качества учебной нагрузки (преобладают уже не фундаментальные, а специальные медицинские дисциплины), заканчивается базовая адаптация к учебной деятельности и учебным нагрузкам. Этот этап можно назвать «кризисным» в отношении показателей воинской дисциплины и ВПН, которые постепенно снижаются на протяжении всего третьего этапа.

В мероприятиях психологического сопровождения *на третьем этапе* основное внимание должно уделяться формированию и повышению военно-профессиональной направленности курсантов и слушателей, разъяснению социальной значимости войскового врача в современных условиях, повышению уровня воинской дисциплины.

Четвертый этап включает конец V курса, когда проходят заключительная экзаменационная сессия и подготовка к длительной (1¹/₂–2 мес) войсковой стажировке, и VI курс обучения, когда подводятся итоги стажировки, начинается подготовка к государственным экзаменам, решается вопрос о распределении на специальности обучения в интернатуре (седьмой год обучения).

Мероприятия психологического сопровождения *на четвертом этапе* заключаются в проведении психологического и психофизиологического обследования курсантов в целях их рационального распределения по специальностям обучения в интернатуре военно-медицинского вуза на основе оценки уровня развития профессионально важных качеств личности курсантов, учета экспертных оценок успешности обучения.

Заключение

Таким образом, результаты исследования расширяют представления о динамике, особенностях и факторах психологической адаптации курсантов военных вузов. Показано, что процесс адаптации осуществляется на протяжении всего периода обучения в военно-медицинском вузе и в зависимости от условий, характера и требований учебно-профессиональной деятельности носит неравномерный и противоречивый характер.

Выявленные этапы психологической адаптации, связанные с динамикой адаптации к учебным нагрузкам, воинскому коллективу, дисциплине, уровнем направленности личности на военно-профессиональную деятельность, позволяют разрабатывать рекомендации по организации и проведению психологического сопровождения учебного процесса, а также дифференцированно планировать и проводить комплекс мероприятий по

психодиагностике, психологической и педагогической коррекции курсантов в процессе обучения.

Литература

1. *Методические* и организационные проблемы обеспечения профессионально-психологического сопровождения учебного процесса в вузах Министерства обороны / С.В. Чермянин, В.А. Корзунин, В.Н. Сысоев, Д.Ю. Будко, А.В. Шубин // Воен.-мед. журн. – 2008. – Т. 329, № 6. – С. 33–37.

2. *Методические* рекомендации по организации и проведению профессионального психологического отбора в военно-учебных заведениях Министерства обороны Российской Федерации. – М. : Воениздат, 2002. – 288 с.

3. *Особенности* процесса реадaptации военнослужащих после деятельности в экстремальных условиях / С.В. Чермянин, Д.В. Костин, В.И. Левшакова, О.С. Иванов // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2009. – № 1. – С. 55–61.

4. *Оценка* психической адаптации военнослужащих-женщин к особым условиям деятельности / В.В. Юсупов, Р.Х. Кузина, В.И. Евдокимов [и др.] // Вестн. психотерапии. – 2008. – № 23 (28). – С. 143–147.

5. *Сысоев В.Н.* Военно-профессиональная адаптация / В.Н. Сысоев ; Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова. – СПб., 1999. – 20 с.

6. *Чермянин С.В.* Методологические аспекты диагностики нервно-психической неустойчивости у специалистов экстремальных видов деятельности / С.В. Чермянин, В.А. Корзунин, В.В. Юсупов // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2008. – № 4. – С. 49–53.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О КОНФЛИКТАХ

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

Введение

Востребованность в понимании закономерностей возникновения, течения и разрешения конфликтов значительно возросла за последний период. Личностная и межличностная противоречивость является одной из центральных проблем психологической диагностики невротических расстройств в клинике. При ее исследовании клинические психологи чаще всего опираются на достижения отечественной школы, на работы В.Н. Мясищева (1960), Б.Д. Карвасарского (1990) и их сотрудников. Уменьшилось количество чистых невротических расстройств и возросло число смешанных их форм, возникло представление о многомерности в настоящее время невротических конфликтов.

Цель статьи – рассмотреть современное состояние учения о конфликтах, подходы к их изучению, а также методы исследования.

Методологические аспекты исследования

Понятие конфликт применяется для обозначения широкого круга явлений от внутриличностного до социального уровня, используется в разнообразных контекстах.

В междисциплинарном обзоре работ по исследованию конфликтов А.Я. Анцуповым и А.И. Шипиловым (1999) выделяется 11 областей научного знания, так или иначе изучающих конфликты (по степени убывания количества публикаций): психология, социология, политология, история, философия, искусствоведение, педагогика, правоведение, социобиология, математика и военные науки.

Разные дисциплины наделяют понятие конфликт своим содержанием. Философская традиция рассматривает конфликт как частный случай противоречия, его предельное обострение. С точки зрения социологии, это процесс или ситуация, в которой одна из сторон находится в состоянии противостояния или открытой борьбы с другой, поскольку ее цели воспринимаются как противостоящие собственным.

А.Я. Анцупов, А.И. Шипилов (2009) предлагают сузить широкое понимание конфликта и выделить два основных их вида:

1) социальный конфликт – наиболее острый способ развития и завершения значимых противоречий, возникающих в процессе социального взаимодействия, заключающийся в противодействии субъектов конфликта и сопровождающийся негативными эмоциями по отношению друг к другу;

2) внутриличностный конфликт – выраженное негативное переживание, вызванное затянувшейся борьбой структур внутреннего мира личности, отражающее ее противоречивые связи с социальной средой и задерживающее принятие решения.

Существуют различные взгляды на природу конфликта, классификацию, структурные и динамические его компоненты, рассмотрим основные из них.

В социологическом направлении выделяют следующие концепции: марксистское понимание конфликта, функциональная теория конфликта Г. Simmel (1925), теория структурного функционализма Т. Parsons (1937) и др. Наибольшее значение в настоящее время приобрели:

А) теория «позитивного функционального конфликта» Л. Coser (1968). Он является основателем современной западной социологии конфликта. Основные положения представлены в книге «Функции социального конфликта» (1956), которая стала первым специальным трудом в этой области. Автор приводит основные их характеристики:

- не может быть бесконфликтной социальной группы;
- конфликт — это важнейший фактор, оказывающий позитивное влияние на развитие и смену общественных систем.

Позитивным эффектом обладают охранительная и стабилизирующая, разряжающая отрицательные эмоции, тестирующая и информативная функции. С точки зрения Л. Coser (1968), внешний по отношению к группе конфликт сплачивает хорошо интегрированную группу и вызывает напряжение внутри группы при низкой ее интеграции;

Б) конфликтная модель общества R. Dahrendorf (2002). Автор концепции во многом поддерживает марксистские взгляды на конфликт. R. Dahrendorf считает, что обществу и миру в целом свойственны дезинтегрированность, динамичность и неустойчивость и поэтому невозможно устранение глубинных причин социальных противоречий, возможно только изменение течения самого конфликта;

В) «общая теория конфликта» К. Boulding (1986) представляет собой попытку создания универсальной целостной научной теории конфликта. Автор рассматривает конфликт как всеобщую категорию, которая присутствует в живой и в неживой природе. Для всех существующих конфликтов характерно наличие общих элементов, функций, свойств, тенденций, образцов возникновения, протекания и разрешения.

Психологическая традиция изучения конфликтов наиболее богата и развита по сравнению со всеми другими научными дисциплинами, изучающими это явление.

В психодинамическом направлении конфликт представляет собой изначальную и постоянную форму столкновения противоположных принципов, влечений, амбивалентных стремлений и т. д., которые не осознаются или осознаются не полностью и в которых выражается противоречивость природы человека [22]. Возникновение конфликта естественно сопутствует развитию личности.

Межличностные конфликты в психоаналитической традиции интерпретируются через внутриличностные особенности человека и их истоки ищут в бессознательном. Основная традиция подобной интерпретации заложена S. Freud. Он «первым охарактеризовал психику как поле боя между непримиримыми силами инстинкта, рассудка и сознания» [37]. По S. Freud (1991), человек находится в состоянии постоянного внутреннего и внешнего конфликта с окружающими и миром в целом.

Последователь S. Freud A. Adler (1995) содержание конфликтов личности видел в противоречии между реализацией потребности в достижении превосходства, самоутверждения и ощущением собственной неполноценности, которое возникает еще в детстве по отношению к взрослым.

Теория конфликта К. Horney (1997) представляет собой уникальный синтез работ S. Freud и A. Adler. По мнению К. Horney, проблема конфликта появляется тогда, когда стремление к росту и самореализации блокируются какими-либо внешними социальными воздействиями. Так, основой внутриличностных конфликтов К. Horney считала действие семейных, культурных и социальных факторов. Ребенок, которого воспитывали без проявлений любви, заботы и уважения к его индивидуальности, впоследствии вырастает постоянно испытывающим тревогу человеком, он воспринимает окружающий мир как враждебный. К. Horney видела базисный конфликт в фундаментальном противоречии аттитюдов друг другу, которые сформировал человек в отношении других людей: движение к людям, против них и от них. Она считала, что существует несколько «образов Я» – «Я реальное», «Я идеальное» и «Я в глазах других людей», расхождение между которыми также может привести к возникновению внутриличностного конфликта.

По мнению E. Fromm (2006), конфликты возникают из-за невозможности реализовать в обществе личностные стремления и потребности, а их основа – противоречия между непреодолимой внутренней зависимостью и стремлением к свободе.

С точки зрения бихевиористского подхода, считается невозможным исследовать субъективные факторы психической жизни. Это направление

основывается на изучении явлений, которые поддаются объективному описанию. В качестве такого предмета бихевиористы рассматривают поведение. Основным методический принцип изучения поведения предполагает поиск связей между воздействиями («стимулами») и ответной поведенческой реакцией человека. Конфликт понимается как форма реакции на внешнюю ситуацию, причина которой заключается в закреплении соответствующих моделей в поведенческом репертуаре. В рамках этого направления работали М. Sherif (1936), J. Dollard, L. Doob, N. Miller и соавт. (1939), М. Deutsch (1973) и др. М. Sherif (1936) исследовал конфликты в естественных условиях. Основным его вывод – объективно конкурентная ситуация, в которой оказывались группы, вызвала конфликт.

J. Dollard, L. Doob, N. Miller и соавт. (1939), L. Berkowitz (1962) разрабатывали фрустрационно-агрессивную теорию. Социально-психологические конфликты в рамках этой концепции понимаются прежде всего как особая форма агрессивного ответа (прямо или косвенно проявляемого, сдерживаемого или подавляемого, направленного на причину агрессии или смещенного на другой объект) на фрустрирующую ситуацию.

М. Deutsch (1973) изучал влияние кооперации и конкуренции на групповые процессы в лабораторных условиях, предложил соответствующую теорию и определил влияние целей и типа действия участников конфликта. Понимание конфликта как поведенческой реакции и игнорирование содержания человеческих переживаний, мотивов, представлений о происходящем подвергается критике. Тем не менее благодаря ситуационным подходам современная наука получила богатейший эмпирический материал в области конфликтов, он перестал восприниматься как исключительно интрапсихически генерируемый феномен.

С началом становления когнитивных концепций в психологии стал проявляться все больший интерес к роли особенностей восприятия и переработки внешней информации в регуляции взаимодействия людей, к тем субъективным образам окружающей действительности, которые складываются у индивида и организуются в связанные и по возможности непротиворечивые интерпретации картины мира. Представители этого направления впервые обратили внимание на то, что непосредственно наблюдаемые взаимодействия субъектов в социальной ситуации могут быть поняты и проинтерпретированы как их субъективные отражения, то есть с точки зрения восприятия, осознания, рефлексии, оценки и т. д. «взаимодействующим субъектом» [1]. Конфликт может быть понят только с учетом отражения тех или иных параметров ситуации, что и является ключевым фактором.

Ведущие представители гуманистической психологии в своих теориях специально не сосредотачиваются на проблеме конфликта, но в то же

время включают его в процессы и механизмы развития личности, подчеркивая конструктивные функции и особое значение психологических ресурсов человека.

Помимо ранее перечисленных, в зарубежной психологии можно встретить следующие взгляды на проблему конфликта: понимание конфликта как аналога инстинкта борьбы за существование – социотропное направление [16, 27, и др.]; предложение рассматривать в качестве главной причины социальных конфликтов агрессивность индивида и толпы, причем механизмы возникновения агрессивности у животных и человека однотипны и агрессивность является постоянным состоянием живого организма – этологическое направление [15, 29]; в теории социометрии [18 и др.] межличностные конфликты определяются состоянием эмоциональных отношений между людьми, их симпатиями и антипатиями по отношению друг к другу и могут быть разрешены путем перестановки людей в соответствии с их эмоциональными предпочтениями; интеракционистское направление – идеи о том, что причины конфликтов кроются в самом процессе социального взаимодействия [38, 50, и др.]. Значительные усилия прикладываются к изучению конфликтов в лабораторных (теоретико-игровое направление) и естественных условиях – теория организационных систем [40], а также в исследовании переговорного процесса – теория и практика переговорного процесса [32 и др.].

Среди отечественных ученых, занимающихся изучением конфликтов, можно выделить А.Г. Ковалева (1975), А.А. Ершова (1976), Д.П. Кайдалова и Е.И. Суименко (1979), К.К. Платонова и В.Г. Казакова (1979), Н.В. Гришину (2008) и др. В.С. Мерлин (1990) отмечал важную роль субъективности неразрешимой ситуации, В.Н. Мясищев (1995) писал о месте переживаний конфликта в системе отношений личности.

Таким образом, сегодня существует множество взглядов на проблему конфликта и ее решение. Изучать и применять знания о конфликтах в таком виде довольно сложно, поэтому возникает необходимость в их сопоставлении, объединении, установлении междисциплинарных связей, в поиске более общих закономерностей. Существуют различные попытки решить эту задачу.

Н.В. Гришина (2008) считает целесообразным ограничить проблемное поле конфликта следующими признаками:

- 1) биполярность (наличие одновременно взаимосвязанных и противоположных начал);
- 2) активность, направленная на преодоление противоречия;
- 3) субъективность (наличие субъекта или субъектов как носителей конфликта).

Автор также традиционно выделяет психодинамическое, поведенческое и когнитивное направления как наиболее значимые для понимания конфликтов и отмечает, что каждый из этих подходов внес свой вклад. Так психоаналитическая традиция в ее теоретическом и практическом выражении обогатила психологию уникальными описаниями и клиническим опытом наблюдения и интерпретации тонких взаимосвязей между внутренним миром личности и ее существованием в реальности межличностных отношений. В рамках поведенческих подходов выполнено большое число экспериментальных исследований, в которых изучались различные аспекты поведения участников конфликтов в их зависимости от параметров ситуации. Когнитивные концепции рассматривают конфликт в более широком социальном контексте, как субъективный феномен, указывая на значимость особенностей переработки информации личностью.

Разные направления классической психологии, по мнению Н.В. Гришиной, не просто предложили различные подходы к пониманию природы конфликтов, но и, исходя из своих концептуальных построений, фактически разрабатывали различные составляющие данного явления: аффективный, поведенческий и когнитивный компоненты.

В 1999 г. отечественные психологи А.Я. Анцупов и А.И. Шипилов на основании междисциплинарного исследования систематизировали существующие знания о конфликтах и предложили универсальную схему их описания: сущность, классификация, структура, функции, эволюция, генезис, динамика, системно-информационное описание, предупреждение, завершение, исследование и диагностика.

Еще одна попытка объединить существующие представления о конфликте с целью устранения недостатков теоретической базы – «единая теория конфликта» В.А. Светлова (2005). Она включает математический и теоретический базис. Теоретический базис заключается в универсальной модели конфликта. Ядром этой модели служит определение конфликта как общего эволюционного механизма, периодически переключающего развитие системы с синергетической траектории на антагонистическую и обратно. Конфликт выполняет функцию природного и социального триггера.

Автором дано следующее определение конфликта: это такая разновидность структурного дисбаланса, которая означает неспособность сохранения системы в старом качестве, в прежних качественных границах своего бытия, невозможность выполнения системой своего внутреннего предназначения, потерю системой своей базисной устойчивости развития в прежнем направлении, на прежнем уровне, с прежним набором и зависимостью причинных переменных.

«Единая теория конфликта» В.А. Светлова (2001) учитывает положения следующих социально-психологических концепций, анализирую-

щих конфликты в своих специальных терминах, – теории когнитивного баланса F. Heider (1958), структурного дисбаланса F. Harary (1973), когнитивного диссонанса L. Festinger (1999) и их многочисленных модификаций и модернизаций, анализа конфликтов, драмы N. Howard (1971), а также понятий, методов и теорем теории графов, вероятностей, игр и др.

Таким образом, в существующем разнообразии направлений отмечаются общие тенденции: 1) признание важности практического изучения конфликта и понимание его как естественного явления, способного оказывать как негативный, так и позитивный эффект; 2) попытки обобщить имеющиеся знания и сформировать теоретическую и методологическую базу учения о конфликтах.

Сложность явления конфликта и разнообразие подходов к его пониманию приводят к созданию различных методических подходов и приемов изучения конфликта. В основе лежат научные принципы исследования, рассматривающие конфликт как динамичное системное междисциплинарное явление, доступное объективному изучению.

Методы исследования конфликта

Выделяют следующие методы изучения конфликтов: наблюдение, эксперимент, социометрия, анализ документов, опрос, системно-ситуационный анализ, математическое моделирование, личностные тесты.

Наблюдение – сбор первичной информации об изучаемом явлении через целенаправленное, организованное, непосредственное восприятие и фиксирование конфликтных событий и ситуаций.

Эксперимент – метод научного познания, заключающийся в моделировании конфликта чаще всего в лабораторных условиях, отличающийся активным вмешательством в ситуацию со стороны исследователя, осуществляющего планомерный и активный контроль за одной или несколькими переменными и регистрацию происходящих изменений в изучаемом явлении. В основе метода – гомеостатические методики, деловые, ролевые, психологические игры и др. Могут возникнуть сложности в том, чтобы смоделировать необходимую реальную ситуацию, а также в переносе выводов на реальные конфликты.

Социометрия применяется для оценки межличностных эмоциональных связей в группе, разработана социальным психологом и психиатром J.L. Moreno (2001). Применяется для выявления напряженных взаимоотношений в малой группе. В ходе исследования испытуемый должен оценить свое отношение к другим участникам группы на основании предлагаемых критериев. Существует несколько способов использования данного метода, а именно: координатно-социограммная методика, которая заключается в выделении конфликтных пар, индифферентных личностей, а так-

же микрогрупп, имеющих положительный и отрицательный статус; модульная методика диагностики межличностных конфликтов, с помощью которой рассчитывается индекс конфликтности всей группы и отдельных ее членов; пространственная социометрия, позволяющая выявить членов группы, с которыми у испытуемого более близкие отношения и др.

Системно-ситуационный анализ представляет собой систематизацию данных о конфликте с помощью бланка. В ходе изучения устанавливаются все основные и второстепенные участники конфликта, определяются пространственные границы конфликтного взаимодействия, выделяются фазы в развитии конфликта, в течение которых характер взаимодействия основных его участников качественно не меняется, затем проводится системный анализ.

Изучение документов – исследование информации для ретроспективного анализа конфликтов, зафиксированной в тексте, на цифровом и других носителях.

Математическое моделирование позволяет оценивать и прогнозировать события. С помощью математического анализа вычисляются соотношения между характеристиками объекта. Существуют следующие математические модели: вероятностные разделения, статистические исследования значимостей, марковские цепи, модели целенаправленного поведения, теоретические и имитационные. Они отражают сложные зависимости, которые не поддаются содержательному анализу.

К широко используемым методам исследования конфликтов относят беседу, анкетирование, массовые и экспертные опросы, самоотчеты и другие виды опросных методов.

Исследователи используют методики, целью которых не является диагностика конфликтов, но пригодные для изучения широкого круга явлений и способные косвенно указывать на наличие конфликтности. К ним относятся: методики диагностики межличностных отношений (ДМО), изучения ценностных ориентаций М. Рокича, шкала реактивной и личностной тревожности Ч. Спилбергера, Q-сортировка, методика определения типа поведения в конфликтной ситуации К. Томаса, шкала депрессии, личностные опросники и др.

Некоторые методики изучения конфликта могут применяться в узкой сфере, например: методика В.П. Левкович и О.Э. Зуськовой «Межличностный семейный конфликт» (1987); шкала диагностики ролевого конфликта С.И. Ериной (1983); опросник Ю. Алешиной, Л. Гозмана, Е. Дубовской «Характер взаимодействия супругов в конфликтных ситуациях» (1987) и др.

Вместе с тем существуют методики более полного исследования конфликтов. К таким методам, направленным на изучение межличностных конфликтов, относятся методика М.Д. Ногowitz (1991), модульный социо-

тест А.Я. Анцупова [5] и др. Методика оценки межличностных отношений М.Л. Horowitz (1991) позволяет выявить общий индекс выраженности личностных проблем и определить показатели по шкалам: автократичность, конкурентность, холодность, социальное избегание, неуверенность, уступчивость, заботливость, экспрессия. Опросник является инструментом для индивидуальной диагностики личностной проблематики в клинической психологии и психологии личности, он позволяет установить, какие межличностные проблемы и в какой мере беспокоят человека. Модульный социотест А.Я. Анцупова помогает выявить уровень межличностной конфликтности у группы людей и отдельной личности в ней.

Ряд методов направлен на изучение внутриличностного конфликта.

«Тест по выявлению уровня внутриличностной конфликтности» А.И. Шпилова (1999) позволяет определить степень конфликтности, выявить наиболее переживаемые типы конфликтов, определить основные сферы актуальной внутриличностной конфликтности (мотивационная, долженствования, самооценки). Автор выделяет 6 видов конфликтов: мотивационный (расхождение между «хочу» и «хочу»); нравственный (между «хочу» и «надо»); ролевой (между «надо» и «надо»); адаптационный (между «надо» и «могу»); нереализованного желания (между «хочу» и «могу»); неадекватной самооценки (между «могу» и «могу»).

Опросник W. Lauterbach (1988) используется для изучения внутриличностных конфликтов. Методика апробирована в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева [21]. Суть ее заключается в выявлении и измерении противоречий (конфликтов) в системе многообразных отношений испытуемого, сложившихся на данный момент, в определении несовместимости между элементами этой системы. Конфликт понимается как «относительная противоречивость мыслей, мнений, установок, отношений в пределах ограниченного когнитивного поля». Когнитивное поле представлено понятиями и взаимоотношениями между ними. Его элементы включают как реально существующие ценности, значимые для испытуемого и окружающих людей, так и абстрактные понятия и цели.

Для исследования внутриличностного конфликта у больных с невротическими расстройствами применяется методика, разработанная в отделении неврозов (рук. проф. С. Ледер) Института психиатрии и неврологии в Варшаве (Польша), адаптированная в Институте им. В.М. Бехтерева. Опросник состоит из «Списка проблем» и представляет набор шкал для выявления и измерения степени выраженности патогенных психологических факторов. Выявляется наличие следующих видов конфликтов: конфликт между потребностями к независимости и получению помощи, опеки, между потребностями к доминированию и подчинению, между потребностями

быстрых достижений и отсутствием способности к усилию и настойчивости, между потребностью в достижениях и страхом неудач, между уровнем притязаний и уровнем реальных достижений, между стремлением к удовлетворению собственных потребностей и требованиями окружающей среды, между нормами и сексуальными потребностями, между поступками и нормами, между нормами и агрессивными тенденциями, между стремлением к достижению во всех областях и невозможностью совместить требования различных ролей, между уровнем доверенных задач и собственными возможностями, между уровнем притязаний и возможностями, между выраженной потребностью проявить себя и отсутствием позитивных усилий, между сильной потребностью быть полноценным мужчиной (полноценной женщиной) и наличием эмоционально-сексуальной неудовлетворенности.

Для изучения внутриличностных конфликтов может быть использована методика Е.Б. Фанталовой (1992) «Уровень соотношения ценности и доступности в различных жизненных сферах» (УСИЦД). Она включает 12 ценностей, испытуемому предлагается попарно сравнить ценности по двум разным критериям: ценности и доступности. Высокий уровень «Ценности» по сравнению с уровнем «Доступности» указывает на внутриличностную конфликтность в той или иной сфере. Превышение уровня «Доступности» по сравнению с уровнем «Ценности» свидетельствует о наличии «внутреннего вакуума», «ощущения внутреннего балласта», «избыточности присутствия». В результате можно оценить степень выраженности потребностей, внутренний дискомфорт и конфликтность.

Важное место в диагностике внутриличностных конфликтов занимают проективные методы, а именно: тематический апперцептивный тест (ТАТ) [51], методика незавершенных предложений [54], тест рисуночной фрустрации [53] и др. Их преимущество заключается в способности разрешать проблему мотивационных искажений со стороны испытуемого, поскольку их истинное содержание остается для него скрытым.

В настоящее время существует еще одно направление – психосемантические методы, позволяющие выявить не только осознаваемые, но и скрытые и реально действующие мотивы [28]. Они менее трудоемки и зависят в меньшей мере от индивидуального опыта интерпретирующего, чем проективные. Методы экспериментальной психосемантики используются для измерения индивидуальной системы субъективных значений различных объектов для человека. Традиционными методиками экспериментальной психосемантики являются методики семантического дифференциала Ch.E. Osgood (1957) и репертуарных решеток G.A. Kelly (1955).

Таким образом, существующие методы позволяют исследовать конфликты с различных сторон.

Заключение

Учение о конфликтах занимает особое место в структуре научных знаний – это находящаяся на стадии активного становления междисциплинарная область, актуальность и востребованность которой в настоящее время достаточно велика.

В психологии основные взгляды на проблему конфликта и ее решения соответствуют психодинамическому, поведенческому и когнитивному направлениям. Для современных подходов к изучению конфликта характерно понимание его в качестве естественного явления, способного оказывать как позитивный, так и негативный эффект.

Существующие попытки объединить имеющиеся конфликтологические знания способствуют решению части теоретических и методологических проблем, но пока не являются общепринятыми.

Выбор валидных методов среди большого их разнообразия остается существенной трудностью, с которой может столкнуться специалист, занимающийся изучением или разрешением конфликтов. Для диагностики личностных конфликтов в клинике важным является определение уровня внутриличностной противоречивости и ее качественных характеристик, содержания и степени межличностной конфликтности, а также выявление мотивов личности, приводящей к расхождениям между «Я-образами».

Литература

1. *Агеев В.С.* Межгрупповое взаимодействие: социально-психологические проблемы / В.С. Агеев. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1990. – 240 с.
2. *Адлер А.* Практика и теория индивидуальной психологии : пер. с англ. / А. Адлер (A. Adler) ; Фонд «За экономическую грамотность». – М., 1995. – 296 с.
3. *Алешина Ю.Е.* Характер взаимодействия супругов в конфликтной ситуации / Е.Ю. Алешина, Л.Я. Гозман, Е.М. Дубовская // Методы исследования межличностного восприятия : спецпрактикум по социальной психологии / под ред. Г.М. Андреевой, В.С. Агеева. – М., 1987. – С. 140–152.
4. *Анцупов А.Я.* Конфликтология / А.Я. Анцупов, А.И. Шипилов. – М. : ЮНИТИ, 1999. – 552 с.
5. *Анцупов А.Я.* Конфликтология : учеб. для вузов / А.Я. Анцупов, А.И. Шипилов. – 4-е изд., испр. и доп. – М. : Эксмо, 2009. – 512 с.
6. *Гришина Н.В.* Психология конфликта / Н.В.Гришина. – 2-е изд. доп. и перераб. – СПб. : Питер, 2008. – 544 с.
7. *Дарендорф Р.* Современный социальный конфликт. Очерк политики свободы : пер. с нем. / Р. Дарендорф (R. Dahrendorf). – М. : Рос. полит. энцикл., 2002. – 288 с.

8. *Ерина С.И.* Ролевой конфликт в деятельности руководителя первичного производственного коллектива : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Ерина С.И.. – Л., 1983. – 24 с.
9. *Ершов А.А.* Личность и коллектив: межличностные конфликты в коллективе, их разрешение / А.А. Ершов. – Л. : Знание, 1976. – 40 с.
10. *Зиммель Г.* Конфликт современной культуры / Г. Зиммель (G. Simmel). – Петербург, 1925. – 28 с.
11. *Кайдалов Д.П.* Психология единоначалия и коллегиальности Вопросы теории и практики взаимодействия руководителя и коллектива / Д.П. Кайдалов, Е.И. Суименко. – М. : Мысль, 1979. – 256 с.
12. *Карвасарский Б.Д.* Неврозы / Б.Д. Карвасарский. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 1990. – 576 с.
13. *Ковалев А.Г.* Коллектив и социально-психологические проблемы руководства / А.Г. Ковалев. – М. : Политиздат, 1975. – 271 с.
14. *Левкович В.П.* Методика диагностики супружеских отношений / В.П. Левкович, О.Э. Зуськова // *Вопр. психологии.* – 1987. – № 4. – С. 128–134.
15. *Лоренц К.* Агрессия (так называемое «зло») : пер. с нем. / К.Лоренц (K. Lorenz) – М. : Прогресс : Универс, 1994. – 272 с.
16. *Мак-Даугалл У.* Основные проблемы социальной психологии / У. Мак-Даугалл (W. McDougall). – М., 1916. – 282 с.
17. *Мерлин В.С.* Личность и общество / В.С. Мерлин. – Пермь : ПГПИ, 1990. – 92 с.
18. *Морено Я.Л.* Социометрия: экспериментальный метод и наука об обществе : пер. с англ. / Я.Л. Морено (J.L. Moreno). – М.: Акад. проект, 2001. – 384 с.
19. *Мясищев В.Н.* Личность и неврозы / В.Н. Мясищев. – Л. : Изд-во ЛГУ, 1960. – 426 с.
20. *Мясищев В.Н.* Психология отношений / В.Н. Мясищев. – М. ; Воронеж, 1995. – 361 с.
21. *Никольская Е.Б.* Исследование интра-индивидуальных конфликтов у больных неврозами в связи с задачами психотерапии и оценки ее эффективности : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Никольская Е.Б. – Л., 1995. – 25 с.
22. *Овчаренко В.И.* Психоаналитический глоссарий / В.И. Овчаренко. – Минск, 1994. – С. 181.
23. *Парсонс Т.* О структуре социального действия / Т. Парсонс (T. Parsons). – М. : Акад. проект, 2000. – 880 с.
24. *Платонов К.К.* Развитие системы понятий теории психологического климата в советской психологии / К.К. Платонов, В.Г. Казаков // Со-

циально- психологический климат коллектива / под ред. Е.В. Шороховой, О.И. Зотовой. – М. : Изд-во МУ, 1979. – С. 143–167.

25. *Светлов В.А.* Аналитика конфликта : учеб. пособие / В.А. Светлов. – СПб. : Росток, 2001. – 512 с.

26. *Светлов В.А.* Конфликт: модели, решения, менеджмент / В.А. Светлов. – СПб. : Питер, 2005. – 540 с.

27. *Сигеле С.* Преступная толпа. Опыт коллективной психологии / С. Сигеле (S. Sighele). – СПб. : Изд-во Ф. Павленкова, 1896. – 116 с.

28. *Соломин И.Л.* Психосемантическая диагностика скрытой мотивации: метод. руководство / И.Л. Соломин. – СПб. : 2001. – 71 с.

29. *Тинберген Н.* Социальное поведение животных : пер. с англ. / Н. Тинберген (N. Tinbergen). – М. : Мир, 1993. – 152 с.

30. *Фанталова Е.Б.* Об одном методическом подходе к исследованию мотивации и внутренних конфликтов / Е.Б. Фанталова // Психол. журн. – 1992. – Т. 13, № 4. – С. 107–117.

31. *Фестингер Л.* Теория когнитивного диссонанса : пер. с англ. / Л. Фестингер (L. Festinger). – СПб. : Ювента, 1999. – 318 с.

32. *Фишер Р.* Путь к согласию или переговоры без поражения : пер. с англ. / Р. Фишер (R. Fisher), У. Юри (W.L. Ury). – М. : Наука, 1992. – 158 с.

33. *Фрейд З.* Введение в психоанализ : лекции / З. Фрейд (S. Freud). – М. : Наука, 1991. – 546 с.

34. *Фромм Э.* Бегство от свободы. Человек для себя : пер. с англ. / Э.Фромм (E. Fromm) – М. : АСТ : АСТ М, 2006. – 571 с.

35. *Харари Ф.* Теория графов / Ф. Харари (F. Harary). – М. : Мир, 1973. – 300 с.

36. *Хорни К.* Ваши внутренние конфликты : пер. с англ. / К. Хорни (K. Horney). – СПб. : Лань, 1997. – 237 с.

37. *Хьелл Л.* Теории личности. Основные положения, исследования и применение / Л. Хьелл (L. Hjelle), Д. Зиглер (D. Ziegler). – СПб. : Питер Пресс, 1997. – С. 105–106.

38. *Шибутани Т.* Социальная психология : пер. с англ. / Т. Шибутани (T. Shibutani). – Ростов н/Д : Феникс, 2002. – 544 с.

39. *Berkowitz L.* Aggression: A Social Psychological Analysis / L. Berkowitz. – N.Y. : McGraw-Hill, 1962. – 278 p.

40. *Blake R.R.* Managing Inter-Group Conflict in Industry / R.R. Blake, J.S. Mouton, H.A. Shepard. – Houston : Gulf, 1964. – 340 p.

41. *Boulding K.* The Role of Conflict in the Dynamics of Society / K. Boulding // Current Research on Peace and Violence. – 1986. – Vol. IX, N 3. – P. 98–102.

42. *Coser L.* The Function of social conflict / L. Coser. – N.Y., 1956. – 188 p.

43. *Coser L.* The Function of social conflict / L. Coser. – London : Routledge & Paul, 1968. – 188 p.
44. *Deutsch M.* The Resolution of Conflict: Constructive and Destructive Processes / M. Deutsch. – New Haven: Yale University Press, 1973. – 420 p.
45. *Dollard J.* Frustration and aggression / J. Dollard, L. Doob, N. Miller [et al.]. – New Haven, Conn. : Yale University Press, 1939 – 442 p.
46. *Heider F.* The psychology of interpersonal relations / F. Heider. – N.Y. : John Wiley, 1958. – 322 p.
47. *Horowitz M.J.* Person schemas and maladaptive interpersonal patterns / M.J. Horowitz. – Chicago : Univ. of Chicago Press, 1991. – 444 p.
48. *Howard N.* Paradoxes of Rationality: Games, Metagames, and Political Behavior / N. Howard. – Cambridge, Massachusetts : The MIT Press, 1971.
49. *Kelly G.A.* The Psychology of Personal Constructs / G.A. Kelly – New York : Norton, 1955. – Volume 1: A Theory of Personality ; Volume 2: Clinical Diagnosis and Psychotherapy.
50. *Mead G.H.* Mind, Self, and Society. From the Standpoint of a Social Behaviorist / G.H. Mead. – Chicago : The University of Chicago Press, 1934. – 440 p.
51. *Murray H.A.* Thematic Apperception test / H.A. Murrey. – Manual, Cambridge, 1943. – 20 p.
52. *Osgood Ch.E.* The measurement of meaning / Ch.E. Osgood, G.J. Suci, P.H. Tannenbaum. – Urbana : University of Illinois, 1957. – 520 p.
53. *Rosenzweig S.* The picture-association method and its application in a study of reactions to frustration / S. Rosenzweig // Journal of Personality. – 1945. – N 14. – P. 3–23.
54. *Sacks J.M.* The sentence completion test / J.M. Sacks, S. Levy // Projective psychology / Eds. L.E. Abt, L. Bellak. – N.Y., 1950. – P. 357–402.
55. *Sherif M.* The psychology of social norms / M. Sherif – N.Y. : Harper, 1936. – 179 p.

ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург;
МСЧ № 33 ФМБА России, Нововоронеж Воронежской обл.

Введение

Семья – это общественный механизм воспроизводства человека, отношения между мужем и женой, родителями и детьми. Основанная на этих отношениях малая группа связана общностью быта, взаимной моральной ответственностью и взаимопомощью. Функции семьи связаны с потребностями общества и личности (табл. 1) [9].

Без всестороннего удовлетворения потребностей личности семья не будет стабильна и поэтому не сможет удовлетворять общественные интересы и потребности. По данным демографов, около 50 % мужчин и женщин в течение жизни расторгают брак и более 30 % разводов приходится на молодые семьи, просуществовавшие менее 5 лет. На рис. 1 представлена динамика соотношений количества браков и разводов в СССР–России.

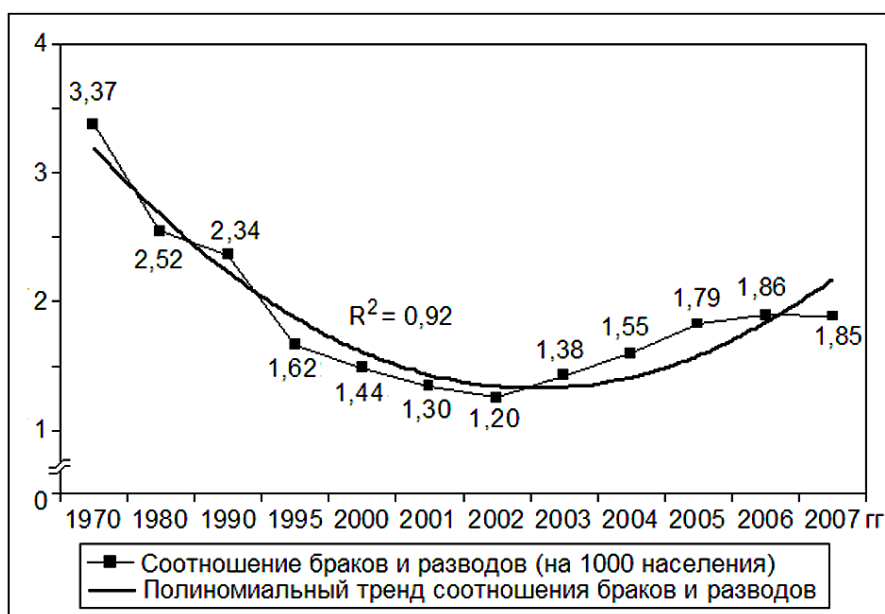


Рис. 1. Соотношение количества браков и разводов в СССР–России [8]

Низкий уровень жизни, недостаточная социальная поддержка государства молодых семей, несформированность института семьи способствуют формированию непрочности семейных отношений. В России ежегодно распадаются более 50 % зарегистрированных браков.

Таблица 1

Функции семьи (по Харчеву А.Г., Мацковскому М.С., 1998)

| Сфера семейной деятельности | Тип функции | |
|---------------------------------------|---|--|
| Репродуктивная | Биологическое воспроизводство населения | Удовлетворение потребности в детях |
| Воспитательная | Социализация молодого поколения. Поддержание культурного воспроизводства общества | Удовлетворение потребности в родительстве, контактах с детьми, их воспитании, самореализации в детях |
| Хозяйственно-бытовая | Поддержание физического здоровья членов общества, уход за детьми | Оказание хозяйственно-бытовых услуг одними членами семьи другим |
| Экономическая | Экономическая поддержка несовершеннолетних и нетрудоспособных членов общества | Получение материальных средств одними членами семьи от других (в случае нетрудоспособности или в обмен услуг) |
| Сфера первичного социального контроля | Моральная регламентация поведения членов семьи в различных сферах жизнедеятельности, а также регламентация ответственности и обязательств в отношении между супругами, родителями и детьми, представителями старшего и среднего поколения | Формирование правовых и моральных санкций при нарушении моральных норм членами семьи |
| Духовного общения | Развитие личности членов семьи | Духовное взаимообогащение. Поддержание дружеских отношений в брачном союзе |
| Социально-статусная | Представление определенного социального статуса членам семьи. Воспроизводство социальной культуры | Удовлетворение потребностей в социальном продвижении |
| Досуговая | Организация рационального досуга. Социальный контроль | Удовлетворение потребностей в совместном проведении досуга, взаимообогащение интересов |
| Эмоциональная | Эмоциональная стабилизация индивидов и их психологическая терапия | Получение психологической защиты, эмоциональной поддержки в семье. Удовлетворение потребности в личном счастье и любви |
| Сексуальная | Сексуальный контроль | Удовлетворение сексуальных потребностей |

Под профессиональным выгоранием (ПВ) понимается процесс развития хронического профессионального стресса умеренной интенсивности, вызывающий деформацию личности профессионала. В МКБ-10 синдром выгорания соответствует группе Z73 – «Проблемы, связанные с трудностями управления своей жизнью» и шифруется Z73.0 – «выгорание» (burnout).

Широкое распространение получила трехфакторная модель ПВ К. Маслач (С. Maslach). Она и ее коллеги рассматривают ПВ в совокупности выраженности: 1) эмоционального истощения; 2) деперсонализации; 3) редукции личных достижений [2, 11]. ПВ имеет междисциплинарный характер. Считается, что негативные проявления ПВ сказываются и на вне-профессиональной сфере: семейных отношениях, качестве жизни и др. Системный анализ проблемы предполагает рассматривать ПВ в совокупности всех его уровней: эмоциональных, когнитивных, мотивационных, поведенческих и соматических проявлений [6].

Медицинские сестры, фельдшера, акушерки, лаборанты, младший медицинский персонал – наиболее социально незащищенный слой населения страны. Низкая заработная плата, значительная эмоциогенность профессии, не вполне высокая оценка пациентами и руководителями профессионального вклада в процесс профилактики и лечения могут способствовать формированию у них ПВ и являться причиной ухода из профессии. Можно полагать, что функции семьи по духовному обогащению, психологической защите и эмоциональной поддержке, организации рационального досуга и другие будут препятствовать возникновению ПВ.

Материал и методы

Объект исследования составили 74 медицинских сестры МЧС № 33 (г. Нововоронеж). Средний возраст респондентов был ($44,9 \pm 1,2$) лет, стаж работы – ($24,9 \pm 1,3$) лет. 11 % обследованных медсестер были незамужними, 73 % – замужем, 15 % – разведены, 1 % – вдовы. 53 % медицинских сестер состояли в 1-м браке, 25 % – во 2-м браке, 11 % – в 3-м браке, 11 % – в браке не состояли. 15 % респондентов не имели детей, 45 % – 1 ребенка, 39 % – 2 детей и 1 % – 3 детей. Средний стаж семейной жизни составил ($18,1 \pm 1,5$) лет.

На медицинских сестер собраны экспертные оценки состояния здоровья, коммуникативности, дисциплинированности, семейных отношений и профессиональной эффективности в 5-балльной системе оценок. Экспертами являлись руководители и старшие сестры подразделений. Средняя экспертная оценка адаптации, которая отражала уровень психофизиологической и социальной адаптации и определялась суммой экспертных оценок, была достаточно высокой и составила ($4,4 \pm 0,1$) балла.

Характер семейных отношений изучали при помощи методики «Шкала семейного окружения» (ШСО), разработанной R.H. Moos (1974) и адаптированной В.К. Мягер и С.Ю. Куприяновым [5, 12]. Методика содержит 90 утверждений, образующих шкалы: 1-я – «сплоченность», 2-я – «экспрессивность», 3-я – «конфликтность», 4-я – «независимость», 5-я – «ориентация на достижение», 6-я – «интеллектуально-культурная ориентация», 7-я – «ориентация на активный отдых», 8-я – «морально-нравственные аспекты семьи», 9-я – «организация», 10-я – «контроль». Максимальная оценка по шкале – 9 баллов, значимыми являются оценки 7 баллов и более и 2 балла и менее.

Выраженность ПВ определяли при помощи теста «Профессиональное выгорание» (адаптивный вариант теста MBI С. Maslach), разработанного для медицинских работников Н.В. Водопьяновой (2001), и опросника «Синдром эмоционального выгорания» В.В. Бойко (1999). Обобщенную оценку ПВ (ООц ПВ) высчитывали по формуле [3, 4]:

$$\text{ООц ПВ} = \text{ЭИ} + \text{Д} - \text{РЛД} + \text{Оц Б} \quad (1),$$

где ЭИ – эмоциональное истощение теста MBI;

Д – деперсонализация теста MBI;

РЛД – редукция личных достижений теста MBI;

Оц Б – общая оценка по опроснику Бойко.

Результаты проверены на нормальность распределения. Для выявления сходства (различий) данных исследования использовали параметрический t-критерий Стьюдента. Взаимозависимости определяли при помощи корреляционного анализа Пирсона. В статье представлены ($M \pm m$) и значимые коэффициенты корреляции ($r \geq 0,16$; $p < 0,05$).

Результаты и их анализ

Данные тестов выявили невысокий уровень ПВ у медицинских сестер (табл. 2). Средние оценки компонентного состава MBI соответствовали данным российской выборки. Качественный анализ показал, что у обследованных медсестер имеются высокие проявления деперсонализации и редукции личных достижений – в 38 и 28 % соответственно.

Результаты опросника В.В. Бойко в нашем исследовании были значительно ниже, чем у обследованных врачей [2, 4, 7]. Качественный анализ данных показал, что сформированной фазы напряжения не было, сформированная фаза резистенции наблюдалась у 19 %, фаза истощения – у 8 %, сформированный синдром ПВ – у 4 % респондентов. По данным О.Ю. Смирновой и соавт. [10], медсестер психиатрической больницы со сформированным ПВ было значительно больше (24,5 %, $p < 0,01$).

Таблица 2

Данные ПВ у медицинских сестер, балл ($M \pm m$)

| Тест МВІ | | | |
|-------------------------|---------------------|----------------------------|--------------|
| Эмоциональное выгорание | Деперсонализация | Редукция личных достижений | |
| 14,4 ± 0,8 | 9,4 ± 0,6 | 33,3 ± 0,9 | |
| Опросник В.В. Бойко | | | |
| Фаза напряжения | Фаза резистентности | Фаза истощения | Общая оценка |
| 9,2 ± 2,3 | 43,6 ± 2,3 | 31,8 ± 2,5 | 84,6 ± 6,5 |

ООц ПВ, высчитанная по формуле (1), составила ($75,0 \pm 7,5$) балла. В данном случае ООц ПВ в 11 баллов и менее (-1σ) можно считать низкой, а 139 баллов и более ($+1\sigma$) – высокой. С низкими показателями ООц ПВ было 11 медсестер (15 %), с высокими – 8 (11 %).

Обобщенный профиль семейных отношений медсестер представлен на рис. 2. Как было указано ранее, при интерпретации данных ШСО большое значение придается значимо высоким и низким показателям. Семьям медсестер присущи сплоченность и выраженный коллективизм. Они чувствуют реальную помощь и поддержку других членов семьи, вкладывают много энергии в домашние дела, добровольно вызываются, когда что-то нужно сделать по дому. Всем членам семьи уделяется достаточно много времени и внимания (1-я шкала).

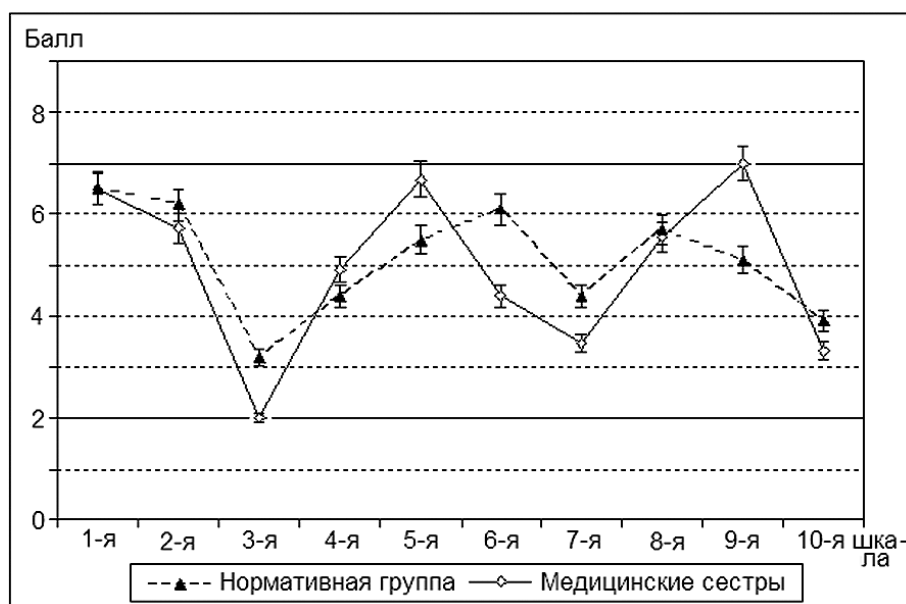


Рис. 2. Профили семейных отношений (обозначения шкал ШСО см. в тексте)

Семьям медсестер характерна высокая экспрессивность (2-я шкала). Они открыто обсуждают личные проблемы каждого члена семьи без бояз-

ни агрессии со стороны родственников и того, что эта «разрядка» может вывести их из эмоционального равновесия. Подобная атмосфера способствует формированию взаимной открытости и доверия. Изложенное подтверждается низкими результатами 10-й шкалы теста.

Сочетание высокой 2-й шкалы с низкими показателями 3-й шкалы теста свидетельствуют о редкости конфликтного поведения, конструктивном стиле обсуждения проблем, повышении ответственности членов семьи за сохранение мира в семейных отношениях.

Для членов семей медсестер характерны высокий уровень достижений «жизненных» планов (шкала 5-я), возможность самореализации каждого члена семьи во внесемейной сфере. Различным сферам деятельности (работа, школа, хобби и др.) придается характер достижений и соревнования.

В семьях медсестер отмечается некоторое снижение интеллектуально-культурной ориентации, степень, в которой члены семьи участвуют в политической, социальной и культурной деятельности (6-я шкала), и ориентации на активный отдых, активизации досуга, совместного проведения свободного времени, развлекательных мероприятий и спорта (7-я шкала).

9-я шкала теста отражает высокую степень организованности семьи в плане структурирования семейной активности, финансового планирования, ясности семейных правил, дисциплинированности. Отмечается возрастание организованности и планомерности семейной деятельности, ясность и определенность обязанностей членов семьи, пунктуальность в их исполнении.

В целом следует заключить, что профиль ШСО у медсестер почти по всем шкалам значимо отличается от нормативного (см. рис. 2) и напоминает профиль «идеальной семьи», который может служить показателем психологического здоровья семьи и хороших семейных отношений.

Экспертные оценки профессиональной эффективности у медсестер значимо коррелировали с экспертными оценками дисциплинированности ($r = 0,65$), коммуникативности ($r = 0,69$), с показателями шкал ШСО: 3-й (конфликтность) ($r = -0,22$), 4-й (независимость) ($r = 0,30$), 7-й (ориентация на активный отдых) ($r = 0,18$). С показателями ООц ПВ корреляционные связи были отрицательные и приближаются к значимым ($r = -0,11$), а с экспертными оценками семейных отношений взаимозависимостей не обнаружено. Возможно, что семейные отношения не являются непосредственным продолжением производственных отношений, они связаны с ними преимущественно через семейно-брачную культуру.

Значимые взаимосвязи показателей шкал ШСО, экспертной оценки адаптации и ООц ПВ представлены на рис. 3. Оказалось, что высокие показатели 3-й шкалы (конфликтность) способствовали высоким оценкам ПВ и низким экспертным оценкам адаптации.



Рис. 3. Взаимосвязи показателей ШСО, ООц ПВ и экспертной оценки адаптации медсестер

Выявлено также, что такие показатели ШСО у медицинских сестер, как сплоченность и экспрессивность семьи, ориентация членов семьи на достижение поставленных задач, культурную деятельность, активный отдых и здоровьесберегающее поведение, морально-нравственные аспекты семейных отношений, структурирование семейной активности, финансовое планирование, дисциплинированность и определенность семейных правил и обязанностей, препятствуют формированию ПВ (см. рис. 3).

Заключение

Экспертные оценки профессиональной эффективности медсестер значимо коррелировали с экспертными оценками дисциплинированности и коммуникативности. С показателями экспертных оценок семейных отношений взаимозависимостей не обнаружено, возможно, что семейные отношения не являются непосредственным продолжением производственных отношений, они связаны с ними преимущественно через семейно-брачную культуру.

Проведенные исследования выявили, что обобщенный профиль ШСО у медсестер напоминает профиль «идеальной семьи», который может служить показателем психологического здоровья семьи и хороших семейных отношений.

Высокие экспертные оценки адаптации и показатели семейных отношений препятствовали формированию у медицинских сестер ПВ. Например, данные тестов выявили у них невысокий уровень ПВ. Установле-

но также, что формированию ПВ могут способствовать высокая конфликтность семьи, препятствовать – сплоченность и экспрессивность семьи, ориентация членов семьи на достижение поставленных задач, культурную деятельность, активный отдых и здоровьесберегающее поведение, морально-нравственные аспекты семейных отношений и структурирование семейной активности.

Литература

1. *Бойко В.В.* Энергия эмоций / В.В. Бойко. – 2-е изд. – СПб. [и др.] : Питер, 2004. – 474 с.
2. *Водопьянова Н.Е.* Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – 2-е изд. – М. [и др.] : Питер, 2008. – 336 с.
3. *Евдокимов В.И.* Методические проблемы оценки синдрома профессионального выгорания у врачей-травматологов / В.И. Евдокимов, А.И. Губин // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2009. – № 3. – С. 85–91.
4. *Евдокимов В.И.* Оценка влияния проактивного копинг-поведения на профессиональное выгорание среднего медицинского персонала / В.И. Евдокимов, Г.Н. Ролдугин, Н.В. Хмелинина // Вестн. психотерапии. – 2009. – № 31 (36). – С. 100–111.
5. *Куприянов С.Ю.* Роль семейных факторов в формировании вариантов нервно-психического механизма патогенеза бронхиальной астмы и их коррекция методом семейной терапии : автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.Ю. Куприянов. – Л., 1985. – 17 с.
6. *Орел В.Е.* Синдром психического выгорания личности / В.Е. Орел ; Ин-т психологии РАН. – М., 2005. – 329 с.
7. *Проблемы* исследования синдрома «выгорания» и пути его коррекции у специалистов «помогающих» профессий (в медицинской, психологической и педагогической практике) : сб. науч. ст. / под ред. В.В. Лукьянова, С.А. Подсадного ; Курск. гос. ун-т, С.-Петербург. гос. мед. акад. им. И.И. Мечникова. – Курск : Изд-во Курск. гос. ун-та, 2007. – 169 с.
8. *Российский* статистический ежегодник, 2008 : стат. сб. / Росстат. – [Офиц. изд.]. – М. : Статистика России, 2008. – 847 с.
9. *Харчев А.Г.* Семья / А.Г. Харчев, М.С. Мацковский // Российская социологическая энциклопедия. – М., 1998. – С. 462–463.
10. *Эмоциональное* выгорание у медсестер психиатрической больницы / О.Ю. Смирнова, А.В. Худяков, Т.Г. Мартисен [и др.] // Мед. сестра. – 2007. – № 1. – С. 34–36.

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

12. *Moos R.H.* Family environmental scale; preliminary manual. – Palo Alto : Calif.: Consulting Psychologists Press, 1974. – 168 p.

УДК 159.942 : 78

Т.А. Адмакина

СЮЖЕТНОСТЬ ПЕРЕЖИВАНИЯ КАК КОМПОНЕНТ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ОТЗЫВЧИВОСТИ НА МУЗЫКУ

Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена

Введение

Эмоциональная сфера человека, являясь одним из базовых образований в структуре психики [5, 6], нуждается в разработке не только теоретико-методологического базиса, но и в решении конкретных вопросов об уровнях организации эмоциональной сферы, ее базовых функциях, механизмах протекания эмоциональных реакций, их когнитивных коррелятах, способах оценки и измерения отдельных показателей эмоций и др. Несмотря на существование экспериментально-теоретических построений в рассматриваемой области: классификаций (Б. Спиноза, В. Вундт, К. Изард [11], А.Е. Ольшанникова [16]), концепций происхождения эмоций (Ч. Дарвин [10], Э. Клапаред, У. Джемс, Г. Ланге, У. Кэннон, Л. Фестингер, П.В. Симонов), психологических основ переживания (Ф.Е. Василюк [7]), вышеупомянутые проблемы не полностью находят свое решение. На наш взгляд, эмоциональная отзывчивость на музыку – это конструкт, изучение которого поможет определить некоторые аспекты психологического содержания эмоциональной сферы (в том числе и немзыкальные), вследствие чего появляется возможность раскрыть ряд общепсихологических вопросов на основании специфического материала.

Понятие эмоциональной отзывчивости на музыку (в дальнейшем – ЭОМ) в научную литературу было введено Б.М. Тепловым (1947) и определялось следующим образом: «...переживание музыки как выражения некоторого содержания» [21, с. 53]. Здесь речь идет о способности воспринимать мелодию не как набор звуков, а как объект, наполненный эмоциональным и смысловым значением. Б.М. Теплов указывает, что эмоциональное переживание будет музыкальным в том случае, если имеет место

«переживание выразительного значения музыкальных образов, а не просто эмоциональная реакция во время восприятия музыки» [21, с. 54]. Другими словами, ЭОМ связана со смысловыми компонентами музыкальных образов, а не с эмоциональным состоянием во время прослушивания мелодии.

Важность смыслового компонента в музыкальном переживании уже давно подчеркивалась философами и профессиональными музыкантами. Так, Г. Лейбниц называл музыкальное искусство тайной математикой души [9]. И.Ф. Гербарт определял музыку как последовательность звуков, заключающую в себе определенный музыкальный смысл и отвечающую вкусам, эстетическим пристрастиям [17]. Интересно высказывание С.В. Рахманинова: «...абсолютная музыка может навести на мысль или вызвать у слушателя настроение, но ее первичная функция – доставлять интеллектуальное удовольствие красотой и разнообразием своей формы» [18, с. 64]. Выдающийся пианист К.Н. Игумнов указывает, что «для успешности исполнения кардинальную важность имеет общезначимость содержания. Необходимо, чтобы та музыкальная повесть, которую сообщает людям артист, обнажала важнейшие жизненные проблемы, выражала глубинные человеческие страсти и интересы <...> истинное творчество немислимо без большой идеи» [20, с. 143].

После монографии Б.М. Теплова во многих работах музыкальность стала определяться как способность к осмыслению музыкальной информации. Г.А. Ильина и С.Д. Руднева дефинировали музыкальность следующим образом: «... способность к снятию такой информации об объекте, когда выявляются не только исходные элементы, но и важные внутренние целостные связи между этими элементами, связи, обеспечивающие эмоциональную интеграцию воспринимаемого звучания» [12, с. 66]. Д.К. Кирнарская в качестве основы музыкальности выделяла способность «к схватыванию и осмыслению всех взаимосвязанных закономерностей звукоорганизации в их эстетическом единстве» [14, с. 136]. О музыкальности как мыслительной способности, связанной с развитием интонационного мышления, высказывался И.М. Красильников [19].

Такое понимание музыкальности дает возможность предположить наличие когнитивных коррелятов ЭОМ и поставить задачу их экспериментального изучения. В таком случае возникает вопрос: каким образом переживание выразительного значения музыки проявляется в психическом пространстве?

Можно предположить, что речь идет о визуальных образах, имеющих конкретное воплощение в процессе прослушивания мелодий. В подтверждение этому можно вспомнить А.Н. Скрябина, который, занимаясь с учеником, рисовал целые картины по поводу до-диез минорного этюда Шопена: «Вечер, кто-то одиноко тоскует у себя в комнате. Распахнулось

окно, и повеяло дивной летней ночью (Си мажор – тут другой удар, другая педаль, все по-иному). И снова прежняя тоска (до-диез минор)» [22, с. 122].

Но есть и иной подход в интерпретации ЭОМ – как переживания не когнитивного, а эмоционального аспекта музыки, то есть психологическое содержание ЭОМ может обнаруживать себя в индивидуальных воспоминаниях об эмоционально-насыщенных ситуациях. К.Н. Игумнов был убежден, что смысловое значение музыкального образа нужно черпать из личных переживаний: «“Осенняя песня” Чайковского у меня всегда связывается с отцом <...> Картина облетевшего сада <...> а октябрь – это месяц, когда умерли Чайковский и мой отец...» [20, с. 145]. К.Н. Игумновым также подчеркивается без-образность некоторых музыкальных впечатлений: «...второй концерт Рахманинова, который я всегда очень любил и сейчас люблю, – там, кроме эмоций, никаких образов нет (курсив мой. – Т.А.)». Р. Шуман по поводу фортепианного цикла «Карнавал» пишет: «Заглавия я приписал впоследствии. Разве музыка не всегда ясна сама по себе?» [13, с. 76]. Таким образом, психологическое содержание ЭОМ может проявляться как в сопутствующем музыке появлении визуализированных образов, так и в чисто эстетическом переживании гармонии и красоты.

Очевидно, что уже на уровне ненаучных высказываний музыкантов-профессионалов обнаруживаются разные мнения относительно психологической наполненности эмоциональной отзывчивости на музыку – для одних характерна яркая образность воспринимаемого материала, другими словами, переживание связано с когнитивными компонентами, другим свойственно ощущать чистые эмоции, освобожденные от когнитивной составляющей.

Следует отметить, что в данной работе речь идет не о сенсорных или перцептивных образах, а об образах-представлениях [8], или репрезентантах [5]. Классификация образов может основываться также на принадлежности к той или иной модальности (зрительная, слуховая, кинестетическая и т. д.). В нашем исследовании мы оперируем понятием визуального репрезентанта слухового образа и музыкального переживания.

Материал и методы

Поиск экспериментальных референтов ЭОМ, а также необходимость верифицировать в экспериментальном исследовании результаты интроспективных выводов исполнителей и композиторов либо продукт логико-методологического дискурса искусствоведов привели к реализации следующей исследовательской программы. Испытуемым предлагалось прослушать три музыкальных произведения различного эмоционального качества: 1) пьесу «Шопен» Р. Шумана (из фортепианного цикла «Карнавал»); 2) марш из оперы С.С. Прокофьева «Любовь к трем апельсинам»; 3) пьесу

«Баба-Яга» из «Детского альбома» П.И. Чайковского. После каждого прослушанного произведения участникам эксперимента необходимо было дать ряд ассоциаций и затем нарисовать на бумаге возникший образ.

В экспериментальную выборку вошли:

1-я группа – лица с полным и неполным школьным музыкальным образованием (41 человек);

2-я группа – лица с отсутствием музыкального образования и выраженных музыкальных интересов (49 человек).

Общий объем выборки составляет 90 человек. По возрасту и уровню образования выборки уравниены. Для сравнительного анализа выборок были использованы методы статистической обработки (корреляционный анализ и t-критерий Стьюдента для независимых выборок).

Здесь следует остановиться на проблеме типологии образов-представлений. Визуальные репрезентанты могут иметь конкретно-предметное выражение, обобщенно-предметные, абстрактно-геометрические, сюжетные (изображение различных интеракций между элементами рисунка) и т. д. В нашем исследовании в качестве одной из оцениваемых категорий в обеих методиках выступала сюжетность образа. В рисуночном тесте данный параметр проявлялся в изображении объектов, находящихся в определенных отношениях, связях. Например, образ природы (облака, деревья, море), где не обнаруживалось никакого взаимодействия между элементами, оценивался как бессюжетный. Если же между компонентами рисунка присутствовали любого рода взаимосвязи (ветер гнет ветку дерева, корабль «борется за существование» в условиях бури), то в данном случае мы могли говорить о наличии сюжета.

В ассоциативном тесте обсуждаемая категория оценивалась сходным образом. Перечисление отдельных слов, мало связанных между собой, свидетельствовало об отсутствии цельности представления. Наличие рассказа о возникшем музыкальном образе или состоянии слушателя указывало на сюжетность.

Результаты и их анализ

В отличие от предыдущей [1], в настоящей статье более детально исследовалась сюжетность переживаний и показана важность не только эмоционального, но и когнитивного компонента при восприятии музыкального произведения.

Например, результаты эксперимента выявили, что у лиц 1-й группы по сравнению со 2-й группой чаще встречались «рисуночная сюжетность образа» ($t = 2,66$; $p < 0,01$) и «ассоциативная сюжетность образа» (достоверность приближается к значимой, $t = 1,82$; $p < 0,1$), диагностированные после прослушивания второго музыкального произведения.

Отмечена положительная корреляция параметра «музыкальное образование» с показателем «ассоциативная сюжетность образа» в первом музыкальном произведении ($r = 0,356$; $p < 0,01$) и с показателем «рисуночная сюжетность образа» во втором музыкальном произведении ($r = 0,284$; $p < 0,01$). Параметр «рисуночная сюжетность образа» в пилотном исследовании ($n = 175$) также был достоверно выше представлен у лиц 1-й группы ($t = 2,4$; $p < 0,01$) [2–4].

Мы можем предположить, что сюжетность образа, выражающаяся в трансформации отдельных разрозненных элементов в единый целостный образ, является одним из компонентов эмоциональной отзывчивости на музыку. Наши исследования согласуются с представлениями о том, что музыкальность – это способность формирования внутренних связей, обеспечивающих эмоциональную интеграцию музыкального звучания [12, 14]. Нейропсихологические данные также соотносятся с полученными выводами. В исследованиях Т.Н. Маляренко было показано, что у четырехлетних детей, слушавших один час в день в течение полугода классическую музыку, мозговой альфа-ритм разных участков мозговой коры стал более согласованным и, как пишут исследователи, более «связным, последовательным». Предполагается, что результат говорит о большей «кооперации» между отделами мозга [15].

В подтверждение полученных результатов можно остановиться на высказывании пианиста К.Н. Игумнова о том, что истинно музыкальное исполнение произведений осуществляется благодаря построению определенной смысловой концепции данного музыкального объекта, выискиванию какой-либо идеи или противопоставлению ряда идей, что приводит к формированию целостных представлений о произведении [20].

Заключение

Таким образом, в нашем исследовании предлагается конкретный психологический референт ЭОМ, а именно, сюжетность образа как когнитивный коррелят эмоциональных переживаний. Музыкально-психологический материал в дальнейшем может быть применен к решению общепсихологических задач: проблемы трансформации сукцессивного (развернутого, последовательного во времени) музыкального процесса в симультанный визуальный образ, поиска когнитивных детерминант немusicalных эмоциональных переживаний, выделения единиц музыкального мышления.

Литература

1. *Адмакина Т.А.* Психологические референты эмоциональной отзывчивости на музыку / Т.А. Адмакина // Вестн. психотерапии. – 2009. – № 31 (36). – С. 84–90.
2. *Адмакина Т.А.* Феномен эстетического катарсиса Л.С. Выготского в исследовании эмоциональной отзывчивости на музыку / Т.А. Адмакина // Дружининские чтения: материалы VII всерос. науч.-практ. конф. – Сочи, 2008. – С. 187–189.
3. *Адмакина Т.А.* Возможные компоненты эмоциональной отзывчивости на музыку / Т.А. Адмакина // Ананьевские чтения – 2008 : материалы междунар. науч.-практ. конф. / под ред. Л.А. Цветковой, Н.С. Хрусталёвой. – СПб. : Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2008. – С. 165–167.
4. *Адмакина Т.А.* Экспериментальное исследование дифференциальных эмоций / Т.А. Адмакина // Психология – наука будущего: материалы всерос. межвуз. конф. молодых ученых. – М. : Ин-т психологии РАН, 2008. – С. 13–15.
5. *Беломестнова Н.В.* Структура психики как проявление принципов самосохраняющихся систем / Н.В. Беломестнова // Психология человека: интегративный подход : сб. науч. ст. – СПб. : Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2000. С. 18–32.
6. *Беломестнова Н.В.* Системный подход в психологии / Н.В. Беломестнова // Вестн. Оренбург. гос. ун-та. – 2005. – № 10. – С. 43–54.
7. *Василюк Ф.Е.* Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций / Ф.Е. Василюк. – М. : МГУ, 1984. – 200 с.
8. *Веккер Л.М.* Психические процессы / Л.М. Веккер. – Л. : ЛГУ, 1976. – Т. 2. – 343 с.
9. *Готсдинер А.Л.* Музыкальная психология / А.Л. Готсдинер. – М. : Магистр, 1993. – 190 с.
10. *Дарвин Ч.* О выражении эмоций у человека и животных / Ч. Дарвин. – СПб. [и др.] : Питер, 2001. – 384 с.
11. *Изард К.* Психология эмоций / К. Изард. – СПб. [и др.] : Питер, 2003. – 464 с.
12. *Ильина Г.А.* К вопросу о механизме музыкального переживания / Г.А. Ильина, С.Д. Руднева // Вопр. психологии. – 1971. – № 5. – С. 66–74.
13. *Кац Б.* Дальнее эхо / Б. Кац // Лит. обозрение. – 1989. – № 5. – С. 76–81.
14. *Кирнарская Д.К.* Современные представления о музыкальных способностях / Д.К. Кирнарская // Вопр. психологии. – 1988. – № 2. – С. 129–137.
15. *Кирнарская Д.К.* Психология музыкальных способностей: музыкальные способности / Д.К. Кирнарская. – М. : Таланты-XXI, 2004. 496 с.

16. *Ольшанникова А.Е.* К психологической диагностике эмоциональности / А.Е. Ольшанникова // Проблемы общей, возрастной и педагогической психологии / под ред. В.В. Давыдова. – М. : Педагогика, 1978. – С. 93–105.

17. *Психология музыкальной деятельности: теория и практика* : учеб. пособие / под ред. Г.М. Цыпина. – М. : Академия, 2003. – 368 с.

18. *Рахманинов С.В.* Литературное наследие : в 2 т. / С.В. Рахманинов. – М., 1978. – Т. 1 : Воспоминания, статьи, интервью, письма. – 647 с.

19. *Стахи Т.А.* Музыкальная психология : учеб. пособие / Т.А. Стахи. – Тамбов : Першина, 2004. – 244 с.

20. *Теплов Б.М.* К.Н. Игумнов о творческом пути и исполнительском искусстве пианиста: из бесед с психологами / Б.М. Теплов // Психология и психофизиология индивидуальных различий. – М. ; Воронеж : Ин-т практич. психологии, 1998. – С. 90–113.

21. *Теплов Б.М.* Избранные труды : в 2 т. / Б.М. Теплов. – М. : Педагогика, 1985. – Т. 1. – 328 с.

22. *Федякин С.Р.* Скрябин / С.Р. Федякин. – М. : Молодая гвардия, 2004. – 557 с.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЯ

УДК 616.891-073.97

*И.Н. Бабурин, Т.А. Караваева,
Е.А. Колотильщикова, В.Б. Слезин, Е.В. Шульц*

БИОЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ МОЗГА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ТИПАМИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (ПО ДАННЫМ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА)

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

Введение

С течением времени в результате патоморфоза невротических расстройств наблюдаются видоизменения их клинических проявлений. Наиболее характерным является стирание границ между «классическим» формами и их полиморфизм [1]. Это заставляет нейрофизиологов искать новые методы оценки функционального состояния головного мозга с целью углубления представлений о нейрофизиологических механизмах различных типов невротических расстройств и в конечном итоге – более адекватного выбора терапии. Одним из широко используемых в последние годы в нейрофизиологических исследованиях методов является спектральный анализ ЭЭГ с применением быстрого преобразования Фурье [5]. Этот метод позволяет проводить анализ частотных компонентов ЭЭГ, отражающих деятельность различных систем мозга.

Целью настоящего исследования являлось изучение биоэлектрической активности мозга с использованием спектрального анализа у больных с различными клиническими типами невротических расстройств.

Материал и методы

Исследование проведено в группе больных с невротическими расстройствами, которая включала 79 человек в возрасте от 17 до 63 лет (женщин – 52, мужчин – 27, средний возраст – 33 года), находящихся на стационарном лечении в отделении неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. Больные были распределены на четыре группы – пациенты с неврастеническим, истерическим, фобическим и обсессивным типами невротических расстройств (рис. 1). Однако для всех групп

больных, наряду с ведущей симптоматикой, характеризующей данный тип невротического расстройства, были характерны также другие полиморфные симптомы: неврастенические и фобические проявления при истерическом типе, истерические и фобические при неврастеническом типе и другие.

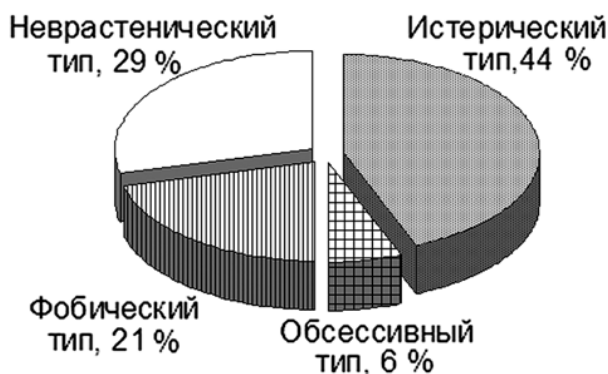


Рис. 1. Структура невротических расстройств

В контрольную группу вошли 24 здоровых лица со средним возрастом 31 год. Группы обследованы клинически и прошли неврологическое и ЭЭГ-исследование. Из исследования были исключены больные с соматической патологией и органическими заболеваниями центральной нервной системы.

ЭЭГ регистрировали на компьютерном электроэнцефалографе «Телепат 104-Д» монополярным методом с использованием стандартной международной схемы наложения электродов «10–20» (активные электроды налагали в точки Fp_1 , Fp_2 , F_3 , F_4 , C_3 , C_4 , P_3 , P_4 , O_1 , O_2 , F_7 , F_8 , T_3 – T_6 ; индифферентные – на мочках левого и правого уха). Частота оцифровки сигналов составляла 250 Гц. ЭЭГ регистрировали в состоянии пассивного бодрствования при закрытых глазах.

Материалом для анализа служили сигналы отведений Fp_1 , Fp_2 , F_3 , F_4 , C_3 , C_4 , P_3 , P_4 , O_1 , O_2 , F_7 , F_8 , T_3 – T_6 . Обработку данных проводили с помощью специально разработанного пакета программ по алгоритму прямого преобразования Фурье, позволяющего определить плотность мощности сигнала для отдельных ритмов следующих частотных диапазонов: дельта-ритма (0,5–3,9 Гц), тета-ритма (4,0–7,9 Гц), альфа-ритма (8–13), бета-1-ритма (13,1–25,0), бета-2-ритма (25,1–35,0). Математической обработке подвергали 15 фрагментов ЭЭГ длительностью 4 с, не содержащие физиологических и физических артефактов.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы Statistica 6.0 for Windows. Применяли непараметрические методы статистики с использованием критериев Уилкоксона–Манна–Уитни.

Результаты

Различия по спектральной мощности и доминирующей частоте основных ритмов ЭЭГ рассматриваются между здоровыми и группами больных в зависимости от типа невротического расстройства.

Сравнительно с группой здоровых, у пациентов с невротическими расстройствами прослеживается тенденция к снижению значений спектральной мощности дельта-ритма фоновой ЭЭГ, которая достигает достоверной значимости у пациентов с истерическим типом во всех отведениях левого полушария, кроме передневисочного, и в переднелобном, центральном и затылочном отведениях правого полушария, а также у пациентов с обсессивным типом в левых теменном, затылочном и височных и правом центральном отведениях (рис. 2а, б).

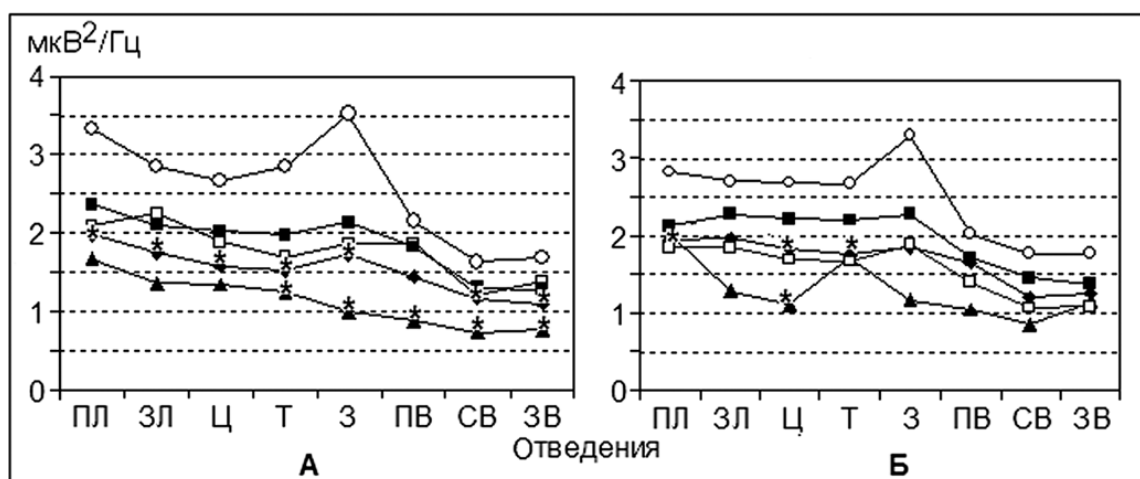


Рис. 2. Спектральная мощность дельта-ритма ЭЭГ левого (А) и правого полушария (Б)

Здесь и на рис. 3–11: Отведения: ПЛ – переднелобные, ЗЛ – заднелобные, Ц – центральные, Т – теменные, З – затылочные, ПВ – передневисочные, СВ – средневисочные, ЗВ – задневисочные.

—○— Здоровые. Тип невротического расстройства:

—◆— истерический; —▲— обсессивный; —□— фобический; —■— неврастенический.

* по сравнению со здоровыми, $p < 0,05$.

Внутри группы невротических расстройств наиболее низкие показатели спектральной мощности дельта-ритма наблюдались у пациентов с обсессивным типом, однако достоверные различия имеются только между пациентами с обсессивным и истерическим типами в левом средневисочном отведении.

При сопоставлении групп по средним значениям доминирующей частоты дельта-ритма фоновой ЭЭГ выявлено, что, по сравнению с группой здоровых, эти значения достоверно выше у больных с неврастениче-

ским, истерическим и фобическим типами во всех отведениях обоих полушарий, кроме передневисочных отведений. У больных с обсессивным типом достоверных различий средних значений частоты дельта-ритма по сравнению со здоровыми не выявляется (рис. 3а, б).

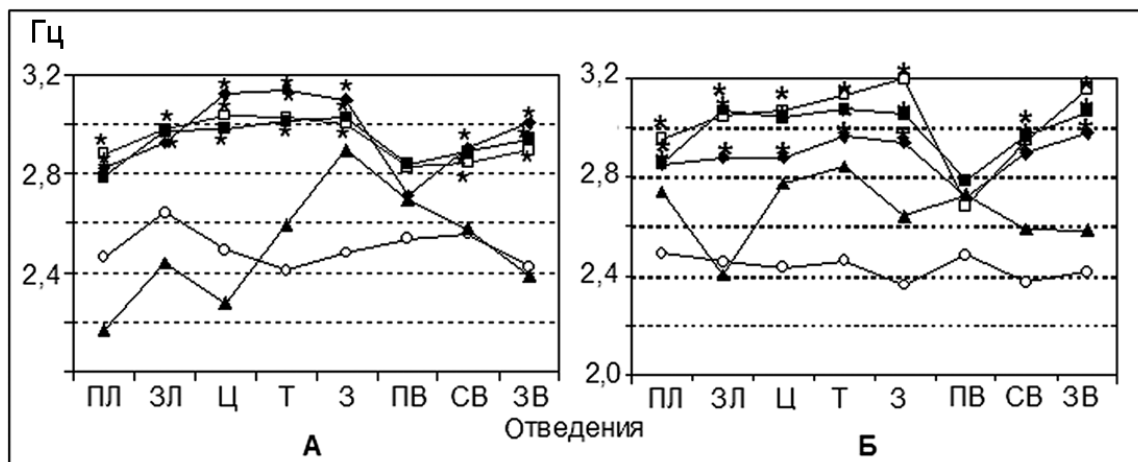


Рис. 3. Доминирующая частота дельта-ритма ЭЭГ левого (А) и правого (Б) полушария

Сравнительно с группой здоровых, только у пациентов с неврастеническим типом наблюдается достоверное повышение спектральной мощности тета-ритма фоновой ЭЭГ в правых центральном, теменном, затылочном и височных и левых теменном, затылочном и средневисочном отведениях (рис. 4а, б). Достоверно более высокие значения спектральной мощности тета-ритма наблюдаются у пациентов с неврастеническим типом по отношению к пациентам с обсессивным типом в правых теменном, затылочном, задневисочном и левом затылочном отведениях, по отношению к пациентам с истерическим типом в правых заднелобном, центральном, теменном, затылочном, средневисочном, задневисочном и левых переднелобном, теменном и затылочном отведениях.

При сопоставлении групп по средним значениям доминирующей частоты тета-ритма фоновой ЭЭГ выявлено, что, по сравнению с группой здоровых, эти значения достоверно выше у больных с фобическим типом в правых лобных, переневисочном и левых лобных, передневисочном и средневисочном отведениях, а также у больных с неврастеническим типом в левых теменном, затылочном, передневисочном, задневисочном и правом центральном отведениях (рис. 5а, б). Достоверно более высокие значения доминирующей частоты тета-ритма наблюдаются у пациентами с фобическим типом по отношению к пациентам с истерическим типом в правых лобных и левом переднелобном отведениях.

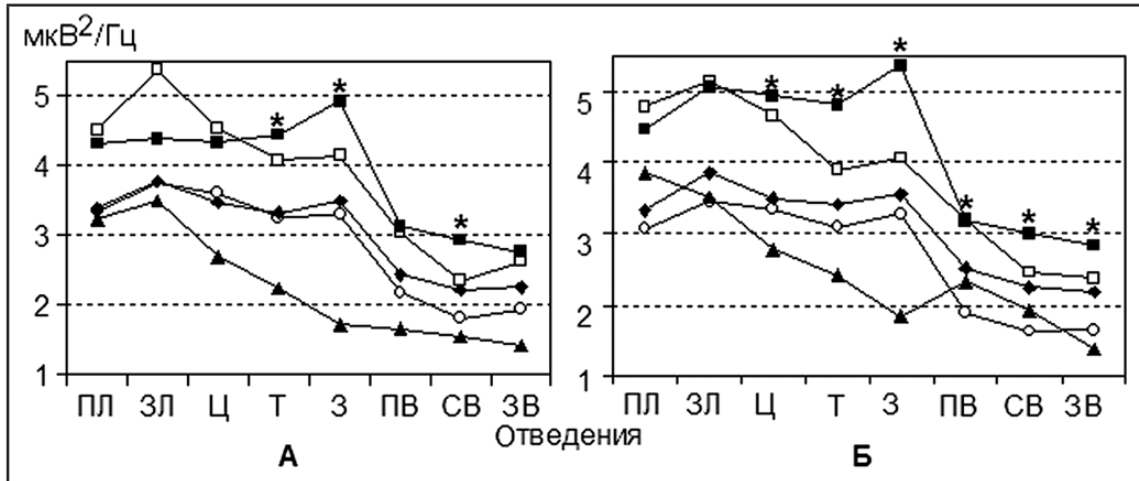


Рис. 4. Спектральная мощность тета-ритма ЭЭГ левого (А) и правого (Б) полушария

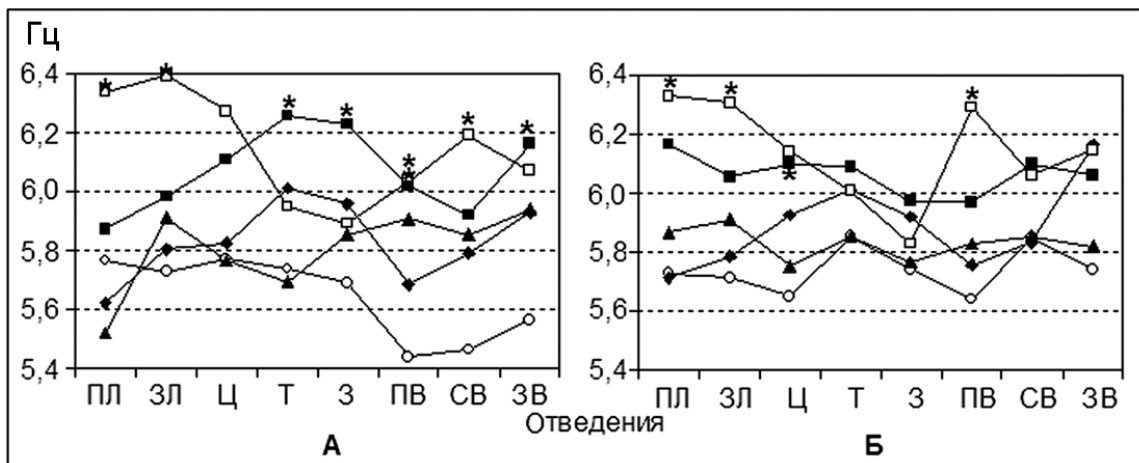


Рис. 5. Доминирующая частота тета-ритма ЭЭГ левого (А) и правого (Б) полушария

Сравнительно с группой здоровых у пациентов с обсессивным типом наблюдается тенденция к снижению, а у пациентов с истерическим типом – достоверное снижение спектральной мощности альфа-ритма в затылочных отведениях (рис. 6а, б).

Достоверно более высокие значения спектральной мощности альфа-ритма наблюдаются у пациентов с неврастеническим типом по отношению к пациентам с обсессивным типом в заднелобных, центральных и теменных отведениях, по отношению к пациентам с истерическим типом в левых лобных отведениях.

При сопоставлении групп по средним значениям доминирующей частоты альфа-ритма выявлено, что, по сравнению с группой здоровых, эти значения достоверно ниже у больных с истерическим типом во всех

отведениях обоих полушарий, кроме заднелобных и затылочных, а также у больных с неврастеническим типом в левых лобных, затылочном и височных отведениях и правых переднелобном, центральном, теменном, затылочном и височных отведениях (рис. 7а, б). Достоверных различий по доминирующей частоте альфа-ритма между группами больных не выявляется.

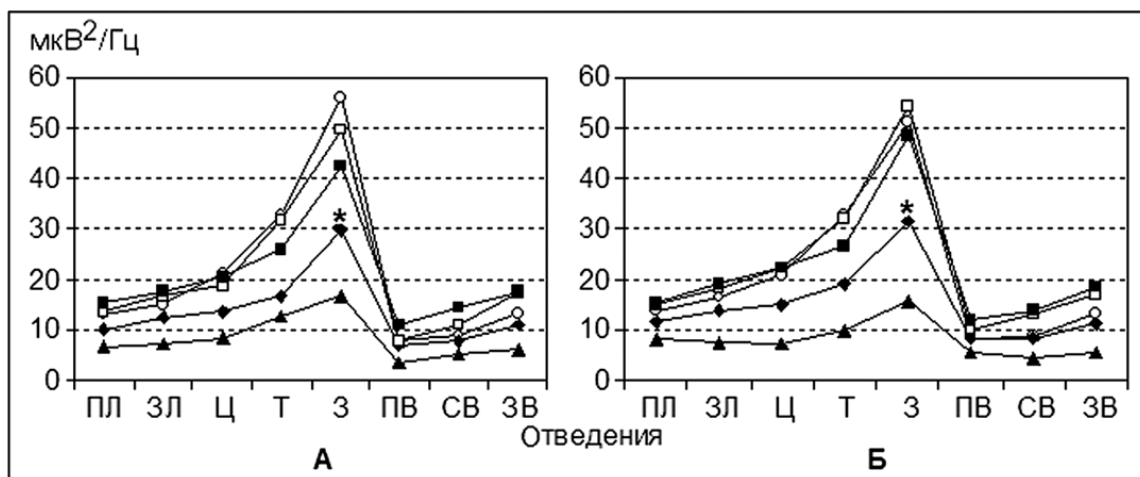


Рис. 6. Спектральная мощность альфа-ритма ЭЭГ левого (А) и правого (Б) полушария

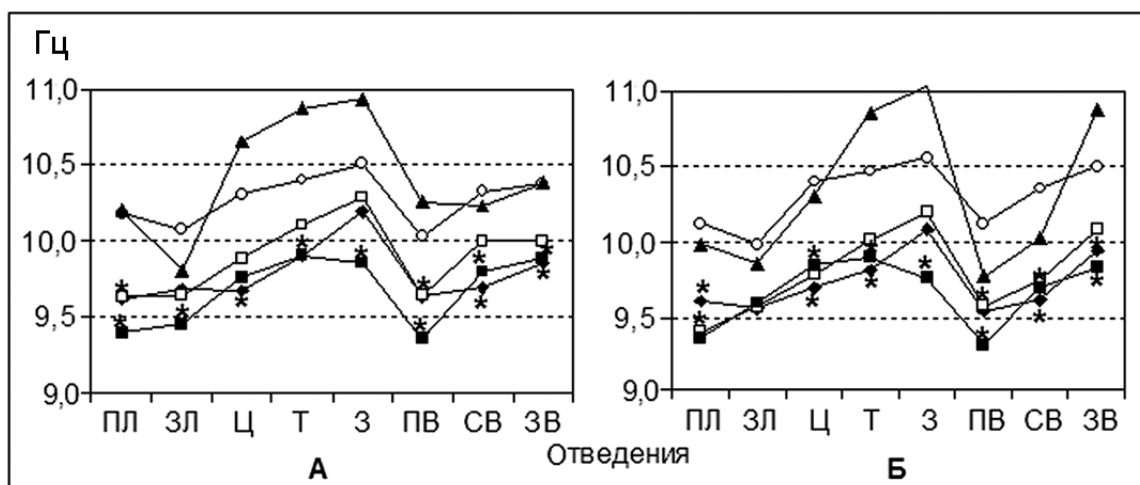


Рис. 7. Доминирующая частота альфа-ритма ЭЭГ левого (А) и правого (Б) полушария

Сравнительно с группой здоровых, у пациентов с невротическими расстройствами наблюдается достоверное повышение спектральной мощности бета-1-ритма: у больных с фобическим типом – во всех отведениях, у больных с истерическим и неврастеническими типами – во всех отведениях, кроме затылочных, а у больных с Obsessive типом – только в правых переднелобном и передневисочном отведениях (рис. 8а, б). При этом у

пациентов с фобическим типом достоверно более высокие значения спектральной мощности бета-1-ритма по сравнению с пациентами с неврастеническим и истерическим типами в лобных, центральных, передневисочных и средневисочных отведениях.

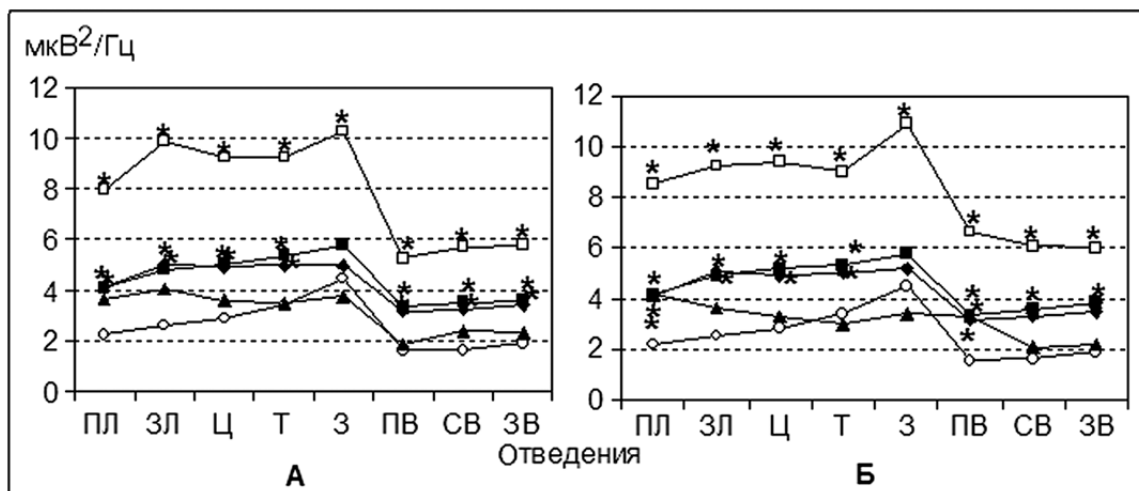


Рис. 8. Спектральная мощность бета-1-ритма ЭЭГ левого (А) и правого (Б) полушария

При сопоставлении групп по средним значениям доминирующей частоты бета-1-ритма выявлено, что, по сравнению с группой здоровых, эти значения достоверно выше у больных с обсессивным типом в лобных, центральных и передневисочных отведениях обоих полушарий (рис. 9а, б).

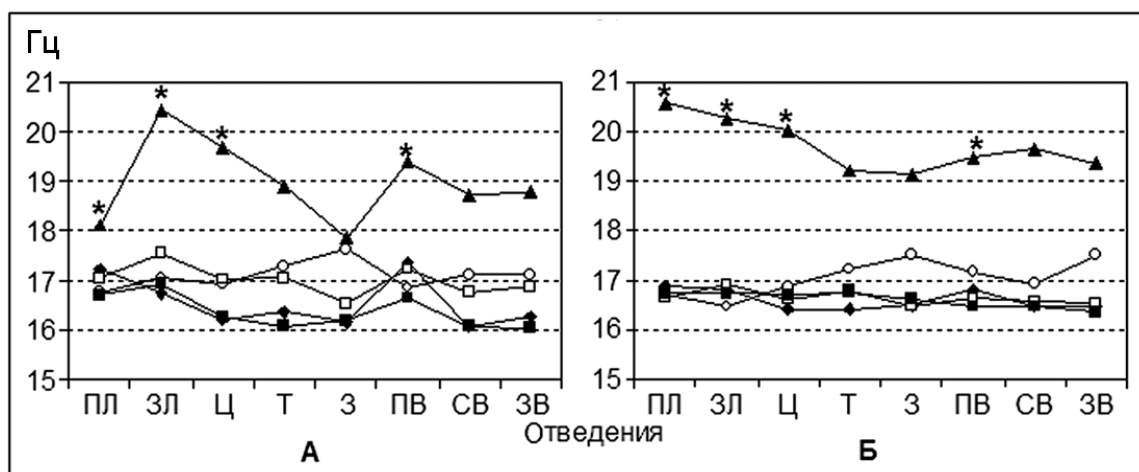


Рис. 9. Доминирующая частота бета-1-ритма ЭЭГ левого (А) и правого (Б) полушария

Достоверно более высокие значения доминирующей частоты бета-1-ритма наблюдаются у пациентов с обсессивным типом по отношению к пациентам с истерическим (в левых заднелобном, центральном, средневисочных отведениях).

сочном и правых лобных, центральном, затылочном и задневисочном отведениях), неврастеническим (в левых центральном, средневисочном, задневисочном и правых лобных, затылочном и передневисочном и задневисочном отведениях) и фобическим (в правых переднелобном, передневисочном и затылочном отведениях) типами.

Сравнительно с группой здоровых, у пациентов с невротическими расстройствами наблюдается достоверное повышение спектральной мощности бета-2-ритма: у больных с фобическим типом – во всех отведениях, у больных с истерическим и неврастеническим типами – во всех отведениях, кроме затылочных и левого теменного, а у больных с обсессивным типом – в лобных и центральных отведениях обоих полушарий, левых теменном и средневисочном, правых височных (рис. 10а, б). При этом у пациентов с фобическим типом достоверно более высокие значения спектральной мощности бета-2-ритма по сравнению с пациентами с неврастеническим и истерическим типами в лобных, центральных, теменных, передневисочных и средневисочных отведениях.

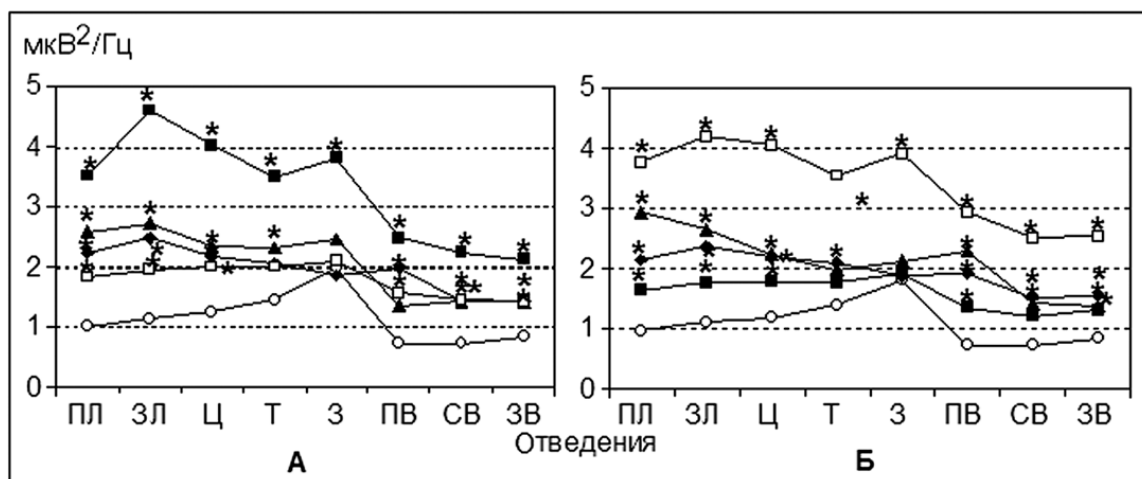


Рис. 10. Спектральная мощность бета-2-ритма ЭЭГ левого (А) и правого (Б) полушария

При сопоставлении групп по средним значениям доминирующей частоты бета-2-ритма выявлено, что, по сравнению с группой здоровых, эти значения достоверно выше у больных с обсессивным типом в правом переднелобном и левых заднелобном, центральном, затылочном и задневисочном отведениях, у больных с неврастеническим типом – в правом центральном и левых теменном и затылочном отведениях, у пациентов с фобическим типом – в левом теменном отведении (рис. 11а, б). Достоверно более высокие значения доминирующей частоты бета-2-ритма наблюдаются у пациентов с обсессивным типом по отношению к пациентам с истерическим (в затылочных отведениях), неврастеническим (в переднелобных, затылоч-

ных отведения обоих полушарий и левых теменном и передневисочном отведениях) и фобическим (в теменных и затылочных отведениях обоих полушарий и левых передневисочном и задневисочном отведениях) типами.

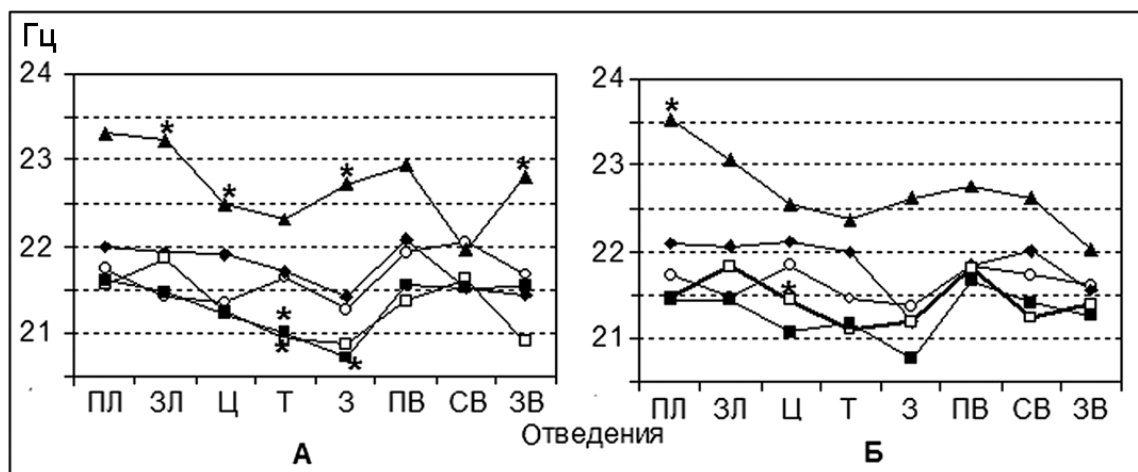


Рис. 11. Доминирующая частота бета-2-ритма ЭЭГ левого (А) и правого (Б) полушария

Обсуждение

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что при всех типах невротических расстройств имеются изменения спектральных характеристик всех частотных диапазонов ЭЭГ (дельта, тета, альфа, бета-1 и бета-2). Так, у пациентов с невротическими расстройствами наблюдаются: снижение спектральной мощности дельта-активности и повышение ее доминирующей частоты, повышение спектральной мощности тета-активности с повышением ее доминирующей частоты, снижение мощности альфа-активности со снижением ее доминирующей частоты, повышение спектральной мощности бета-1- и бета-2-активности с повышением их доминирующих частот. При этом больные с различными типами невротических расстройств имеют особенности организации ЭЭГ, отличающие их не только от здоровых лиц, но и от больных с другими типами.

У больных с неврастеническим типом невротических расстройств, в отличие от здоровых, наблюдается: повышение частоты дельта-активности, повышение мощности и частоты тета-активности, снижение частоты альфа-активности, повышение мощностей бета-1- и бета-2-активностей, повышение частоты бета-2-активности.

Для больных с истерическим типом, в сравнении со здоровыми, характерно: снижение мощности и повышение частоты дельта-активности, снижение мощности и частоты альфа-активности, повышение мощности бета-1- и бета-2-активностей. От больных с неврастеническим типом паци-

ентов с истерией достоверно отличает снижение мощности альфа-активности.

Больные с фобическим типом, в отличие от здоровых, характеризуются повышением доминирующих частот дельта- и тета-активностей и повышением мощностей бета-1- и бета-2-активностей. В отличие от больных с истерическим типом, у них наблюдается повышение доминирующей частоты тета-активности, а в отличие от больных с неврастеническим и истерическим типами – повышение мощностей бета-1- и бета-2-активностей.

Для больных с обсессивным типом, в отличие от здоровых, характерно снижение мощности дельта-активности, повышение мощностей и доминирующих частот бета-1- и бета-2-активностей. Внутри невротических расстройств обсессивный тип достоверно отличается от истерического типа снижением мощности дельта-активности, от неврастенического типа – снижением мощности альфа-ритма, от всех типов – повышением частот бета-1- и бета-2-активностей.

Можно предположить, что выявленные изменения организации ЭЭГ свидетельствуют об усилении роли лимбико-ретикулярного комплекса в формировании корковой активности у больных с невротическими расстройствами [4]. Это предположение подтверждается и другими исследователями [2, 3, 6]. При этом у больных с разными типами невротических расстройств имеется разная степень выраженности выявленных изменений. Это может свидетельствовать о разной заинтересованности при различных типах невротических расстройств тех или иных структур мозга, регулирующих корковую электрическую активность.

Таким образом, результаты проведенного нами исследования позволили выделить наиболее информативные спектральные характеристики ЭЭГ, отличающие больных с различными типами невротических расстройств не только от здоровых лиц, но и между собой. Это позволяет считать, что изучение биоэлектрической активности мозга с применением спектрального анализа является перспективным методом исследования, позволяющим более тонко дифференцировать различные типы невротических расстройств с целью более адекватного подбора терапии.

Выводы

Из полученных результатов можно сделать следующие выводы:

- 1) у больных со всеми типами невротических расстройств имеются особенности организации ЭЭГ, отличающие их от здоровых лиц;
- 2) наблюдаемые у больных с невротическими расстройствами изменения спектральных характеристик ЭЭГ касаются всех частотных диапазонов;

3) имеются различия спектральных характеристик у больных с различными типами невротических расстройств;

4) выявленные у больных с невротическими расстройствами изменения биоэлектрической активности головного мозга свидетельствуют об усилении роли лимбико-ретикулярного комплекса в формировании корковой активности, при этом у больных с разными типами определяется различная заинтересованность тех или иных структур мозга, регулирующих корковую электрическую активность;

5) данные исследования позволяют считать, что изучение биоэлектрической активности мозга с применением спектрального анализа является перспективным методом исследования, позволяющим более тонко дифференцировать различные типы невротических расстройств.

Литература

1. *Карвасарский Б.Д.* Неврозы / Б.Д. Карвасарский. – М. : Медицина, 1990. – 448 с.

2. *Мягер В.К.* Диэнцефальные нарушения и неврозы / В.К. Мягер. – Л., 1976. – 166 с.

3. *О структурной организации биоэлектрической активности головного мозга у детей, больных неврозами* / А.Р. Аллахвердиев, Г.Г. Гасанов, Т.К. Багиров [и др.] // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1985. – Т. 85, № 10. – С. 1441–1446.

4. *Поворинский А.Г.* Клинико-электрофизиологические показатели функционального состояния головного мозга человека / А.Г. Поворинский. – Л., 1971. – 109 с.

5. *Слэзин В.Б.* Новые электрофизиологические методы диагностики в психоневрологии : метод. рекомендации / В.Б. Слэзин, Н.В. Щукина. – СПб., 1993. – 15 с

6. *Характер корково-подкорковых взаимоотношений у больных неврозами (по данным ЭЭГ)* / И.А. Святогор, А.А. Верещагина, Г.В. Буторина [и др.] // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1987. – Т. 87, № 6. – С. 877–880.

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

**ПОЗДРАВЛЯЕМ
С 60-ЛЕТНИМ ЮБИЛЕЕМ**



11 апреля 2010 г. исполняется 60 лет Заслуженному деятелю науки РФ, доктору медицинских наук профессору, полковнику медицинской службы запаса Евгению Александровичу Никитину.

После окончания в 1974 г. Военно-медицинской академии им С.М. Кирова Е.А. Никитин в течение 5 лет служил во Владивостоке в должности начальника медицинской службы большой дизельной подводной лодки, на которой совершил 4 длительных автономных похода, в 1979–1981 гг. – старшим помощником флагманского врача 4-й флотилии атомных подводных лодок в Приморском крае. В этот период он непосредственно участвовал в ликвидации двух радиационно опасных аварий на атомных подводных лодках. Является ветераном подразделений особого риска России.

В 1981–1990 гг. Евгений Александрович проводил научные исследования в отделе профессиональных заболеваний управления военно-морской медицины и обитаемости Центрального научно-исследовательского института военного кораблестроения. Результатом его деятельности явились несколько десятков выполненных научных работ, два авторских свидетельства на изобретения. Во время натурных исследований он участвовал в походах атомного ракетного крейсера «Киров», ракетного подводного крейсера стратегического назначения, учебных кораблей, госпитальных и гидрографических судов.

В 1990–1998 гг. Е.А. Никитин возглавлял отделение функциональной диагностики 1-го Военно-морского клинического госпиталя. С 1998 по 2009 г. после увольнения из Вооруженных сил, продолжает трудиться там

заведующим кабинетом нейрофункциональных исследований, с декабря 2009 г. является заведующим диагностическим кабинетом 104-й консультативно-диагностической поликлиники Ленинградского военного округа.

За годы врачебной практики врач высшей категории Е.А. Никитин оказал квалифицированную медицинскую помощь тысячам военных моряков и членам их семей. Он является известным специалистом в области организации медицинской помощи на море и нейрофункциональной диагностики. Опубликовал свыше 120 научных работ, в том числе монографии «Госпитальные суда» (1992), «Суда медицинского назначения» (1996), «Холодные глубины», (1998, 2002, 2009).

Профессор Е.А. Никитин активно занимается общественной работой, он – действительный член Русского географического общества, Санкт-Петербургского Морского собрания, активный участник клуба моряков-подводников, общественной некоммерческой организации «Церковь и флот».

Дорогой Евгений Александрович, редакционная коллегия журнала «Вестник психотерапии» и коллектив Международного института резервных возможностей человека поздравляют Вас с юбилеем, желают дальнейших творческих успехов и исполнения Ваших желаний. Дай Бог Вам отменного здоровья и долгих лет счастливой жизни!

РЕФЕРАТЫ

Григорьев Г.И., Мильчакова В.А. Метод эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии – предшественник духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зорока на православной основе // Вестник психотерапии. – 2010. – № 33 (38). – С. 9–34.

Представлено детальное описание метода эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии патологических зависимостей (ЭЭСПТ), разработанного в Международном институте резервных возможностей человека Заслуженным врачом Российской Федерации доктором медицинских наук профессором Г.И. Григорьевым. Метод ЭЭСПТ стал последним звеном на пути становления метода духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей в форме целебного зорока.

Ключевые слова: эмоционально-эстетическая стрессовая психотерапия, духовно ориентированная психотерапия, православная психотерапия, стрессопсихотерапия, метод А.Р. Довженко, патологические зависимости, алкоголизм, наркомания, Международный институт резервных возможностей человека.

Строганов А.Е. «Психотерапевтический монтаж» – новый метод трансдраматической психотерапии // Вестник психотерапии. – 2010. – № 33 (38). – С. 35–40.

На базе театральной системы В.Э. Мейерхольда и духовной системы Г.И. Гурджиева посредством трансдраматических трансформаций создан метод психотерапевтического монтажа (ПМ) – последовательной, поэтапной коррекции личности, находящейся в проблемной ситуации. ПМ формирует и использует творческий потенциал личности с целью выхода из кризиса, направлен на коррекцию вторичных и третичных личностных расстройств, социальную реабилитацию и психологическую адаптацию пациента и способствует формированию у него резистентности к психотравмирующим ситуациям. Описаны этапы метода. Метод может использоваться в реабилитационной психиатрии, лечении невротических расстройств и патологических зависимостей.

Ключевые слова: трансдраматическая психотерапия, психотерапевтический монтаж, психологическая коррекция, реабилитационная психиатрия.

Колов С.А. Теоретические и эмпирические основания личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии у ветеранов боевых действий // Вестник психотерапии. – 2010. – № 33 (38). – С. 40–54.

Рассматриваются возникновение и развитие психических расстройств у ветеранов боевых действий на основе модели межличностных теорий психиатрии. Приведены данные, показывающие возникновение психической травмы у комбатантов в раннем детстве, которая актуализируется боевым, а в последующем социальным стрессом. Межперсональная теория не только разрешает ряд противоречий в теории возникновения психопатологии у ветеранов боевых действий, но и служит удобной моделью для создания эффективных психотерапевтических техник для эффективной реабилитации этого контингента больных, таких как личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия.

Ключевые слова: межличностная теория психиатрии, личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия, комбатанты.

Федоров Я.О. Размышления о «психозэкономике» // Вестник психотерапии. – 2010. – № 33 (38). – С. 55–64.

Представлена попытка исследовать характер экономических отношений субъектов психотерапевтической деятельности. Автор делится собственным взглядом на возможности улучшения психотерапевтической работы за счет экономического фактора в системе врач – клиент – государство. В частности вносится предложение разрешительного характера частной психотерапевтической практики с облегченной системой контроля и налогообложения.

Ключевые слова: организация здравоохранения, фармакоэкономика, психотерапия, экономика.

Ткаченко Г.А. Психологическая помощь онкологическим больным с использованием арт-терапии // Вестник психотерапии. – 2010. – № 33 (38). – С. 65–69.

Представлены методические аспекты использования метода арт-терапии при оказании психологической помощи онкологическим пациентам. Использование арт-терапии у 112 больных показало значительное уменьшение у них уровня депрессии и тревоги, активизации внутренних резервов организма, что способствовало преодолению кризисной ситуации, связанной с болезнью, стимулировало принятие новой жизненной ситуации.

Ключевые слова: психотерапия, психологическая помощь, арт-терапия, онкология.

Белогорцев Д.О., Васильева А.В., Карвасарский Б.Д., Колотильщикова Е.А., Чехлатый Е.И. Сравнительный анализ стресс-преодолевающего поведения (копинга) у больных острым и хроническим невротическим расстройств // Вестник психотерапии. – 2010. – № 33 (38). – С. 70–82.

Приведены результаты изучения особенностей совладающего со стрессом поведения 60 больными с острыми и хроническими невротическими расстройствами. В ходе сравнительного анализа было установлено, что копинг-стратегии больных с острыми невротическими расстройствами неадаптивны и неэффективны применительно к ситуации болезни. При этом самые неконструктивные копинг-механизмы встречаются у больных с астеническим типом острых невротических расстройств, их совладающее поведение сопряжено с повышенным уровнем агрессии и игнорирования болезни, а также у пациентов с ведущим депрессивным синдромом. Они демонстрируют покорность и бездеятельность. Структура адаптивного копинг-поведения больных с хроническими невротическими расстройствами приближается к копинг-поведению здоровых лиц, однако у здоровых людей копинг-поведение более сбалансировано и целостно, неконструктивные механизмы в этой группе встречается значительно реже. Авторы пришли к выводу, что критерии конструктивности – неконструктивности копинг-механизмов относительны, утверждать какое поведение является более эффективным можно только в случае многомерного рассмотрения конкретной проблемы и актуального состояния ресурсной системы личности.

Ключевые слова: острые невротические расстройства, хронические невротические расстройства, копинг-поведение, копинг-стратегии, копинг-механизмы.

Будко Д.Ю. Психологические проблемы адаптации и пути их коррекции в процессе обучения в военно-медицинском вузе // Вестник психотерапии. – 2010. – № 33 (38). – С. 83–89.

Исследованы динамика и особенности психологической адаптации курсантов военно-медицинского вуза. Показано, что процесс адаптации осуществляется на протяжении всего периода обучения в военно-медицинском вузе и в зависимости от условий, характера и требований учебно-профессиональной деятельности носит неравномерный и противоречивый характер. Определены основные этапы адаптации, связанные с динамикой мотивационных установок, снижением уровня направленности

личности к военно-профессиональной деятельности. Разработаны, с учетом этапов психологической адаптации, рекомендации по организации и проведению психологического сопровождения учебного процесса.

Ключевые слова: психологическая адаптация, военно-медицинский вуз, курсанты, этапы адаптации, психологическое сопровождение, учебный процесс.

Колотильщикова Е.А., Лысенко И.С., Чехлатый Е.И. Современные представления о конфликтах // Вестник психотерапии. – 2010. – № 33 (38). – С. 90–103.

Представлены основные подходы и методы изучения конфликта. Указываются общие тенденции в понимании его природы, обобщения представлений о конфликтах из разных областей знаний: психологии, социологии, философии и др. Описаны основные задачи психологической диагностики в клинике и конкретные методики, разработанные в психодинамическом и когнитивно-поведенческом направлениях, позволяющие определить уровень, структуру и содержание личностных конфликтов.

Ключевые слова: личностные конфликты, теории конфликта, методы изучения и диагностики конфликта.

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

Исследования 74 медицинских сестер лечебно-профилактического учреждения в возрасте ($44,9 \pm 1,2$) лет и стажем работы – ($24,9 \pm 1,3$) лет выявили, что обобщенный профиль «Шкалы семейного окружения» напоминает профиль «идеальной семьи», который может служить показателем психологического здоровья семьи и хороших семейных отношений. Оказалось, что высокие экспертные оценки адаптации и показатели семейных отношений препятствовали формированию у медсестер профессионального выгорания (ПВ). Например, данные тестов выявили у них невысокий уровень ПВ. Установлено также, что формированию ПВ могут способствовать высокая конфликтность семьи, препятствовать – сплоченность и экспрессивность семьи, ориентация членов семьи на достижение поставленных задач, культурную деятельность, активный отдых и здоровьесберегающее поведение, морально-нравственные аспекты семейных отношений и структурирование семейной активности.

Ключевые слова: медицинские сестры, профессиональная эффективность, профессиональное выгорание, семейные отношения.

Адмакина Т.А. Сюжетность переживания как компонент эмоциональной отзывчивости на музыку // Вестник психотерапии. – 2010. – № 33 (38). – С. 112–118.

Рассматривается феномен эмоциональной отзывчивости на музыку (ЭОМ). В качестве одного из атрибутов ЭОМ выступает сюжетность эмоционального переживания как когнитивный компонент музыкального восприятия. Данное свойство проявляется в синтетическом структурировании музыкального материала, взаимодействии отдельных разрозненных элементов – сюжете, что формирует целостный музыкальный образ.

Ключевые слова: эмоции, музыкальные произведения, эмоциональная отзывчивость на музыку.

Бабурин И.Н., Караваяева Т.А., Колотильщикова Е.А., Слезин В.Б., Шульц Е.В. Биоэлектрическая активность мозга у больных с различными клиническими типами невротических расстройств (по данным спектрального анализа) // Вестник психотерапии. – 2010. – № 33 (38). – С. 119–129.

С использованием спектрального анализа ЭЭГ, который проводился по алгоритму прямого преобразования Фурье, обследовали 79 пациентов с невротическими расстройствами и 24 здоровых лица (контрольная группа) в возрасте от 17 до 63 лет. У больных с разными типами невротических расстройств (неврастеническим, истерическим, фобическим и обсессивным) имеются изменения спектральных характеристик ЭЭГ, отличающих их как от здоровых лиц, так и между собой. При этом изменения касаются всех частотных диапазонов ЭЭГ. Установлено, что изменения биоэлектрической активности мозга свидетельствуют об усилении роли лимбико-ретикулярного комплекса в формировании корковой активности. Причем при разных типах невротических расстройств выявляется различная заинтересованность структур мозга, регулирующих корковую активность.

Ключевые слова: невротическое расстройство, тип невротического расстройства, спектральный анализ ЭЭГ.

Grigoriev G.I., Milchakova V.A. Method of emotional-esthetic stress psychotherapy as a precursor of spirit-oriented psychotherapy in form of healing vow on the orthodox base // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2010, No. 33(38), P. 9–34.

Presented is a detailed description of the method of emotional-esthetic stress psychotherapy of pathological dependencies (EESPT) developed in the International Institute of Human Reserve Capabilities by G.I. Grigoriev, doctor

of medical science, professor, the Honored Doctor of Russian Federation. The EESPT method has become the last link on the way of establishment of spirit-oriented psychotherapy of pathological dependencies in form of healing vow.

Keywords: emotional-esthetic stress psychotherapy, spirit-oriented psychotherapy, orthodox psychotherapy, stress psychotherapy, pathological dependencies, A.R. Dovzhenko method, alcohol abuse, narcomany, International Institute of Human Reserve Capabilities.

Stroganov A.E. “Psychotherapeutic montage” – the new transdramatic psychotherapy method // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2010, No. 33(38), P. 35–40.

The original method of transdramatic psychotherapy, psychotherapeutic montage (PM) is developed on the basis of Meyerhold’s theatrical system and Gurdzhiev’s mental system, by means of transdramatic transformations. The PM method is a sequential step-wise correction in personality turned out to be in a problem situation. The PM is forming and using a personality creative potential in order to find a way out of the crisis, and is aimed at correction of secondary and tertiary personality disorders, social rehabilitation and psychological adaptation of a patient; it facilitates formation of resistance to psychologic traumatic situations. Stages of the method are described. This new method can be used in rehabilitation psychiatry, in treatment of neuroses, alcoholic and drug addiction.

Keywords: transdramatic psychotherapy, “psychotherapeutic montage”, psychological correction, rehabilitation psychiatry.

Kolov S.A. Theoretical and empirical basis of personality-oriented (re-constructive) psychotherapy for combat veterans // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2010, No. 33(38), P. 40–54.

The article deals with the origin and development of mental disorders in combat veterans on the basis of interpersonal theories in psychiatry. One can find the data which show how a psychic trauma originating in infancy is actualized via a combat stress and subsequently via a social stress. Interpersonal theory both helps resolve contradictions in psychopathology occurrence theory and serves as a convenient scheme to elaborate such efficient psychotherapeutic methods for effective rehabilitation of combatants, as personality-oriented (re-constructive) psychotherapy.

Keywords: interpersonal theory in psychiatry, personality-oriented (re-constructive) psychotherapy, combatants.

Fyodorov Ya.O. Reflection on “psychoeconomics” // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2010, No. 33 (38), P. 55–64.

The article is devoted to attempt of investigation of economic relations in psychotherapy. Author offers his own way for improvement of psychotherapeutic work using economic factor in a system “psychotherapist - client - State”. Author offers licensing of private psychotherapeutic practice with its reduced control and taxation.

Key words: pharmacoeconomics, psychotherapy, economics.

Tkachenko G.A. Psychological assistance to cancer patients using the art therapy // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2010, No. 33(38), P. 65–69.

Methodical aspects of using the method of art therapy in providing psychological assistance to cancer patients are presented. The art therapy in 112 patients showed a significant decrease in their levels of depression and anxiety, increased internal reserves of the organism, which helped to overcome the disease-related crisis, and has stimulated the adoption of a new life situation.

Keywords: psychotherapy, psychological assistance, art therapy, oncology.

Belogortsev D.O., Vasilyeva A.V., Karvassarsky B.D., Kolotilshikova E.A., Lysenko I.S., Chekhlaty E.I. The comparative analysis of stress-overcoming (coping) behavior in patients with acute and lingering forms of neurotic disorders // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2010, No. 33(38), P. 70–82.

The article considers the results of the study of the peculiarities of stress-coping behavior in patients with acute and lingering neurotic disorders. 60 inpatients with neurotic disorders, who were treated in the neurotic and psychotherapy department of the V.M. Bekhterev Institute, were included in the study. The comparative analysis proved that coping strategies in the acute neurotic patients are maladaptive and not effective considering the situation of the disease. In this sample patients with asthenia type of acute neurotic disorders have the most nonconstructive coping mechanisms, their coping behavior is connected with the increased level of aggression and disease ignorance, as well as the patients with depression as a main syndrome. They show submission and passivity. The structure of the adaptive coping behavior in lingering neurotic disorders has less differences with normal sample. However, the coping behavior in normal sample is more balanced and integrated, with less input of the non-constructive mechanisms. The authors come to the conclusion that constructive and non-

constructive criteria of the coping mechanisms are really relative; it is possible to make a statement which behavior pattern is more effective only under multi-dimensional consideration of the specific problem and actual state of the resource personality system.

Keywords: acute and lingering neurotic disorders, coping mechanisms, coping behavior, coping strategy.

Budko D.Yu. Psychological problems of adaptation and the way of their correction during education in a military medical college // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2010, No. 33(38), P. 83–89.

Trends and characteristics of psychological adaptation were studied in students of military medical college. It was shown that adaptation is going on through the whole teaching process in a military medical college, and depending on conditions, activity mode and requirements of educational and professional activities is irregular and contradictory in nature. The main adaptation phases were identified, in connection with motivation attitude trends and decrease of personality orientation to military professional activity. Recommendations on arrangement and psychological maintenance of teaching process were developed taking into account phases of psychological adaptation.

Keywords: psychological adaptation, military medical college, students, adaptation phases, psychological maintenance, teaching process.

Kolotilshikova E.A., Lysenko I.S., Chekhlaty E.I. Current concepts about conflicts // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2010, No. 33(38), P. 90–103.

The purpose of article is to consider basic approaches and methods of conflict’s studying. General trends in understanding of its nature are specified. We indicated attempts to generalize representations of conflicts from different disciplines: psychology, sociology, philosophy, etc.; and described techniques developed in psychodynamic and cognitive-behavioral directions to determine the level, structure and content of personal conflicts in clinical setting.

Keywords: personality conflicts, theories of conflict, methods of conflict’s studying and diagnostic.

Evdokimov V.I., Roldugin G.N., Khmelinina N.B. Effects of family relations on professional burning-out in nurses // “Vestnik psikhoterapii” (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2010, No. 33(38), P. 104–112.

Study of 74 nurses from the medioprofilactic institution which were aged (44.9 ± 1.2) and had an experience of (24.9 ± 1.3) years revealed that

summarized profile of the Family Surroundings' Scale resembles a profile of an "ideal family" indicating psychological health of family and good domestic relations. As it turned out, the highest expert scores of adaptation and parameters of domestic relations prevented professional burning-out (PBO) formation in nurses. For example, the test data revealed a small PBO level in them. It was also established that PBO formation may be facilitated by high family proneness to conflict and may be prevented by cohesion and expressivity, focusing of family members on objectives set, cultural activity, active recreation and health-saving behavior, moral and ethical aspects of domestic relations and family activity structuring.

Keywords: nurses, professional efficiency, professional burning-out, family relationship.

Admakina T.A. Story experience as a component of emotional responsiveness to music // "Vestnik psikhoterapii" (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2010, No. 33(38), P. 112–118.

The phenomenon of emotional responsiveness to music (ERM) is considered. Story emotional experience as a cognitive component of music perception serves as one of ERM characteristics. This characteristic becomes apparent in synthetic structuring of music material, interaction of individual separate elements – the story forming an integrated musical image.

Keywords: emotions, music, emotional responsiveness to music.

Baburin I.N., Karavaeva T.A., Kolotilshikova E.A., Slezin V.B., Schultz E.V. Brain bioelectric activity in patients with various clinical types of neurotic disorders (according to a spectral analysis) // "Vestnik psikhoterapii" (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2010, No. 33(38), P. 119–129.

A clinical group of 79 patients with neurotic disorders and control group of 24 healthy subjects aged 17–63 years were studied by electroencephalography and spectral analysis of EEG which was carried out by algorithm of direct Fourier transform. It is revealed that there are changes in EEG spectral characteristics in patients with different types of neurotic disorders (neurasthenic, hysterical, phobic and obsessive disorders) that discriminate clinical and control groups and differ within clinical group as well. Changes in brain bioelectric activity are detected as evidence for increase of limbic and reticular complex importance in cortical activity formation. Different degree of involvement of brain structures regulating cortical activity is identified in different types of neurotic disorders.

Keywords: neurotic disorder, type of neurotic disorder, EEG spectral analysis.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Адмакина Татьяна Анатольевна – Санкт-Петербургский гуманитарный университет профсоюзов, старший преподаватель кафедры социальной психологии, аспирантка кафедры психологии человека Российского государственного педагогического университета им. А.И.Герцена, 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48, e-mail: admakina85@mail.ru.

Бабурин Игорь Николаевич – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им В.М. Бехтерева, старший научный сотрудник отделения неврозов и психотерапии, кандидат медицинских наук, 192019 Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, корпус 2, р.т. (812) 412-90-75, e-mail: Ygor_baburin@mail.ru.

Белогорцев Дмитрий Олегович – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им В.М. Бехтерева, аспирант отделения неврозов и психотерапии, 192019 Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, корпус 2, e-mail: belogortsevd@mail.ru.

Будко Джина Юрьевна – ФГОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова» МО РФ, преподаватель кафедры военной психофизиологии, 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, e-mail: ginabudko@mail.ru.

Васильева Анна Владимировна – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им В.М. Бехтерева, старший научный сотрудник отделения неврозов и психотерапии, кандидат медицинских наук; 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, корпус 2, e-mail: annavdoc@yahoo.com.

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

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

Караваева Татьяна Артуровна – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им В.М. Бехтерева, старший научный сотрудник отделения неврозов и психотерапии, канди-

дат медицинских наук; 192019 Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, корп. 2, e-mail: tania-kar@yandex.ru.

Карвасарский Борис Дмитриевич – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, руководитель отделения неврозов и психотерапии, заслуженный деятель науки Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, корп. 2, р.т. (812) 412-73-08.

Колотильщикова Екатерина Андреевна – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, научный сотрудник отделения неврозов и психотерапии, кандидат психологических наук, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, корп. 2, e-mail: Кеа63@gambler.ru.

Колов Сергей Александрович – ГУЗ «Волгоградский областной клинический госпиталь ветеранов войн», психотерапевтическое отделение, врач-психотерапевт, кандидат медицинских наук; 400138, г. Волгоград, ул. Р. Землячки, д. 82. р. т. (442) 58-20-70, e-mail: kolov@zmail.ru.

Лысенко Ирина Сергеевна – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, аспирант, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, корп. 2, e-mail: neoLira@mail.ru.

Мильчакова Валентина Александровна – Международный институт резервных возможностей человека, медицинский психолог; доцент кафедры медицинской психологии ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования», кандидат психологических наук; 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11, р. т. (812) 513-67-97, e-mail: vestnik-pst@yandex.ru.

Ролдугин Геннадий Николаевич – ФГУЗ МСЧ-33 ФМБА России, начальник, доктор медицинских наук, 396072, Воронежская обл., г. Нововоронеж, ул. Космонавтов, д. 18, р.т. (47362) 2-45-35.

Слезин Валерий Борисович – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, главный научный сотрудник лаборатории нейропсихофизиологии, доктор биологических наук, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, корп. 2, р.т. (812) 412-73-32, e-mail: vb-slezin@yandex.ru.

Строганов Александр Евгеньевич – Алтайский государственный медицинский университет, доцент кафедры психиатрии и наркологии, доктор медицинских наук, 656049, г. Барнаул, ул. Ленина, д.61, e-mail: jazz200261@mail.ru.

Ткаченко Галина Андреевна – Научно-исследовательский институт клинической онкологии, медицинский психолог, кандидат психологи-

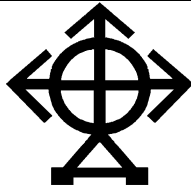
ческих наук, 115477, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24, e-mail: mitg71@mail.ru.

Хмелинина Наталья Валентиновна – ФГУЗ МСЧ №33 ФМБА России, заместитель начальника по управлению сестринским персоналом, 396072, Воронежская обл., г. Нововоронеж, ул. Космонавтов, д. 18, р.т. (47364) 2-44-42.

Чехлатый Евгений Иванович – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, ведущий научный сотрудник отделения неврозов и психотерапии, доктор медицинских наук, профессор, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, корп. 2, e-mail: chekhlaty@mail.ru.

Шульц Елизавета Владимировна – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, врач функциональной диагностики отделения клинико-диагностических исследований, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, корп. 2, р.т. (812) 412-73-32, e-mail: elshulc@yandex.ru.

Федоров Ян Олегович – Восточно-Европейский институт психоанализа, заведующий кафедрой пропедевтики психических болезней, кандидат медицинских наук, 197198, Санкт-Петербург, П.С. Большой пр., д. 18, р.т. (812) 235-11-39, e-mail: orthodox@mail.ru.



ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ»

Редакционная коллегия

194352 Россия, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11,

Тел/факс (812) 513-67-97, 592-35-79

e-mail: vestnik-pst@yandex.ru

Уважаемые коллеги!

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 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)**. На территории РФ и СНГ подписка проводится через почтовые отделения. Журнал выпускается 4 раза в год.

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

Желающие опубликовать свои научные материалы (статьи, обзоры, краткие информационные сообщения) **должны** представить их в редакцию журнала в 2-х экземплярах в отпечатанном виде с приложением 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 и ведущими специалистами данных областей медицины и психологии. При положительной рецензии поступившие материалы будут опубликованы. Представленные материалы должны быть актуальными, соответствовать профилю журнала, отличаться новизной и научно-практической или теоретической значимостью. Фактический материал должен отражать новейшие данные, быть тщательно проверен и подтвержден статистическими данными или ссылками на источники, которые приводятся в конце ста-

ты. При несоответствии статьи указанным требованиям тексты рукописей не возвращаются.

Плата с аспирантов не взимается.

Телефон/факс (812) – 513-67-97, 592-35-79, – заместитель главного редактора журнала – кандидат психологических наук Мильчакова Валентина Александровна

сайт ФГУЗ ВЦЭРМ МЧС России: www.arcerm.spb.ru; сайт МИРВЧ: www.mirvch.com

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

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

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

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 года.

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

Учредители:

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

Главный редактор – Рыбников Виктор Юрьевич.

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

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

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

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

тираж 1000 экз. цена – свободная

Подписано в печать 22.03.10.

Формат 60×84¹/₁₆. Печать – офсетная.

Тираж 1000 экз. Объем 9,13 п.л.

Бумага офсетная. Заказ № 853.

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

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