

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

---

**ВЕСТНИК  
ПСИХОТЕРАПИИ**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

*Главный редактор В.Ю. Рыбников*

**№ 37 (42)**

Санкт-Петербург  
2011

### **Редакционная коллегия**

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

### **Редакционный совет**

С.С. АЛЕКСАНИН (Санкт-Петербург); А.А. АЛЕКСАНДРОВ (Санкт-Петербург); Г.В. АХМЕТЖАНОВА (Тольятти); Р.М. ГРАНОВСКАЯ (Санкт-Петербург); Г.И. ГРИГОРЬЕВ (Санкт-Петербург); О.Ф. ЕРЬШЕВ (Санкт-Петербург); Б.Д. КАРВАСАРСКИЙ (Санкт-Петербург); В.И. КУРПАТОВ (Санкт-Петербург); И.Б. ЛЕБЕДЕВ (Москва); С.В. ЛИТВИНЦЕВ (Санкт-Петербург); Н.Г. НЕЗНАНОВ (Санкт-Петербург); Г.С. НИКИФОРОВ (Санкт-Петербург); М.М. РЕШЕТНИКОВ (Санкт-Петербург); В.К. ШАМРЕЙ (Санкт-Петербург)

Адрес редакции:

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

**ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ**

*Научно-практический журнал*

- © Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, 2011
- © Международный институт резервных возможностей человека, 2011

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

---

**BULLETIN OF  
PSYCHOTHERAPY**

**RESEARCH & CLINICAL PRACTICE JOURNAL**

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

**N 37 (42)**

St. Petersburg  
2011

## **Editorial Board**

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

## **Editorial Council**

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

## **For correspondence:**

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

**BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY**

Research & clinical practice journal

© (A.M. Nikiforova All-Russian Centre of Emergency  
and Radiation Medicine of the EMERCOM of Russia), 2011  
© (International Institute of Human Potential Abilities), 2011

## СОДЕРЖАНИЕ

### ПСИХОТЕРАПИЯ

<i>Александров А.А.</i> Сочетание каузального и феноменологического подходов: путь к краткосрочной патогенетической психотерапии .....	9
<i>Миткевич В.А., Соловьев А.Г.</i> Групповая образно-игровая сказкотерапия .....	19
<i>Цыганков В.А., Григорьев Г.И., Мизерене Р.</i> Концептуальные основы духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей .....	30

### ПСИХИАТРИЯ И ПАТОПСИХОЛОГИЯ

<i>Семенова Н.В., Киселев А.С.</i> Комплексная оценка субъективной удовлетворенности пациентов качеством психиатрической помощи .....	42
<i>Хлусов И.И.</i> Медико-психологическая оценка факторов риска суицидального поведения у лиц разных возрастных групп .....	50
<i>Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В., Соловьев А.Г.</i> Влияние личностных и психосоциальных характеристик на развитие пограничных психических расстройств у комбатантов министерства внутренних дел .....	56

### ПСИХОЛОГИЯ ЛИЧНОСТИ, ПАТОПСИХОЛОГИЯ

<i>Билый А.М.</i> Оценка преимущественного типа личности по системе ЭСКАЛ и темперамент .....	69
<i>Завалко А.Ф.</i> Характеристика уровня тревожности в послеабортном периоде у женщин с избыточной массой тела .....	80

### ЭСТРЕМАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

<i>Загаров Е.С.</i> Психофизиологические аспекты воздействия на оператора гипотетически опасных физических факторов .....	84
<i>Кобозев И.Ю.</i> Оценка профессионального стресса и его влияния на копинг поведение руководителей .....	92

## ДЕВИАНТОЛОГИЯ

*Рыбников В.Ю., Парфенов Ю.А.*

Теоретические обоснования и психологические механизмы (модель) социализации подростков с делинквентным поведением ..... 101

*Ляпустина О.В.*

Личностные особенности подростков, склонных к аддиктивному поведению ..... 114

*Ларионова С.О.*

Специфика поведения детей младшего школьного возраста с нарушениями развития: нравственный аспект ..... 120

## ПСИХОЛОГИЯ В ОБРАЗОВАНИИ

*Труль А.Р.*

Информирование курсантов военно-физкультурного вуза о содержании различных религиозных учений ..... 128

Новости. Информация ..... 135

Юбилейные даты ..... 137

Рефераты ..... 140

Сведения об авторах ..... 150

Информация о журнале ..... 153

## CONTENTS

### PSYCHOTHERAPY

<i>Aleksandrov A.A.</i> Causal and phenomenological approaches combined: a way to short-term pathogenetic psychotherapy .....	9
<i>Mitkevitch V.A., Soloviev A.G.</i> Group image-game fairy-tale ther .....	19
<i>Tsygankov V.A., Grigoriev G.I., Mizerene R.</i> Conceptual basis for spirit-oriented psychotherapy of pathological addictions .....	30

### PSYCHIATRY AND PATHOPSYCHOLOGY

<i>Semenova N.V., Kisselev A.S.</i> The complex evaluation of patients' subjective satisfaction with the quality of psychiatric care .....	42
<i>Khlousov I.I.</i> Medico-psychological assessment of risk factors for suicidal behavior in different age groups .....	50
<i>Ichitovkina E.G., Zlokazova M.V., Soloviev A.G.</i> Effects of personal and psychosocial characteristics on a progress of borderline mental disorders in combatants of the Ministry of Internal Affairs .....	56

### PERSONALITY PSYCHOLOGY, PATHOPSYCHOLOGY

<i>Bilyi A.M.</i> Temperament and an assessment of prevalent personality type using the Expert system for complex personality analysis .....	69
<i>Zavalko A.F.</i> Characteristics of an anxiety level during post-abortion period in overweight women .....	80

### EXTREME PSYCHOLOGY

<i>Zagarov E.S.</i> Psychophysiological aspects of hypothetically dangerous physical effects on an operator .....	84
<i>Kobozev I.Yu.</i> An assessment of vocational stress and its effects on the coping behavior in managers .....	92

## DEVIANTOLOGY

*Rybnikov V.Yu., Parfenov Yu.A.*

Theoretical justification and psychological mechanisms (a model) of socialization in teenagers with delinquent behavior ..... 101

*Lyapoustina O.V.*

Personality patterns in adolescents inclined to addictive behavior ..... 114

*Larionova S.O.*

Behavior patterns in junior school-age children with development disorders: the moral aspect ..... 120

## PSYCHOLOGY IN EDUCATION

*Troul A.P.*

Informing students of a military-sportive school on the content of various religious teachings ..... 128

News. Information ..... 135

Jubilees ..... 137

Abstracts ..... 140

Information about authors ..... 150

Information about the Journal ..... 153



# ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 615.851

*А.А. Александров*

## **СОЧЕТАНИЕ КАУЗАЛЬНОГО И ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДОВ: ПУТЬ К КРАТКОСРОЧНОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

Разрабатываемая нами модель краткосрочной патогенетической психотерапии возникла в процессе создания интегративной модели личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, которая предполагала интеграцию методов разных психотерапевтических подходов, отвечающих ее целям и задачам. В рамках этой программы, осуществлявшейся с начала 1990-х гг., нами рассматривались среди прочего возможности интеграции методов феноменологического («опытного») направления психотерапии (в первую очередь гештальт-терапии), что нашло свое отражение в ряде публикаций [1–4, 11].

И патогенетическая психотерапия, и различные виды феноменологической терапии нацелены на формирование более гармоничной личности, которую, в зависимости от исходных теоретических позиций, обозначают как «адекватную систему отношений», «интегрированную личность», «полноценно функционирующую личность» и т. п. Однако, независимо от теоретических расхождений, фокусной точкой этих подходов является расширение самосознания, именно это обстоятельство и сближает их в практическом приложении.

Феноменологическая психотерапия способствует осознанности, самоприятию и выражению подавленных чувств, особенно тех, которые блокируют личностный рост. Так же как и в психодинамическом подходе, терапия стремится к осознанию, но не бессознательных конфликтов детства, а актуальных чувств и восприятий.

Главной мишенью патогенетической психотерапии являются нарушенные особо значимые отношения и прежде всего неадекватная самооценка; в клиент-центрированной психотерапии – неконгруэнтность «Я» (несоответствие между опытом и Я-концепцией); в гештальт-терапии – де-

зинтегрированная личность. Соответственно целями являются: коррекция нарушенных отношений (например, неадекватной самооценки) путем осознания и проработки внутреннего конфликта (патогенетическая психотерапия); реорганизация Я-концепции путем ослабления механизмов защиты и ассимиляции ранее подавляемых и не осознаваемых переживаний (клиент-центрированная психотерапия); расширение осознания на все сферы личностного функционирования (гештальт-терапия) (см. таблицу).

### *Параметры осознания*

Показатель	Патогенетическая психотерапия	Эмпирический подход
Материал для осознания	Внутриличностный конфликт; нарушенные особо значимые отношения, неадекватная самооценка	Поведение, ощущения, чувства, переживания в данный момент; осознание механизмов сопротивления
Цель осознания	Коррекция нарушенных отношений, неадекватной самооценки	Реорганизация Я-концепции; интеграция личности
Фокус	Исторический: «там и тогда»	Феноменологический: «здесь и сейчас»
Методы и приемы	Беседа-дискуссия. Конфронтация. Сократовский диалог. Когнитивный диспут. Убеждение, разубеждение	Вербализация. Отражение эмоций. Эксперименты или игры. Драматизация и разыгрывание чувств. Работа с фантазией и сновидениями

При этом нельзя забывать, что эмпирический, так же как и когнитивно-поведенческий подходы возникли в качестве альтернативы психодинамическому направлению и все три имеют совершенно разные базовые теоретические ориентации. Это, прежде всего, отражается на концепции психических расстройств и методах их терапии. Патогенетическая психотерапия представляет собой медицинскую, нозологическую модель психотерапии, эмпирическое же направление базируется на экзистенциально-гуманистической философии и психологии.

Оценивая клиент-центрированную психотерапию, разговорную психотерапию и гештальт-терапию, Б.Д. Карвасарский делает следующее обобщение: «Практически все эти концепции в большей или меньшей степени игнорируют клиническое своеобразие болезни, не учитывают нозологическую ее специфичность и, более того, не проводят существенных различий между больным и здоровым человеком» [5].

Как указывает Пер Саугстад [9], все формы психических нарушений, по мнению Роджерса, происходят из-за того, что какие-то определенные мысли оказываются несовместимыми с самооценкой личности. С его точки зрения, все виды психологических проблем и все формы психических отклонений могут быть объяснены так же. Поэтому в сферу подобных отклонений включаются и легкие формы социальной дезадаптации, например выраженная застенчивость в отношениях с другими, и психозы. Психотерапевты, придерживающиеся теории Роджерса, скорее «способствуют росту», а не «лечат больных» (как в психоанализе) или «модифицируют поведение» (как в бихевиоральной терапии) [10]. Очевидно, именно поэтому подход Роджерса успешно применялся при консультировании в таких областях, как образование, расовые отношения, семейные отношения, политика и менеджмент. Поэтому из всего арсенала методов, предлагаемых этими подходами, необходимо отбирать только те, которые соответствуют целям патогенетической психотерапии – осознанию *невротического* конфликта.

Учитывая ограниченность метода Роджерса и близкого к нему метода разговорной психотерапии применительно к лечению неврозов, мы, тем не менее, можем ассимилировать некоторые их технические приемы для реализации целей патогенетической психотерапии. Прежде всего речь идет о терапевтическом отношении и «вербализации».

Представители разговорной психотерапии придерживаются точки зрения, согласно которой основная цель психотерапевта заключается в вербализации, отражении чувств и переживаний пациента, которые не должны выходить за рамки их осознания. И. Хельм [12] следующим образом описывает этот прием. Вербализация – точное словесное описание психотерапевтом эмпатического понимания эмоционального содержания переживания пациента. Применяя вербализацию, психотерапевт должен отличать экстернальное (внешнее) содержание от интернального (внутреннего) содержания высказываний пациента. Из последнего психотерапевт выделяет проблемные, самим пациентом не вполне осознаваемые мотивационные аспекты содержания, обращая внимание пациента на «больные пункты» – противоречивые отношения, амбивалентные переживания, защитные механизмы и т. п. По мере того как пациент борется со своей запутанной и искаженной символизацией переживания, психотерапевт, поскольку он полностью вошел в субъективный мир пациента, может эмпатийно высказываться, что значительно помогает инсайту. Поскольку различные интерпретации и построение гипотез недопустимы, мы можем рассматривать

вербализацию как один из приемов конфронтации. Таким образом, ассимиляция этого метода в патогенетическую психотерапию не противоречит ее преимущественно конфронтационному стилю.

В отличие от Роджерса, Перлз не только создавал условия для роста, проявляя аутентичность и конгруэнтность в отношениях, но и разработал ряд эффективных психотехник, направленных на осознание внутренней конфликтности («незавершенных дел») и преодоление сопротивления (на вербальном и телесном уровнях). Это первое основание нашего обращения к методу гештальт-терапии. Второе основание – неинтерпретативный, фрустрационно-конфронтационный стиль работы психотерапевта.

Перлз считал, что его вклад в психологию личности лежит преимущественно в области практики психотерапии, а не создания теории. Разногласия Перлза с Фрейдом касались главным образом психоаналитического метода, а не его теоретических толкований. Перлз считал, что метод интерпретации свободных ассоциаций позволяет избежать непосредственного опыта и, следовательно, является нерациональным и зачастую неэффективным методом самоэксплорации. Центральную роль в психотерапии Перлз отводит осознанию. Известно его афористичное высказывание: «Осознание как таковое уже само по себе целительно».

Если Роджерс видел причину всех невротических состояний в «неконгруэнтности опыта и «Я», то Перлз – в «сужении эмоций» и в «уходе от осознания». Придерживаясь принципов феноменологической психологии, Перлз отказывался в объяснении ухода от осознания от концепции вытеснения Фрейда. Он писал: «В действительности ничто не вытесняется. Все релевантные гештальты проявляют себя, они – на поверхности, они очевидны, подобно нагоде короля» [13].

Придание осознанию ведущей роли в психотерапии невротиков с одновременным отрицанием фрейдистской версии бессознательного и феномена вытеснения, а также ее конфронтационный, неинтерпретативный характер сближает позиции Перлза с позициями патогенетической психотерапии. В.Н. Мясичев [6] писал, что в процессе патогенетической психотерапии необходимо найти и распутать те патогенные узлы или связи («больные пункты», по И.П. Павлову), которые являются причиной нарушения саморегуляции. Если коснуться этих «больных пунктов» и раскрыть причины, то это может повести к временному ухудшению состояния пациента, однако по мере распутывания патогенетического узла симптомы исчезают.

Гештальт-терапевты не исследуют прошлое в поисках воспоминаний о травмах, а лишь просят пациента сосредоточиться на осознании своих текущих переживаний. Перлз полагал, что «осколки» и фрагменты прошлых неразрешенных конфликтов в конце концов дадут о себе знать в виде составной части этих текущих переживаний. Когда эти неоконченные ситуации появляются, пациент заново их переживает, с тем чтобы их завершить и включить в настоящее. Таким образом, хотя гештальт-терапия и не является конфликтцентрированным подходом, тем не менее внутренний конфликт разрешается, поскольку закрываются и разрушаются производные от него гештальты («незавершенные ситуации»). Нечто подобное происходит и в символдраме, с той разницей, что там разрешение конфликта происходит в сфере бессознательного: гештальты закрываются на символическом уровне.

### ***Техника краткосрочной патогенетической психотерапии***

Эта техника сочетает в себе два подхода – психогенетический (каузальный) и феноменологический. Благодаря такому сочетанию, преодолеваются недостатки того и другого подхода. Патогенетическому анализу недостает непосредственности переживания, спонтанного выражения и вербализации чувств в ситуации «сейчас». Переживания пациента, опутанные сетью защит, самооправданий, замешенные на чувстве вины, зажатые в тисках сопротивления, вращаются по кругу, не находя выхода. Требуется много времени и затрат на логическое распутывание этого «клубка противоречий», на преодоление сопротивления. Известно, что далеко не каждый пациент с легкостью отказывается от своих установок, эгоистические интересы подчас оказываются сильнее логики. Явный перевес логико-рационального компонента в работе с пациентом над эмоционально-катартическим можно расценивать как относительный недостаток патогенетической психотерапии.

С другой стороны, и феноменологический подход не безупречен. Перлза часто упрекают в том, что он уделял непомерное внимание переживанию в ущерб рациональности. Сиюминутные «проблески осознания» на высоте переживания «здесь и сейчас», не подкрепленные серьезной работой ума, глубокими размышлениями и критическим анализом своих отношений, подчас так и остаются «проблесками», не освещая ум светом разума.

Неразрывная связь рационального, эмоционального и поведенческого, иначе – триединство разума, чувств и воли, закреплена В.Н. Мясище-

вым в понятии отношения. Реконструкция нарушенного отношения учитывает все три его плоскости. В практическом же преломлении в патогенетической психотерапии когнитивное осознание превалирует над эмоциональным. Решение этой проблемы мы видим в ассимиляции некоторых методов и техник гештальт-терапии в систему патогенетической психотерапии.

Какие техники в наибольшей степени соответствуют целям патогенетической психотерапии? Поскольку невроз, согласно концепции Перлза, является признаком задержки роста, то в качестве лекарства предлагаются «упражнения», предназначенные для «расширения осознания» [8]. Эти «упражнения», или «игры», не предназначены для осознания тех конкретных конфликтных отношений, которые выявляются терапевтом (в тесном содружестве с пациентом) в процессе патогенетической терапии. Это своеобразный тренинг наподобие тренинга ассертивного поведения, с той разницей, что здесь обучают не самоуверенности, а способности «жить в настоящем» – «здесь и сейчас». Задача психотерапевта – привлечь внимание пациента к его поведению, чувствам, переживаниям, не давая им интерпретации. При этом важно не столько содержание неосознанного материала, сколько осознание того, *как* пациент сопротивляется осознанию незавершенных дел.

В процессе «расширения осознания» пациент постепенно освобождает свои подавленные эмоции, завершает «незаконченные дела», становится более осознанным, спонтанным и аутентичным. Такая тактика полностью отвечает базовым теоретическим концептам феноменологического подхода. Техника осознания в действительности является техникой концентрации, иногда называемой фокальным осознанием. С помощью этой техники клиенты учатся переживать каждое «теперь» и осознавать каждую свою потребность, а также то, как их чувства и поведение, имеющие отношение к одной области, связаны с чувствами и поведением, имеющими отношение к другим областям.

Наша задача не обучать вниманию, а «распутывать клубок противоречий». С этой целью мы применяем «монодраму», прибегая к помощи «пустого стула». Но если у Перлза пустой стул – это «приспособление для заполнения созданными в воображении клиента персонажами и предметами», то мы заполняем этот стул персонажами из реальной жизни пациента, персонажами, вовлеченными в его конфликт. И для нас «диалоги» – это не разыгрывание отвлеченных от конкретной проблематики пациента поляриностей типа «собака сверху – собака снизу», а разыгрывание реальных конфликтных отношений, вскрываемых в ходе психогенетического анализа.

Таким образом, не «здесь и сейчас», как в гештальт-терапии, а перенос из «там и тогда» в ситуацию «здесь и сейчас».

Итак, какие же техники могут быть ассимилированы патогенетической психотерапией? Гештальт – творческий метод, который поощряет к созданию новых игр или модификации классических. В настоящее время многие терапевты используют гештальт-эксперименты применительно к целям той системы, которая является для них базовой. Главное – соблюдение принципов гештальт-терапии, а именно акцент на переживании «здесь и сейчас». Терапевтическая ситуация подсказывает, какой прием необходимо применить. Разработанные Перлзом и последователями техники улучшения осознания («упражнения») чаще всего используются в группах личностного роста («гештальт-группах»), где они систематически применяются (в виде тренинга) и дают, по литературным данным, хороший, но медленный эффект. Эти техники не пригодны для целей их ассимиляции в метод патогенетической психотерапии, имеющей иные цели и задачи.

Мы заимствуем те техники и приемы, которые разработаны гештальт-терапевтами в целях ускорения процесса. Это монодрама, работа с фантазией, воображением, проигрывание сновидений – методы, включающие различные драматические техники. Кроме того широко используется техника пустого стула. Это метод ролевого диалога между пациентом и другими людьми или частями личности пациента. В процессе диалога пробуждаются подавленные эмоции и конфликты, возникают и разрешаются тупики, могут произойти осознание и интеграция полярностей или расколов внутри пациента, между пациентом и другими людьми, между желаниями пациента и социальными нормами [7].

С технической точки зрения, реализация принципа сочетания «тогда» и «сейчас» осуществляется с помощью приема, который мы назвали «флешбэк». Flash с англ. – вспышка; озарение; Flashback буквально – «яркое воспоминание из прошлого». Это прием, применяемый в кинематографе – кинокадры, прерывающие повествование, чтобы в сжатом виде повторить ранее показанные события (например, детские дни героя и т. п.). Под этим приемом понимается неожиданное повторное травмирующее переживание, сопровождаемое сильными чувствами.

Мы прерываем рассказ пациента, точнее «беседу-дискуссию», и предлагаем пациенту перенести из прошлого неотреагированные комплексы и конфликты в настоящее, с тем чтобы «здесь и сейчас», в процессе непосредственного переживания, с помощью терапевта разрешить их. Все, что мы берем от Перлза – не упражнения для расширения осознания «здесь

и теперь», а технический прием, который позволяет пациенту заново пережить не разрешенные в прошлом проблемы и полученные травмы. Это все та же работа по завершению незаконченных ситуаций, но в патогенетической терапии тех ситуаций, которые выявляются в процессе психогенетического анализа невроза.

Основными параметрами краткосрочной патогенетической психотерапии являются:

- 1) конфликтцентрированность;
- 2) аналитико-катарсическая модель – сочетание каузального подхода с феноменологическим;
- 3) преобладание фрустрационно-конфронтационного стиля;
- 4) индивидуальность;
- 5) краткосрочность.

### *Заключение*

Лично-ориентированная (реконструктивная) психотерапия преследует две основные цели: осознание интрапсихического конфликта и «проработку конфликта», то есть осознание того, как нарушенные отношения, лежащие в основе внутреннего конфликта, влияют на межличностные отношения. Проработка конфликта и закрепление на этой основе вновь приобретенных адаптивных стереотипов поведения приводит к реконструкции нарушенной системы отношений. Первая задача – «программа минимум» – в основном решается в процессе индивидуальной психотерапии. Однако, поскольку осознание пациентом патогенных конфликтов (невротических конфликтов) имплицитно связано с коррекцией отношений, то и вторая задача – коррекция нарушенных отношений («программа максимум») – частично решается в процессе индивидуальной психотерапии. В полном же объеме решение этой задачи берет на себя групповая психотерапия, при которой проработка конфликта осуществляется в ситуации реального взаимодействия. Теоретически эти моменты достаточно хорошо проработаны в работах В.Н. Мясищева, Б.Д. Карвасарского, Г.Л. Исуриной, В.А. Ташлыкова. В практическом же плане метод недостаточно разработан, особенно это касается «программы максимум»; до реализации идеи превращения патогенетической психотерапии в подлинную «психотерапию отношений» еще очень далеко.

Индивидуальная патогенетическая психотерапия (по крайней мере, в классическом ее варианте, который применялся в 1960–1970-е гг.) проводилась в условиях стационара на протяжении 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>–3 мес. (32–48 сеансов).



Интегрировав групповую динамику, индивидуальная патогенетическая психотерапия преобразилась в личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию. Включение групповых методов лечения, нацеленных преимущественно на межличностную проблематику с коррекцией нарушенных отношений, требует значительно более длительных сроков лечения. Например, Ирвин Ялом даже для «краткосрочной групповой терапии» как наиболее интенсивной устанавливает срок в 60–70 сессий, а в клинике рационально-эмотивной психотерапии А. Эллиса в Нью-Йорке в структуре всего курса лечения групповая психотерапия занимает 6 мес.

С целью придания методу патогенетической терапии более динамичного характера и сокращения сроков лечения для решения ее основных задач наши усилия были направлены на привлечение методов и технических приемов из других направлений психотерапии. Для осознания психологических механизмов болезни были выбраны методы феноменологической психотерапии, главным образом гештальт-терапии. В результате ассимиляции принципов и некоторых техник гештальт-терапии метод приобретает более гармоничный характер за счет выравнивая баланса между логико-рациональным и эмоционально-катарсическим компонентами психогенетического анализа, рациональное осознание дополняется осознанием эмоциональным, что приводит к заметному сокращению сроков индивидуальной терапии. Это дает нам основание рассматривать разрабатываемую модель (к ней может быть применено название «*аналитико-катарсической*») в качестве «краткосрочной модели патогенетической психотерапии». Она не ставит перед собой задачи кардинальной перестройки системы отношений, ограничиваясь осознанием и проработкой конфликта в процессе индивидуальной терапии.

### *Литература*

1. Александров А.А. Интеграция принципов и методов гештальт-терапии в систему личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии / А.А. Александров // Интегративные аспекты современной психотерапии. – СПб., 1992. – С. 39–46. – (Тр. С.-Петербур. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева ; т. 131).

2. Александров А.А. Интегративная психотерапия / А.А. Александров. – СПб., 2009. – 347 с.

3. Александров А.А. Современная модель патогенетической психотерапии / Александров А.А. // Вестник СПбМАПО. 2010 – № 2, Т. 2. – С. 70–79.

4. *Александров А.А.* К вопросу о методах патогенетической психотерапии / А.А. Александров // Вестн. психотерапии. 2009. – № 32 (37). – С. 9–23.
5. *Карвасарский Б.Д.* Психотерапия / Б.Д. Карвасарский. – М. : Медицина, 1985. – 303 с.
6. *Мясищев В.Н.* Личность и неврозы / В.Н. Мясищев. – Л., 1960. – 384 с.
7. *Паттерсон С.* Теории психотерапии : [пер. с англ.] / С. Паттерсон, Э. Уоткинс. – СПб. [и др.] : Питер, 2003. – 543 с. – (Золотой фонд психотерапии).
8. *Перлз Ф.* Опыты психологии самопознания (практикум по гештальттерапии) : [пер. с англ.] / Ф. Перлз, Р. Хефферлин, П. Гудмэн. – М. : Гиль-Эстель, 1993. – 239 с. – (Классики зарубеж. психологии).
9. *Саугстад П.* История психологии : от истоков до наших дней : имена, идеи, биографии, направления, школы : [пер. с норвеж.] / П. Саугстад. – Самара : Бахрах-М, 2008. – 544 с.
10. *Хьелл Л.* Теории личности : основные положения, исследования и применение : учеб. пособие : [пер. с англ.] / Л. Хьелл, Д. Зиглер. – [3-е изд.]. – СПб. [и др.] : Питер, 2008. – 606 с. – (Мастера психологии).
11. *Alexandrov A.A.* Combining Psychodynamic and Phenomenological Approaches in Psychotherapy: Ways to Improve Effectiveness / A.A. Alexandrov // Int. J. Ment. Health. – 1997. – Vol. 26, N. 2. – P. 21–29.
12. *Helm J.* Gesprachpsychotherapie / J. Helm. – Berlin : VEB Dtsch. Verl. Wissenschaften, 1978. – S. 21 – 242 p.
13. *Perls F.* Gestalt therapy verbatim. – Lafayette, CA : Real People Press, 1969. – 128 p.

## ГРУППОВАЯ ОБРАЗНО-ИГРОВАЯ СКАЗКОТЕРАПИЯ

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

### *Введение*

Сохраняющийся социально-экономический кризис в стране, проявляющийся в нарастании социальной напряженности и социально-правовой незащищенности населения, вызывает дальнейший рост числа больных с психическими расстройствами, особенно в детско-подростковой популяции [10]. Психиатрия и психотерапия заинтересованы возможностями интеграции со смежными областями знаний. Несмотря на значительное число работ, посвященных проблемам детской психотерапии, в настоящее время недостаточно изучены интегративные и междисциплинарные подходы в этой области, одним из которых является сказкотерапия.

Сказкотерапия – направление практической психологии и психотерапии, использующее метафорические ресурсы сказки, что позволяет людям развить самосознание и построить особые уровни взаимодействия друг с другом, создает условия для становления их субъектности. Сказкотерапия синтезирует многие достижения психологии, педагогики, психотерапии и философии разных культур; в терапевтическом процессе используются сказки, которые конструируются в соответствии с актуальной ситуацией и в различных вариантах: анализ, рассказывание, сочинение, переписывание, куклотерапия, имидж-терапия, рисование, психодинамические медитации, постановка сказок в песочнице и многое другое. Сказкотерапия – это еще и терапия средой, особой сказочной обстановкой, в которой могут проявиться потенциальные части личности, нечто нереализованное, может материализоваться мечта, а главное, в ней появляется чувство защищенности [5].

Д.Ю. Соколов [18] называет сказку испытательной площадкой для трудных эмоций и базовым руководством для превращения пугающих и запретных эмоций в приятные. Какими бы выдуманскими ни были персонажи и их действия, вызываемые ими эмоции совершенно реальны. При этом чаще всего говорят об отыгрывании эмоций, то есть о том, что в сказке человек, в первую очередь ребенок, проживает такие эмоциональные состояния, которых ему не хватает во внешней жизни. По мере расширения сферы общения перед ребенком встает необходимость сдерживать си-

туативные эмоции, управлять выражением своих чувств. Научиться этому позволяют сказка и игра [15]. Воспроизводя кризисные жизненные ситуации, сказка учит ребенка продуктивно переживать страх и обращаться со страхом, направляя, проецируя его на конкретные сказочные образы. Это позволяет поддерживать необходимую дистанцию по отношению к негативным эмоциям и сохранять психическую целостность [12].

Образы сказки не только проецируются на реальную жизненную ситуацию слушателя и воспроизводят в метафорической форме моральные нормы и принципы взаимоотношений между людьми, но и включают глубинные механизмы бессознательного за счет не привычных для разума архетипических элементов [14]. В сказках в символической форме представлены сценарии, жизненные стратегии людей, регламентированы правила поведения, и, судя по живучести этих произведений народного эпоса, они представляют не только исторический интерес, но и продолжают служить моделями нашего поведения [16]. Мифы, сказки и предания имеют общую базовую структуру. Они позволяют выражать и осмыслять тот опыт, глубинный смысл которого невозможно постичь рационально-логически. Они могут звучать, как эхо, в нашей жизни и приносить свои исцеляющие плоды в ходе психотерапевтического процесса [8]. Главным средством психологического воздействия в сказкотерапии является метафора как ядро любой сказки [3]. Сказки, как и игра, – важная деятельность детей, которой необходимо способствовать, поддерживать и всячески использовать в терапевтических целях [1].

Современный этап связан с формированием концепции комплексной сказкотерапии, с пониманием ее как органичной человеческому восприятию воспитательной системы, проверенной многими поколениями наших предков, которую можно использовать, в частности, в работе с детьми с нервно-психической патологией.

*Цель исследования* – обоснование возможности включения сказкотерапии в процесс лечебных и социально-реабилитационных мероприятий для детей и подростков с нервно-психическими расстройствами.

### ***Материал и методы***

Объектом исследования явились 256 детей и подростков с нервно-психической патологией в возрасте от 4 до 14 лет, наблюдавшихся у детских психиатров и невропатологов г. Архангельска, из них 142 (55,5 %) мальчиков и 114 (44,5 %) девочек.

По возрастному критерию весь контингент был разделен на 3 группы: 1-я – дошкольное детство (4–6 лет); 2-я – младший школьный возраст (7–10 лет); 3-я – подростковый возраст (11–14 лет). Показаниями для сказкотерапии являлись: невроз навязчивых движений, заикание, невротические недифференцированные формы реактивных состояний, вегетативные дисфункции, энурез, энкопрез, невроз страха, мутизм, депрессии. Число детей в группе 10–12 человек, продолжительность одного занятия – 45–60 мин, частота занятий – 1 раз/нед, длительность всего процесса сказкотерапии составляла, в среднем, 3 мес.

У детей старшего возраста группы были в основном закрытыми – с неизменяющимся, постоянным составом. Вывод ребенка из группы проводился только в крайних случаях (при полной неуправляемости поведения и создания угрозы причинения телесных повреждений себе или другим членам группы) и очень осторожно, учитывая реакцию самого ребенка и других детей. Сказкотерапия проводилась с учетом возможности детей и родителей посещать занятия в удобное для них время без отрыва от повседневной жизни детей.

### ***Методические аспекты метода***

Предлагаемый нами вариант сказкотерапии являлся групповым методом психотерапии, использующим творческий потенциал личности и направленным на устранение болезненной симптоматики, восстановление внутрисемейных отношений, социально-психологическую адаптацию, а также формирование психологической устойчивости к психотравмирующим ситуациям у детей и подростков с нервно-психическими расстройствами. Групповая форма сказкотерапии сочеталась с индивидуальным подходом к каждому пациенту в соответствии с его личностными, социальными, семейными особенностями и имеющейся болезненной симптоматикой. К психотерапевтическому процессу привлекалась вся семья ребенка, в некоторых групповых занятиях участвовали родители.

Используемый нами психотерапевтический процесс был построен так, что в нем интегрировались как игровой, так и сказкотерапевтический групповые методы лечения с элементами арт-терапии и психодрамы. Применялся и междисциплинарный подход: к работе привлекались психотерапевты, психологи, художники, артисты, социальные и музейные педагоги. Психотерапия как система, использующая в целях лечебных воздействий психологические средства, являлась точкой пересечения ряда областей знаний: медицины, психологии, социологии, педагогики и др. [7].

Разработанная нами методика состояла из двух взаимосвязанных и одновременно протекающих процессов:

1) психодиагностического, включающего:

– постановку клинического диагноза в процессе наблюдения за поведением ребенка в сказочных ситуациях;

– диагностику семейных и социальных отношений;

– оценку психоэмоциональных и личностных особенностей ребенка.

2) собственно психотерапевтического, направленного на:

– устранение болезненной симптоматики;

– коррекцию эмоционально-волевой сферы и поведения;

– психологическую разгрузку и уменьшение тревожности;

– стимулирование активности и повышение уровня самооценки;

– гармонизацию внутрисемейных отношений;

– повышение социально-адаптивных способностей ребенка.

*Организация занятий.* В нашем исследовании занятия проводились в студийных помещениях и в экспозициях музея изобразительных искусств г. Архангельска. В этом пространстве ребенок, выполняя определенные «сказочные» действия, вступал в диалог с культурными реальностями.

Реквизит для проведения сказкотерапии варьировался в зависимости от сказочного образа, присутствующего на занятии. На полу студийного помещения – мягкое покрытие, окна занавешены плотными шторами. В помещении также находились наборы для рисования, лепки, наборы для кукольного театра, «театра теней», игровые костюмы.

В отдельном помещении располагалась «запретная комната», где обычно хранилось нечто «необыкновенное и страшное», символизируя собой, в свою очередь, комплекс, который полностью вытеснен и изолирован [20], то есть нечто абсолютно не совместимое с сознательной установкой (из этой комнаты и появлялся сказочный персонаж).

Ребенок должен был участвовать в сказочном действии от начала до конца, удержаться в сказочном мире на протяжении всего занятия и преодолеть все испытания, ожидающие его в сказочном мире. По окончании занятия дети выходили из роли сказочных Героев, снимая с себя «волшебные» ролевые атрибуты.

Команда сказкотерапевтов состояла из двух человек, один из них выступал в роли сказочного персонажа, создавая «волшебную» атмосферу занятия, другой (котерапевт) целенаправленно сотрудничал с коллегой в организации психотерапевтического процесса, являлся равноправным членом группы, принимал непосредственное участие во всех сказочных дей-

ствиях, сводя до минимума количество ограничений. «За кругом» находились еще 1-2 супервизора, при необходимости они сами включались в занятие и принимали участие после его проведения в обсуждении происшедшего в группе. Работа группы строилась по принципу «здесь и теперь», то есть принимались во внимание чувства, мысли, эмоции, особенности поведения, которые возникали непосредственно в группе.

Психотерапевтический процесс состоял из трех этапов:

- 1) вводное собеседование;
- 2) сказкотерапевтические занятия;
- 3) заключительный этап.

**Вводное собеседование.** Вводное собеседование использовалось, во-первых, чтобы получить максимум информации о ребенке и его семье; во-вторых, оно служило для построения взаимопонимания и формирования мотивации семьи к участию в терапии; в-третьих, во время него формировалась основа для терапевтического воздействия: семья информировалась относительно предъявляемых проблем с профессиональной точки зрения, ей давался ряд рекомендаций, касающихся терапевтических процедур и целей, семья готовилась к терапевтическому процессу [1].

**Сказкотерапевтические занятия.** Сказкотерапевты знали проблемы ребенка и перерабатывали их в игре. Ребенок начинал реагировать на сказочный образ сказкотерапевта, как на кого-то из значимых в его жизни взрослых, например отца или мать, и это с успехом использовалось в психотерапевтическом процессе. Стиль поведения сказкотерапевтов (авторитарный, демократический или попустительский) зависел от создаваемых ими сказочных образов, от возникающей в определенный момент ситуации в группе, от поведения самих детей. Принципы работы сказкотерапевтов тесно связаны с театральным искусством. Вся мировая драматургия сводится к повествованию о том, как у людей получается или не получается ладить между собой [2].

Сказкотерапевты помогали детям пережить сказочную ситуацию на собственном опыте через проигрывание ее в психотерапевтическом пространстве, в зависимости от той или иной психологической ситуации, в которой они находились. В помещении создавалась атмосфера сказочного театра, чтобы дети тянулись «выйти на сцену». Ограниченную способность детей к словесному выражению своих переживаний компенсировал свойственный им артистизм, что и использовалось нами в работе. Психодрама не предъявляла особых требований к сцене. Она возникала как бы сама собой там, где разворачивалось сказкотерапевтическое действие; созда-

валось свободное пространство в кругу группы, которое отвечало основным требованиям драмы к сцене: одновременной целостности и изменчивости пространства [9].

Взаимодействие сказкотерапевтов с детьми строилось на основе эмоциональных отношений, ребенок сам выбирал модель поведения, отражающую его реальные переживания. Сказкотерапевты, участвуя в занятиях наравне с детьми, помогали детям отделить время сказочного события от реального времени и удержаться в волшебном пространстве на протяжении всего занятия, заставляя его верить в происходящие события.

**Фазы группового процесса.** Процесс групповой динамики при проведении сказкотерапии состоял из ряда последовательных фаз [6].

В *начальной* – ориентационной – фазе дети воспринимали группу, как своего рода представление, где сказкотерапевты – артисты и одновременно учителя и их надо слушать и следовать их советам. Сказкотерапевты в этот период обеспечивали в группе для каждого ребенка атмосферу полной безопасности, безусловного принятия всех детей со стороны сказкотерапевтов, чтобы они это почувствовали.

Обычно первое занятие начиналось с того, что все садились в круг на полу вместе с котерапевтом – равноправным членом группы. Происходило знакомство, все представлялись по именам, проводились игры в кругу, направленные на снятие напряженности. В процессе игры детям объяснялись в доступной форме суть метода сказкотерапии, правила и нормы группы. Затем происходило неожиданное для детей включение в занятие второго сказкотерапевта в роли сказочного образа. На первом занятии нами использовался образ сказочной «Бабушки», который очень позитивно воспринимался всеми детьми.

Задачей сказкотерапевтов в этой фазе являлось эмоциональное сплочение детей, снятие у них внутренних ограничений, мешающих естественному поведению. Это достигалось непосредственным участием детей в сказочном действии, которое происходило спонтанно и с минимальной стимуляцией со стороны ведущих.

Сказкотерапевты помогали раскрывать и выплескивать отрицательные эмоции, в конце первой фазы дети становились двигательными и эмоционально расторможенными.

Во *второй* фазе – дифференциации группы – дети начинали понимать, что все зависит от них самих, осознавали несостоятельность прежних стереотипов решения собственных проблем. На этой стадии возникали и статусные различия, формировались иерархия и связи, которые частично



отражали конфликты между отдельными участниками группы и особенно хорошо поддавались переработке в процессе терапии [17].

Следует отметить, что в сказкотерапевтических группах статусные различия были выражены незначительно, что связано со спецификой ведения занятий, где каждый участник выступал в роли волшебного Героя. На этой стадии в сказочной форме разыгрывались проблемные бытовые ситуации (при помощи различных сказочных образов), детям помогали соотнести ситуации, возникающие в сказочной атмосфере («здесь и теперь»), с ситуациями, имеющими место в реальной жизни, поощрялся любой их успех. Каждый образ на глубинном уровне имел свою собственную «энергию», свою задачу и место в общей системе образов [13]. Гарантией безопасности для ребенка в сказочном пространстве являлось присутствие рядом сказкотерапевтов, с помощью которых можно всегда возвратиться в реальный мир.

В *третьей* фазе – интегративной, происходило настоящее сплочение детей в группу, у детей формировалась ответственность за свое поведение. При этом вся группа выносила каждому участнику поощрение за успехи или неодобрение за неадекватное поведение. Дети начинали использовать приобретенные в группе знания и навыки во внетерапевтических ситуациях.

**Основные применяемые образы. Герой.** В сказкотерапии каждый ребенок-участник группы являлся Героем волшебного действия, непосредственно переживая все происходящие события. Мы согласны с точкой зрения М.-Л. фон Франц [20], что имеется много общего между способом освобождения от заклятия в волшебных сказках и психотерапевтическим процессом, что и использовалось для лечения, семейной и социальной адаптации детей. Испытания, выпавшие на долю героев, помогли им стать сильнее и мудрее. Таким образом, ребенок бессознательно усваивал один из главных законов жизни: все, что происходит в жизни человека, при правильном видении способствует его внутреннему росту; жизненные испытания всегда даются по силам, и, если человек не теряет веры и надежды, он справляется с трудностями и переходит на более высокий уровень развития.

**Бабушка.** Создаваемый образ нес в себе неповторимое очарование доброй, любящей, озорной бабушки, способной свободно ввести детей в сказочный мир. Этот образ применялся для адаптации ребенка к новым условиям, для оптимизации процесса формирования группы в сказочной форме.

*Баба-Яга (Ведьма).* Образ Бабы-яги использовался нами для коррекции семейных взаимоотношений (Баба-яга – это проекция на материнский образ, одновременно хороший и плохой), для снижения тревожности, используя для этого присущую образу сказочную атрибутику и ритуалы.

*Айболит (Доктор).* В сказкотерапии Айболит являлся стереотипным, устойчивым образом врача (знахаря), передающегося из поколения в поколение. Образ Айболита применялся для устранения (уменьшения выраженности) у детей болезненной симптоматики, использовались одновременно атрибутика современного врача (белый халат, фонендоскоп, шприц и т. п.) и знахарские приемы лечения. В процессе сказкотерапии происходила также дезактуализация образа врача как пугающего и причиняющего боль персонажа (уменьшалась тревожность).

*Пират.* Образ Пирата у ребенка может быть непроизвольно ассоциирован с отцом, что и использовалось в сказкотерапии как отражение страха наказания при дефиците чувства любви.

*Кощей.* Используемый образ Кощея служил для эмоциональной переработки отрицательного воздействию страха смерти на детей, психические ресурсы ребенка мобилизовались на деятельное противодействие страхам, угрожающим жизни. Следует отметить, что образ Кощея использовался в работе с детьми старше 6 лет.

*Дурак (Плут).* В сказкотерапии образ Дурака применялся для социальной и семейной адаптации детей и их родителей, для совместного разрешения различных жизненных ситуаций. Так как Дурак простодушен и наивен (как ребенок), то его отношение к жизни такое же наивное и простое (это должны понять и почувствовать родители). Он следует тому, что находится перед ним на земле, буквально «под самым его носом» – вот, собственно, и все [20].

*Леший.* Путешествие вместе с Лешим по сказочному лесу, полному опасных приключений, где легко заблудиться, использовалось для устранения страхов, усиления групповой сплоченности, повышения социальной адаптации детей. Мы согласны с Ф.Р. Филатовым [19], который считает, что именно лес, этот опасный и в то же время питающий внешний мир, предъявляет человеку и модель мироустройства, и идеальный образец его личности, которая должна быть крепкой и цельной, «как хорошее дерево».

*Снеговик.* В сказкотерапии Снеговик помогал детям отреагировать агрессию, отрицательные эмоции, как и внутри группы (между собой), так и вне ее (на родителей).

*Царь.* Образ Царя применялся для социальной адаптации детей путем снятия у них эмоционального напряжения и восстановления психического равновесия, принятия ими социально одобряемых норм поведения.

*Шаман.* Образ шамана – это тот образ, который в коллективном сознании наделялся особой силой, властью и могуществом. Многие исследователи считали шаманом не только человека, имеющего такой статус, но и любого, кто оказывает помощь другим. В отличие от традиционных шаманских практик и символотрамы, мы использовали эмоциональный опыт проживания детьми символических сказочных событий без применения измененных состояний сознания. Шаманский образ «защищенного места», несущего безопасность и заряженного позитивной энергетикой, также использовался в работе с детьми для коррекции семейных отношений. Это место можно обустроить, создавая еще более защищенное пространство [4]. По своей сути, это образ «дома» – символ наиболее защищенного, своего пространства, которому ребенок бессознательно дает постоянную положительную оценку.

**Заключительный этап.** После окончания сказкотерапии с родителями обсуждались результаты занятий (с каждой семьей индивидуально), давались персональные рекомендации по воспитанию. Каждый участник группы и их родители знали о том, что и после окончания процесса групповой сказкотерапии они могли обратиться с возникающими вопросами и проблемами к психотерапевтам. Семейные обсуждения результатов терапии проводились с родителями после занятий (с каждой семьей индивидуально). Сказкотерапевты объясняли родителям проблемы ребенка и совместно обсуждали алгоритм дальнейшей работы (при необходимости).

В конце курса сказкотерапии у большинства пациентов отмечалось значительное улучшение состояния (отсутствовала или значительно уменьшилась клиническая симптоматика, нормализовались коммуникативные отношения со взрослыми и сверстниками), что свидетельствовало о действенности предлагаемого нами метода, названного *групповой образно-игровой сказкотерапией*, который можно обозначить как новое направление психотерапии детей и подростков с нервно-психической патологией. Опираясь на наш пятнадцатилетний опыт работы на базе Архангельского областного музея изобразительных искусств [11], можно сделать вывод, что преимуществами метода являются:

- хорошие диагностические, психотерапевтические возможности;
- устойчивый терапевтический эффект от применения, подтвержденный данными длительного катамнеза;

- доступность материалов и средств для применения;
- возможность применения методики в разных областях медицины, образования, социальной сферы для психокоррекционных целей.

### *Заключение*

Таким образом, использование групповой образно-игровой сказкотерапии способствует нормализации и улучшению психического, социального и семейного функционирования детей и подростков с нервно-психическими расстройствами. Апробированная нами методика может служить перспективной методологической основой для разработки новых моделей групповой психотерапии у детей и подростков с нервно-психической патологией.

### *Литература*

1. *Бремс К.* Полное руководство по детской психотерапии / К. Бремс. – М. : Эксмо-Пресс, 2002. – 640 с.
2. *Бродецкий А.Я.* Топономика и искусство / А.Я. Бродецкий // Прикладная психология и психоанализ. – 2001. – № 1. – С. 54–60.
3. *Вачков И.В.* Сказкотерапия: развитие самосознания через психологическую сказку / И.В. Вачков – М. : Ось-89, 2003. – 144 с.
4. *Еслюк Р.П.* В каждом из нас есть что-то от врача, поэта и безумца... (шаманизм в контексте символодрамы) / Р.П. Еслюк // Психотерапия. – 2005. – № 3. – С. 2–10.
5. *Зинкевич-Евстигнеева Т.Д.* Практикум по сказкотерапии / Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева. – СПб., 2000. – 310 с.
6. *Игумнов С.А.* Основы психотерапии детей и подростков / С.А. Игумнов – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2001. – 176 с.
7. *Карвасарский Б.Д.* Клиническая психология / Б.Д. Карвасарский – СПб. [и др.]. : Питер, 2002. – 960 с.
8. *Копытин А.И.* Техники аналитической арт-терапии : исцеляющие путешествия / А.И. Копытин, Б. Корт. – СПб. : Речь, 2007. – 144 с.
9. *Лейтц Г.* Психодрама: теория и практика. Классическая психодрама Я.Л. Морено / Г. Лейтц – М. : Прогресс : Универс, 1994. – 352 с.
10. *Макаров И.В.* Организация психиатрической помощи детям и подросткам / И.В. Макаров // Педиатрия. – 2004. – № 3. – С. 74–77.
11. *Миткевич В.А.* Социально-психологическая адаптация детей и подростков с невротическими расстройствами с применением творческих методов психотерапии / В.А. Миткевич, А.Г. Соловьев, П.И. Сидоров // Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. – 2008. – № 4. – С. 6–8.

12. *Обухов Я.Л.* Для чего нужны страшные сказки / Я.Л. Обухов // Школа здоровья. – 1997. – № 3. – С. 115–117.
13. *Петрова Е.Ю.* Использование сюжетов народной волшебной сказки в психокоррекционной и педагогической работе / Е.Ю. Петрова // Журн. практ. психолога. – 1996. – № 2. – С. 69–86.
14. *Петрова Е.Ю.* Проблема использования сюжетов народной волшебной сказки в психокоррекционной и педагогической работе / Е.Ю. Петрова // Журн. практ. психолога. – 1999. – № 10/11. – С. 207–225.
15. Практика сказкотерапии / под ред. Н.А. Сакович. – СПб. : Речь, 2004. – 224 с.
16. *Прудюс Е.К.* Сказкотерапия в помощь родителям. Там водятся волшебники / Е.К. Прудюс. – СПб. : Речь, 2006. – 224 с.
17. Психотерапия детей и подростков / под ред. Х. Ремшмидта. – М. : Мир, 2000. – 656 с.
18. *Соколов Д.Ю.* Сказки и сказкотерапия / Д.Ю.Соколов – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2005. – 224 с.
19. *Филатов Ф.Р.* Анализ древнерусских представлений о здоровье и болезни на материале устойчивых языковых конструктов / Ф.Р. Филатов // Психическое здоровье. – 2007. – № 4. – С. 35–42.
20. *Франц М.-Л., фон.* Психология сказки. Толкование волшебных сказок / М.-Л. фон Франц. – СПб. : Б.С.К., 1998. – 360 с.

## КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ДУХОВНО ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ

Православная школа психологии и медицины, Санкт-Петербург;  
Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования;  
Психотерапевтический кабинет г. Паланги (Литва)

Православная антропология говорит о трехсоставности человека – духа, души (психики) и тела. Рассматривая трехсоставность человеческой природы, В.В. Зеньковский писал, что дух есть начало целостности и органической иерархичности в человеке: дух исцеляет – делает целым, и если это недостаточно выражено в реальном бытии человека, то это означает некую связанность духа в человеке грехом, страстями [15]. Духовность относится к высшей способности души человека, это то, что возвышает его над физиологическими потребностями, делает «человека человеком»; духовность – это то высшее, к чему может стремиться личность, то, что выражается в идеалах добра и зла, имеет метафизические корни [20]. Следует также отметить, что биопсихосоциальная парадигма здоровья человека получила широкое распространение в научной литературе.

Совершенно не отличавшийся религиозностью З. Фрейд однажды заметил в беседе: «Человечество всегда знало, что оно обладает духом», а В. Франкл, комментируя это высказывание, констатировал: «Человек часто намного более религиозен, чем он полагает. Если мы дадим человеку неверное понятие о его собственной природе, мы можем его испортить» [26]. Понятно, что духовно ориентированная психотерапия должна базироваться на верных религиозных основах.

Термин «религия» имеет древнеримские корни: *ligare* (лат.) – «связывать», *re* – приставка, означающая «обратно», «назад», «вновь», «снова». Таким образом *ре-лигия*, согласно этимологии, является налаживанием или восстановлением связи (с Богом). К сожалению, религиозная постановка вопроса была чужда советской психотерапии, так же как и судьбоаналитический подход Л. Зонди, считавшего высшей и самой важной функцией «Я» – веру в Бога, утрата которой угрожает судьбе человека и может перейти в душевные заболевания [цит. по: 2].

В духовно ориентированной концепции психотерапии патологических зависимостей (в православной терминологии – *страстей*) многие бо-

лезненные влечения рассматриваются прежде всего как имеющие духовную обусловленность, а органические психосоматические поражения и функциональные расстройства зачастую оказываются следствиями духовного поражения личности, порабощения ее воли. Этиология и патогенез патологических зависимостей, рассматриваемых как страсти, гораздо проникновеннее и ближе к их первопричине, чем в медицинской модели. Неизлечимость болезненных влечений современными медицинскими методами (зачастую добиваемыми лишь кратковременной ремиссии) обусловлена главным образом тем, что основная цель современной наркологии – преодоление физической и психической зависимостей от психоактивных веществ. Духовная же зависимость до настоящего времени в медицинскую модель не включается, врачами психиатрами-наркологами в расчет не принимается, и потому зависимость остается неизлеченной. Отсюда же и мифы о неизлечимости патологических зависимостей, на которых вырастают и воспитываются практически все без исключения современные наркологи.

На какие именно религиозные основы следует опираться духовно-ориентированной психотерапии? На этот вопрос митрополит Иерофей (Влахос) отвечает так: «...Православие, сохранившее сущность христианства, располагает большим “психотерапевтическим потенциалом”...» [3].

Именно Православие является традиционной религиозной и культурной основой России. Как пишет известный отечественный философ Г.П. Федотов, культура и душа русского народа всегда были существенно христианскими, православными. Искажение, а потом разложение христианской души начались, считает он, в период революции. В дальнейшем этот процесс закончился, и удалось воспитать поколения, для которых уже нет ценности человеческой души – ни своей, ни чужой [25].

От 55 % [23] до 80–85 % [2] населения современной России считают себя православными. Факт свободного массового избрания россиянами православной веры впечатляет. В нашей стране пришло время не только обратиться к серьезному изучению, но и широкому использованию опыта духовно ориентированной (православной) психотерапии в традициях Русской Православной Церкви.

Алкогольная, наркотическая, никотиновая, игровая и другие патологические зависимости давно приобрели в нашем обществе характер самой массовой эпидемии – пандемии. Сегодня их следует рассматривать не только как чрезвычайную социальную ситуацию и проблему национальной безопасности в обществе, но и как самый массовый терроризм, ведущий к

генетическому вырождению и истреблению нации, к деградации и гибели множества людей. По своей сути, сегодня идет необъявленная, но самая массовая и кровопролитная в истории России война, уносящая миллионы жизней, являющаяся тягчайшим испытанием для нашего народа. Сегодня у нас просто нет выбора эффективных средств в борьбе с наркоманиями, кроме одного: необходимо апеллировать к основополагающим духовно-нравственным качествам всего нашего народа, его генетической памяти, к его святым предкам, мученикам и новомученикам Российским, максимально мобилизовав все резервы духовности в противостоянии общему врагу [10].

Метод духовно ориентированной (православной) психотерапии опирается на многовековой положительный опыт Русской Православной Церкви в душепопечении людей, страдающих от патологических зависимостей. Выздоровление пациентов происходит при изменении их сознания и образа жизни. Под изменением сознания, за которым следует и изменение образа жизни, понимается в первую очередь активная, но спокойная, уверенная и весьма продуманная работа зависимого человека над самим собой. Конечным итогом ее становится сохранение добродетели трезвости, живой и твердой веры в Бога, покаяние, воцерковление, преодоление иных страстей, духовное трезвение, то есть – формирование нового, зрелого сознания, здорового самоощущения и поведения выздоравливающего [27]. Обязательным компонентом духовно ориентированных программ является привлечение в лечебный и реабилитационный и постреабилитационный процессы ближайших родственников зависимых людей (созависимых).

Преодоление патологических зависимостей (как и иных страстей) в православном понимании – это преодоление противоестественности через развитие в человеке добродетельных качеств, противоположных имеющимся порокам, страстям. Преподобный Исаак Сирийский советует: «Страсти отвращать лучше памятованием добродетелей, нежели сопротивлением, потому что страсти, когда выступают из области своей и воздвигаются на брань, отпечатлевают в уме свои образы и подобия. Брань сия приобретает великую власть над умом, сильно возмущая и приводя в смятения помышления. А если поступить по первому, сказанному нами правилу, то не оказывается в уме и следа страстей по отшествии их» [22].

В настоящее время наиболее результативным методом духовно ориентированной терапии патологических зависимостей является метод духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока (метод ДОП ЦЗ). Этот терапевтический метод сформировался на православной



основе в процессе развития массовой эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии (ЭЭСПТ) [4–8] и интеграции с его православной психотерапией [1, 9, 11–14, 16, 19]. Метод ДОП ЦЗ положительно зарекомендовал себя на практике Международного института резервных возможностей человека МИРВЧ (Санкт-Петербург) в период с марта 1994 г. по настоящее время достаточно высокой эффективностью при лечении наркоманий, алкоголизма, никотинизма, игроманий, чревоугодия и иных болезненных влечений, приводящих человека к развитию патологических зависимостей.

18.11.2004 г. в ученом совете Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины МЧС России метод ДОП ЦЗ был защищен докторской диссертацией на тему: «Кризисно-реабилитационная помощь при наркоманиях на основе стрессовой психотерапии» (под сокращенным названием ДО СПТ – духовно ориентированная стрессовая психотерапия). 14.01.2005 г. Президиум ВАК Минобразования РФ своим решением утвердил данную диссертацию и присвоил Г.И. Григорьеву ученую степень доктора медицинских наук, в 2006 г. Федеральной службой по надзору в сфере образования и науки ему было присвоено ученое звание профессора. Указом Президента РФ в 2008 г. Г.И. Григорьев был удостоен почетного звания «Заслуженный врач Российской Федерации».

Методология ДОП ЦЗ на православной основе включает опытные и теоретические знания христианской антропологии, психологии, аскетики и медицины. Общий принцип лечения патологических зависимостей вытекает из православного понятия их патогенеза. Любая патологическая зависимость – заболевание, затрагивающее и тело, и душу, и дух.

Рациональность и медицинский прагматизм в данном методе гармонично сочетаются с мистическим учением Церкви. При этом естественно и органически успешно устраняется искусственно создававшееся неприятие психотерапии одновременно как медицинской науки и как искусства врачевания. Доступное для восприятия пациентов вербальное изложение научно-медицинской и духовно-религиозной информации, а также фабулы строго продуманного многоэтапного лечения обеспечивает высокое качество психотерапевтических результатов.

В научной литературе метод ДОП ЦЗ первоначально назывался методом лечебного зарока, отражая лишь финальный этап комплексного психотерапевтического процесса, не раскрывая его важной отличительной особенности – обращенности к духовному началу в человеке. После медицинских и богословских научных исследований в МИРВЧ был сформули-

рован ряд концептуальных положений, определивших основу теории и практики метода ДОП ЦЗ на православной основе:

– между естественнонаучными и церковно-антропологическими категориями и понятиями устанавливаются прямые и косвенные аналогии;

– интерпретация психотерапевтического процесса, его стратегий и анализ результатов проводятся как на современной научно-методологической платформе, так и на основе православного святоотеческого опытного знания;

– природа и состав человека соотносятся как с медицинскими представлениями, так и с эмпирическими данными христианской антропологии;

– этиология и патогенез болезненных влечений рассматриваются не только с позиций научно-медицинских знаний, но и с учетом аскетического опыта борьбы со страстями;

– межличностная коммуникация в процессе оказания помощи больным строится не только по медицинским правилам, но и в соответствии с правилами духовно полезной беседы.

Метод ДОП ЦЗ является духовно ориентированной психотерапией на православной основе не только потому, что имеет прочный фундамент в религиозно-культурной традиции, но и потому, что обращен к духовному началу в человеке, то есть к тому, что выше психики, изучаемой и врачуемой естественнонаучной медициной. Подобная психотерапия является не просто безмедикаментозным вербальным лечением, ориентированным только на психофизическую сферу человека, его ум, волю и чувства, но прежде всего она направлена на невидимые и анатомически не локализованные в человеке «органы» – дух, совесть и душу.

Таким образом, можно сказать, что главной задачей метода ДОП ЦЗ, его основной отличительной особенностью от современных методов научной психотерапии является устранение не только психической (психологической) и физической (физиологической) зависимостей, но в первую очередь преодоление зависимости духовной (доныне отрицаемой современной наркологической наукой).

Говоря о сущности психической (психологической) зависимости, можно сказать, что она заключается в:

1) фиксации эмоциональной памяти на чувстве услаждения от алкоголя, табака, других наркотиков и азартных игр;

2) возникновении в сознании ложного ощущения силы, несуществующих способностей и талантов, сверхзначимости собственного «Я», вседоступности и вседозволенности;

3) направленности воли к простоте и легкости получения услаждающего самовозвеличивающего состояния.

Наиболее яркое проявление психической (психологической) зависимости – болезненное влечение к алкоголю и другим наркотикам: от ситуационного к навязчивому, а далее – к доминирующему и сверхценному, вплоть до бредоподобного. И поверх всего этого – снижение, вплоть до полной утраты, смысла и радости жизни вне употребления психоактивного вещества.

Суть физической (физиологической) зависимости – в повреждении биологической природы человека, в разрушении нейро-гормонального фундамента, обеспечивающего естественное функционирование всех систем организма, и в первую очередь центральной нервной системы, отвечающей за выживание человека, его психоэмоциональное состояние, настроение и жизненный тонус. Основное внешнее проявление физической зависимости – увеличение дозы и тяга к опохмелению, после чего включаются и первично сформировавшиеся психологические механизмы зависимости.

Соматические нарушения и патологические изменения в психике приводят к тяжелому духовному состоянию человека, которое может характеризоваться развитием грехов лжи, тщеславия, неблагодарности, самомнения, гнева, раздражения, блуда, сексуальных отклонений, осуждения, печали, уныния, отчаяния, принятием помыслов о самоубийстве. Чем тяжелее протекает та или иная патологическая зависимость, тем сильнее становится духовная порабощенность страстью зависимого человека.

Духовная зависимость не понимается, не признается, не изучается медициной. Да и медико-психологическими методами, по-видимому, может быть изучена лишь косвенно, отчасти. Но ведь именно духовная зависимость является главенствующей в развитии наркологических заболеваний на всех их стадиях. Она многолика, но конкретна и проявляется, в частности, в следующем:

1) в неприятии человеком самого факта болезни, самого факта зависимости при всей очевидности этого факта;

2) в неосознании пьянства, употребления наркотиков, табака и алчной игровой страсти как зла, тем более как греха: зла и греха против себя, своего здоровья и жизни, а вкупе здоровья и жизни близких людей, как греха против Бога;

3) вначале в периодических, а впоследствии в постоянных наплывах навязчивых мыслей, связанных с имеющимися патологическими зависимостями, внутренних диалогах на данную тему, помрачении ума.

Последнее случается под воздействием злой, невидимой и лукавой силы, посылающей внешние навязчивые мысли, затмевающей разум и приглушающей совесть человека, противостоять которой без Бога, Божией помощи личность не может. В этот зловещий капкан душа заманивается вкрадчиво, постепенно, коварным и обманным образом. При этом больной, не сознавая того, неуклонно меняется в своих личностных качествах, становится другим человеком – антиподом самому себе. Происходит как бы замена одной личности на другую: спокойный и сдержанный человек становится раздражительным и гневливым; добрый и отзывчивый – завистливым и злобным; рачительный – расточительным и так далее. В начале развития патологической зависимости дается «пряник»: удовольствия много, а серьезных последствий нет; затем «пряник» отнимается, а взамен в действие приводится бич: удовольствий никаких, а тяжких последствий – множество. «И царство диавола, в которое человек перешел через грех, есть <...> явление внутренней жизни человека, особое состояние его души и всей его духовно-телесной природы» [21].

Архимандрит Киприан (Керн) указывал: «Тонкие психологи, отцы-аскеты, на основании своего опыта знают, что опасность страсти не только в том, что она проникла в душу человека, но и в том, что она потом властвует над человеком через привычку, через воспоминание, через бессознательное влечение к тому или иному греху» [18].

Метод целебного зарока на православной основе дает мощный импульс к физиологическому, душевному и духовному восстановлению человека:

1) снимает тягу и патологическое влечение к алкоголю, нормализует настроение и укрепляет жизненный тонус. Настраивает человека на восприятие трезвости не как на ущемление или ограничение своей личности, а как на событие спасительное и жизненно необходимое, сверхзначимое и радостное;

2) способствует появлению (или хотя бы намечает) понимания истинного положения вещей, того, что представляют собой психоактивные вещества, при чем происходит осознание пьянства и других пагубных пристрастий как зла, как греха, губящего тело и душу;

3) вызывает пересмотр прежней, привитой атеистической жизнью системы ценностей: от алкоголя и других наркотизирующих веществ к непреходящим истинам, к Богу;

4) создает биологическую и духовно-нравственную психологическую основу для выхода на новое качество жизни, для которой трезвость лишь одно, но базовое, фундаментальное и абсолютно необходимое условие;

5) открывает (обосновывает и конкретизирует) перед человеком путь к воцерковлению через пост, покаяние и молитву, предлагая конкретные шаги для восстановления отношений с любящим Отцом – Богом [17].

Таким образом, с позиций духовно ориентированной психотерапии психическая зависимость – это возникающее после приема психоактивных веществ состояние наркотического «кайфа» или прельщающей душу эйфории. В православном определении – состояние *одержимости*. Физиологическим фундаментом такого состояния является временное и периодическое (в момент приема алкоголя и наркотиков) нарушение в организме человека выработки нейрогормонов психической адаптации – «гормонов радости жизни». Это происходит вследствие внешнего введения химических аналогов данных гормонов вовнутрь, что постепенно снижает их внутреннюю выработку. Такими синтетическими аналогами «гормонов радости жизни» и являются психоактивные вещества.

При достаточно регулярном достижении состояния прельщающей эйфории со временем развивается стойкая хроническая недостаточность «гормонов радости жизни» – физическая зависимость. В самом начале она проявляется в увеличении дозы потребляемого психоактивного вещества (повышении толерантности), а впоследствии – в полной потере контроля над дозой, проявляющейся в запоях. При этом состояние наркотического «кайфа» все более уменьшается и на смену прельщающей эйфории приходит тяжелое абстинентное состояние – «ломка».

В поисках «потерянного рая» больной патологической зависимостью человек все более увеличивает дозу потребляемого наркотика. Последнее нередко приводит к передозировке и летальным исходам. На подобном психосоматическом фундаменте психической и физической зависимостей постепенно формируется необходимая почва для неизбежного подчинения воли человека духам злобы поднебесной.

Обращение к внутреннему человеку в психотерапевтических воздействиях по методу ДОП ЦЗ на православной основе – это попытка осознания (путем смирения и покаяния) и исцеления (Божией благодатью) не только видимых врачу отдельных симптомов болезни (психической и фи-

зической зависимости), но и скрытых от современной медицины коренных причин грехопадения в болезнь (духовной зависимости от психоактивных веществ), что принципиально отличает ДОП ЦЗ от всевозможных направлений и методов материалистической психотерапии, отрицающих главенствующее положение духовно-душевного над психосоматическим [9, 11].

Для неверующих (потерявших веру) людей духовно ориентированная психотерапия, помимо психотерапевтической значимости, становится «предшествующей евангелизацией», когда человеку создаются предпосылки для обретения живой евангельской веры в Бога, познания Заповедей Божиих, удаляются препятствия к покаянию, воцерковлению, развитию добродетелей.

Развитие качеств, противоположных имеющейся у человека страсти, то есть развитие добродетелей (к коим в первую очередь можно отнести добродетели трезвости, здравомыслия, веры, видения своих грехов, покаяния, смирения) со временем переходит в добродетельный *навык*, который, по словам преподобного Никиты Стифата, «...есть восстановление сил в первоначальное их благородство и сочетание воедино главных добродетелей для свойственного душе естеству действия ...» [24].

Духовно-ориентированная психотерапия открывает людям, выздоравливающим от патологических зависимостей, прекрасные возможности для самореализации. Это процесс, сущность которого состоит в наиболее полном развитии, раскрытии способностей и возможностей человека, актуализации его собственного личностного потенциала. Потребность самореализации выступает в гуманистической психологии как высшая человеческая потребность, главный мотивационный фактор. В православной психотерапии этот термин употребляется с одним существенным дополнением: должна происходить не просто *самореализация*, а *Христореализация*. Другими словами, цель бытия человека состоит в том, чтобы найти полноту во Христе, достичь предела своих духовных возможностей.

Врач и психолог, так или иначе, направляет подопечных на путь духовного возрастания. Что очень важно, вместо *диалога* между подопечным и специалистом последний стремится к *трилогу*, а это значит, что в центре эффективной помощи зависимым людям он ставит Бога.

### *Литература*

1. Авдеев Д.А. Наука о душевном здоровье: основы православной психотерапии / Д.А. Авдеев, В.К. Невярович. – М. : Рус. хронограф, 2001. – 512 с.

2. *Берсенева Т.А.* Воспитательный потенциал уклада жизни в русской культурной традиции / Т.А. Берсенева ; С.-Петер. мед. акад. последиплом. образования. – СПб., 2007. – 172 с.

3. *Влахос И.* Православная психотерапия / И. Влахос. – Сергиев Подсад : Свято-Троицкая Сергиева лавра, 2004. – 368 с.

4. *Григорьев Г.И.* Лечение хронического алкоголизма методом массовой эмоционально-эстетической психотерапии (разработка метода и оценка его эффективности) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Григорьев Г.И. – СПб., 1993. – 26 с.

5. *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 междунар. научн. конф. – М., 1993. – С. 175–176.

6. *Григорьев Г.И.* Клинико-статистические исследования метода лечебного зарока в психотерапии алкоголизма / Г.И. Григорьев, И.Н. Гурвич // Вестн. психотерапии. – Сообщение 1 : Основные социальные и клинические характеристики изучаемого контингента. – 1995. – № 2 (7). – С. 151–154 ; Сообщение 2 : Кросс-секционный анализ. – 1996. – № 3 (8). – С. 9–36 ; Сообщение 3 : Многомерный анализ и обсуждение. – 1997. – № 4 (9). – С. 9–40.

7. *Григорьев Г.И.* Медицина и православие – путь к трезвости. Россия: трезвый путь : материалы междунар. антиалкогольного съезда / Г.И. Григорьев // Вестн. психотерапии. – 1996. – № 3 (8). – С. 95–98.

8. *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.

9. *Григорьев Г.И.* Метод духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока / Г.И. Григорьев С.А. Ершов, В.Ф. Зверев // Вестн. психотерапии. – 2003. – № 9 (14). – С. 55–70.

10. *Григорьев Г.И.* Концептуальные основы духовно-ориентированной стрессовой психотерапии / Г.И. Григорьев // Вестн. психотерапии. – 2004. – № 12 (17). – С. 134–147.

11. *Григорьев Г.И.* Духовно-ориентированная психотерапия в форме целебного зарока: теоретические основы, организационная структура и

информационно-аналитическое обеспечение / Г.И. Григорьев, Р.В. Мизерене, Е.А. Мильчакова. – СПб. : МИРВЧ ; ВМедА, 2004. – 150 с.

12. Духовно ориентированная психотерапия патологических зависимостей / под ред. Г.И. Григорьева. – СПб. : ВМедА, 2008. – 504 с.

13. *Ершов С.А.* К вопросу о теории и практике православной психотерапии/ С.А. Ершов, Г.И. Григорьев, В.Ф. Зверев // Вестн. психотерапии. – 1995. – № 2 (7). – С. 111–121.

14. *Ершов С.А.* Метод духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока / С.А. Ершов, Г.И. Григорьев, В.Ф. Зверев // Исцеление верой. – СПб., 2002 – Вып. V. – С. 338–353.

15. *Зеньковский В.В.* Проблемы воспитания в свете христианской антропологии / В.В. Зеньковский. – М. : Изд-во Свято-Владимирского братства, 1993. – 224 с.

16. *Зверев В.Ф.* Расширенная сессия ученого совета Международного института резервных возможностей человека / В.Ф. Зверев // Вестн. гипнологии и психотерапии. – 1992. – № 3. – С. 105–114.

17. *Зверев В.Ф.* Вступительное слово перед лечением по методу целебного зарока / В.Ф. Зверев. – СПб. : МИРВЧ, 2005. – 10 с.

18. *Керн К.* Золотой век святоотеческой письменности / К. Керн. – М. : Паломник, 1995. – 228 с.

19. *Невярович В.К.* Терапия души / В.К. Невярович. – Воронеж : МОДЭК, 1997. – 128 с.

20. *Петракова Т.И.* Духовные основы нравственного воспитания / Т.И. Петракова. – М. : Педагогика, 1997. – 96 с.

21. *Подзеевский Ф.* Смысл христианского подвига / Ф. Подзеевский. – М. : Изд. отдел Моск. патриархии, 1991. – 264 с.

22. *Сирин И.* Слова подвижнические / И. Сирин. – М. : Православ. изд-во, 1993. – 386 с.

23. *Сорокин В.* Комментарий к социальной концепции Русской Православной Церкви, принятой на Архиерейском соборе в августе 2000 года / В. Сорокин // Милосердие и профессионализм : сб. докл., бесед и стенограмм образоват. курса по христианской диаконии / С.-Петерб. обществ. благотворительная организация «Покровская община». – СПб., 2003. – С. 9–16.

24. *Стифат Н.* Деятельных глав первая сотница / Н. Стифат // Добролюбие. – М. : Свято-Троицкая Сергиева лавра, 1993. – Т. 5. – С. 82–111.



25. *Федотов Г.П.* О национальном покаянии / Г.П. Федотов // Судьба и грехи России. – СПб. : София, 1992. – С. 41–49.

26. *Франкл В.* Основы логотерапии. Психотерапия и религия / В. Франкл. – СПб. : Речь, 2000. – 286 с.

27. *Цыганков В.А.* Духовно ориентированная реабилитационная программа «Лестница трезвения» / В.А. Цыганков, Г.И. Григорьев, Р.В. Мизерене // Вестн. психотерапии. – 2010. – № 36 (41). – С. 86–97.

# ПСИХИАТРИЯ И ПАТОПСИХОЛОГИЯ

УДК 614.253.8 : 616.89

*Н.В. Семенова, А.С. Киселев*

## КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СУБЪЕКТИВНОЙ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ КАЧЕСТВОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

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

### *Введение*

На современном этапе развития психиатрической помощи, в рамках ее ориентации на оказание медико-социальной услуги, усилия органов здравоохранения нацелены на создание системы управления качеством. Главным для обеспечения качества медицинской помощи считается совершенствование структуры, процесса и результата – ставшая уже классической «триада Донабедиана» [8–10].

Повышение качества медицинской помощи в психиатрических службах предусматривает создание демократической атмосферы, широкое участие пациента в процессе оказания помощи, более активную бригадную работу и постоянное повышение стандартов лечения [1, 4, 7].

Крайне важным для оценки качества психиатрической помощи оказывается применение клинико-социологических методов исследования, что позволяет выяснить общественное мнение о психиатрии, определить отношение пациентов и их родственников к психиатрическим учреждениям, установить степень удовлетворенности оказываемой помощью, а также выявить, каковы, с точки зрения респондентов, достоинства и недостатки оказываемой им помощи [5, 6].

Одним из основополагающих требований при создании современной системы управления качеством психиатрической помощи является участие в ее оценке потребителей этой помощи – пациентов и членов их семей [2, 3, 5]. Такой подход ориентирует работу медицинских служб прежде всего на удовлетворение нужд и потребностей конечного пользователя специализированной (психиатрической) медицинской услуги. Оценка субъективной удовлетворенности практически важна тем, что является не только од-

ной из характеристик результата лечения, но и фактором, влияющим на дальнейший ход течения болезни в зависимости от положительного или отрицательного воздействия на комплаенс пациента после выписки [2]. Комплексная оценка субъективной удовлетворенности пациентов лечением выявляет «слабые» стороны и недостатки в оказании больным психоневрологической помощи. Полученная информация помогает сфокусировать усилия врачей и руководителей лечебно-профилактического учреждения на проблемных вопросах и повысить эффективность и качество оказываемых населению медицинских услуг в данной области.

### ***Материал и методы***

Исследование субъективной удовлетворенности пациентов качеством оказываемой психоневрологической помощи проведено на базе Дружносельской психиатрической больницы (ДПБ) Ленинградской области и Ленинградского областного психоневрологического диспансера (ЛОПНД). Общее число наблюдаемых составило 415 человек. Из них 341 человек обследован в ДПБ с помощью «Опросника субъективной удовлетворенности лечением» (СУЛ), 30 пациентов ДПБ заполнили «Анкеты изучения мнения пациента о качестве и доступности стационарной психоневрологической помощи» и 44 больных, наблюдающихся в ЛОПНД, ответили на вопросы «Анкеты изучения мнения пациента о качестве и доступности амбулаторной психоневрологической помощи».

Опросник СУЛ разработан в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева [2, 3]. Он представляет собой самоотчет больных для раскрытия уровня и структуры удовлетворенности лечением, полученным в психиатрическом стационаре. Четыре субшкалы опросника отражают основные составляющие структуры субъективной удовлетворенности: удовлетворенность взаимоотношениями врач – больной; удовлетворенность результатом лечения; удовлетворенность бытовыми условиями и окружающей обстановкой, а также стигматизация. Опросник предназначен для использования врачами-психиатрами и организаторами здравоохранения в стационарах психиатрического профиля для практической работы и проведения научных исследований. Опросник заполняется пациентом непосредственно перед выпиской из психиатрического стационара.

Статистический метод включал в себя расчет экстенсивных величин с определением достоверности их различий. В качестве статистических характеристик выборки использовались медиана, среднее, стандартная ошиб-

ка среднего. Для качественных и категориальных признаков были построены таблицы сопряженности. В рамках статистического метода использовалась проверка на нормальность при помощи теста Колмогорова–Смирнова и анализа гистограмм. Для переменных с распределением, соответствующим нормальному, применялся дисперсионный анализ, для остальных количественных показателей – непараметрический критерий Манна – Уитни. Различия признавались статистически достоверными при уровне значимости  $p < 0,05$ .

### *Результаты исследования*

Из 30 пациентов ДПБ, которых обследовали с помощью «Анкеты изучения мнения пациента о качестве и доступности стационарной психоневрологической помощи», 21 респондент, или 70 %, находился в приемном покое до направления на соответствующее отделение менее 1 ч. Каждый четвертый пациент (26,7 %) осматривается врачом несколько раз в день. 73,3 % респондентов отметили ежедневные осмотры лечащего врача, и лишь 3,3 % указали отсутствие ежедневных врачебных осмотров. В связи с этим вполне ожидаемыми оказались высокие оценки отношения лечащих врачей к пациентам. 73,3 % пациентов оценили его на 5 баллов, 26,7 % – на 4 балла и лишь 3,3 % – на 3 балла.

Почти  $\frac{2}{3}$  респондентов очень высоко (на 5 баллов) оценили отношение к больным медсестер и младшего медперсонала, около  $\frac{1}{4}$  больных выставили оценку 4 балла. Однако 10 % пациентов выбрали оценку 3 балла и ниже.

Достаточно высоко респондентами оценено и качество медицинской помощи, оказываемой в стационаре: 36,7 % опрошенных оценили его на 5 баллов, 46,7 % – на 4 балла и 16,6 % – на 3 балла и ниже.

Высоко была оценена и организация работы в больнице: лишь 6,7 % опрошенных дали оценки 2 балла и ниже, 13,4 % – 3 балла, а 43,3% респондентов оценили ее на 4 балла и 36,7 % – на 5 баллов. Определенным подтверждением удовлетворенности полученной медицинской помощью является то, что 73,3 % пациентов отметили в анкетах намерение в дальнейшем при необходимости продолжить лечение в данном стационаре. Однако 10 % респондентов предпочли бы другую больницу, а 16,7 % участников не имели четкого мнения по данному вопросу.

Ранжирование причин неудовлетворенности пациентов показало, что наиболее часто в анкетах отмечаются плохое санитарно-гигиеническое состояние мест общего пользования (36,7 %) и палат (8,9 %), плохое качество

питания (12,2 %), и недостаточное медикаментозное обеспечение (7,7 %). Эти результаты показывают, что пациентов волнуют не только качество лечения, но и условия пребывания в стационаре.

Из 44 больных, наблюдающихся в ЛОПНД и ответивших на вопросы «Анкеты изучения мнения пациента о качестве и доступности амбулаторной психоневрологической помощи», 39 пациентов, или 88,6 %, наблюдаются ЛОПНД более 1 года, 45,4 % опрошенных тратит на дорогу более 2 ч и 43,2 % – от 1 до 2 ч, испытывая при этом небольшие (38,6 %), значительные (59,1 %) и исключительные (2,3 %) затруднения.

Тратят не более 15 мин в ожидании очереди в регистратуру 90,1 % пациентов, в очереди на прием к врачу – 81,8 %. Однако 4,5 % опрошенных ожидают приема врача более 1 ч.

Почти половина респондентов считают, что им проведены все необходимые диагностические процедуры (47,7 %) и правильно назначено лечение (52,3 %), однако существенная часть пациентов с этими утверждениями не согласна (18,2 % и 25 % соответственно), а 34,1 % и 22,7 % соответственно не имеют четкого мнения по этому поводу. Приобретение назначенных лекарственных препаратов вызывает у большинства пациентов (56,8 %) значительные затруднения, у 31,8 % – небольшие затруднения, а по 5,7 % респондентов отметили «отсутствие трудностей» и «исключительные затруднения».

При исследовании удовлетворенности отдельными характеристиками оказываемой помощи было установлено, что 68,2 % пациентов удовлетворены ими в средней и высокой степени, 18,2 % пациентов оценили свою удовлетворенность как низкую, а 13,6 % опрошенных не были удовлетворены исследуемыми параметрами медицинской помощи. При ранжировании причин неудовлетворенности выявлено, что наиболее низкие оценки получили обеспечение медикаментами, оснащение ЛПУ диагностическим оборудованием и комфортность помещений. Наивысшие оценки удовлетворенности получили отношение к пациентам врачей и медсестер, качество лечения и психологическая атмосфера в ЛПУ.

Лишь каждый пятый опрошенный (20,5 %) всегда обращается при ухудшении самочувствия в ЛОПНД, почти такой же удельный вес (22,7 %) респондентов, обращающихся за медицинской помощью почти всегда. В то же время половина участников опроса (50 %) призналась, что обращаются к врачу редко, а 6,8 % – не обращаются вообще. Большинство опрошенных (65,9 %) часто испытывают побочное действие лекарств, почти всегда – 11,4 %, столько же (11,4 %) – редко, 6,8 % – никогда и 4,5 % – всегда.

Тем не менее большинство опрошенных (79,5 %) показали, что хотели бы продолжать лечение в данном медицинском учреждении. Выбор другого психиатрического учреждения предпочли бы 9,1 % респондентов, а не имеют четкого мнения по этому вопросу 11,4 % участников опроса.

С помощью методики СУЛ в ДПБ обследовали в I квартале 2010 г. 262 пациента, во II квартале – 79 пациентов. Общая характеристика пациентов по уровню удовлетворенности представлена в табл. 1. Как из нее видно, во II квартале 2010 г. изменилось процентное соотношение пациентов со средней и высокой степенью удовлетворенности. Низкий уровень удовлетворенности у пациентов отмечается в единичных случаях: у 2 человек (1 %) в I квартале и у 1 человека (1 %) во II-м. Уменьшилась доля пациентов со средней степенью удовлетворенности с 35 % в I квартале до 10 % во II-м. Значительно выросла доля пациентов с высокой степенью удовлетворенности лечением – с 64 до 89 %.

*Таблица 1*  
*Распределение удовлетворенности по кварталам*

Удовлетворенность	I квартал		II квартал		Всего n
	n	%	n	%	
Низкая	2	0,76	1	1,27	3
Средняя	92	35,11	8	10,13	100
Высокая	168	64,12	70	88,61	238
Всего	262	100	79	100	341

Изменения основных показателей структуры субъективной удовлетворенности по данным СУЛ за 2 квартала представлены в табл. 2.

*Таблица 2*  
*Изменение основных показателей структуры субъективной удовлетворенности (M ± m)*

Квартал	Показатель СУЛ				
	Результаты лечения	Отношения врач-больной	Бытовые условия и окружающая обстановка	Стигматизация	Суммарный показатель
I	33,87 ± 0,48	28,59 ± 0,42	19,42 ± 0,35	5,92 ± 0,16	87,80 ± 1,13
II	37,48 ± 0,65	31,97 ± 0,65	21,82 ± 0,62	5,68 ± 0,25	96,96 ± 1,68
p-н	0,001	0,001	0,001	–	0,001

Как показывает табл. 2, во II квартале наблюдается достоверное повышение таких показателей, как «Результаты лечения», «Отношения врач – больной», «Бытовые условия и окружающая среда», а также суммарного показателя субъективной удовлетворенности. Показатель субшкалы «Стигматизация» достоверно не изменился. Повышение значений показателей «Результаты лечения», «Отношения врач – больной» может быть обусловлено тем, что врачи и медицинский персонал, получившие, согласно собранным данным, информацию об удовлетворенности пациентов лечением, стали в во II квартале уделять больше внимания созданию психологически комфортной обстановки в отделениях, нуждам и потребностям пациентов, не связанным непосредственно с лечением. Это привело к улучшению адаптации пациентов, повышению доверия к врачам и, как следствие, к улучшению комплаенса. Изменения показателя «Бытовые условия и окружающая обстановка» объясняются скорее всего происходящими ремонтными работами, улучшением качества питания, улучшением санитарного состояния палат и мест общего пользования и т. п.

Наиболее высокую оценку у пациентов в I квартале получил показатель «Отношения врач – больной» (высокий уровень удовлетворенности). На втором месте находится показатель «Результаты лечения» (также высокий уровень удовлетворенности). Значения показателей «Бытовые условия и окружающая среда» и «Стигматизация» находятся на 3-й позиции и попадают в диапазон средней степени удовлетворенности.

Во II квартале также наибольшие оценки получил показатель «Отношения врач – больной» (высокий уровень удовлетворенности), на 2-м месте по-прежнему находится показатель «Результаты лечения» (высокий уровень удовлетворенности). Достоверное повышение показателя «Бытовые условия и окружающая среда» позволило ему оказаться на 3-м месте и перейти в диапазон высокой степени удовлетворенности. По-прежнему наиболее низкие оценки определяются по субшкале «Стигматизация», которая находится на 4-м месте (средний уровень удовлетворенности).

Гендерный анализ удовлетворенности представлен в табл. 3. Как показывает эта таблица, в I квартале оценки женщин по всем показателям были достоверно выше, чем у мужчин. Во II квартале эти различия становятся статистически незначимыми. Изменения произошли только за счет пациентов мужского пола: при сравнении показателей за I и II кварталы среди мужчин выявлено достоверное улучшение по всем показателям, за исключением субшкалы «Стигматизация». Среди женщин при сравнении показателей за I и II кварталы статистически значимых изменений, за ис-

ключением достоверного снижения показателя «Бытовые условия и окружающая обстановка» во II квартале, не выявлено.

Таблица 3

Гендерные различия показателей удовлетворенности по кварталам ( $M \pm t$ )

Квартал	Пол	Число пациентов	Показатели СУЛ				
			Результаты лечения	Отношения врач-больной	Бытовые условия и окружающая обстановка	Стигматизация	Суммарный показатель
I	Ж	77	37,78 ± 0,65	31,92 ± 0,54	23,17 ± 0,59	6,70±0,28	99,57±1,57
I	М	85	32,25 ± 0,58	27,20 ± 0,52	17,86 ± 0,38	5,59±0,18	82,90±1,31
II	Ж	29	36,52 ± 1,23	30,62 ± 1,40	20,72 ± 1,19	5,86±0,44	93,72±3,38
II	М	50	38,04 ± 0,74	32,76 ± 0,61	22,46 ± 0,70	5,58±0,31	98,84±1,78
I, p <sub>M-ж</sub>			0,001	0,001	0,001	0,001	0,001
II, p <sub>M-ж</sub>			–	–	–	–	–
Ж, p <sub>I-II</sub>			–	–	–	–	–
M, p <sub>I-II</sub>			0,001	0,001	0,001	–	0,001

### Обсуждение и выводы

Проведенное исследование показывает, что наиболее высоко пациенты оценивают удовлетворенность теми характеристиками психиатрической помощи, которые связаны с межличностными отношениями в системе «потребитель – поставщик» (врач – больной): с отношением врачей и медицинского персонала, их внимательностью, эмпатичностью, общей психологической атмосферой в медицинском учреждении. Также довольно высоко пациенты как амбулаторной, так и стационарной служб оценивают удовлетворенность непосредственными результатами обследования и лечения.

Ряд индикаторов «качества структуры», отражающих материально-техническое и лекарственное обеспечение, удобство территориального расположения, состояние и комфортность помещений, а также возможность приобретать необходимые медикаменты, получили у пациентов наиболее низкие оценки. Также обращает на себя внимание то, что в наименьшей степени больные удовлетворены отношением социума к психиатрии в целом и к своему статусу психиатрического пациента. Стабильно низкие оценки по субшкале «Стигматизация» отражают опасения респондентов, что контакт с психиатрией может негативно отражаться на их учебной или производственной ситуации, жизненных планах, отношении к



ним окружающих и приводить к возможным профессиональным и правовым ограничениям.

Таким образом, проведение регулярных социологических опросов и мониторинг субъективной удовлетворенности пациентов лечением в учреждениях психиатрического профиля могут использоваться для формирования системы управления качеством психиатрической помощи.

### *Литература*

1. ВОЗ. Доклад о состоянии здоровья в мире, 2001. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. – М. : Весь Мир, 2001. – 215 с.

2. *Лутова Н.Б.* Оценка субъективной удовлетворенности больного лечением в психиатрическом стационаре: состояние вопроса. Сообщение 1 / Н.Б. Лутова, А.В. Борцов, В.Д. Вид // Обозр. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 2007. – Т. 2, № 1. – С. 7–9.

3. *Лутова Н.Б.* Оценка субъективной удовлетворенности больного лечением в психиатрическом стационаре: разработка измерительного инструмента. Сообщение 2 / Н.Б. Лутова, А.В. Борцов, В.Д. Вид // Обозр. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 2007. – Т. 4, № 2. – С. 8–10.

4. *Солохина Т.А.* Качество психиатрической помощи (организационные и экономические аспекты) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Солохина Т.А. – М., 2003. – 46 с.

5. *Солохина Т.А.* Управление качеством психиатрической помощи (результаты социологического исследования) / Т.А. Солохина // Психиатрия. – 2003. – № 4. – С. 63–70.

6. *Сосновский А.Ю.* Удовлетворенность пациентов психиатрической помощью, как критерий ее качества (клинико-социологическое исследование) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Сосновский А.Ю. – М., 1995. – 20 с.

7. *Ястребов В.С.* Основные положения концепции обеспечения качества психиатрической помощи / В.С. Ястребов, Т.А. Солохина // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2003. – Т. 103, № 5. – С. 4–10.

8. *Donabedian A.* Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Vol. 1. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment / A. Donabedian. – Michigan : Health Administration Press, 1980. – 457 p.

9. *Donabedian A.* The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring / A. Donabedian. – Michigan : Health Administration Press. 1985. – 900 p.

10. *Donabedian A.* The Criteria and Standards of Quality / A. Donabedian // JAMA. – 1988. – Vol. 260. – P. 1743–1748.

УДК 159.9.075 : 616.89

*И.И. Хлусов*

## **МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП**

Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН

### ***Введение***

Самоубийства (суициды, суицидальное поведение) являются одной из значимых проблем современного общества [2]. По данным Всемирной организации здравоохранения, самоубийства как причина смертности занимают 4-е место – после сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний и травматизма. Ежегодно в мире лишают себя жизни около полумиллиона человек, то есть более 1000 человек ежедневно, а число пытавшихся покончить с собой превышает 5 миллионов [6].

Принято считать уровень самоубийств (на 100 тыс. населения) до 10 низким, от 10 до 20 – средним, 20 и более – высоким или критическим [1]. По сведениям Росстата, в 2009 г. в России покончили жизнь самоубийством 37 570 человек, а уровень самоубийств составил 26,5 на 100 тыс. населения страны [4].

По данным многочисленных исследований риск суицидального поведения определяется 3 группами медико-психологических факторов: 1-й – актуальная конфликтная ситуация, вызывающая социально-психологическую дезадаптацию личности и крах ее ценностных ориентаций и установок; 2-й – личностные (индивидуально-психологические) качества и свойства личности; 3-й – анамнестические (биографические) сведения [3, 5].

### ***Материал и методы***

Провели исследование, ориентированное на выявление факторов риска у лиц молодого (20–39 лет, 127 человек, из них мужчины – 71 %), среднего (40–59 лет, 108 человек, из них мужчины – 69 %) и пожилого

возраста (60–74 лет, 117 человек, из них мужчины – 65 %), с помощью анкеты «Факторы риска», учитывающей выделенные три группы факторов риска суицидального поведения [7].

Все проанкетированные люди также прошли обследование с помощью теста оценки риска суицида (SR-45) дополненное клинической беседой. Результаты явились основанием выделения трех группы – 1-й (с высоким), 2-я (средним) и 3-я (низким) уровнем риска суицида [6]. В 1-й и 3-й группах провели сравнение выраженности медико-психологических факторов риска суицида.

### ***Результаты и их обсуждение***

Результаты исследования приведены в таблице ниже. Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод, что анамнестические факторы риска суицидального поведения чаще всего проявляются в среднем возрасте и в меньшей степени – в пожилом, конфликтогенные факторы риска чаще бывают в молодом и среднем возрасте, индивидуально-психологические факторы – в среднем и пожилом возрасте (см. таблица).

*Факторы риска суицидального поведения*

Фактор риска	Возраст, %			P <sub>1-2</sub>	P <sub>1-3</sub>	P <sub>2-3</sub>
	молодой	средний	пожилой			
	1	2	3	<	<	<
Анамнестический	55	73	45	0,01	-	0,001
Конфликтогенный	92	92	77	-	0,01	0,01
Личностной (психологический)	63	94	81	0,001	0,01	0,01

Среди анамнестических факторов риска суицидального поведения (рис. 1) значимыми у лиц пожилого возраста являются причины «смерть близкого человека», «ухудшение состояния здоровья» и «отсутствие (крайне узкий круг) друзей, близких родственников», у лиц среднего возраста – «чрезмерное употребление алкоголя, психоактивных веществ», у лиц молодого возраста – «компьютерная (игровая, интернет) зависимость», «суицидальные попытки у родственников» и «недостаток “тепла” в семье и в детстве».

С целью профилактики суицидального поведения следует ацентировать внимание на этих причинах при обследовании лиц, находящихся в состоянии психической дезадаптации. Установленные причины являются

наиболее прогностичными среди анамнестических факторов риска суицидального поведения для указанных возрастных групп.

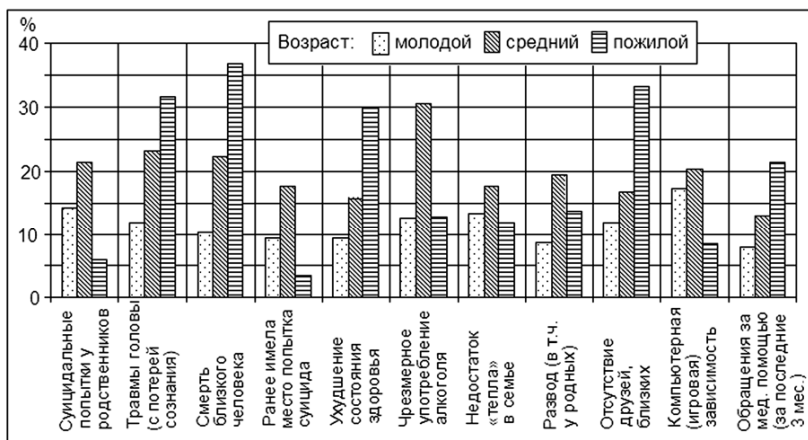


Рис. 1. Выраженность анамнестических факторов риска суицида.

В группе конфликтогенных факторов риска суицидального поведения (рис. 2) чаще всего причинами суицида у лиц пожилого возраста являются следующие: «конфликт отягощен неприятностями в других сферах жизни», «чувство безысходности, непреодолимости конфликтной ситуации» и «чувство усталости, бессилия», у лиц среднего возраста – «чувство безысходности, непреодолимости конфликтной ситуации», «конфликт отягощен неприятностями в других сферах жизни» и «чувство усталости, бессилия», у лиц молодого возраста – «чувство безысходности, непреодолимости конфликтной ситуации», «конфликт отягощен неприятностями в других сферах жизни» и «затянувшийся конфликт». Такое распределение причин риска суицида указывает на наиболее значимые с точки зрения профилактики поведенческих и жизненных ситуаций в возрастных группах. Указанные причины являются наиболее прогностичными среди конфликтогенных факторов риска суицидального поведения во всех возрастных группах.

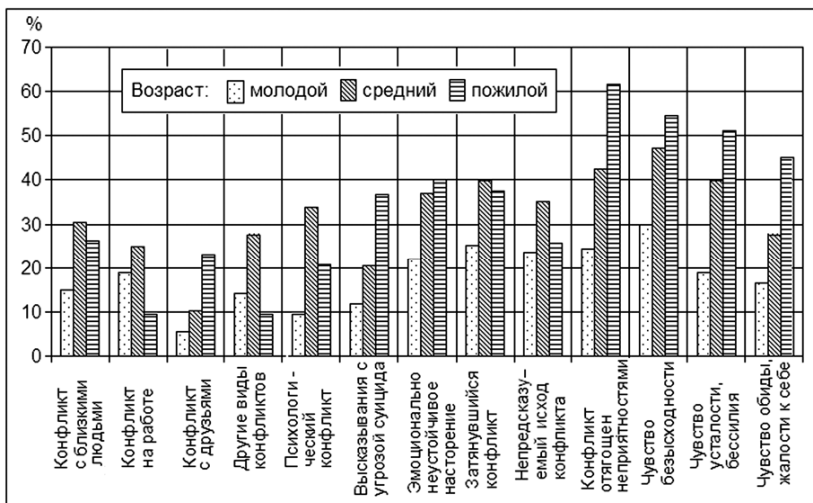


Рис. 2. Выраженность конфликтогенных факторов риска суицида.

В группе личностных (психологических) факторов риска суицидального поведения (рис. 3) чаще всего причинами суицида у лиц пожилого возраста являются «узкий круг интересов, ценностей», «эмоциональная зависимость, необходимость близких эмоциональных контактов» и «эмоциональная неуравновешенность», у лиц среднего возраста – «эмоциональная зависимость, необходимость близких эмоциональных контактов», «эмоциональная вязкость («застревание» на своих переживаниях, неумение отвлечься)» и «низкая способность к созданию защитных механизмов», у лиц молодого возраста – «узкий круг интересов, ценностей», «эмоциональная неуравновешенность» и «низкая способность к созданию защитных механизмов». Такое распределение факторов риска суицидального поведения по возрастным группам указывает на наиболее значимые личностные (психологические) причины суицида в рассматриваемых возрастных группах.

Выявленные личностные (психологические) факторы риска суицидального поведения являются наиболее прогностичными среди рассматриваемых в этой группе причин во всех возрастных группах.

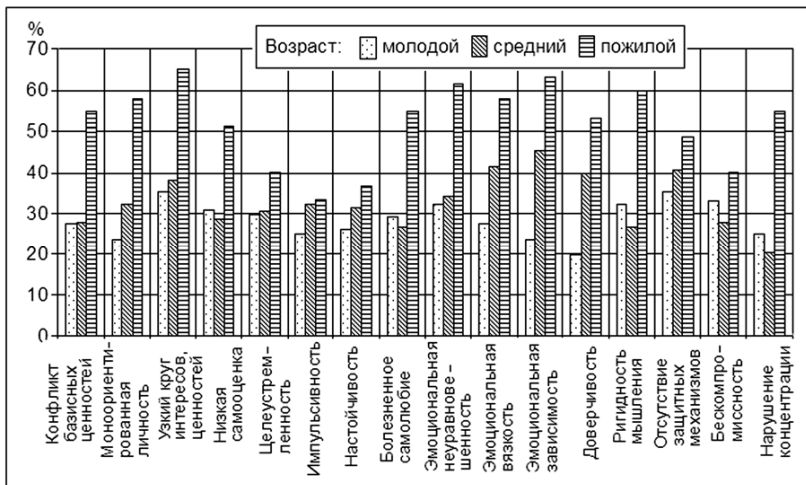


Рис. 3. Выраженность личностных (психологических) факторов риска суицида.

### Заключение

Результаты сравнительной оценки выраженности анамнестических, личностных и конфликтогенных факторов риска суицидального поведения у лиц молодого, среднего и пожилого возраста позволили выявить наиболее прогностичные медико-психологические признаки (показатели, характеристики, переменные) факторов риска суицидального поведения.

Полученные данные (информативный перечень факторов риска и причин суицидов) позволяют более точно определять степень риска суицидального поведения у лиц, находящихся в состоянии психической дезадаптации, разных возрастных групп.

### Литература

1. Амбрумова А.Г. О состоянии суицидологической службы в России / А.Г. Амбрумова, Г.В. Старшенбаум // XII съезд психиатров России. – М., 1995. – С. 28–29.
2. Гилинский Я.И. Социология девиантного поведения и социального контроля / Я.И. Гилинский // Социология в России / ред. В.А. Ядов. – 2-е изд. – М., 1998. – С. 587–609.
3. Говорин Н.В. Личностные и психопатологические механизмы суицидального поведения у военнослужащих по призыву / Н.В. Говорин, Т. Н.

Козлов, Л. Т. Морозов // Современные проблемы психического здоровья. – М., 2005. – С. 166–177.

4. Демографический ежегодник России : стат. сб. / Росстат. – М., 2010. – 520 с.

5. *Змановская Е.В.* Девиантология: (психология отклоняющегося поведения) : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е.В. Змановская. – М. : Академия, 2003. – 288 с.

6. *Марьин М.И.* Профилактика самоубийств среди сотрудников органов внутренних дел : метод. пособие. – М. : ГУК МВД России, 2004. – 211 с.

7. *Рыбникова И.Л.* Возрастной анализ и медико-психологические особенности суицидов различных групп населения мегаполиса (на примере Санкт-Петербурга) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Рыбникова И.Л. ; [С.-Петерб. ин-т биорегуляции и геронтологии]. – СПб., 2002. – 18 с.

8. Суицидология: прошлое и настоящее / под ред. А.Н. Моховикова. – М., 2001. – 569 с.

9. *Шустов Д.И.* Аутоагрессия, суицид и алкоголизм / Д.И. Шустов. – М. : Когито-Центр, 2005. – 214 с.

## **ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК НА РАЗВИТИЕ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У КОМБАТАНТОВ МИНИСТЕРСТВА ВНУТРЕННИХ ДЕЛ**

Медико-санитарная часть Управления внутренних дел, Киров;  
Кировская государственная медицинская академия;  
Институт ментальной медицины Северного государственного  
медицинского университета, Архангельск

### ***Введение***

Психические расстройства являются 3-й по частоте причиной инвалидности у пенсионеров Министерства внутренних дел (МВД) – ветеранов боевых действий [11]. Так, симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) после участия в контртеррористических операциях на территории Северо-Кавказского региона (СКР) проявляются у 50 % комбатантов, а в состоянии хронической психической дезадаптации присутствуют у 30 % сотрудников МВД [3]. Проблема реабилитационного лечения пограничных психических расстройств (ППР) у действующих комбатантов строевых подразделений МВД далека от разрешения, как в диагностическом, так и в лечебном аспектах [4]. Несвоевременность выявления ПТСР и проведения комплексных медико-психологических мероприятий комбатантам приводит к хронизации психических расстройств, росту числа психогенно обусловленных заболеваний, алкоголизации личного состава, прерыванию дальнейшей службы, проблемам в семье [5].

Широкий общественный резонанс вызывают особенности дезадаптивного поведения сотрудников МВД [8]. Причиной каждого асоциального проступка выступают, с одной стороны, личностные особенности сотрудника – его взгляды, интересы, потребности, отношение к различным социальным ценностям [6, 10], а с другой – наличие психического неблагополучия, связанного с боевой психической травматизацией [1]. Антисоциальные и аутоагрессивные поступки действующих сотрудников МВД дискредитируют полицию, как институт государственной власти.

Таким образом, необходимо целенаправленное проведение реабилитации комбатантов с учетом факторов, оказывающих влияние на возник-



новение и течение ППР, для минимизации клинических и психосоциальных последствий воздействия чрезвычайных ситуаций военного характера.

Целью исследования явилась систематизация личностных и психосоциальных факторов, способствующих возникновению и особенностям течения ППР у комбатантов МВД.

### ***Материалы и методы***

Клинически обследовали 247 сотрудников строевых подразделений МВД по Кировской области. Основную группу составили 142 (57,5 %) комбатанта, у которых непосредственно после возвращения из СКР выявили клинические признаки ППР. В этой группе выделили две подгруппы: 1-ю – с расстройствами адаптации и ПТСР – 94 человека, которым провели медико-психологическую реабилитацию; 2-ю – с выраженными невротическими нарушениями и расстройствами личности – 48 человек, которых направили на военно-врачебную комиссию для определения годности к военной службе в занимаемой должности. В группу сравнения были отнесены 105 (42,5 %) психически здоровых комбатантов.

Применялся клиничко-anamnestичекий метод исследования и анализ архивных данных экспериментально-психологического исследования при поступлении на службу в строевые подразделения МВД, на должности связанные с исполнением служебно-боевых задач в особых условиях во всех группах с использованием: СМИЛ [9], краткого отборочного теста (КОТ, адаптированный тест Д. Вандерлика) [7], методики «Адаптивность» [2], теста Басса-Дарки [2].

Для статистической обработки результатов исследования использовались: для качественных показателей – критерий  $\chi^2$ ; для количественных показателей – парный t-критерий Стьюдента; факторный анализ методом главных компонент с применением процедуры вращения методом Вари-макс с нормализацией Кайзера.

### ***Результаты и их обсуждение***

Профиль личности по СМИЛ комбатантов 1-й подгруппы при поступлении на службу в строевые подразделения МВД характеризовался интравертированностью, тревожностью (86,7 %;  $p < 0,001$  по сравнению со 2-й подгруппой), повышенным контролем поведения, мнительностью, впечатлительностью, пессимистичностью (33,7 %;  $p < 0,005$ ), сниженной самооценкой (табл. 1).

Таблица 1

Обобщенный профиль СМИЛ у комбатантов при поступлении на службу в стрелковые подразделения МВД ( $M \pm t$ ), баллы

Шкала	Основная группа (подгруппа)		Группа сравнения
	1-я	2-я	
1-я (невротического сверхконтроля)	49,8 ± 8,8	50,5 ± 8,1	49,9 ± 8,7
2-я (пессимистичности)	51,2 ± 9,2*	55,2 ± 7,6	53,8 ± 11,1
3-я (эмоциональной лабильности)	48,9 ± 9,5	48,9 ± 6,9	49,4 ± 10,3
4-я (импульсивности)	50,4 ± 9,4	52,0 ± 13,4'	58,6 ± 10,8
5-я (мужественности)	50,8 ± 11,7	51,3 ± 9,4	51,3 ± 12,3
6-я (ригидности)	44,4 ± 8,9^	45,6 ± 9,9	47,8 ± 12,0
7-я (тревожности)	59,2 ± 9,3**^^	50,2 ± 8,8''	50,1 ± 10,6
8-я индивидуалистичности	58,3 ± 12,0	58,7 ± 9,7	56,4 ± 9,1
9-я (оптимистичности)	48,5 ± 14,9^^	48,5 ± 12,4''	59,2 ± 11,5
0-я (социальной интроверсии)	47,8 ± 14,7	46,3 ± 16,4	45,9 ± 12,9

Здесь и в табл. 3–5, 7: при сравнении 1-й и 2-й подгрупп \* –  $p < 0,05$ , \*\* –  $p < 0,00$ ; при сравнении 1-й подгруппы и группы сравнения ^ –  $p < 0,05$ , ^^ –  $p < 0,001$ ; при сравнении 2-й подгруппы и группы сравнения ' –  $p < 0,05$ , '' –  $p < 0,001$ .

При проведении факторного анализа значимости преморбидных особенностей личности в формировании ППР в качестве элементарных переменных были включены базовые шкалы СМИЛ. 1-й фактор ( $F_1$ ) сгруппировал переменные, указывающие на «преморбидную невротизированность». Эти переменные описывали состояние эмоциональной неустойчивости, невротический тип реагирования на обыденные ситуации, пессимистичность (табл. 2).

2-й фактор ( $F_2$ ) собрал переменные, указывающие на исходно высокую личностную тревожность, своеобразие восприятия окружающего мира, индивидуалистичность. 3-й фактор ( $F_3$ ) включил переменные, отражающие «дискоммуникативность», склонность к ограничению межличностных контактов, замкнутость, подозрительность, непредсказуемую импульсивную реакцию на обыденные ситуации. Вероятно, исходные особенности личности влияли не только на возникновение и течение психопатологических нарушений, в частности, расстройства адаптации и ПТСР, но и на обращаемость за медицинской помощью (см. табл. 2).

Таблица 2

*Факторный анализ преморбидного профиля СМЛЛ в формировании пограничных психических расстройств у комбатантов МВД*

Шкала СМЛЛ	Фактор								
	Основная группа (подгруппа)						Группа сравнения		
	1-я			2-я					
	F <sub>1</sub>	F <sub>2</sub>	F <sub>3</sub>	F <sub>1</sub>	F <sub>2</sub>	F <sub>3</sub>	F <sub>1</sub>	F <sub>2</sub>	F <sub>3</sub>
Невротический сверхконтроль	0,747				0,712		0,877		
Пессимистичность	0,684			0,722			-0,638		
Эмоциональная лабильность	0,875				0,846		0,905		
Импульсивность			0,722			0,889		0,743	
Мужественность				0,677					0,480
Ригидность				0,608			0,756	0,442	0,611
Тревожность		0,707			0,565				
Индивидуалистичность		0,730		0,775				0,701	0,543
Оптимистичность								0,773	
Социальная интравертированность			0,629			0,591			-0,757
Компонент собственного значения	2,80	1,34	1,11	2,57	1,81	1,57	3,15	2,29	1,12
Дисперсия, %	27,96	13,43	11,05	25,71	18,05	15,69	31,52	22,93	11,16

Личностные характеристики комбатантов 2-й подгруппы при поступлении на службу характеризовались низкой тревожностью с пиком профиля по шкале «индивидуалистичность», высокими показателями шкал «невротический сверхконтроль», «эмоциональная лабильность».

При проведении факторного анализа значимости преморбидных особенностей личности в формировании невротических расстройств было выделено три основных фактора: F<sub>1</sub> – собрал переменные, характеризующие «мужественно-ригидный» тип личности, т. е. независимость от мнения окружающих, упрямство, ориентированность на собственную точку зрения, категоричность, пессимизм; F<sub>2</sub> – указывал на «невротические» особенности характера, включал переменные, отражающие склонность к аффективным реакциям, лабильности, высокой личностной тревожности; F<sub>3</sub> («дискоммуникативность») – включал переменные, описывающие ограниченность межличностных контактов, настороженность, подозрительность, импульсивность (см. табл. 2).

У комбатантов группы сравнения личностные особенности в преморбиде характеризовались завышенной и лабильной самооценкой, амбициозностью (74,3 %,  $p < 0,001$  по сравнению с 1-й подгруппой), активностью (64,5 %,  $p < 0,001$ ), гипертимностью (54,1 %,  $p < 0,005$ ), экстравертированностью (51,5 %,  $p < 0,005$ ), легкостью в общении, личностной незрелостью, поверхностностью суждений (50,1 %,  $p < 0,001$ ), эмоциональной неустойчивостью (50,3 %,  $p < 0,001$ ), что, с одной стороны, делало данного человека достаточно устойчивым к воздействию стресс-факторов боевой обстановки, а с другой стороны – могло являться причиной анозогнозии и в последующем – отказа от обращения за помощью.

При проведении факторного анализа для определения значимости преморбидных личностных особенностей в сохранении психического благополучия у группы психически здоровых комбатантов было выделено три фактора (см. табл. 2):  $F_1$  – собрал переменные, отражающие эмоциональную неустойчивость, склонность к эксплозивным реакциям при общей позитивно-оптимистической настроенности на окружение;  $F_2$  («импульсивно-оптимистичный») сгруппировал переменные, описывающие гипертимный тип личности с поверхностностью суждений и отсутствием фиксации на негативных событиях;  $F_3$  («мужественный») включал переменные, определяющие преобладание стеничных личностных особенностей, ориентацию на собственную точку зрения, независимость в принятии решений.

При исследовании когнитивных функций был выявлен более высокий уровень интеллекта у комбатантов 1-й подгруппы ( $19,8 \pm 2,4$ ) баллов. Показатели интеллекта оказались достоверно ниже у лиц 2-й подгруппы и в группе сравнения, проявляясь более низким уровнем обобщения и анализа информации, пространственного мышления, устойчивости мыслительной деятельности. Достоверных различий по уровню интеллекта между 2-й подгруппой и группой сравнения выявлено не было (табл. 3).

Анализ особенностей реагирования по методу Басса-Дарки показал, что комбатанты 1-й подгруппы в преморбиде были достоверно менее враждебны, подозрительны, раздражительны и вербально агрессивны, чем 2-й подгруппы и психически здоровые лица ( $p < 0,005$ ). В группе сравнения изначально был высокий уровень физической агрессивности и враждебности, но по суммарному итоговому показателю уровня агрессивной мотивации достоверных различий между группами не отмечалось (табл. 4).

Таблица 3

Особенности интеллекта и мыслительной деятельности  
у комбатантов,  $M \pm t$ , в баллах

Показатель	Основная группа (подгруппа)		Группа сравнения
	1-я	2-я	
Общий показатель интеллекта	19,8 ± 2,4*^	16,5 ± 4,5	16,7 ± 4,6
Способность к обобщению и анализу информации	4,9 ± 1,5*^	3,6 ± 1,6	3,7 ± 1,6
Пространственное мышление	4,8 ± 1,5*^	3,1 ± 1,4	3,2 ± 1,3
Устойчивость мыслительной деятельности	4,8 ± 1,6*^	3,5 ± 1,7	3,5 ± 1,7
Гибкость мыслительных процессов	4,3 ± 1,6	3,9 ± 1,4	3,9 ± 1,3
Внимание	4,2 ± 1,6	3,5 ± 1,6	3,6 ± 1,5

Таблица 4

Средние показатели агрессивности по методу Басса Дарки  
у комбатантов при поступлении на службу ( $M \pm t$ ), балл

Шкала теста	Основная группа (подгруппа)		Группа сравнения
	1-я	2-я	
Физическая агрессия	6,1 ± 1,8	5,9 ± 1,9	6,4 ± 2,3
Косвенная агрессия	4,7 ± 1,3^	4,2 ± 1,2'	5,2 ± 1,2
Раздражительность	4,3 ± 1,6*	3,8 ± 1,8'	4,3 ± 1,4
Негативизм	2,9 ± 1,4^	3,1 ± 1,1	3,5 ± 1,3
Обида	3,3 ± 1,4	3,1 ± 1,6	3,5 ± 1,2
Подозрительность	3,3 ± 1,3*	4,0 ± 1,9	3,5 ± 1,3
Вербальная агрессия	5,5 ± 2,4*^	6,4 ± 2,9''	4,5 ± 1,8
Чувство вины	3,6 ± 1,8*	4,7 ± 2,1'	3,9 ± 1,8
Уровень агрессивной мотивации	16,1 ± 3,9	16,5 ± 4,4	16,6 ± 3,7
Враждебность	5,6 ± 2,1*^	6,5 ± 2,9	6,4 ± 2,7

По результатам теста МЛЮ «Адаптивность» в 1-й и 2-й подгруппах отмечался достоверно более высокий исходный уровень морально-нравственных качеств (МН), нервно-психической устойчивости (НПУ) и коммуникативных особенностей (КО), чем у здоровых лиц ( $p < 0,001$ ), что свидетельствовало о соблюдении общепринятых мер поведения и хорошем уровне социализации (табл. 5).

Таблица 5

Динамика адаптивных способностей у комбатантов по тесту «Адаптивность» ( $M \pm t$ ), балл

Шкала	Основная группа (подгруппа)		Группа сравнения
	1-я	1-я	
Личностный адаптационный потенциал	5,4 ± 1,1 <sup>^</sup>	5,3 ± 1,1	4,1 ± 1,5
НПУ	5,5 ± 1,1* <sup>^</sup>	6,1 ± 1,1''	4,2 ± 1,3
КО	5,2 ± 1,2 <sup>^</sup>	5,6 ± 1,1''	4,2 ± 1,5
МН	5,1 ± 1,6 <sup>^</sup>	5,0 ± 1,4''	3,7 ± 1,6

Факторный анализ психологических особенностей комбатантов, способствующих формированию ППР, был проведен по каждой группе обследованных и включал 20 элементарных переменных, представленных значениями базовых шкал использованных экспериментально-психологических методик (табл. 6).

В 1-й подгруппе выделились 3 фактора:  $F_1$  – собрал переменные, отражающие «высокий интеллектуально-мыслительный уровень», склонность к глубокому анализу информации, гибкость мыслительных процессов и пространственного мышления. Следует отметить, что данный фактор отрицательно нагружали показатели физической и косвенной агрессивности, то есть у данных лиц до участия в боевых действиях отсутствовала враждебная настроенность по отношению к окружающим;  $F_2$  – собрал переменные, описывающие «хорошую общую адаптивность», приверженность к строгому соблюдению норм и правил поведения, высокую нравственность, умение ориентироваться в окружающей обстановке, при отсутствии обидчивости и негативизма;  $F_3$  – включал переменные, указывающие на усиление «внешнего контроля поведения» при воздействии стрессовых факторов, о склонности к самообвинению и агрессии направленной во внутрь (см. табл. 6).

Во 2-й подгруппе были выделены также три основных фактора:  $F_1$  – характеризовал состояние «напряженности» и включал переменные, отражающие наличие склонности к невротическим импульсивным реакциям, обидчивости, подозрительности; фактор  $F_2$  – описывал «агрессивность поведения», собрал переменные, характеризующиеся наличием высокого уровня агрессивной мотивации, враждебности, склонности к решению обыденных проблем с помощью физической силы, настороженности, косвенной и вербальной агрессивности;  $F_3$  («когнитивный») собрал переменные

ные, указывающие на хороший уровень интеллекта, устойчивость внимания и пространственного мышления (см. табл. 6).

*Таблица 6*  
*Факторный анализ преморбидных личностных характеристик в формировании пограничных психических расстройств у комбатантов МВД*

Признак	Фактор								
	Основная группа (подгруппа)						Группа сравнения		
	1-я			2-я			F <sub>1</sub>	F <sub>2</sub>	F <sub>3</sub>
F <sub>1</sub>	F <sub>2</sub>	F <sub>3</sub>	F <sub>1</sub>	F <sub>2</sub>	F <sub>3</sub>				
Способность к обобщению и анализу информации	0,513					0,807			-0,413
Пространственное мышление	0,750					0,622			0,687
Устойчивость внимания	0,580					0,772			0,712
Гибкость мыслительных процессов	0,562				0,529				
Внимание	0,631			0,494	0,407				0,563
Физическая агрессия	-0,567				0,763		0,498		
Косвенная агрессия	-0,630				0,770		0,470		
Раздражительность	-0,706			0,568			0,775		
Негативизм	-0,466	-0,522		0,784			0,883		
Обида		-0,450		0,691			0,831		
Подозрительность			0,619	0,804			0,865		
Вербальная агрессия			0,758	0,640	0,431				
Чувство вины			0,576	0,663		0,534			
Уровень агрессивной мотивации			0,709		0,814		0,836		
Враждебность			0,676				0,490		
Личностный адаптационный потенциал		0,777				-0,490		0,825	
Нервно-психическая устойчивость		0,828		0,726				0,881	
Коммуникативные возможности		0,747		0,689					
Морально-нравственные качества		0,699		0,775					
Компонент собственного значения	3,66	3,08	2,71	6,06	2,97	2,22	4,43	3,23	1,88
Дисперсия, %	19,25	16,22	14,27	31,87	15,65	11,66	23,33	17,01	9,88

У психически здоровых комбатантов было выделено три фактора:  $F_1$  – собрал все переменные, показывающие наличие «потенциала агрессии», враждебность по отношению к окружающим, негативизм, склонность к применению физической силы, обидчивость;  $F_2$  («адаптивный») – собрал переменные, описывающие способность к хорошей адаптации в стрессовых ситуациях, отсутствие фиксации на негативных событиях;  $F_3$  – собрал переменные, характеризующие устойчивость внимания, сосредоточенность, отсутствие глубокой переработки психотравмирующих событий (см. табл. 6). Данные психологические особенности являлись значимыми для сохранности психического состояния комбатантов группы сравнения и обеспечивали адаптацию в боевых условиях служебной деятельности.

При анализе психосоциальной адаптации комбатантов были выявлены достоверные внутригрупповые и межгрупповые различия (табл. 7). Разводы в 1-й подгруппе встречались достоверно реже, чем во 2-й и у психически здоровых участников боевых действий. Причинами разрушения семейных отношений комбатанты считали: конфликтные отношения между супругами, частое употребление алкоголя и негативное поведение в состоянии алкогольного опьянения, командировки в зону боевых действий, вспыльчивость, конфликтность, а также подозрения в неверности жен. Многие комбатанты группы сравнения предпочитали не вступать в брак и объясняли это недоверием к женщинам, изменами и примерами неудачных браков у сослуживцев. Одной из причин нарушения семейных взаимоотношений являлось снижение сексуальной активности, которое достоверно чаще встречалось у комбатантов 2-й подгруппы и в группе сравнения (см. табл. 7).

Получены достоверные различия по частоте употребления алкоголя и реакции на алкогольное опьянение. Значительная часть комбатантов 1-й подгруппы отказалась от употребления спиртных напитков полностью, в группе сравнения лиц, не употреблявших алкоголь, не было. Данный показатель имеет важное значение в связи с тем, что у большинства обследованных комбатантов (59,4 %) в состоянии алкогольного опьянения возникало агрессивное поведение с дисфориями, обидчивостью, злостью, с последующей разрядкой в форме психической и физической агрессии.

Нами выявлены и достоверные различия по особенностям увлечений и кругу интересов: у комбатантов 1-й подгруппы преобладали социально-позитивные занятия и увлечения: общение с семьей, природой, спорт и религия; большинству обследованных 2-й подгруппы был свойственен промискуитет, а также отдых на природе в связи с желанием изоляции от общества.



Таблица 7

Частота встречаемости показателей психосоциальной адаптации  
комбатантов МВД, n %

Показатель		Основная группа (подгруппа)				Группа сравнения	
		1-я		2-я		n	%
		n	%	n	%		
Семейное положение	женат	74	78,7**^^	6	12,5	22	21,8
	разведен	10	10,6**^^	41	85,4''	60	59,4
	холост	10	10,6*	1	2,1''	19	18,8
Сексуальная активность	без изменений	51	54,3**^^	16	33,0''	11	10,9
	снижение	30	30,1**^	31	64,6	53	52,2
	усиление	13	13,8*	1	2,1''	37	36,6
Частота употребления алкоголя	каждую неделю	16	17,0**^^	47	97,9''	70	69,3
	не употребляет	20	21,3**^^	1	2,1	2	1,9
	реже 1 раза в месяц	58	61,7**^^	0	0''	29	28,7
Поведение в состоянии опьянения	агрессия	34	36,2*^	28	58,3	50	49,5
	веселье	12	12,8**^	1	2,1	5	5,1
	злость	16	17,0*	0	0''	13	12,9
	обида	19	20,2*	19	39,6	28	27,7
	сон	13	13,8*^	0	0	5	5,1
Круг интересов и способы снятия напряжения	промискуитет	22	23,4**^^	34	70,9''	52	51,5
	Интернет	12	12,8^	8	16,7'	33	32,7
	религия	12	12,8*^	2	4,2	1	1,0
	природа	11	11,7*^	10	20,8'	3	3,0
	спорт	48	51,1**^^	4	8,3'	15	14,9
	семья	22	23,4**^	0	0,0	5	5,0
Изменение характера	безразличный	15	16,0*^	20	41,7	38	37,6
	жесткий	14	14,9*^	12	25,0	23	22,8
	недоверчивый	1	1,1	0	0	1	1,0
	необщительный	8	8,5*^	8	16,7	25	24,8
	не изменился	10	10,6**^^	0	0	0	0
	подозрительный	1	1,1	0	0	1	1,0
Соматическое заболевание	сильный	45	47,9**^^	8	16,7	13	12,9
	практически здоров	71	75,5**^^	1	2,1''	28	27,7
	гипертоническая болезнь	19	20,2**^^	41	85,4''	54	53,5
	язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	4	4,3**^^	6	12,5	19	18,8

Психически здоровые комбатанты предпочитали контактировать с новыми людьми через Интернет, так как они испытывали сложности в непосредственном живом общении. Комбатанты 1-й подгруппы достоверно чаще были соматически здоровы, тогда как большинство обследованных 2-й подгруппы и группы сравнения состояли на диспансерном учете у терапевта с психогенно обусловленными заболеваниями (в основном, с гипертонической болезнью и язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки), что, по-видимому, связано с неразрешенными проблемами после участия в боевых действиях.

### *Заключение*

Анализ вышеизложенных данных показал, что факторами, способствующими возникновению ПТСР и РА у комбатантов, являются преморбидные личностные особенности: тревожность, интравертированность, высокие коммуникативные и морально-нравственные качества, хорошие интеллектуальные способности, пессимистичность. Благоприятность течения данных психических нарушений обусловлена следующими психосоциальными характеристиками: семейная стабильность, социально-позитивный круг интересов, психосоматическое благополучие, редкое употребление алкоголя, своевременное проведение медико-психологической реабилитации в межкомандировочный период.

Формированию более глубоких невротических нарушений с тенденцией к невротическому развитию, а также расстройств личности, способствуют преобладание в преморбиде ригидности, эмоциональной лабильности, вербальной агрессивности, подозрительности, враждебности, негативизма. Способствуют прогрессированию психических нарушений частое употребление алкоголя, неустойчивость семейных отношений, ограниченность интересов и круга общения с фиксацией на служебно-боевой деятельности и ее значимости, несвоевременное выявление психопатологических симптомов в межкомандировочный период с отсутствием своевременной лечебно-реабилитационной помощи.

Значимыми факторами, обуславливающими хорошую адаптацию комбатантов в боевых условиях, являются: оптимистичность, импульсивность, повышенная общая агрессивность, высокая нервно-психическая устойчивость, интеллектуальный уровень с низкой способностью к анализу информации. Однако, у данных лиц, несмотря на отсутствие психических расстройств, выявлены неблагоприятные психосоциальные тенденции: неустойчивые семейные отношения, наличие психосоматических заболева-

ний, ограниченность круга интересов служебно-боевой деятельностью, частое употребление алкоголя, что в последующем может стать одной из причин психосоциального неблагополучия и дезадаптивного поведения в мирной жизни.

Полученные данные необходимо учитывать при профотборе сотрудников МВД на должности, связанные с исполнением служебно-боевых задач в зонах локальных вооруженных конфликтов, а также при проведении реабилитации после командировок в СКР для психопрофилактики антисоциального и аутоагрессивного поведения.

### *Литература*

1. *Безчасный К.В.* Вегето-соматические характеристики у сотрудников МВД при выполнении служебных задач / К.В. Безчасный // Мед. вестник МВД. – 2008. – № 6. – С. 47–49.

2. *Бурлачук Л.Ф.* Словарь-справочник по психодиагностике / Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов. – СПб. [ и др. ] : Питер, 2002. – 528 с.

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

4. *Круглов А.Г.* Медико-психологические последствия деятельности сотрудников органов внутренних дел в особых условиях Северокавказского региона / А.Г. Круглов, Н.И. Мягких, Г.В. Шутко // Мед. вестник МВД. – 2004. – № 4(11). – С.43–48.

5. *Марьин М.И.* Организация психологической работы в ОВД, перспективы развития психологической службы МВД России / М.И. Марьин. – М. : ЦИ и НМОКП МВД России, 2000. – 19 с.

6. *Метелев А.В.* Психологическая экспертиза в органах внутренних дел / А.В. Метелев. – Ижевск, 2004. – 56 с.

7. Организация медико-психологического обеспечения сотрудников ОВД, выполняющих задачи в особых условиях : метод. рекомендации / Н.И. Мягких, А.В. Каляев, Г.В. Шутко, А.И. Ермачков. – М. : МВД РФ, 2005. – 47 с.

8. Организация профессиональной психологической подготовки сотрудников органов внутренних дел : метод. пособие / М.И. Марьин, А.Г. Шестаков, В.Е. Петров [ и др. ]. – М., 2003. – 78 с.

9. *Собчик Л.Н.* Введение в психологию индивидуальности / Л.Н. Собчик. – М.: Изд-во прикладной психологии, 2000. – 512 с.

10. *Субботина Н.А.* Влияние посттравматического синдрома на развитие заболеваний у сотрудников органов внутренних дел Свердловской области, вернувшихся из командировки в Северокавказский регион / Н.А. Субботина // Мед. вестник МВД. – 2006. – № 1(20). – С. 1–2.

11. *Юрковский О.И.* Медико-социальные аспекты инвалидности, реабилитации и социальной интеграции, пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях и в локальных военных конфликтах / О.И. Юрковский // Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. – 2005. – № 1. – С. 26–28.

# ПСИХОЛОГИЯ ЛИЧНОСТИ, ПАТОПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.923

*А.М. Билый*

## ОЦЕНКА ПРЕИМУЩЕСТВЕННОГО ТИПА ЛИЧНОСТИ ПО СИСТЕМЕ ЭСКАЛ И ТЕМПЕРАМЕНТ

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

### *Введение*

Темперамент как центральное образование в структуре психодинамических свойств определяет динамическую, процессуальную сторону психики человека и отвечает на вопрос «как?». Темперамент характеризует динамические особенности психической деятельности, темпа, быстроты, ритма и интенсивности того, что составляет динамику психических процессов и состояний. В.С. Мерлин [4] считает, что к психодинамическим свойствам относят: 1) свойства, отражающие характер протекания психической деятельности по времени (скорость возникновения, прекращения и течения процесса, темп и ритм изменения), 2) интенсивность психического процесса (активность, сила эмоций и др.) и 3) направленность психики (экстра-интроверсия). По его мнению, темперамент рассматривается как энергетическая характеристика психических свойств. Отличительные признаки темперамента – относительная независимость от содержания и ситуации деятельности (формальные свойства) и обусловленность свойствами нервной системы, о которых говорилось выше.

Темперамент характеризует не уровень и содержание достижений человека, а способ этих достижений. Именно эта характеристика темперамента тесным образом связывает темперамент с задатками, поскольку они совместно характеризуют динамическую характеристику психической деятельности. Темперамент можно считать неспецифической характеристикой психической деятельности, поскольку он проявляет себя во всех ее сферах: эмоциональной, познавательной, волевой.

Тип темперамента определяет наиболее оптимальный для каждого индивида способ социально-биологического приспособления к изменяющимся условиям существования, то есть генетически заложенный для каждого индивида свой путь выживания. При реализации такого (индивиду-

ального) пути адекватная системная реакция организма при любых адапционно-приспособительных реакциях (в том числе и при адаптации к условиям профессиональной деятельности) достигается при минимальных тратах внутренних ресурсов. Следовательно, если человек выберет деятельность наиболее близкую по своим требованиям (профессионально важным качествам) к имеющимся у него качествам, в существенной степени определяемым типом темперамента, то такая деятельность будет наиболее эффективной, вызывать минимальное напряжение функциональных резервов, сопровождаться положительными эмоциями и высоким качеством. При этом может снижаться риск профессионального выгорания и возникновения психогенно-обусловленных заболеваний, источником которых могла быть профессиональная деятельность.

В процессе развития человека на его базовую основу (темперамент) накладывается отпечаток социума (поведение в семье, обучение, получение новых навыков и т. д.) и формируется характер, появляются различные желания, стремления, потребности, обуславливающие мотивационную направленность личности.

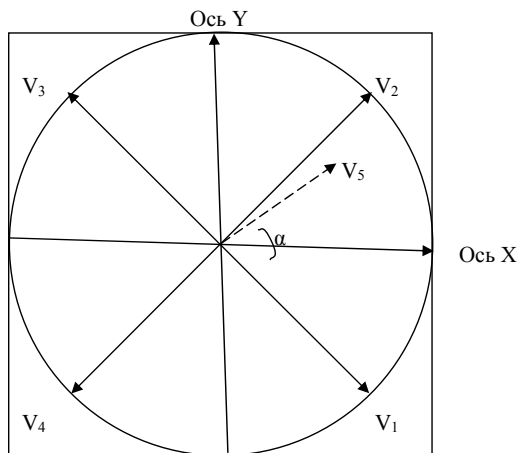
Достаточно часто качества человека, которые были генетически определены типом темперамента, сильно видоизменяются при формировании его характера и мотивационной направленности. Как сама личность, так и окружающие по результатам беседы или проведения психологических обследований с помощью опросников легко могут описать эти видоизмененные качества. Контроль над ответами респондента осуществляет кора головного мозга, в результате чего они опосредованы представлением человека о самом себе и могут быть весьма субъективны. Для снижения коркового контроля и объективизации получаемого результата можно использовать, например, ограничение времени на ответ, однако полностью исключить контроль, не изменяя сознания личности, не удастся.

В основу разработанной нами экспертно-диагностической системы «Экспертная система комплексного анализа личности» (ЭСКАЛ) по определению преимущественного типа личности («ЭСКАЛ – оценка личности») положена теория о типах высшей нервной деятельности (ВНД) И.П. Павлова [7], развитой в трудах Л.Н. Собчик [6]. Основные положения теории и обоснование разработки системы ЭСКАЛ приведены в предыдущей статье [2].

Мы предположили существование четырех разнонаправленных векторов  $V_1$  (Координирующий тип),  $V_2$  (Стимулирующий тип),  $V_3$  (Содействующий тип),  $V_4$  (Контролирующий тип). Результаты, полученные при об-

следовании респондента по каждой шкале, откладывали по соответствующим координатам векторов. По правилу сложения векторов получали вектор  $V_5$ , который отображал характеристику респондента. Угол  $\alpha$  отображает угол наклона вектора  $V_5$  относительно оси X (рис. 1).

Цель настоящей работы заключалась в состоятельности суждения о том, что результаты полученные по методике «ЭСКАЛ – оценка личности» описывают структуру личности близкую к темпераменту.



*Рис. 1. Формирование векторов по шкалам методики «ЭСКАЛ – оценка личности».*

### **Материал и методы**

В исследовании участвовали 1456 человек в возрасте от 15 до 62 лет, лиц мужского пола было 49 %. Объем и методики исследования сгруппированы в табл. 1. Пункты 2–8 (см. табл. 1) реализованы на автоматизированном рабочем месте специалиста профессионального отбора (АРМ СПО «Отбор»). Описания используемых методик представлены в табл. 2.

Таблица 1

## Объем и методики исследований

№	Наименование методики	Количество
1	ЭСКАЛ – оценка личности	1456
2	S-тест	147
3	Чувство ритма	147
4	Слуховая дифференциальная чувствительность, вариант 1	147
5	Слуховая дифференциальная чувствительность, вариант 2	147
6	Сила нервной системы	147
7	Закономерности	147
8	Буквенно-числовая методика (БЧМ)	147
9	Кубы	37
10	Вербальная память	37
11	Арифметический счет	37
12	Социометрия (непараметрическая процедура)	50
13	Коммуникативные и организаторские способности (КОС)	50
14	Электроэнцефалография (ЭЭГ)	37
	Всего	2733

Таблица 2

## Краткое описание методик исследований

Наименование методики	Описание
S-тест	Выполняется с ограничением времени. Перцептивно-когнитивная методика. Оценивается способность к оперированию пространственными образами и темп мыслительных операций
Чувство ритма	Методика направлена на оценку развития чувства ритма – качества, необходимого для безошибочного различения сходных по звучанию знаков радиотелеграфной азбуки кода Морзе (методика разработана В.И. Рыжковым)
Кубы	Методика выполняется с ограничением времени, направлена на оценку образного мышления
Вербальная память	Методика предназначена для исследования и оценки объема, устойчивости кратковременной памяти на вербальный материал
Слуховая дифференциальная чувствительность, вариант 1	Методика оценки дифференциальной чувствительности слухового анализатора к восприятию изменений высоты тона. Дифференциальная чувствительность к восприятию изменений высоты тона – это способность слухового анализатора улавливать минимальные изменения частоты звуковых сигналов



Наименование методики	Описание
Слуховая дифференциальная чувствительность, вариант 2	Методика направлена на оценку порога маскировки звукового сигнала. Порог маскировки характеризует пороговый (минимальный) уровень ощущения сигнала на фоне помехи. Величина порога маскировки определяется как разность между интенсивностями низкочастотной помехи и высокочастотного сигнала на ее фоне. При выполнении методики предусматривается возможность предъявления испытуемому через головные телефоны контрольных тональных сигналов с частотой 1000 Гц и ступенчато изменяемой интенсивностью от 40 до 55 дБ при шаге изменения в 1 дБ. Время предъявления сигнала 2 с
Сила нервной системы	Это аналог широко известной методики «Теппинг-тест». В данном случае под «силой нервной системы» понимается способность индивида выдерживать длительную и (или) интенсивную стимуляцию, не входя в запредельное торможение. Предполагается, что в основе этого свойства лежит выносливость, работоспособность нервных клеток либо к длительному действию раздражителя, дающего концентрированное, сосредоточенное в одних и тех же нервных центрах и накапливающееся в них возбуждение, либо к кратковременному действию сверхсильных раздражителей. Чем слабее нервная система, тем раньше нервные центры переходят в состояние утомления и охранительного торможения
«Закономерности»	Методика предназначена для изучения некоторых особенностей процесса мышления (активности, сообразительности) и оперативной памяти. Сущность методики состоит в следующем: испытуемому надо определить, какое слово зашифровано символами в предъявляемой тестовой пробе (сигнале) или такое слово отсутствует. При этом символы могут повторяться: это означает, что на данных знакоместах в зашифрованном слове находится одна и та же буква
Буквенно-числовая методика (БЧМ)	Буквенно-числовая методика оценки функциональной подвижности нервных процессов. Методика разработана В.И. Рыжковым как вариант методики А.Е. Хильченко. В методике предусмотрены два типа вербальных стимулов, один из которых несет положительную информацию, другой – тормозную. От испытуемого требуется безошибочное дифференцирование положительных и тормозных стимулов, предъявляемых в навязанном темпе. Дифференцирование стимулов в этих условиях может быть достигнуто только при высоких скоростных характеристиках нервной деятельности, обеспечивающих как быстрое переключение с одной положительной реакции на другую, так и быстрый переход от возбуждения к торможению и наоборот. Успешное выполнение методики в определенной мере зависит также от объема слуховой кратковременной памяти и от скорости двигательных актов. Иными словами, по своему психофизиологическому содержанию методика направлена на оценку скорости центральной переработки информации, процесса принятия и исполнения решений (функциональной подвижности нервных процессов)

Наименование методики	Описание
Арифметический счет	Методика предназначена для оценки быстроты мыслительных процессов при выполнении простых арифметических действий. Методика направлена на исследование логического мышления, оперативной памяти, внимания, оценки способности к выполнению числовых операций, счетных навыков, оценку темпа мыслительных операций
Социометрия (непараметрическая процедура)	Применяется для диагностики межличностных и межгрупповых отношений в целях их изменения, улучшения и совершенствования. С помощью социометрии можно изучать типологию социального поведения людей в условиях групповой деятельности, судить о социально-психологической совместимости членов конкретных групп
Коммуникативные и организаторские способности (КОС)	Данная методика предназначена для выявления коммуникативных и организаторских склонностей личности (умения четко и быстро устанавливать деловые и товарищеские контакты с людьми, стремления к расширению сферы контактов, участию в общественных и групповых мероприятиях, умения влиять на людей, стремления проявлять инициативу и т. д.)
ЭЭГ	Применялась с использованием различных тестовых стимулов для выявления преимущественного типа мышления (лево- или правополушарного когнитивного типа)

### *Результаты и их обсуждение*

Для анализа результатов произвели оценку связей между показателями и различия между группами. Получены следующие результаты (табл. 3).

Шкалы «Координирующий тип» и «Содействующий тип» являются противоположными по смыслу, что соответствует положению о сильном и слабом типе ВНД (табл. 2, п. 2 и 5).

Уровень корреляционных связей в данных наблюдениях свидетельствует лишь о тенденции. Такие результаты скорее всего можно объяснить тем, что ведущую роль имеют не конкретные значения по шкалам «ЭС-КАЛ – оценка личности» и величина самого результирующего вектора, а угол ( $\alpha$ ) отклонения от оси X. Данный угол характеризует наличие определенных качеств, которые изменяются на всем круге – 360°. Величина самого вектора в таком случае отображает силу проявления качеств.

Для проверки данного утверждения был проведен следующий анализ данных. Весь круг был разбит на сектора по 30°, таким образом, получили 12 групп (рис. 2): 1-я – от 345° до 15°; 2-я – от 15° до 45°; 3-я – от 45° до 75°; 4-я – от 75° до 105°; 5-я – от 105° до 135°; 6-я – от 135° до 165°; 7-я – от 165° до 195°; 8-я – от 195° до 225°; 9-я – от 225° до 255°; 10-я – от 255° до 285°; 11-я – от 285° до 315°; 12-я – от 315° до 345°.

Таблица 3

## Взаимосвязи шкал методики «ЭСКАЛ – оценка личности»

Методика	Взаимосвязь со шкалами	Результат
Шкала «Координирующий тип»		
S-тест	Показатель «Точность» ( $r = 0,22$ при $p < 0,05$ )	Для успешного выполнения данной методики необходимо интуитивное и образное мышление.
Сила нервной системы	Показатель «Выносливость» ( $r = 0,20$ при $p < 0,05$ )	Шкала «Координирующий тип» соответствует сильному типу высшей нервной деятельности (ВНД)
Шкала «Стимулирующий тип»		
Закономерности	Показатель «Скорость» ( $r = 0,27$ при $p < 0,05$ ),	Свидетельствует о высокой переключаемости внимания, лабильности (смешанный тип ВНД, лабильность нервных процессов).
Шкала «Содействующий тип»		
Буквенно-числовая методика (БЧМ)	Показатель «Точность» ( $r = 0,25$ , при $p < 0,05$ )	Подтверждает сведения о вербальном виде мышления, характерном для данного типа личности
Сила нервной системы»	Показатель «Выносливость» ( $r = - 0,18$ при $p < 0,05$ )	Шкала «Содействующий тип» соответствует слабому типу ВНД
Шкала «Контролирующий тип»		
Чувство ритма	Показатель «Точность» ( $r = - 0,27$ при $p < 0,05$ )	Соответствует низкой чувствительности к ритму у личности при высоких показателях по шкале «Контролирующий тип», которая характеризует жесткость установок, пунктуальность, ригидность личности

Полагаем, что группы, которые отображают противоположные качества, следующие: 1-я и 7-я, 2-я и 8-я, 3-я и 9-я, 4-я и 10-я, 5-я и 11-я, 6-я и 12-я (см. рис. 2). Далее была проведена сравнительная оценка противоположных групп. Для оценки были взяты также результаты, которые были описаны в предыдущей статье [2] и которые оценивались лишь по коэффициенту корреляции (такие методики, как многоуровневый опросник (МЛО) «Адаптивность», 16-факторный личностный опросник (16 ФЛО) Кеттелла форма С). По всем методикам использовали средние арифметические значения «сырых» баллов, по методике «ЭСКАЛ – оценка личности» – стены.

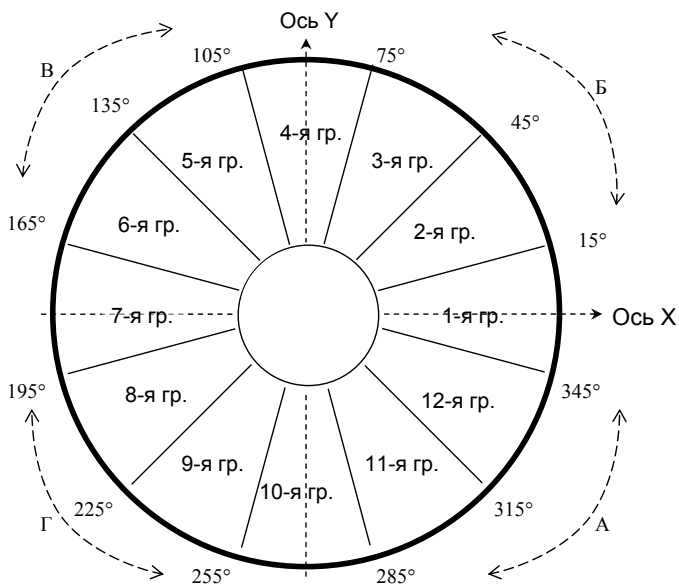


Рис. 2. Выбор групп по отклонению векторов  $V_5$  по ЭСКАЛ для сравнения результатов выполнения других методик:

- А – сектор, описывающий качества «Координирующего типа»;
- Б – сектор, описывающий качества «Стимулирующего типа»;
- В – сектор, описывающий качества «Содействующего типа»;
- Г – сектор, описывающий качества «Контролирующего типа»

Различия между 1-й и 7-й группами (экстраверты и интраверты). Для 1-й группы по сравнению с 7-й группой характерны высокие показатели точности ( $p < 0,02$ ) и продуктивности ( $p < 0,02$ ) по методике «Закономерности», личностного адаптационного потенциала ( $p < 0,04$ ) и моральной нормативности ( $p < 0,01$ ) МЛЮ «Адаптивность» и шкале «смелости» ( $p < 0,02$ ) 16 ФЛЮ, они чаще пользовались авторитетом в коллективе ( $p < 0,01$ ) по показателю  $R_g$  методики социометрии, обладали большими организаторскими способностями ( $p < 0,01$ ) по методике КОС. Для 7-й группы были присущи более высокие значения тревожности ( $p < 0,01$ ) 16 ФЛЮ, ипохондрии с коррекцией ( $p < 0,03$ ) и без коррекции ( $p < 0,001$ ) МЛЮ «Адаптивность».

Различия между 2-й и 8-й группами («Стимулирующий тип» – экстраверты и «Контролирующий тип» – интраверты). Для лиц 2-й группы по сравнению с 8-й группой были характерны высокие показатели по точ-

ности ( $p < 0,01$ ) методики «S-тест», по большему количеству ошибок ( $p < 0,03$ ) методики «Вербальная память», организаторские способности ( $p < 0,03$ ) методики КОС. Для лиц 8-й группы по сравнению с 2-й группой были свойственны более высокие значения активности коры головного мозга при съеме ЭЭГ в теменной области слева во время решения различных задач ( $p < 0,01$ ), точности ( $p < 0,03$ ) по методике «Вербальная память», по шкале ипохондрии с коррекцией ( $p < 0,02$ ) МЛЮ «Адаптивность».

Статистически значимых различий между лицами 3-й и 9-й группами («Стимулирующий тип» – чувственность и «Контролирующий тип» – действительность) не обнаружено.

*Различия между 4-й и 10-й группами (темперамент чувств и темперамент действия).* Для лиц 4-й группы по сравнению с 10-й группой были характерны высокие показатели стабильности ( $p < 0,02$ ) по методике «Сила нервной системы», дифференциальной чувствительности слухового анализатора ( $p < 0,03$ ) и точности ( $p < 0,01$ ) по методике БЧМ, социальной интроверсии ( $p < 0,04$ ) по МЛЮ «Адаптивность». Для лиц 10-й группы были присущи более высокие значения скорости ( $p < 0,02$ ) методики «Дифференциальная чувствительность слухового анализатора», эффективности ( $p < 0,02$ ) методики БЧМ, самостоятельности ( $p < 0,03$ ) методики 16 ФЛЮ.

*Различия между 5-й и 11-й группами («Содействующий тип» – чувственность и «Координирующий тип» – действительность).* Для лиц 5-й группы по сравнению с 11-й группой были характерны высокие показатели работоспособности слухового анализатора ( $p < 0,02$ ), достоверности ( $p < 0,02$ ) 16 ФЛЮ, ипохондрии с коррекцией ( $p < 0,04$ ) и тревожности с коррекцией ( $p < 0,02$ ) МЛЮ «Адаптивность». Для лиц 11-й группы свойственны более высокие значения выносливости ( $p < 0,04$ ) методики «Сила нервной системы», точности ( $p < 0,001$ ) и продуктивности ( $p < 0,001$ ) методики «Закономерности», доминантности ( $p < 0,01$ ) 16 ФЛЮ, уровня поведенческой регуляции ( $p < 0,04$ ) МЛЮ «Адаптивность».

*Различия между 6-й и 12-й группами («Содействующий тип» – интроверсия и «Координирующий тип» – экстраверсия).* Для лиц 6-й группы по сравнению с 12-й группой были характерны высокие показатели скорости ( $p < 0,01$ ) методики «Дифференциальная чувствительность в слуховом анализаторе» (вариант 2). Для лиц 12-й группы были присущи более высокие значения точности ( $p < 0,01$ ), скорости ( $p < 0,01$ ) и продуктивности ( $p < 0,01$ ) методики «S-тест».

В обобщенном виде выводы можно представить так:

1) по электрической активности головного при решении задач отмечается разделение на право- и левополушарный когнитивные стили вдоль векторов  $V_1$ – $V_3$  (сильный и слабый тип ВНД). На данные отличия указывает и Л.Н.Собчик [6], а также результаты исследований И.Ю. Козловой [3] и В.Б. Павленко [5];

2) отмечаются различия по силе ВНД вдоль векторов  $V_1$  (слабый тип ВНД) и  $V_3$  (сильный тип ВНД), что также соответствует теории Л.Н. Собчик [6];

3) найдены различия познавательной сферы и способу восприятия и обработки информации:

– для «Координирующего типа» (группы: часть 10-й, 11-я, 12-я и часть 1-й; см. рис. 2, сектор А) характерны высокая скорость обработки информации, синтетический, рациональный тип мышления, элементы образного мышления;

– «Стимулирующему типу» (группы: часть 1-й, 2-я, 3-я, часть 4-й; см. рис. 2, сектор Б) присущи элементы синтетического и рационального мышления, образное мышление, большее количество ошибок при воспроизведении информации из памяти;

– «Содействующему типу» (группы: часть 4-й, 5-я, 6-я, часть 7-й; см. рис. 2, сектор В) свойственны вербальный тип мышления, хорошая дифференциальная чувствительность слухового анализатора, стабильность нервной системы;

– для «Контролирующего типа» (группы: часть 7-й, 8-я, 9-я, часть 10-й; см. рис. 2, сектор Г) характерны хорошая память, эффективность формально-логического мышления.

Данные результаты укладываются в теорию ведущих тенденций и общую схему типов личности по Л.Н. Собчик [6].

### ***Заключение***

Учитывая данные исследования, можно предположить, что преимущественный тип личности, полученный при обработке результатов «ЭС-КАЛ – оценка личности», наиболее близок к темпераменту. Каждому такому типу личности также присущ свой тип познавательной сферы, свой уникальный набор ведущих тенденций (когнитивный, эмоциональный, коммуникативный и мотивационный стили [6]). Таким образом, разработанная нами экспертно-диагностическая система «ЭС-КАЛ – оценка лично-

сти» является валидной, а ее результаты достоверно выявляют изучаемые свойства личности.

### *Литература*

1. *Билый А.М.* Оптимизация профессионального психофизиологического отбора и сопровождения деятельности специалистов / А.М. Билый // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2007. – № 3 (17). – С. 73–77.

2. *Билый А.М.* Разработка системы для определения преимущественного типа личности / А.М. Билый // Вестник психотерапии. – 2010. – № 35 (40). – С. 102–110.

3. *Козлова И.Ю.* Электроэнцефалографические корреляты успешности когнитивной деятельности : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Козлова И.Ю. ; [Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова] – СПб., 2010. – 24 с.

4. *Мерлин В.С.* Очерк теории темперамента / В.С. Мерлин. – Пермь : Кн. изд-во, 1973. – 291 с.

5. *Павленко В.Б.* Нейробиологические факторы психической индивидуальности и их электрофизиологические корреляты / В.Б. Павленко // Системные реакции в биопотенциалах головного мозга человека и животных / под ред. В.Г. Сидякина. – Симферополь, 2001. – С. 276–336.

6. *Собчик Л.Н.* Психология индивидуальности: теория и практика психодиагностики / Л.Н. Собчик. – СПб. : Речь, 2005. – 623 с.

7. *Шостак В.И.* Психофизиология / В.И. Шостак, С.А. Лытаев, М.С. Березанцева. – 2-е изд. – СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2009. – 352 с.

## ХАРАКТЕРИСТИКА УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ В ПОСЛЕАБОРТНОМ ПЕРИОДЕ У ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

ММУ «Городская больница № 10», Самара;  
Самарский медицинский институт «РЕАВИЗ»

### *Введение*

В настоящее время не вызывает сомнений тот факт, что незапланированное наступление беременности вызывает чрезмерные эмоциональные переживания как у самой женщины, так и у людей из близкого окружения. В случае принятия решения о прерывании беременности женщину начинает одолевать страх перед предстоящей операцией, возникают опасения по поводу адекватности обезболивания, возникновения осложнений во время выполнения операции, возможности наступления беременности в дальнейшем и т. п. [2, 3, 5, 6], что обуславливает необходимость проведения психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий.

Личностный и ситуативный уровень тревожности напрямую зависит от нейромедиаторного обмена в диэнцефальных структурах головного мозга. Наиболее существенное значение в регуляции эмоций имеют эндогенные опиоидные пептиды – эндорфины и энкефалины. Можно полагать, что прогрессивный набор массы тела нередко вызван стимуляцией центров пищевого поведения вследствие депрессивного состояния, сопровождающимся дефицитом «медиаторов радости» и снижением гормона насыщения – лептина [1].

Психические состояния у женщин, поступивших на искусственное прерывание беременности, в настоящее время очень хорошо изучены. На наш взгляд, представляет интерес сравнение показателей тревожности у женщин, склонных к метаболическим нарушениям, проявляющимся избыточной массой тела, и у здоровых женщин.

Цель исследования – оценить и проанализировать уровень ситуативной (СТ) и личностной тревожности (ЛТ) у женщин с избыточной массой тела в динамике до и через 18 мес. после искусственного прерывания беременности.



### **Материалы и методы**

Для реализации поставленной цели провели проспективное исследование, в ходе которого участвовали 115 женщин в возрасте 18–35 лет, поступивших на искусственное прерывание беременности. Обследуемых пациенток распределили на 2 группы: 1-я – 75 человек, у которых отмечалась избыточная масса тела; 2-я – 40 человек с нормальными росто-весовыми показателями. Определение излишков подкожной жировой клетчатки осуществляли путем подсчета индекса массы тела (ИМТ), предложенного G. Vrey в 1987 г. по формуле:  $\text{ИМТ} = \text{масса тела (кг)} / \text{длина тела}^2 \text{ (м)}$ . В 1-ю группу вошли пациентки с ИМТ 28–30 кг/м<sup>2</sup>, во 2-ю – с ИМТ от 20 до 28 кг/м<sup>2</sup>.

Специальных реабилитационных мероприятий, направленных на коррекцию эмоциональных нарушений, пациентам не проводили. Обе группы были тождественны по возрасту, образованию, материальному обеспечению.

Диагностику уровня тревожности у обследованных женщин проводили путем тестового контроля по «Шкале реактивной и личностной тревожности», предложенной Ч.Д. Спилбергом в модификации Ю.Л. Ханина. Оценку показателей осуществляли накануне аборта и через 18 мес. после искусственного прерывания беременности. При интерпретации показателей использовали следующие ориентировочные оценки тревожности: до 30 баллов – низкая, 31–45 баллов – умеренная; 46 и более – высокая [4].

### **Результаты и их обсуждение**

Анализ данных анкетного исследования, проведенного накануне прерывания беременности, показал высокий уровень как СТ, так и ЛТ в обеих группах женщин (см. таблицу). Разумеется, в этих цифрах нашли отражение переживания, сопровождающие принятие решение о прерывании беременности, и опасения за саму манипуляцию.

*Показатели тревожности у женщин, балл, M ± t*

Показатель, балл	1-я группа		2-я группа	
	До аборта	После аборта	До аборта	После аборта
СТ	54,8 ± 7,9 <sup>1</sup>	36,3 ± 7,1	50,1 ± 7,9 <sup>1</sup>	30,6 ± 5,7
ЛТ	53,1 ± 6,5 <sup>1,2</sup>	39,0 ± 5,9 <sup>3</sup>	46,3 ± 5,4 <sup>1</sup>	29,9 ± 5,0

<sup>1</sup> p < 0,01 по сравнению с этой же группой после аборта;

<sup>2</sup> p < 0,05 по сравнению со 2-й группой до аборта;

<sup>3</sup> p < 0,05 по сравнению со 2-й группой после аборта.

Несмотря на то что уровень ЛТ является устойчивым и отражает степень предрасположенности субъекта к тревоге, в такой стрессовой ситуации, которой является аборт, ее балльные значения возрастают, как и значения СТ. Особенно высокий уровень ЛТ был диагностирован у женщин 1-й группы ( $p < 0,05$ ).

Вероятно, у пациентов, склонных к обменно-эндокринным дисфункциям, изначально имеется лабильность нейро-трансмиссерной системы, хуже развиты механизмы адаптации к стрессорным раздражителям. Можно предположить, что высокие показатели ЛТ на момент первоначального обследования связаны со следовым влиянием высокой СТ, создающей своеобразный пессимистический прогноз на перспективу.

В отдаленном периоде (после прерывания беременности и устранения стрессорного фактора) показатели ЛТ и СТ снижаются. В частности, уровень СТ снизился в обеих наблюдаемых группах до значений в 30–36 баллов, то есть различий в СТ у женщин как с нормальной, так и с избыточной массой тела не имелось.

Динамика показателей ЛТ была иной. На фоне общего значительного снижения уровня ЛТ по сравнению с исходными данными абсолютные значения у пациенток 2-й группы на 18-м месяце были статистически значимо ( $p < 0,05$ ) ниже, чем в 1-й группе (см. таблицу). Если у женщин 2-й группы в этот период уровень ЛТ интерпретировался как низкий (уменьшился на 35,4 % от исходного), то у женщин 1-й группы он твердо соответствовал средним значениям и снизился только на 26,6 %.

Анализ показателей тревожности у женщин изучаемых групп свидетельствует о том, что у пациенток, склонных к метаболическим нарушениям, имеется повышенный уровень ЛТ, они с большим негативом воспринимают окружающую действительность, предрасположены к раздражительности и переживаниям. У этих пациенток легко меняется настроение, отмечаются немотивированные волнения и ожидание неудачи. Таким женщинам менее свойственно чувство уверенности в себе, эмоциональной устойчивости и уравновешенности нервных процессов.

Перечисленные клинические характеристики отражают баланс взаимодействия нейротрансмиттеров в диэнцефальных структурах. Эмоциональные переживания, сопровождающиеся высоким уровнем СТ и ЛТ во время искусственного аборта, являются тем раздражителем, который приводит к сбою в регуляции нейрофизиологических механизмов в гипоталамусе и провоцирует прогрессирование набора веса и развитие метаболических нарушений.

### **Выводы**

Оценка показателей СТ и ЛТ позволила установить рост их значений перед искусственным прерыванием беременности у пациенток как с нормальным, так и с избыточным весом. Для женщин с увеличенным ИМТ до 28–30 кг/м<sup>2</sup> характерно сохранение повышенного уровня ЛТ (на 10,9 балла больше, чем в контрольной группе) в отдаленном периоде после прерывания беременности.

Следует также отметить, что одним из путей предупреждения прогрессирующего увеличения массы тела и развития нейро-эндокринных нарушений после искусственного аборта является использование психотерапевтического и медикаментозного воздействия на пациентку, направленное на стабилизацию ее психической сферы.

### **Литература**

1. *Беляков Н.А.* Метаболический синдром у женщин (патофизиология и клиника) / – СПб. : Изд. дом СПбМАПО, 2005. – 440 с.
2. *Брехман Г.И.* Психологические особенности женщин, прерывающих беременность / Г.И. Брехман, Н.П. Ланочкина // Психотерапия и клиническая психология в общемедицинской практике : материалы рос. конф., 26–28 мая 1999. – Иваново : СПб. – 2000. – С. 17–20.
3. *Галин А.П.* Медицинские, социальные и психологические проблемы аборта у юных женщин (возможности реабилитации) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Галин А.П. ; [Ижев. гос. мед. акад.], 2001. – 32 с.
4. *Елисеев О.П.* Практикум по психологии личности / О.П. Елисеев. – СПб. [и др.] : Питер, 2007. – 508 с.
5. *Юсупова А.Н.* Аборты в России / А.Н. Юсупова : под ред. В.Ю. Альбицкого. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2004. – 208 с.
6. *Wang J.X.* Polycystic ovarian syndrome and the risk of spontaneous abortion following assisted reproductive technology treatment / J.X. Wang, M.J. Davies, R.J. Norman // Hum. Reprod. 2001. – Vol. 16, N 12. – P. 2606–2609.

# ЭКСТРЕМАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.938 : 159.942 : 616.89

*Е.С. Загаров*

## ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ОПЕРАТОРА ГИПОТЕТИЧЕСКИ ОПАСНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

1-й Центральный научно-исследовательский институт Минобороны РФ,  
Санкт-Петербург

### *Введение*

В процессе профессиональной деятельности человек подвергается воздействию различных неблагоприятных факторов, физических и психологических, в ответ на которое организм реагирует неспецифическим физиологическим возбуждением. Г. Селье назвал этот феномен «общим адаптационным синдромом» (ОАС) [5].

Р. Лазарус [3] высказал предположение о том, что адаптация к среде определяется эмоциями. Качество и интенсивность эмоции и результирующее поведение зависят от оценки значимости реального или предполагаемого взаимодействия со средой, определяемой исходя из благополучия личности.

Исследователи, изучавшие психологические аспекты в радиологии, объясняют изменения функционального состояния организма у ликвидаторов последствий аварии воздействием комплекса неблагоприятных факторов аварии, ведущая роль среди которых принадлежит стрессу, связанному с радиофобией [0]. Установлено, что чем выше субъективная оценка опасности радиации, тем резче выражено ухудшение самочувствия, снижение работоспособности и уровня здоровья [0]. Неопределенность информации об аварии является меньшим злом, по сравнению с так называемой ложной информацией [1]. На выраженность вегетативного обеспечения эмоций у человека существенное влияние оказывает субъективная оценка меры опасности [3].

Этот феномен может рассматриваться с позиции теории установки, основы которой были заложены Г. Мюллером и Т. Шуманом и глубоко разработаны Д.Н. Узнадзе и его школой.

В общей психологии установка применяется при исследовании психофизиологических механизмов приспособления организма к предвосхищаемым ситуациям, избирательности и направленности психических процессов, механизмов неосознаваемой регуляции деятельности личности, формирования характера.

Теория установки представляется адекватной системой моделей для интерпретации психологических аспектов воздействия физических факторов, которому предшествует предварительная информация об их опасности.

Цель исследования – оценить влияние психологической установки на опасность воздействия сложно модулированных акустических сигналов на психофизиологические реакции операторов компьютеров при выполнении стандартного тестового задания.

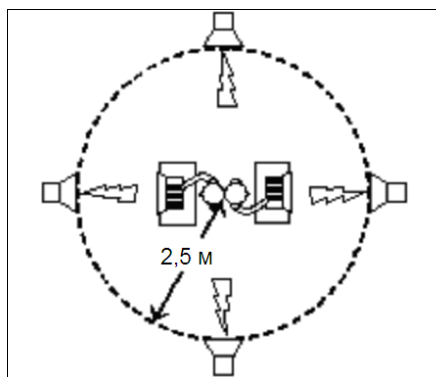
### ***Материалы и методы***

Для достижения цели провели две серии исследований, в ходе которых в лабораторных условиях оценивали психофизиологические реакции операторов на воздействие сложно модулированных акустических сигналов при работе за компьютером. В 1-й серии имитировали мнимую циркуляцию источников звука. Во 2-й серии мнимое вращение источников звука отсутствовало – сигнал имел характер «белого шума».

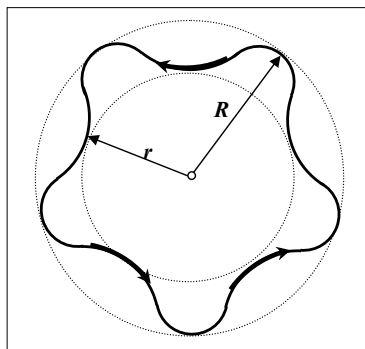
Акустические сигналы создавали на стенде, оснащённом многопозиционной системой из четырех источников звука (рис. 1). Эффект движения источников по окружности достигали программными методами путем введения специально подобранных задержек и весовых функций (рис. 2). Продолжительность воздействия акустических сигналов на операторов составляла 28 мин. По энергетическому воздействию уровень звука соответствовал 65 дБ, то есть не превышал гигиенических регламентов для большинства рабочих помещений.

Выбор приведенного варианта акустического воздействия был обусловлен особыми свойствами «вращающегося» акустического поля:

- новизной и неопределенностью звукового фона, которые могут служить источниками дополнительного напряжения;
- способностью оказывать воздействие на физиологические реакции, связанные с механизмами бинаурального звуковосприятия [2];
- опосредованностью активации вестибулярного анализатора, что также является дополнительным стрессорным фактором для испытуемых.



*Рис. 1. Схема взаимного расположения источников звука и операторов.*



*Рис. 2. Мнимая траектория вращения источников звука.*

Для участия в исследованиях привлекали 32 испытуемых в возрасте от 17 до 19 лет. Перед началом исследований они были проинформированы о возможном временном ухудшении самочувствия. Для участия в исследованиях сформировали 2 группы по 16 человек:

- 1-я – не пользовалась средствами защиты;
- 2-я – пользовалась средствами защиты органов слуха (наушники и «беруши»). Средства защиты слуха применяли с целью исключения действия фактора по специфическому информационному каналу (через слуховой анализатор) и таким образом затруднения оценки опасности акустического сигнала.

Непосредственно по окончании предварительной беседы выполнили обследование испытуемых стандартизованным многофакторным методом исследования личности (СМИЛ), адаптированным коллективом авторов под руководством Л.Н. Собчик [5].

Для оценки функционального состояния организма испытуемых в ходе исследований с целью выявления специфических симптомов, обусловленных воздействием акустического поля, проводили формализованный опрос при помощи специально разработанного опросника, основу которого составили методики оценки субъективных признаков (Сапов И.А., Алфимов Н.Н.), ориентированного на выявление субъективных признаков вегетативной дистонии, таких как ухудшение самочувствия, подавленность настроения, снижение работоспособности, утомление зрения, общая слабость, головокружение, тяжесть в голове, головная боль, ощущение давления на уши, побледнение лица, покраснение лица, потливость, «му-

рашки по коже», нарушение аппетита, искажение вкусовых ощущений, слюнотечение, отрыжка, тошнота. При анализе результатов опроса определяли рейтинг признаков, то есть степень значимости каждого из них для характеристики состояния функций организма. Для этого учитывали как частоту проявления признака в группе испытуемых, так и степень его выраженности. С этой целью рассчитывали специальный коэффициент по формуле:

$$K = Z_i \cdot n_i / N,$$

где  $N$  – общее число испытуемых в группе;

$n_i$  – число испытуемых, у которых после воздействия проявился  $i$ -й признак;

$Z_i$  – средняя по группе степень выраженности этого признака.

Кроме того, по показателям variability сердечного ритма (вариационного размаха длительности кардиинтервалов (VAR) (мс), среднеквадратического отклонения (SDNN) (мс<sup>2</sup>) и отношения мощности спектра в частотном диапазоне HF к мощности в частотном диапазоне LF – HF/LF (величина безразмерная) рассчитывали напряжение систем регуляции функций организма как величину, обратную SDNN.

Для оценки работоспособности операторов использовали методику сопровождения движущегося объекта (тест «Цель»). В качестве критериев оценки работоспособности применяли меру К. Шеннона, в данном случае для оценки сходства двух факторов – траектории движения цели и траектории движения курсора. Увеличение меры Шеннона свидетельствует об уменьшении энтропии системы.

### ***Результаты и их обсуждение***

Профиль личности по СМИЛ в группах представлен на рис. 3. Обращает на себя внимание идентичность усредненных профилей групп испытуемых, что свидетельствует, с одной стороны, об однородности групп, а с другой – о ситуационной обусловленности результатов.

Высокие значения по шкалам F и K в сочетании с повышением нормальных пределов по шкале «0» (интроверсия) отражают естественную защитную реакцию здорового человека на попытку вторжения в мир его интимных переживаний. Относительно низкие баллы по шкалам 1-й (сверхконтроль) и 7-й (тревожность) свидетельствуют о стремлении продемонстрировать пренебрежение опасностью. Сочетание повышения (в нормальных пределах) по шкалам 4-й (импульсивность) и 9-й (оптимизм и активность) отражают свойственные юношескому возрасту склонность к

приключениям, храбрость, выраженное чувство риска, высокую самооценку, тенденцию быть в центре внимания любой ценой.

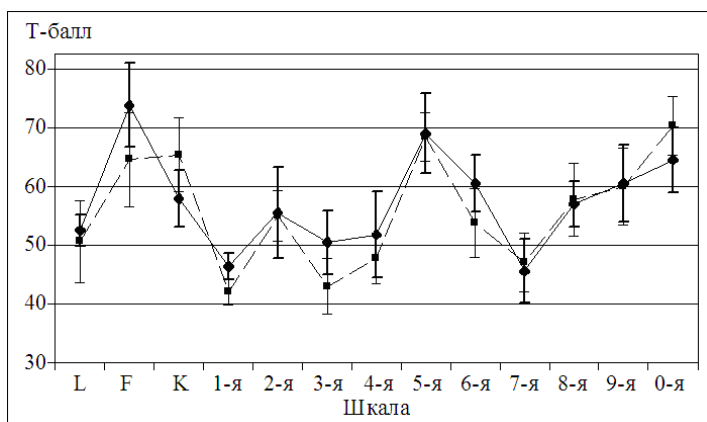


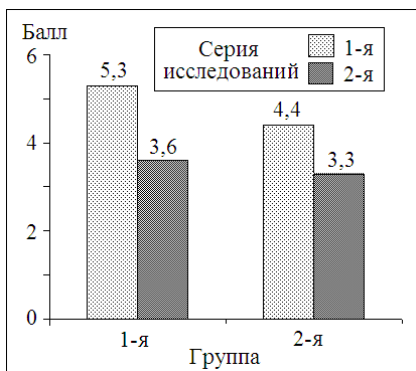
Рис. 3. Профиль личности по СМЛЛ.

Умеренно высокий балл по 2-й шкале (депрессия) может расцениваться как легкий скептицизм, возможно, в отношении предстоящих исследований. На этом фоне пик на 5-й шкале (женственность–мужественность) может трактоваться как сентиментальность, ориентированная в мир внутренних переживаний.

Таким образом, общность личностных профилей свидетельствует об отчетливой реакции на информацию о характере предстоящих исследований и возможном временном ухудшении состояния здоровья после акустического воздействия. При этом истинные свойства личности маскируются ситуационно обусловленными доминантами. Испытуемые косвенно выражают лояльность к исследователям, в то же время сомневаясь в результатах. Свое участие в исследованиях они расценивают как приключение, в котором им хотелось бы участвовать. Они готовы проявить личную храбрость и даже самоотверженность, но в то же время испытывают легкую жалость к себе.

Число и степень выраженности субъективных признаков функциональных аномалий, полученных путем формализованного опроса, дифференцированы по группам испытуемых и сериям исследований. Эти показатели сопоставлены на рис. 4.





*Рис. 4. Субъективные признаки функциональных аномалий в двух сериях исследований.*

В 1-й группе операторов число и степень выраженности признаков «нездоровья» достоверно ( $p < 0,05$ ) снижаются от серии к серии исследований. Во 2-й группе, при той же тенденции, различия недостоверны ( $p < 0,08$ ) вследствие меньшего уровня этого показателя в 1-й серии. Во 2-й группе во 2-й серии («белый шум») рассматриваемый показатель несколько ниже, чем в 1-й серии («мнимое вращение»).

Если же оценивать субъективные признаки по сериям исследований, то проявляется закономерное снижение их числа и степени выраженности от серии к серии. В свою очередь, субъективная оценка сформировалась под влиянием внешних психологических установок.

Перед началом исследований испытуемые были предупреждены о возможных негативных последствиях акустического воздействия и информированы о его характере. Перед началом 2-й серии исследований подобная беседа не проводилась, то есть испытуемым была предоставлена возможность оценивать свои ощущения самостоятельно. Убедившись после 1-го воздействия в том, что выраженных негативных симптомов акустический сигнал не вызывает, испытуемые во 2-й серии выделили меньшее число значимых субъективных признаков функциональных аномалий. Этот предварительный вывод подтверждается результатами тестирования по методике СМИЛ. Зафиксирована отчетливая реакция на информацию о гипотетической опасности акустического сигнала и возможном временном ухудшении состояния здоровья.

Таким образом, степень выраженности субъективных признаков функциональных аномалий не связана с характером акустического воздействия, а различия между сериями исследований обусловлены психологическими факторами.

На рис. 5 представлены данные напряжения систем регуляции функций организма при воздействии акустического сигнала относительно состояния покоя. Наибольшее напряжение систем регуляции функций организма отмечалось у испытуемых в 1-й группе ( $p < 0,01$ ), причем в обеих сериях исследований.

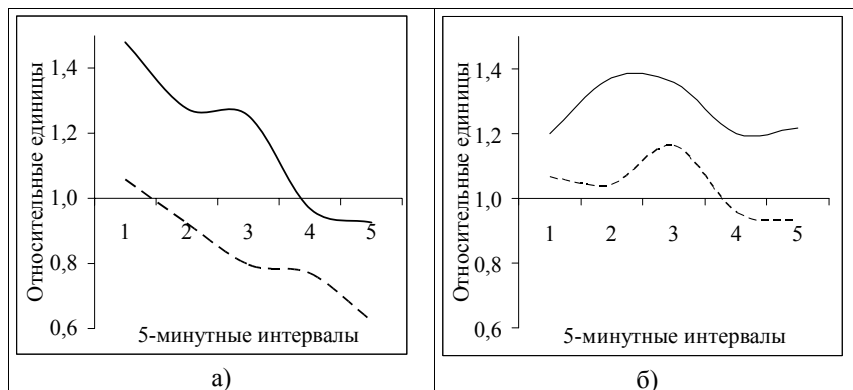


Рис. 5. Относительное напряжение систем регуляции функций организма: а) 1-я серия, б) 2-я серия, — 1-я группа, - - - - - 2-я группа.

В 1-й серии (вращение источников звука), начиная с первых минут выполнения тестового задания, напряжение систем регуляции функций снижается в обеих группах, а спустя 15 мин достигает уровня состояния покоя. Перед началом этой серии испытуемым была предоставлена информация о характере предстоящего воздействия. Высокий уровень напряжения в начале выполнения теста «Цель» связан с психологической установкой на опасность воздействия. В течение первых минут испытуемые убедились, что акустический сигнал не вызывает негативных последствий, после чего напряжение стало снижаться.

При воздействии «белого шума» (2-я серия) напряжение систем регуляции функций начинает снижаться только после 15 мин выполнения теста «Цель» и достигает уровня состояния покоя только к концу работы. Напомним, что перед этой серией предварительная беседа о характере воздействия не проводилась. В начале выполнения тестового задания уровень напряжения в группах был ниже, чем в 1-й серии, однако отсутствие ожидаемого вращения источников звука вызвало повышение напряжения систем регуляции функций организма. В 1-й группе напряжение стало сни-

жаться после 10 мин, а во 2-й – после 15 мин воздействия акустического сигнала. Таким образом, операторам, использовавшим средства защиты слуха, понадобилось больше времени на оценку опасности акустического фактора.

### ***Выводы***

Результаты исследований свидетельствуют о ситуационной обусловленности реакций операторов на воздействие сложно модулированного акустического сигнала. Комплексный психофизиологический анализ эмпирических данных подтвердил, что предварительная информация способна модифицировать физиологические реакции на воздействие, а также показал, что неопределенность информации и неожиданный характер воздействия (например, отсутствие ожидаемого вращения источников звука) вызывают дополнительное напряжение систем регуляции функций в связи с необходимостью субъективной оценки опасности воздействия.

Таким образом, психологическая установка на опасность акустического фактора – сложно модулированного сигнала – оказывает существенное влияние на физиологические реакции оператора.

### ***Литература***

1. *Бельская Е.Г.* Психологическое исследование уровней напряженности и тревоги у лиц проживающих в районах Калужской области, подвергшихся радиоактивному загрязнению / Е.Г. Бельская, О.А. Колосова, О.В. Парфентьева // Ликвидация последствий загрязненности радионуклидами территории Калужской области в результате аварии на ЧАЭС : материалы науч.-практ. конф. – Калуга ; Обнинск, 1992. – С. 114–117.

2. *Блауэрт И.* Пространственный слух / И. Блауэрт. – М. : Энергия, 1979. – 224 с.

3. *Лазарус Р.С.* Теория стресса и психофизиологические исследования / Р.С. Лазарус // Эмоциональный стресс / под ред. Л. Леви. – Л. : Медицина, 1970. – С. 178–208.

4. *Рыбников В.Ю.* Психологическое прогнозирование надёжности деятельности и коррекция дезадаптивных нервно-психических состояний специалистов экстремального профиля : монография / В.Ю. Рыбников. – СПб., 2000. – 205 с.

5. *Селье Г.* Очерки об адапционном синдроме / Г. Селье. – М. : Медицина, 1960. – 254 с.

6. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛ / Л.Н. Собчик. – СПб. : Речь, 2002. – 217 с. – (Практикум по психодиагностике).

7. Торубаров Ф.С. Изменения нервной системы при воздействии ионизирующей радиации / Ф.С. Торубаров, Д.В. Дахно. – М., 1989. – С. 98–106.

8. Fabrikant J.I. The effects of the assident at Three Mile Island on the mental health and behavioral of the general population and nuclear workers / J.I. Fabrikant // Health Physics. – 1983. – Vol. 45, N 3. – P. 579–586.

УДК 351.74 : 159.9.07 : 159.944.4

*И.Ю. Кобозев*

## **ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА И ЕГО ВЛИЯНИЯ НА КОПИНГ ПОВЕДЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЕЙ**

Санкт-Петербургский университет МВД России

### *Введение*

Работа руководителей различного уровня характеризуется выраженным воздействием профессионального стресса, обусловленного дефицитом времени, высокой ответственностью, сложностью решаемых задач и др. [5, 10]. В полной мере это относится к руководителям подразделений (отделов, служб) органов внутренних дел (ОВД) МВД России, для которых также характерны постоянное негативное воздействие криминальных структур, организованной преступности, возникающая в связи с выполнением служебных задач угроза для жизни.

В настоящее время, в период реформирования системы МВД, на плечи этих руководителей ложится большой груз ответственности. На фоне всё повышающихся требований к качеству работы ОВД происходит существенное сокращение штатной численности личного состава подразделений, что приводит к состоянию высокой психической напряженности и стресса у руководителя.

Состояние хронического стресса, в свою очередь, способствует увеличению риска развития ряда психогенно обусловленных заболеваний – «болезней стресса», а также к целому ряду социально-экономических и социально-психологических последствий (неполному и несвоевременному

выполнению поставленных задач, снижению удовлетворенности трудом, деформации личностных и характерологических качеств руководителей, их профессиональному выгоранию) [4, 7, 10], что, безусловно, снижает эффективность функционирования такого социального института, каким является в настоящее время полиция.

Вместе с тем, поддержание устойчивости и стабильности деятельности ОВД составляет основную часть профессиональной деятельности руководителя и эта деятельность должна быть организована так, чтобы обеспечить эффективную и стабильность работы подчиненного подразделения в современных меняющихся условиях [9].

Не вызывает сомнения высокая актуальная значимость оценки интенсивности и профилактики профессионального стресса у руководителей ОВД, особенно в настоящее время, в период проведения реформы ОВД.

### ***Материал и метод***

В 2010–2011 гг. обследовали 104 руководителя ОВД различного уровня из 50 регионов России, составивших основную группу, а также 38 сотрудников ОВД (инспекторский состав), которые образовали контрольную группу.

Возраст, пол, стаж в должности руководителя ОВД явились объективными характеристиками, на основе которых формировалась выборка. Общая характеристика выборки руководителей ОВД, их распределение в зависимости от социально-демографических характеристик представлены в табл. 1.

Количество мужчин и женщин в контрольной группе сотрудников ОВД, в процентном отношении, соответствовало их количеству в группе руководителей ОВД.

Профессиональный стресс у руководителей ОВД оценивали при помощи опросника ОПРВ (отношение к работе и профессиональное «выгорание»), разработанного профессором В.А. Винокуром [3]. Опросник позволяет достаточно объективно выявлять содержательные и уровневые характеристики реакций «помогающих» профессионалов и их отношения к своей профессиональной деятельности в процессе профессионального выгорания [1–3]. Концептуальная новизна методики ОПРВ заключается в ориентации вопросов на исследование субъективного отношения к различным ситуациям в профессиональной деятельности.

Таблица 1

*Характеристика выборки руководителей ОВД*

Показатель	Характеристика контингента	Количество	
		n	%
Возраст	До 30 лет	22	21,2
	31–40	60	57,7
	41–50	20	19,2
	Более 50 лет	2	1,9
Пол	Мужчины	68	65,4
	Женщины	36	34,6
Звание	Лейтенанты	8	7,7
	Старшие лейтенанты	10	9,6
	Капитаны	20	19,2
	Майоры	38	36,5
	Подполковники	22	21,2
	Полковники	6	5,8
Стаж в должности	До 3 лет	40	38,5
	От 3 до 10 лет	53	50,9
	От 10 до 20 лет	11	10,6
	Свыше 20 лет	0	0

Утверждения опросника объединены в 9 шкал, соответствующих концептуальным представлениям об основных компонентах синдрома профессионального «выгорания»:

- 1) эмоциональное истощение;
- 2) напряженность работы.
- 3) снижение удовлетворенности работой и оценки ее значимости;
- 4) профессиональный перфекционизм;
- 5) общая самооценка;
- 6) самооценка качества работы;
- 7) помощь и психологическая поддержка коллег в работе;
- 8) профессиональное развитие и самосовершенствование;
- 9) состояние здоровья и общая адаптация.

В качестве теоретической основы опросника ОПРВ, как диагностического метода исследования профессионального «выгорания», В.А. Винокур [3] рассматривает профессиональное «выгорание» как отдельный аспект хронического профессионального стресса, либо как его следствие. При разработке опросника была использована когнитивно-феномено-

логическая модель стресса, согласно которой структура стрессового процесса состоит из четырех последовательных элементов:

- осознание стрессора и его оценка;
- эмоциональные реакции и связанные с ними когнитивные процессы;
- стресс-преодолевающие, или копинг-реакции;
- результат копинга и новая оценка ситуации.

Поэтому представляется вполне целесообразным совместное рассмотрение результатов исследования интенсивности профессионального стресса руководителей ОВД и результатов изучения их копинг поведения [8].

Для исследования копинг-поведения руководителей ОВД использовали опросник «SACS» (стратегии преодоления стрессовых ситуаций) для исследования копинг поведения [6]. Опросник «SACS» содержит 9 моделей преодолевающего поведения: асертивные действия, вступление в социальный контакт, поиск социальной поддержки, осторожные действия, импульсивные действия, избегание, манипулятивные (непрямые) действия, асоциальные и агрессивные действия [6].

В группе руководителей ОВД выделили подгруппы с высоким, средним и низким уровнями профессионального стресса. Критерием для выделения данных групп послужили показатели по шкалам методики ОПРВ «эмоциональное истощение» и «напряженность в работе», выбор этих шкал обусловлен тем, что они характеризуют наиболее значимые проявления профессионального стресса, и их высокой корреляционной взаимосвязанностью ( $r = 0,86$ ,  $p < 0,05$ ). Правила определения границ уровней между подгруппами описываются следующими формулами:

- высокая интенсивность профессионального стресса ( $X_i > M + \sigma$ );
- средняя интенсивность профессионального стресса ( $M - \sigma > X_i < M + \sigma$ );
- низкая интенсивность профессионального стресса ( $X_i < M - \sigma$ ),

где:  $M$  – среднее значение показателя по шкале (%);

$X_i$  – оцениваемый показатель по шкале (%);

$\sigma$  – стандартное отклонение показателя по шкале (%).

### ***Результаты и их обсуждение***

Первый этап исследования был посвящен исследованию интенсивности профессионального стресса руководителей ОВД. По трем из 9 шкал (33,33 %) опросника ОПРВ выявлены достоверные различия по группам (табл. 2).

Таблица 2

Оценка профессионального стресса с помощью опросника ОПРВ, % ( $M \pm m$ )

Шкала опросника ОПРВ	Группа		p <
	контроль- ная	руково- дители	
Эмоциональное истощение	38,57 ± 1,92	48,78 ± 1,15	0,001
Напряженность в работе	40,49 ± 1,20	50,9 5± 1,35	0,001
Удовлетворенность работой и оценка ее значимости	42,97 ± 2,34	41,52 ± 1,08	–
Профессиональный перфекционизм	50,07 ± 1,31	53,23 ± 1,07	–
Самооценка качества работы	46,62 ± 2,11	47,66 ± 1,19	–
Помощь и психологическая поддержка коллег в работе	34,96 ± 1,72	37,30 ± 1,16	–
Профессиональное развитие и самоусовершенствование	36,77 ± 1,67	39,60 ± 0,93	–
Общая самооценка	39,59 ± 1,54	43,40 ± 1,29	–
Здоровье и общая адаптация	38,99 ± 2,91	48,66 ± 1,37	0,001

Согласно данным табл. 2, статистически значимо ( $p < 0,001$ ) показатели руководителей ОВД отличаются от показателей контрольной группы по трем шкалам – «эмоциональное истощение», «напряженность в работе» и «состояние здоровья и общая адаптация». Эти различия свидетельствуют о более высоком уровне эмоционального истощения и напряженности в работе руководителей ОВД, а показатели по шкале «состояние здоровья и общая адаптация» говорят о существенно худшей самооценке ими состояния своего здоровья.

Далее нами выделены подгруппы руководителей ОВД с высоким, средним и низким уровнем профессионального стресса. Критерием для выделения данных групп послужили показатели шкал опросника ОПРВ «эмоциональное истощение» и «напряженность в работе» (табл. 3).

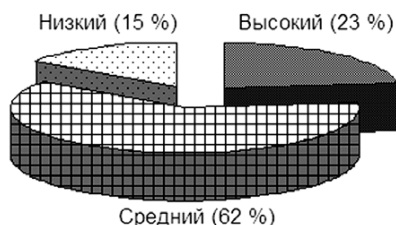
Таблица 3

Выраженность профессионального стресса в подгруппах

Выраженность профессионального стресса	Шкала опросника ОПРВ, % ( $M \pm m$ )		
	граница уровней	эмоциональное выгорание	напряженность в работе
Высокая (n = 24)	Более 60	64,71 ± 0,93	65,74 ± 1,96
Средняя (n = 64)	60–37	47,14 ± 0,77	49,90 ± 1,21
Низкая (n = 16)	Менее 37	31,47 ± 0,83	32,96 ± 1,99



На рисунке представлено распределение руководителей ОВД по интенсивности профессионального стресса. Высокая интенсивность профессионального стресса наблюдалась у 23 % от общего числа обследованных руководителей.



*Уровень выраженности профессионального стресса у руководителей ОВД*

Далее нами проводилось сопоставление результатов по шкалам опросника ОПРВ в подгруппах руководителей ОВД с высокой и низкой интенсивностями профессионального стресса. По 6 из 9 шкал (66,67 %) опросника ОПРВ выявлены достоверные различия по группам (табл. 4).

*Таблица 4*

*Показатели опросника ОПРВ у руководителей ОВД с высокой и низкой интенсивностью профессионального стресса, % (M ± m)*

Шкала опросника ОПРВ	Интенсивность стресса		p <
	высокая	низкая	
Эмоциональное истощение	64,71 ± 0,93	31,47 ± 0,83	0,001
Напряженность в работе	65,74 ± 1,96	32,96 ± 1,99	0,001
Удовлетворенность работой и оценка ее значимости	38,79 ± 2,26	32,96 ± 1,76	–
Профессиональный перфекционизм	55,15 ± 2,22	50,74 ± 1,83	–
Самооценка качества работы	43,68 ± 2,59	50,18 ± 3,59	–
Помощь и психологическая поддержка коллег в работе	42,73 ± 2,32	30,54 ± 2,65	0,01
Профессиональное развитие и самоусовершенствование	41,91 ± 1,56	34,38 ± 2,42	0,05
Общая самооценка	53,99 ± 1,75	27,08 ± 2,01	0,001
Здоровье и общая адаптация	51,14 ± 2,85	35,00 ± 2,59	0,001

Согласно данным табл. 4, достоверные различия в подгруппах руководителей ОВД с высокой и низкой интенсивностью профессионального стресса выявлены по 6 шкалам опросника ОПРВ. Это шкалы – «эмоцио-

нальное истощение», «напряженность в работе», «общая самооценка», «помощь и психологическая поддержка коллег в работе», «профессиональное развитие и самоусовершенствование» и «здоровье и общая адаптация». Помимо достоверно ( $p < 0,001$ ) более высоких показателей по шкалам «эмоциональное истощение» и «напряженность в работе» в подгруппе руководителей с высокой интенсивностью профессионального стресса отмечается достоверно более высокое их стремление к профессиональному развитию и самоусовершенствованию ( $p < 0,01$ ), меньшая помощь и психологическая поддержка коллег в работе ( $p < 0,05$ ) и более худшие показатели по «общей самооценке» и «состоянию здоровья и общей адаптации» ( $p < 0,001$ ) по сравнению с подгруппой руководителей с низкой интенсивностью профессионального стресса.

При этом по трем шкалам – «удовлетворенность работой и оценка ее значимости», «профессиональный перфекционизм» и «самооценка качества работы» – достоверных различий не выявлено.

На следующем этапе нашего исследования в выделенных нами подгруппах руководителей ОВД с высокой и низкой интенсивностью профессионального стресса выявлялись особенности их стресс-преодолевающего (копинг) поведения с использованием опросника «SACS». Результаты исследования копинг поведения руководителей ОВД в выделенных подгруппах приведены в табл. 5.

*Таблица 5*

*Стратегии копинг поведения у руководителей ОВД с высокой и низкой интенсивностью профессионального стресса, балл ( $M \pm m$ )*

Стратегия стресс-преодолевающего поведения	Интенсивность стресса		p <
	высокая	низкая	
Ассертивные действия	20,33 ± 0,70	22,75 ± 0,91	0,05
Вступление в социальный контакт	22,33 ± 0,60	23,63 ± 0,88	–
Поиск социальной поддержки	22,67 ± 0,82	21,88 ± 0,93	–
Осторожные действия	21,17 ± 0,52	18,13 ± 1,40	0,05
Импульсивные действия	18,50 ± 0,53	18,13 ± 0,58	–
Избегание	16,08 ± 0,84	12,88 ± 0,88	0,05
Непрямые действия	22,33 ± 0,83	17,00 ± 1,06	0,001
Асоциальные действия	18,00 ± 0,78	13,13 ± 0,91	0,001
Агрессивные действия	17,17 ± 0,85	14,50 ± 1,22	–

Согласно данным, приведенным в табл. 5, у руководителей ОВД, входящих в подгруппу с высокой интенсивностью профессионального

стресса, достоверно более низкие показатели использования активной адаптивной копинг стратегии «ассертивные действия» и достоверно более высокие показатели использования пассивных стратегий «осторожные действия», «избегание». Кроме того, относящаяся к манипулятивным действиям стратегия «непрямые действия» достоверно более выражена в подгруппе руководителей ОВД с высокой интенсивностью профессионального стресса, а также у них более выражена предрасположенность к активной дезадаптивной стратегии «асоциальных действий».

В целом подгруппа руководителей ОВД с высокой интенсивностью профессионального стресса достоверно отличается по 5 из 9 (55,6 %) показателям использования копинг стратегий от руководителей ОВД с низкой интенсивностью профессионального стресса, что указывает на специфику их копинг поведения.

### *Заключение*

По результатам исследования установлено, что у руководителей ОВД, в отличие от инспекторского состава, отмечается более высокий уровень эмоционального истощения и напряженности в работе при существенно худшей самооценке состояния здоровья. Это свидетельствует о более высокой интенсивности профессионального стресса у руководителей ОВД по сравнению с подчиненными. Среди руководителей ОВД у 62 % выявлена средняя интенсивность профессионального стресса, а у 23 % – высокая. Полученные данные указывают на высокую стрессогенность профессиональной деятельности руководителей ОВД.

У руководителей ОВД с высоким уровнем профессионального стресса в поведении доминируют пассивные и дезадаптивные копинг стратегии, что не позволяет им эффективно справляться с негативным воздействием профессионального стресса и ведет лишь к его усилению.

### *Литература*

1. *Винокур В.А.* Интегративные механизмы формирования профессионального стресса у врачей / В.А. Винокур, О.В. Рыбина // Интегративная медицина : материалы II нац. конгр. – СПб., 2005. – С. 36–39.

2. *Винокур В.А.* Клинико-психологические характеристики синдрома профессионального «выгорания» у врачей / В.А. Винокур, О.В. Рыбина // Новые С.-Петербург. врачеб. ведомости. – 2004. – № 1. – С. 73–75.

3. *Винокур В.А.* Опросник ОПРВ (отношение к работе и профессиональное «выгорание») / В.А. Винокур ; С.-Петербург. мед. акад. последиплом. образования. – СПб. : Изд-во СПбМАПО, 2009. – 24 с.

4. *Евдокимов В.И.* Дискриминантная модель оценки профессионального выгорания у средних медицинских работников / В.И. Евдокимов, А.А. Натарова, Н.В. Хмелинина // Вестн. психотерапии. – 2010. – № 36 (41). – С. 54–62.

5. *Платонов Ю.П.* Путь к лидерству / Ю.П. Платонов. – СПб. : Речь, 2006. – 348 с.

6. Психодиагностические методы выявления дезадаптационных нарушений в практике клинических психологов / под ред. Рыбникова В.Ю., Чермянина С.В. – СПб. : АЙСИНГ, 2009. – 216 с.

7. *Реан А.А.* Психология адаптации личности / А.А. Реан, А.Р. Кудашев, А.А. Баранов. – СПб. : Прайм-Еврознак, 2008. – 479 с.

8. *Рыбников В.Ю.* Теоретическое обоснование и психологические механизмы (модель) копинг поведения субъекта профессиональной деятельности / В.Ю. Рыбников, Е.Н. Ашанина // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2008. – № 1. – С. 68–73.

9. *Шаранов Ю.А.* Юридическая психология деятельности органов внутренних дел (теория и методология управления развитием) : науч. изд. / Ю.А. Шаранов ; С.-Петербург. ун-т МВД России. – СПб., 2001. – 219 с.

10. *Щербатых Ю.В.* Психология стресса и методы коррекции / Ю.В. Щербатых. – СПб. : Питер, 2008. – 256 с.

# ДЕВИАНТОЛОГИЯ

УДК 159.9 : 316.624

*В.Ю. Рыбников, Ю.А. Парфенов*

## ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОБОСНОВАНИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ (МОДЕЛЬ) СОЦИАЛИЗАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ДЕЛИНКВЕНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины  
им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург;  
Специальное предприятие «Новое поколение», Санкт-Петербург

Изучение социализация как процесса взаимодействия общества и индивида, в ходе которого общество передает, а индивид усваивает и преобразует нормы, ценности и образцы поведения, является одной из наиболее глобальных и актуальных задач психологической науки и практики [2, 4, 5, 9, 14].

Несмотря на то что термин «социализация» появился в советской социально-психологической литературе в 1970-х гг., ему отводилась второстепенная роль, так как с позиций исторического материализма приоритет принадлежал понятиям «развитие человека», «формирование личности» и «воспитание личности», которые до сих пор продолжают использоваться как синонимы понятия «социализация человека» [15]. В современной отечественной психологии понятие «социализация человека» не имеет однозначного определения. Рассмотрение теоретических аспектов социализации обнаруживает, что научная характеристика этого понятия выражается, по меньшей мере, пятью подходами [11–14]:

– *трансляционным*. Социализация рассматривается как трансляция культуры от поколения к поколению, как общий механизм социального наследования, охватывающий и стихийные воздействия среды, и организованные – воспитание, обучение;

– *социальной адаптацией*. Совокупность адаптационных процессов, посредством которых люди становятся членами системы социальной общности и устанавливают определенный социальный статус [15];

– *педагогическим*. Социализация – процесс, характеризующий образование личности, предполагающий, с одной стороны, сознательное усвое-

ние ребенком готовых форм и способов социальной жизни, способов взаимодействия с материально-духовной культурой, адаптацию к социуму, с другой – выработку (совместно со взрослыми и сверстниками) собственного социального опыта, ценностных ориентаций, своего стиля жизни [16];

– *интериоризационным*. Социализация представляет собой освоение личностью норм, ценностей, установок, стереотипов, выработанных обществом, в результате чего складывается система внутренних регуляторов личности, привычных форм ее поведения;

– *экзистенциальным*. Социализация рассматривается как самоосуществление человека, сопряженное с постоянным процессом выбора решений в борьбе с отчужденным миром.

Во временном континууме выделяют филогенетическую социализацию – пути и механизмы формирования родовых свойств человечества и онтогенетическую социализацию – процесс формирования конкретных социально-психологических типов личностей в процессе их онтогенетического развития [16]. В свою очередь, онтогенетическая социализация включает:

– первичную социализацию, или стадию адаптации (от рождения до подросткового периода ребенок усваивает социальный опыт некритически, адаптируется, приспосабливается, подражает);

– стадию индивидуализации (появляется желание выделить себя среди других, критическое отношение к общественным нормам поведения). В подростковом возрасте стадия индивидуализации, самоопределения «мир и я» характеризуется как промежуточная социализация, так как все еще неустойчиво в мировоззрении и характере подростка;

– устойчиво концептуальную социализацию, когда вырабатываются устойчивые свойства личности;

– стадию интеграции (появляется желание найти свое место в обществе, «вписаться» в общество). Интеграция проходит благополучно, если свойства человека принимаются группой, обществом. Если не принимаются, возможны следующие исходы:

- сохранение своей непохожести и появление агрессивных взаимодействий (взаимоотношений) с людьми и обществом;
- изменение себя, «стать как все»;
- конформизм, внешнее соглашательство, адаптация.

Особую значимость проблема управления процессом социализации имеет для подрастающего поколения, причем в наибольшей степени нуждаются в управлении социализацией делинквентные подростки.

Однако, несмотря на значительное количество работ, подавляющее их большинство носит постановочный характер, рассматривает явления социализации в русле более широкой проблематики и не имеет эмпирической верификации. Систематических исследований процессов социализации и десоциализации с выходом на прикладные, значимые для психологической практики результаты, выполнено крайне мало. Сложный характер феномена социализации делинквентных подростков оставляет нерешенными многие концептуальные и смежные вопросы.

В последние годы отмечено резкое повышение научного интереса к проблеме социализации делинквентных подростков в рамках медико-психологических исследований. Сегодня насчитывается крайне ограниченное количество публикаций, посвященных изучению механизмов социализации у различных категорий подростков как субъектов общественной деятельности, хотя такая потребность несомненна, и прежде всего в отношении подростков с отклоняющимся поведением.

В девиантологии, акмеологии и социальной психологии стали появляться единичные работы, направленные на изучение особенностей социализации и формирования личности делинквентных подростков. При всей важности и продуктивности этих исследований в них не ставилась задача теоретико-методологического осмысления и эмпирического изучения социализации как сложного многоуровневого образования у делинквентных подростков.

Это свидетельствует о неординарности проблемы социализации, в общем, и социализации делинквентных подростков, в частности, для психологической науки в целом; о том, что она представляет собой новое самостоятельное направление исследований в психологии и в других научных отраслях, а также об объективной необходимости систематического изучения социализации делинквентных подростков, необходимости разработки теоретических моделей социализации.

Результаты исследований социализации отечественных и зарубежных авторов [4, 5–9, 11–16, 23–24], выполненные на контингентах лиц с делинквентным поведением (наркоманы, правонарушители), больных (неврозами, психическими заболеваниями) позволили отметить неразрывную связь социализации и процессов адаптации, значимость теории социальной адаптации, наличие содержательных компонентов социализации и достаточно слабую разработанность вопросов социализации в отношении делинквентных подростков.

В рамках настоящей статьи нами кратко представлены теоретическое обоснование социализации и авторская модель психологических механизмов социализации подростков с делинквентным поведением. В сжатом изложении их суть сводится к следующему.

Теоретические основы проблемы социализации тесно связаны с проблемой социальной адаптации – итога процесса изменений социальных, социально-психологических, морально-психологических, экономических и демографических отношений между людьми, приспособление к социальной среде [16].

Однако социализацию не следует трактовать как односторонний процесс воздействия (влияния) социальной среды на личность. Историческое развитие характеризуется нарастающей тенденцией автономизации личности. Этот процесс связан не столько с приспособлением к среде, сколько с саморазвитием и самореализацией личности.

В этой связи отмечается полезность идеи Э.С. Маркаряна [15], который справедливо считает, что человеческое общество является не просто адаптивной (наподобие биологических), а адаптивно-адаптирующей – социальной системой, поскольку человеческая деятельность имеет преобразовательную природу.

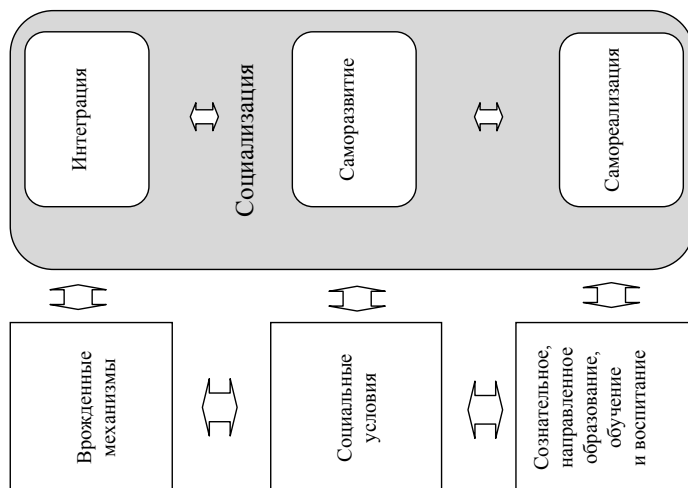
Итак, сущностный смысл социализации раскрывается на пересечении таких ее процессов, как интеграция, саморазвитие и самореализация (рис. 1). С содержательной же стороны для личности социализация есть продукт пересечения действия трех факторов: 1) врожденных механизмов; 2) социальных условий; 3) сознательного, направленного образования, обучения и воспитания.

*Феномен отклоняющейся социализации.* Однако социализация предполагает не только постоянный личностный рост (успешная социализация) – сложный, противоречивый, динамичный процесс, который, особенно в молодые годы, сопровождается кризисами. Одни кризисы удается преодолеть, другие – нет. Человек не всегда может справиться с кризисом социализации, и дальнейшее развитие его личности может пойти не по восходящей [16].

Из вышесказанного следует, что социализация не всегда бывает успешной. Более того, ее результат практически никогда не достигает идеала как на социальном, так и на личностном уровне, а само общество, его социальные институты и организации не реализуют сполна свои социализационные функции. Всегда остается некоторый неиспользованный резерв возможностей. Может возникнуть и преобладание негативных влияний на



личность, в результате в ней сформируются и могут заметно проявляться нежелательные для общества черты. Человек, представляя собой сложнейшее социальное, психологическое и биологическое образование, даже при позитивных для него внешних условиях может оказаться за чертой социально одобряемого поведения.



*Рис. 1. Структурная схема социализации.*

Практика показывает, что социализация индивида почти всегда имеет отклонение. Оно определяется несоответствием социализации как объективного и субъективного процесса сложившейся в данном обществе на конкретном историческом этапе социализационной нормы. Оценить глубину и масштабность отклоняющейся социализации сложно. При ее анализе психолог располагает эмпирически фиксируемыми характеристиками, но значительная часть явлений остается вне поля зрения исследователя. Тем не менее можно выявить достаточно много параметров отклонения социализации, которые позволяют дать ей адекватную оценку [9, 10, 18–21].

Это определяет высокую социальную значимость и необходимость постоянного совершенствования системы, средств и способов сопровождения социализации личности делинквентного подростка, психологической помощи и реабилитации таких лиц. Имеющиеся в литературе данные указывают на эффективность различных средств психологического сопровождения

вождения делинквентных подростков, что подтверждает сложность и многоуровневость механизмов их социализации [2, 6].

Пусковым механизмом для развития процесса социализации личности подростка, в том числе отклоняющейся социализации делинквентного подростка, являются факторы социализации, которые мы классифицируем на факторы неживой природы и биологические факторы, которые в свою очередь, представлены макро- и микросоциальными факторами и психологическими особенностями (рис. 2). Кроме того, психологические особенности, в соответствии с подходом К.К. Платонова, представлены биопсихическими свойствами и особенностями психических процессов.

Из рис. 2 видно, что факторы социализации «запускают» механизмы адаптационных процессов. При их недостаточности возникает социально-психологическая дезадаптация личности и, как следствие, – кризисное развитие личности, отклоняющаяся социализация; кроме того, благодаря наличию обратной связи, личность может быть социализированной, но дезадаптированной.

Здесь необходимо отметить, что дезадаптированность человека может быть прямым следствием высокой степени и полноты его социализированности [16]. Социализированность личности, в зависимости от конкретной групповой ситуации, может стать основой как для адаптированности, так и для дезадаптированности. Если в данном обществе моральные нормы и принципы служат средством маскировки эгоистических стремлений, то есть если доминирующей социальной ориентацией людей является двуличие, то вполне естественно, что социализированность личности, осуществленная путем интернализации общечеловеческих ценностей, может стать постоянной причиной дезадаптированности.

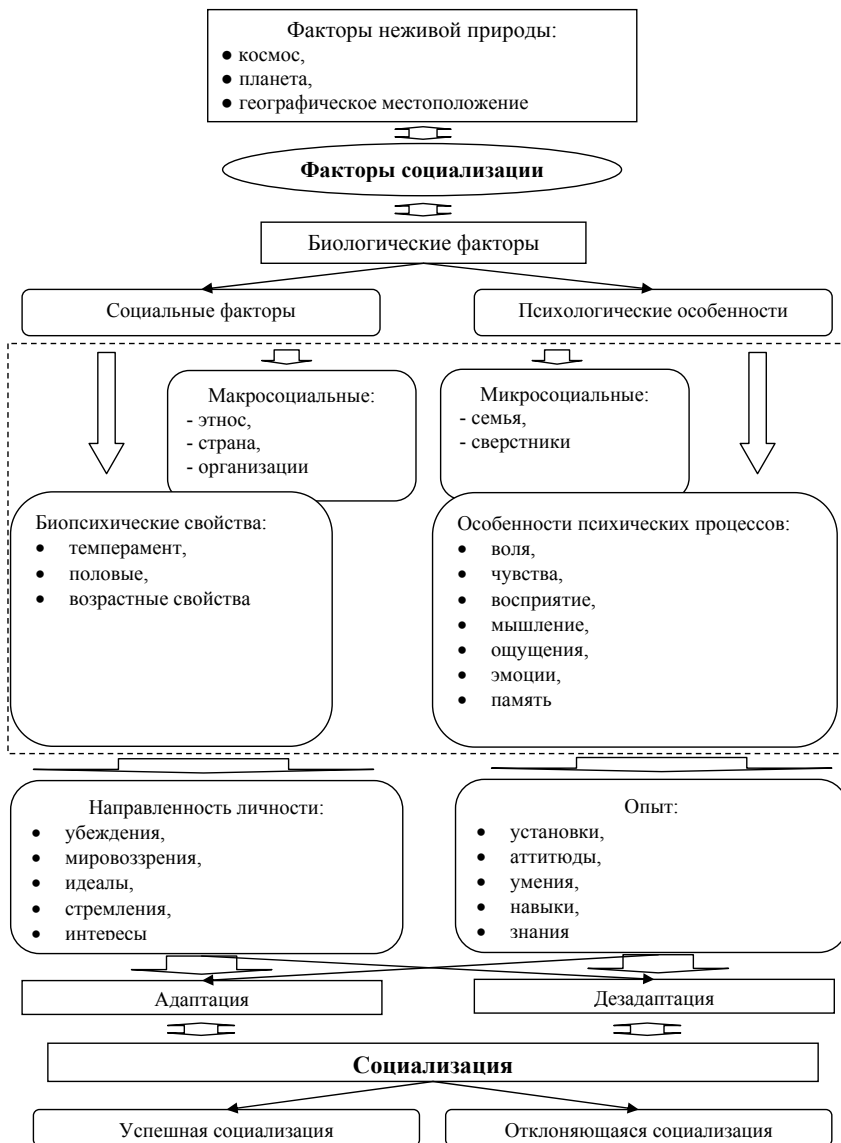
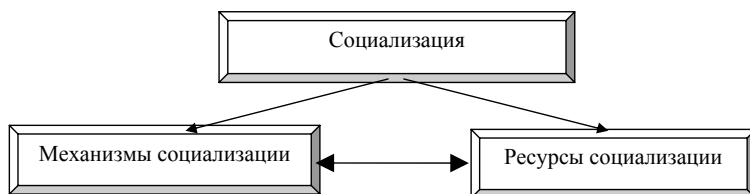


Рис. 2. Модель развития социализации.

В результате теоретических и экспериментальных исследований было показано, что для социализации каждый человек использует собственные механизмы на основе имеющегося у него личностного опыта и психологических резервов (личностные ресурсы, или ресурсы социализации) [2–5, 17, 21]. Поэтому социализацию стали рассматривать как результат взаимодействия механизмов социализации и личностных ресурсов – ресурсов социализации (рис. 3).



*Рис. 3. Основные компоненты социализации.*

В настоящее время используемые индивидом механизмы социализации подразделяются на активные и пассивные, адаптивные и дезадаптивные (рис. 4). К активным механизмам относят механизм «разрешение проблем» – адаптация окружающей среды под требования личности и активное моделирование личности под требования окружающей среды как базисные механизмы социализации, включающие все варианты поведения человека, направленные на разрешение проблем или фрустрирующей ситуации.

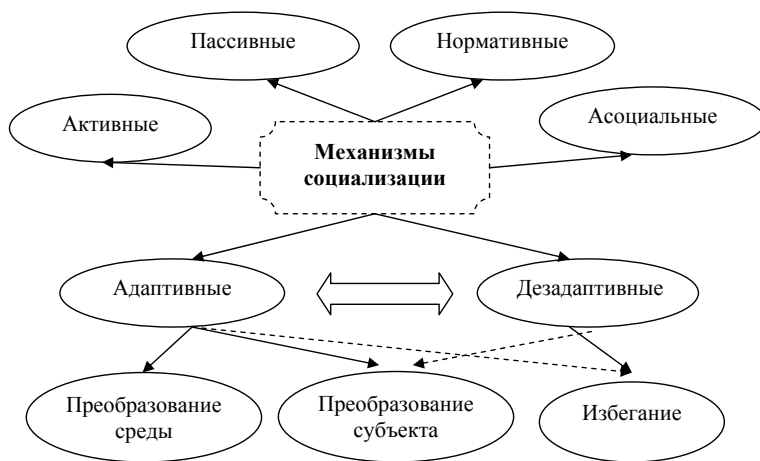
К пассивному механизму социализации относятся варианты поведения, включающего базисный механизм «избегание», хотя некоторые формы избегания могут носить и активный характер.

Адаптивные механизмы приводят к устойчивой адаптированности личности в типичных проблемных ситуациях без патологических изменений ее структуры и, одновременно, без нарушений норм той социальной группы, в которой протекает активность личности.

Дезадаптивные механизмы социализации способствуют формированию психопатических черт личности, которые полностью или частично осуществляются с помощью патологических механизмов и форм поведения и приводят к образованию патологических комплексов характера, входящих в состав невротических и психотических синдромов.

Кроме того, различают нормативные (социально-ориентированные) и асоциальные механизмы социализации, к числу асоциальных относятся противоправные действия, преступления, наркомании и т. п.

Как результат взаимодействия личности со средой формируется отклоняющаяся социализация – процессы социализации, которые обеспечивают удовлетворение потребностей личности в данной группе или социальной среде, в то время как ожидания остальных участников социального процесса не оправдываются таким поведением.



*Рис. 4. Механизмы социализации.*

Ресурсы социализации мы подразделяем на три основные группы: макросоциальные (макросредовые), микросоциальные (микросредовые) и личностные (индивидуально-психологические) (рис. 5).

В свою очередь, макросредовые ресурсы можно подразделить на два уровня: 1-й – уровень организации системы, включающий социальные нормы, правила, системы социальной защиты, воспитания, социального, правового и медицинского обеспечения; 2-й – это уровень специалистов, к числу которых относим психологов, педагогов, медработников, социальных работников.

Микросоциальные (микросредовые) ресурсы прежде всего включают семью, близких, друзей, коллег, то есть социально поддерживающее окружение.

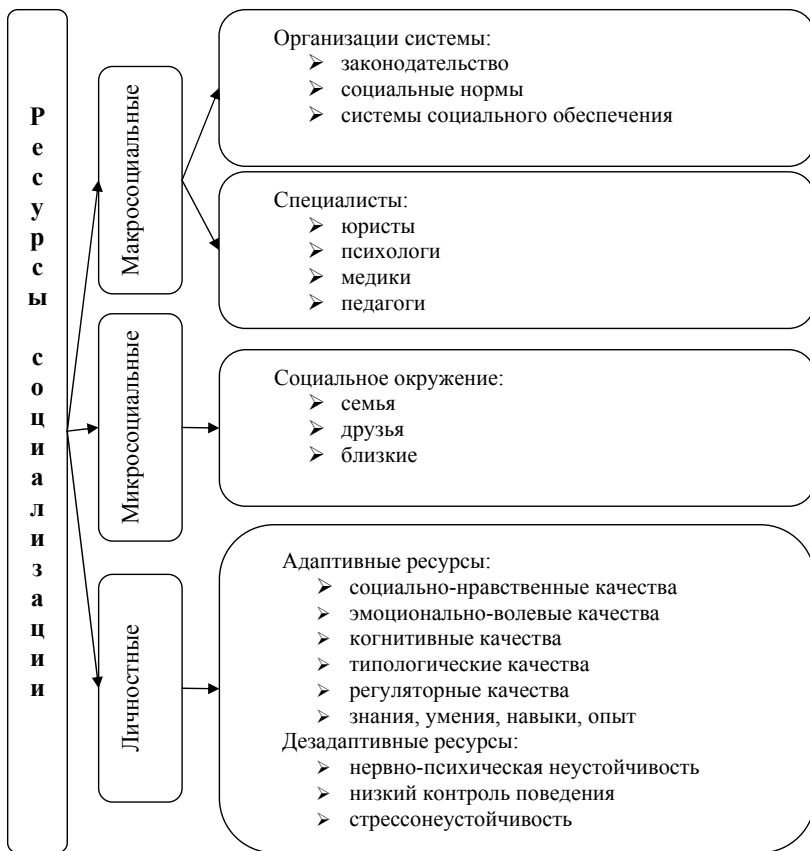


Рис. 5. Основные группы и компоненты ресурсов социализации.

К личностным адаптивным (индивидуально-психологическим) ресурсам социализации относят социально-нравственные качества (Я-концепция, мотивация, моральная нормативность), эмоционально-волевые качества (волевой контроль поведения, психологическую устойчивость личности, локус контроль, эмпатию, способность оказывать и воспринимать социальную поддержку), когнитивные качества (мышление, память, уровень когнитивного развития), типологические (тип высшей нервной деятельности, силу, уравновешенность, подвижность нервных процессов) и регуляторные качества, знания, умения, навыки, опыт).

К личностно-средовым дезадаптивным ресурсам социализации относим нервно-психическую неустойчивость, низкий волевой контроль поведения, а также психологические особенности личности, вызывающие стрессонеустойчивость – дезадаптационный потенциал.

Таким образом, психологический механизм социализации подростков с делинквентным поведением можно отразить в виде модели, представленной на рис. 6.

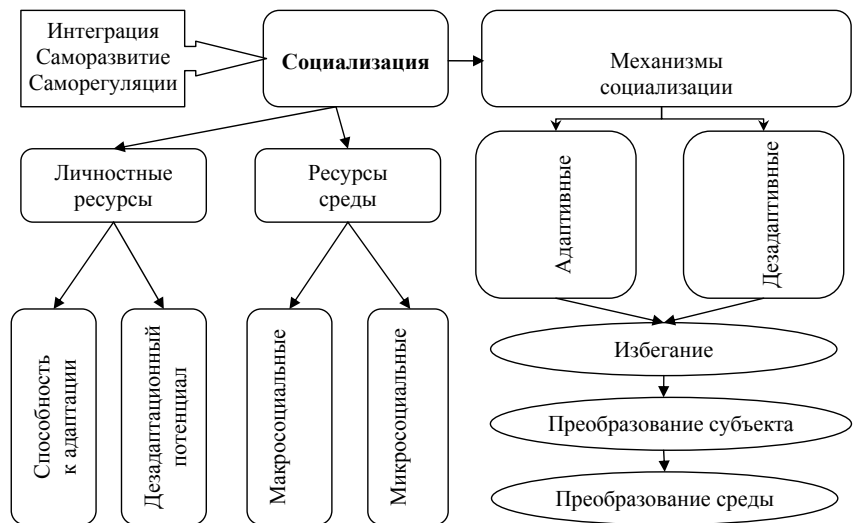


Рис. 6. Психологический механизм (модель социализации).

### Заключение

В порядке обобщения представляется необходимым отметить следующее:

во-первых, социализация личности подростка в обществе является сложным системным образованием, детерминированным характером субъект-субъектных взаимодействий и адаптивных ресурсов личности подростка. В онтологическом аспекте социализация как психологический механизм представляет собой интегративную метасистему, состоящую из большого количества элементов (механизмы социализации, процессы адаптации, дезадаптации, личностные и средовые ресурсы социализации), связанные между собой отношениями иерархии;

во-вторых, структура социализации делинквентного подростка зависит от специфики внешних воздействий, частоты и выраженности воздействия различных дезадаптирующих факторов, а также определяется спецификой их жизнедеятельности в социуме;

в-третьих, содержательная организация процесса социализации делинквентного подростка представляет собой сложное многоуровневое образование, включающее дискретные компоненты, различающиеся степенью зрелости, уровнем развития и активности, которые интегрируются в разноуровневые системы;

в-четвертых, социализация делинквентного подростка в социуме в значительной степени детерминирована личностными (индивидуально-психологическими) характеристиками, свойствами и качествами.

### *Литература*

1. *Александровский Ю.А.* Состояние психической дезадаптации и их компенсация / Ю.А. Александровский. – М. : Наука, 1976. – 270 с.

2. *Амбрумова А.Г.* Мультидисциплинарное исследование агрессивного и аутоагрессивного типа личности. Комплексные исследования в суицидологии / А.Г. Амбрумова, А.Р. Ратинов. – М. : НИИ психиатрии, 1996. – С. 26–44.

3. *Аракелов Г.Г.* Стресс и его механизмы / Г.Г. Аракелов // Вестн. Моск. ун-та. журн. – 1995. – № 4. – С. 45–54.

4. *Асмолов А.Г.* Психология личности: принципы общепсихологического анализа / А.Г. Асмолов. – М. : Смысл, 2001. – 416 с.

5. *Андреева Г.М.* Социальная психология / Г.М. Андреева. – М. : Наука, 1996. – 98 с.

6. *Бергер П.* Социальное конструирование реальности: трактат по социологии знания / П. Бергер, Т. Лукман. – М. : Медиум, 1995. – 198 с.

7. *Джеймс У.* Психология / У. Джеймс. – М. : Педагогика, 1991. – 310 с.

8. *Дюркгейм Э.* Социология образования / Э. Дюркгейм. – М. : ИНТОР, 1996. – 309 с.

9. *Жулковска Т.* «Ненормальные» в обществе: социализация людей с ограниченными интеллектуальными возможностями / Т. Жулковска, А.И. Ковалева, В.А. Луков. – Москва – Щецин. : Издательство Московского гуманитарного университета, 2003. – 134 с.

10. *Кон И.С.* Психология ранней юности / И.С. Кон. – М. : Просвещение, 1989. – 211 с.



11. *Ковалева А.И.* Социализация личности: норма и отклонение / А.И. Ковалева. – М. : Академия, 1996. – 49 с.
12. *Ковалева А.И.* Социализация неслышащей молодежи / А.И. Ковалева, М.Н. Реут. – М. : Социум, 2001. – 57 с.
13. *Ковалева А.И.* Социология молодежи: теоретические вопросы / А.И. Ковалева, В.А. Луков. – М. : Социум, 1999. – 97 с.
14. *Ковалева А.И.* Социализационные траектории современной российской молодежи / А.И. Ковалева // Молодежь и общество на рубеже веков : материалы междунар. науч. конф. – М. : Наука, 1998. – С. 17–19.
15. *Маркарян Э.С.* Философские проблемы теории адаптации / Э.С. Маркарян. – М. : Мысль, 1972. – 43 с.
16. *Налчаджян А.А.* Социально-психическая адаптация личности / А.А. Налчаджян. – Ереван : Изд-во АН АрмССР, 1988. – С. 12–14.
17. *Рыбников В.Ю.* Теоретические обоснования и психологические механизмы (модель) копинг-поведения субъекта профессиональной деятельности / В.Ю. Рыбников, Е.Н. Ашанина // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2008. – № 1. – С. 68–73.
18. *Смелзер Н.* Социология / Н. Смелзер. – М. : Феникс, 1994. – 422 с.
19. *Фрейд З.* Психология бессознательного: сб. произведений / З. Фрейд. – М. : Просвещение, 1989. – 278 с.
20. *Шибутани Т.* Социальная психология / Т. Шибутани. – М. : Феникс, 1969. – 7 с.
21. *Эриксон Э.* Идентичность: юность и кризис / Э. Эриксон. – М. : Прогресс, 1996. – 134 с.
22. *Giddings F.P.* The theory of socialization / F.P. Giddings. – N. Y., 1997. – 153 p.
23. *Parsons T.* The Social System / T. Parsons. – Glencoe, 1951. – 86 p.
24. *Habermas J.* Stichworte zur Theorie der Sozialisation: Der s. Kultur und Kritik / J. Habermas. – Frankfurt, 1973. – 74 p.

## ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К АДДИКТИВНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

Ленинградский государственный университет им. А.С. Пушкина

### *Введение*

Наиболее часто исследователи отмечают связь склонности к употреблению психоактивных веществ (ПАВ) и формированием зависимого поведения с психопатиями и акцентуациями характера (Ганнушкин П.Б. [2]; Блейлер Э. [1]; Личко А.Е., Битенский В.С. [4]; Пятницкая И.Н. [8]; Козлов А.А., Рохлина М.Л. [3]; Менделевич В.Д. [5]), в связи с чем целью нашего исследования явилось выявление личностных особенностей подростков, склонных к аддиктивному поведению.

### *Материалы и методы*

В качестве объекта исследования выступали 114 подростков мужского пола в возрасте 14–18 лет. Исследования проведены в 2009–2010 гг. на базе профессионального училища № 56, лицея № 1 г. Всеволожска и подросткового туберкулезного санатория «Дружба» г. Пушкина.

Методический аппарат включал:

1) опросник «Аддиктивная склонность» для оценки выраженности аддиктивного риска [3];

2) методика диагностики склонности к отклоняющемуся поведению [3];

3) многопрофильный личностный опросник (МЛО) «Адаптивность» [7]. Опросник содержит 165 вопросов и имеет 4 структурных уровня (табл. 1). Шкалы 2, 3 и 4-го уровней конструктивно связаны между собой. Шкалы 2-го уровня соответствуют шкалам опросника ДАН («Деадаптационные нарушения»), предназначенного для выявления дезадаптационных нарушений преимущественно астенических и психотических реакций и состояний. Шкалы 3-го уровня – поведенческая регуляция (ПР), коммуникативный потенциал (КП) и моральная нормативность (МН). Шкала 4-го уровня – личностный адаптационный потенциал (ЛАП). Шкалы 1-го уровня являются самостоятельными и соответствуют базовым шкалам Стандартизованного метода исследования личности (СМИЛ), объединенных в 3 контрольных (L – достоверность, F – надежность, K – коррекция) и 10 клини-

ко-психологических шкал (Hs – ипохондрия, D – депрессия, Ну – истерия, Pd – психопатия, Mf – мужественность–женственность, Pa – паранойяльность, Pt – психастения, Sc – шизоидность, Ma – гипомания, Si – социальная интроверсия);

4) опросник X. Шмишека [3].

Подростки были распределены на 2 группы: в 1-ю вошли подростки, употреблявшие ПАВ, с риском развития аддиктивного поведения (60 человек), во 2-ю – подростки, не употреблявшие ПАВ (54 человека).

Таблица 1

Структурные уровни МЛО «Адаптивность» [7]

<i>4-й уровень</i>												
Личностный адаптационный потенциал (ЛАП)												
<i>3-й уровень</i>												
Поведенческая регуляция (ПР)				Коммуникативный потенциал (КП)				Моральная нормативность (МН)				
<i>2-й уровень</i>												
Астенические реакции и состояния (АС)				Психотические реакции и состояния (ПС)				Дезадаптационные нарушения (ДАН)				
<i>1-й уровень</i>												
L	F	K	Hs	D	Ну	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si

### **Материалы и методы**

Среднегрупповые значения всех шкал опросника «Аддиктивная склонность» при сравнении двух групп имеют достоверные различия ( $p \leq 0,001$ ) (табл. 2), так как изначально шло разделение на две полярные группы – «склонных» и «несклонных» к аддиктивному поведению, соответственно по данной методике достоверные отличия были выявлены по всем показателям. Значения всех шкал были более выражены в 1-й группе подростков с риском развития аддиктивного поведения.

По результатам методики «Диагностика склонности к отклоняющемуся поведению» различия на уровне  $p \leq 0,01$  выявлялись между группами по шкале волевого контроля эмоциональных реакций (табл. 3). По остальным шкалам методики статистически различия между обследуемыми группами были еще более значимыми ( $p \leq 0,001$ ). Таким образом, подростки 1-й группы, употребляющие ПАВ, более склонны к нарушению социальных норм и правил, к агрессии и насилию, к самоповреждающему и саморазрушающему поведению, к делинквентному поведению, они имеют более низкий волевой контроль эмоциональных реакций, чем юноши 2-й

группы, не употребляющие ПАВ. В 1-й группе наблюдается более высокая вероятность аддиктивного типа девиантного поведения.

Таблица 2  
Данные опросника «Аддиктивная склонность», балл ( $M \pm t$ )

Шкала	Группа	
	1-я	2-я
Аддиктивная предрасположенность	4,60 ± 0,18	3,05 ± 0,21
Аддиктивная склонность	5,56 ± 0,17	3,85 ± 0,14
Аддиктивное поведение	4,31 ± 0,16	2,41 ± 0,18
Аддиктивное расстройство	2,66 ± 0,19	1,37 ± 0,13

Таблица 3  
Данные методики «Диагностики к отклоняющемуся поведению», балл ( $M \pm t$ )

Шкала	Группа	
	1-я	2-я
Склонность к преодолению норм и правил	8,86 ± 0,43	5,83 ± 0,27
Склонность к аддиктивному поведению	12,6 ± 0,51	7,29 ± 0,36
Склонность к самоповреждающему и саморазрушающему поведению	11,41 ± 0,42	8,83 ± 0,36
Склонности к агрессии и насилию	13,42 ± 0,57	10,48 ± 0,46
Волевого контроля эмоциональных реакций	8,85 ± 0,37	7,33 ± 0,38
Склонность к делинквентному поведению	9,77 ± 0,44	7,18 ± 0,31

По результатам опросника Шмишека у всех подростков 1-й группы было обнаружено наличие акцентуаций. У 12 человек (22,2 %) 2-й группы юношей, акцентуации характера не обнаружили. При сравнении акцентуаций у подростков 1-й и 2-й групп статистически достоверные различия были получены при анализе акцентуаций «застревающего» (соответственно (13,37 ± 0,52) и (11,74 ± 0,44) баллов ( $p \leq 0,05$ )), «циклотимического» ((14,1 ± 0,56) и (11,89 ± 0,46) баллов ( $p \leq 0,001$ )) и «неустойчивого» ((13,8 ± 0,65) и (10,94 ± 0,46) баллов ( $p \leq 0,001$ )) типов.

Подростки с риском развития аддиктивного поведения, имеющие застревающий тип акцентуации, используют ПАВ для облегчения адаптации в группе сверстников. Данные лица проявляют настороженность и недоверчивость по отношению к людям, они чувствительны к обидам, подозри-

тельны, конфликтны, склонны к аффектам. Наличие неуравновешенной акцентуации в 1-й группе подростков указывает, что данные подростки отличаются слабостью волевых процессов, отсутствием способности сопротивляться неблагоприятным условиям среды, эмоциональной неустойчивостью, повышенной внушаемостью, что создает почву для начала употребления ПАВ. Преобладание циклотимических черт характера в группе с риском развития аддиктивного поведения указывает, что юноши с данным типом плохо переносят ломку жизненного стереотипа и периодические смены настроения. Опыт ухода от трудностей и смягчения аффективных колебаний связан с употреблением ПАВ.

По результатам методики МЛО «Адаптивность» выявлены значимые отличия между 1-й и 2-й группой подростков по всем шкалам 2–4-го уровней (табл. 4). Значения всех шкал наиболее выражены в группе подростков с риском развития аддиктивного поведения. 71,7 % подростков 1-й группы (43 человека) имеют низкий уровень поведенческой регуляции, определенную склонность к нервно-психическим срывам; у 40 % (24 человека) выявлены низкий уровень коммуникативных способностей, проявления агрессивности, повышенная конфликтность; 45 % (27 человек) обладают низким уровнем социализации, у них отсутствует стремление соблюдать общепринятые нормы поведения. У большинства (96,6 %, или 58 человек) наблюдаются признаки явных акцентуаций характера и некоторые признаки психопатий, данные подростки обладают низкой нервно-психической устойчивостью, конфликтны, могут допускать делинквентные поступки. У 48,5 % юношей, склонных к аддиктивному поведению, выявлены признаки дезадаптационных нарушений.

В 1-й группе подростков, склонных к аддиктивному поведению, выявлены достоверно более высокие средние значения ( $p \leq 0,001$ ), чем во 2-й группе, по следующим шкалам 1-го уровня (см. рис.):

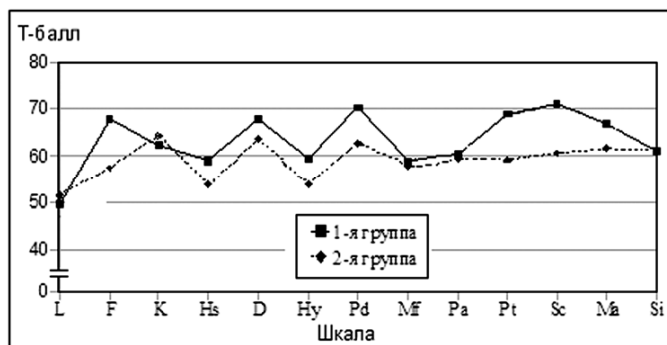
– Hs, D, Hy, Pt, что свидетельствует об астеноневротическом типе реагирования. Можно полагать, что употребление ПАВ придает им уверенность в своих силах;

– Pd, Sc, что показывает о преобладании в 1-й группе подростков лиц, склонных к раскованному, спонтанному поведению. Повышение импульсивности, подчеркнутый неконформизм и противопоставление окружению своих субъективных установок и взглядов ведет к пренебрежению законами и нормами поведения, вспыльчивости и несдержанности в межперсональных отношениях;

– Ма – подростки 1-й группы характеризуются завышенной самооценкой, легкостью в принятии решений, отсутствием особой разборчивости в контактах, бесцеремонностью поведения, снисходительным отношением к своим промахам, стремлением к поиску «острых ощущений», в качестве которых выступают ПАВ.

Таблица 4  
Данные МЛЮ «Адаптивность», балл ( $M \pm m$ )

Уровень, шкала	Группа		P <sub>1-2</sub> <
	1-я	2-я	
<i>2-й</i>			
АС	14,65 ± 0,79	9,57 ± 0,48	0,001
ПС	16,18 ± 0,72	9,07 ± 0,56	0,001
ДАН	30,83 ± 1,22	18,65 ± 0,94	0,001
<i>3-й</i>			
ПР	39,49 ± 1,89	18,96 ± 1,14	0,001
КП	16,00 ± 0,55	12,44 ± 0,55	0,001
МН	11,28 ± 0,49	9,81 ± 0,51	0,05
<i>4-й</i>			
ЛАП	66,9 ± 2,4	41,48 ± 1,78	0,001



Данные МЛЮ «Адаптивность», балл

### *Заключение*

Таким образом, на основе полученных результатов можно заключить, что подростки, склонные к аддиктивному поведению, имеют такие личностные особенности, как: склонность к нарушению моральных норм и правил, к агрессии и самоповреждающему поведению, склонность к делинквентному поведению, низкий контроль эмоциональных реакций, акцентуации застревающего, циклотимического неустойчивого типов, низкий уровень коммуникативных способностей, повышенная конфликтность, низкий уровень социализации, низкая нервно-психическая устойчивость с ипохондрической фиксацией, склонностью к депрессивным, истероидным и психастеническим, психопатическим реакциям.

### *Литература*

1. Блейлер Э. Руководство по психиатрии : пер. с нем. / Э. Блейлер. – Репр. воспроизведение изд. 1920 г. – М. : НПА, 1993. – 541 с.
2. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика / П.Б. Ганнушкин. – М. : Север, 1933. – 143 с.
3. Козлов А.А. Зависимость формирования наркоманической личности от предрасполагающих факторов / А.А. Козлов, М.Л. Рохлина // Журн. неврологии и психиатрии. – 2001. – Т. 101, № 5. – С. 16–20.
4. Личко А.Е. Подростковая наркология : руководство / А.Е. Личко, В.С. Битенский. – Л. : Медицина, 1991. – 304 с
5. Менделевич В.Д. Наркозависимость и коморбитные расстройства поведения (психологические и психопатологические аспекты) / В.Д. Менделевич. – М. : Медпресс-информ, 2003. – 327 с.
6. Профессиональный психологический отбор женщин, поступающих на военную службу / В.В. Юсупов, Р.Х. Кузина, В.И. Евдокимов, О.В. Перфилова // Вестн. психотерапии. – 2008. – № 25 (30). – С. 84–93.
7. Психодиагностические методы в практике клинических психологов : учеб. пособие / под. ред. В.Л. Ситникова. – СПб. : ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2005. – 116 с.
8. Пятницкая И.Н. Наркомании / И.Н. Пятницкая. – М., 1994. – 544 с.

## **СПЕЦИФИКА ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ: ПРАВСТВЕННЫЙ АСПЕКТ**

Институт социального образования Уральского государственного педагогического университета, Екатеринбург

Вопросы нравственного развития личности актуальны на протяжении длительного времени. Особенно релевантными они становятся в кризисные для общества периоды, дезорганизующие его экономическую, социальную и морально-этическую детерминанту.

Изучением проблемы нравственности, нравственного развития и поведения занимались Ю.К. Бабанский, О.С. Богданова, Л.И. Божович, Н.И. Болдырев, Л.С. Выготский, Л.А. Высотина, Н.Е. Ковалев, Р.С. Немов, Б.Ф. Райский, Г.В. Слепухина, Н.А. Сорокин, Е.В. Субботский, Н.М. Трофимова, И.Ф. Харламов и др. Под нравственным развитием они понимают процесс интериоризации и экстраполяции личностью моральных норм и правил поведения, взаимодействия, установленных в социуме. Так, нравственное развитие предполагает процесс «количественных» и «качественных изменений» человека в его восприятии и освоении моральных идеалов, ценностей, взглядов, отношений.

В зависимости от того, как освоена и принята человеком мораль, в какой мере он соотносит свои убеждения и поведение с действующими моральными нормами и принципами в обществе, можно судить об уровне его нравственности. Нравственным можно считать такого человека, для которого нормы, правила и требования морали выступают как его собственные взгляды и убеждения, как глубоко осмысленные и привычные формы поведения. Как правило, нравственность рассматривается как регулирующая функция поведения личности.

Совокупность поступков человека, имеющих нравственное значение, совершаемых им в относительно продолжительный период в постоянных или изменяющихся условиях, принято называть поведением. Поведение человека как единственный объективный показатель дает представление о его моральных качествах, нравственном облике [8, с. 32]. Следовательно, поведение человека является результатом сознательного выбора опреде-



ленных действий и поступков и обусловлено нравственными нормами, качествами и принципами, которые у него сформированы.

Н.М. Трофимова подчеркивает, что именно младший школьный возраст является наиболее благоприятным периодом для усвоения нравственных норм поведения. Нравственная норма может побуждать ребенка к определенным поступкам и действиям, а может и запрещать или предостерегать от них. Нормы определяют содержание взаимоотношений с обществом, коллективом, другими людьми [9].

Таким образом, с учетом нравственных норм детям младшего школьного возраста предъявляются следующие требования, определяющие характер их поведения: стремиться дружить со всеми детьми и выбирать себе друга, которому можно доверять и которого никогда не подведешь; ценить в людях трудолюбие, активность, инициативность, честность, справедливость; делать добро окружающим людям; трудиться с пользой для себя и людей; бороться с собственной ленью и другими недостатками; беречь общественное добро и родную природу; помогать старшим, инвалидам, пенсионерам, своим товарищам в учебе и труде, общественной работе [6, с. 368].

В младшем школьном возрасте нравственное развитие ребенка связано с выполнением разнообразных школьных обязанностей и поручений, что создает благоприятные условия для углубления нравственного сознания и чувств, укрепления нравственной воли и поведения. В этом возрасте ребенок сталкивается с четкой и развернутой системой моральных требований, правил, норм, императивов, которыми необходимо руководствоваться во взаимоотношениях с учителем, окружающими людьми.

На значимость нравственного развития детей младшего школьного возраста указывал еще Л.С. Выготский, утверждая, что начало данного возрастного периода связано с возникновением обобщения переживаний, логики чувств. Ребенок впервые начинает понимать, что значит «я радуюсь», «я огорчен», «я сердит», «я добрый», «я злой», у него возникает осмысленная ориентировка в собственных переживаниях и поведении [1].

Согласно исследованиям Н.А. Козловской и И.С. Морозовой, младший школьный возраст – это сенситивный период для формирования нравственной стороны личности ребенка. Если на данном возрастном этапе ребенок не научится дружить, трудиться, заботиться, не обретет уверенность в своих способностях и возможностях, сделать это в дальнейшем (за рамками сенситивного периода) будет значительно труднее [4].

Наиболее существенными нравственными качествами и характеристиками, которые следует формировать в младшем школьном возрасте, являются дружелюбность, честность, уважительность, доброжелательность, вежливость, заботливость, дисциплинированность и трудолюбие.

К младшему школьному возрасту каждый ребенок достигает определенного уровня нравственного развития: у него накапливается нравственный опыт, формируются индивидуально-типологические качества личности, вырабатываются привычки и определяются ценности, обуславливающие его поведение.

По утверждению К. Бюлера, Д.Н. Исаева, М.С. Певзнер, Г.Е. Сухаревой, В. Штерна, поведение детерминировано не только факторами среды и воспитания, но и индивидуальным уровнем психического развития личности. Раскрытие его своеобразия при нарушениях развития в младшем школьном возрасте может помочь этой категории детей преодолеть трудности интеграции в социум.

С самого рождения дети с нарушениями развития имеют длительный опыт эмоциональной травматизации. У них наблюдаются разнообразные по степени тяжести эмоциональные нарушения, связанные с переживаниями страха, тревоги, неполноценности, психологической и физической боли. Это усугубляет оторванность ребенка от окружающего мира и впоследствии проявляется в девиантности поведения, в усилении соматических заболеваний и психосоциальных отклонений [7].

Л.С. Выготский отмечал, что дети с нарушениями развития испытывают трудности взаимодействия с окружающим миром, прежде всего с окружающими людьми, то есть трудности социального взаимодействия. Однако он называл эти трудности «социальным вывихом», который препятствует приобретению ребенком знаний, опыта «врастания его в культуру» [5].

В процессе изучения данной проблемы нами было проведено исследование особенностей поведения детей младшего школьного возраста с такой спецификой развития, как умственная отсталость (УО) и задержка психического развития (ЗПР).

Исследование проводили по единой системе в специальном (коррекционном) образовательном учреждении VII вида – в школе № 220 и в специальном (коррекционном) образовательном учреждении VIII вида – в школе № 167 г. Екатеринбурга. Возрастная группа – учащиеся младшего школьного возраста в количестве 85 человек: из них 42 респондента – дети с ЗПР и 43 – УО дети.

В процессе исследования акцент ставили на выявление нравственных ориентиров, чувств и поступков детей, а также их эмоциональной эмпатии. Кроме того, обозначалась задача определения склонности ребенка к враждебности, проявляемой через обидчивость и мстительность.

Полученные результаты позволили предположить существование особенностей проявления моральных норм в поведении детей с нарушениями развития.

### ***Результаты и их анализ***

Исследование показало, что дети с ЗПР (82 % испытуемых) не имеют целостного представления о нравственных категориях («скромность», «уважение», «отзывчивость», «эмпатия») и нормах. Оценки их суждения часто бывают конкретными и ситуативными. У 91 % этих детей отношение к нравственным нормам нестабильное, изменчивое, пассивное, имеет эгоистический характер. Эмоции детей поверхностны и неустойчивы, вследствие чего дети внушаемы и склонны к подражанию. Однако у школьников данной категории существуют нравственные ориентиры, но соответствовать им дети не стремятся.

В ходе изучения проблемы было обнаружено, что 87 % учащихся часто затрудняются охарактеризовать собственное эмоциональное состояние в той или иной ситуации, у 64 % обследуемых присутствует некоторая ригидность чувств, проявляющаяся в отношениях таких детей с окружающими людьми. В 90 % случаев для них характерны отсутствие чувства долга, эмпатии, преданности и, наоборот, присуща неорганизованность, нескритичность, неадекватность самооценки.

Выраженная эмоциональная истощаемость, повышенная впечатлительность и робость, склонность акцентировать внимание на неприятных переживаниях – это те черты, которые способствуют формированию у детей изучаемой категории нерешительности, безволия и безынициативности.

Таким образом, поведение младших школьников с ЗПР не соответствует возрасту и характеризуется такими специфическими особенностями, как выраженная зависимость проявления моральных норм от внешнего контроля, от условий ситуации; размытость нравственных норм; видение окружающих сверстников как людей, способных в основном на аморальное поведение; становление нравственности в сторону ее прагматичности.

В силу ослабленного психического и эмоционально-волевого развития (инфантилизма), неразвитости процессов самоконтроля, саморегуляции, а также несбалансированности процессов возбуждения и торможения

дети с ЗПР, как правило, прибегают к более доступным, то есть девиантным формам взаимодействия с окружающей действительностью (это конфликты, обман, воровство, бродяжничество). Это, в свою очередь, приводит к тому, что они стремятся подчиняться влиянию взрослых правонарушителей. Соответственно, подобное поведение будет негативно сказываться на формировании положительных сторон личности, на совершенствовании собственного «Я» ребенка и на развитии нравственного идеала, а также нравственных чувств.

Проанализировав характерные черты поведения детей с ЗПР, остановимся подробнее на основных аспектах поведения УО детей младшего школьного возраста. Результаты обследования УО учащихся демонстрируют в 89 % случаев отсутствие четких, сформированных нравственных представлений и понятий о таких категориях, как «дружба», «вежливость», «скромность» и «уважение». Эти дети, как правило, не имеют ясных, точных и организованных нравственных ориентиров. Отношение к моральным нормам и правилам неустойчивое. Учащиеся неправильно объясняют поступки (то есть названные ими поступки не соответствуют тем качествам, которые дети называют), эмоциональные реакции неадекватны или отсутствуют.

У 36 % детей отмечается «затянутость», инертность эмоциональных реакций, имеющих ярко выраженный эгоцентрический характер. В 77 % случаев УО учащиеся весьма слабо контролируют свои эмоциональные проявления, а часто и не пытаются этого делать. Поведение и переживания УО младших школьников отражают слабое осознание окружающей обстановки. Нравственные чувства у 93 % испытуемых данной категории отличаются низкой степенью осознанности, они, как правило, существуют на уровне знаний.

Детям свойственны такие черты, как не критичность в отношении к себе, противоречивость поступков, неспособность и нежелание в овладении нравственными принципами, безволие, внушаемость, зависимость от мнения других, отсюда – беспринципность, нецелеустремленность, безынициативность, проявляющиеся в поведении, во взаимодействиях таких детей с окружающими людьми.

Полученные в ходе исследования данные свидетельствуют о том, что среди УО детей в 45 % встречаются школьники с характерными для них быстрыми переходами от одного настроения к другому, это, в свою очередь, неблагоприятным образом сказывается на личностном развитии, на формировании четких нравственных позиций и нравственных чувств.

Низкий уровень развития эмоциональной эмпатии и одновременно высокие показатели выраженности вспыльчивости и враждебности у 81 % УО школьников отрицательно воздействуют на формирование у них нравственной стороны личности.

В 72 % случаев у испытуемых наблюдается раздражительность, эгоизм, злопамятность, несдержанность, негативизм и т. д. Учащиеся подвластны аффективным импульсам, непосредственным воздействиям окружающей действительности, не склонны к самостоятельной аналитической переработке этих воздействий с позиции собственных нравственных убеждений и духовных потребностей. Нередко они действуют в соответствии со внезапно возникающими мотивами, желаниями, прихотями, не имея силы воли, чтобы противостоять им. У УО детей прослеживается недостаток эмоционально положительных отношений и контактов с окружающими. Такое поведение нередко становится причиной возникновения различного рода девиаций, что, в свою очередь, является фактором, препятствующим адекватному нравственному развитию детей данной категории.

### *Заключение*

Поведение детей младшего школьного возраста с ЗПР и УО характеризуется относительным отставанием от возрастной нормы. Недостаточная дифференцированность переживаний, эгоцентрическая направленность данной категории детей, слабость интеллектуальной и эмоционально-волевой регуляции затрудняют развитие таких нравственных чувств, как чувство долга, ответственности, справедливости, преданности. Как правило, чувства этих детей мало дифференцированы, поверхностны и неадекватны. Переживания можно назвать упрощенными, примитивными, имплицитными, однако у детей достаточно четко выражены положительные или отрицательные эмоции, хотя эти эмоции не всегда мотивированы: дети могут беспричинно смеяться, радоваться пустякам. Отрицательные эмоции возникают неожиданно, аффективно, имеют стойкий характер. Наиболее высокую эмоциональную оценку у детей находят только то, что им приятно.

В большинстве случаев дети с ЗПР и УО эмоционально неустойчивы, им свойственны колебания настроения, нестабильность эмоциональных проявлений, ситуативность поведения, высокая утомляемость, что нарушает формирование эмоциональной регуляции поведения.

Разбалансировка чувств у детей с нарушениями развития способствует возникновению эмоциональных расстройств, что ведет к девиациям в поведении. Незрелость эмоционально-волевой сферы является одним из

факторов, тормозящим развитие социально одобряемых форм поведения данного контингента детей.

Как правило, нарушения поведения учащихся изучаемой категории классифицируются как грубость, жестокость, вспыльчивость, агрессивность, сквернословие при общении с учителями, сверстниками, лживость, невыполнение учебных заданий, уклонение от участия во внеклассных мероприятиях, несоблюдение школьного распорядка, драчливость, воровство, хулиганство, стремление к асоциальным компаниям. Кроме того, перечисленные формы нарушения поведения являются для детей привычным способом реагирования на неблагоприятные факторы внешней среды и представляют собой своеобразную поведенческую стереотипию, которая проявляется в персистентности нарушений поведения.

Поведение младших школьников с нарушениями развития имеет полиморфный характер, то есть в картине нарушения поведения преобладает сочетание нескольких его форм, что доказывает, в свою очередь, общность механизмов функционирования различных нарушений поведения таких детей. У детей с ЗПР и УО наличие в эмоционально-волевой сфере нарушений обуславливает своеобразное психопатологическое формирование характера, новых отрицательных его черт.

Описанные особенности поведения детей с ЗПР и УО детерминированы различными факторами. Речь идет о том, что у детей с ЗПР определенная специфика нравственной стороны личности обусловлена преимущественно задержкой эмоционально-волевого развития, а у УО детей – нарушениями интеллектуального развития.

Рассмотренные тенденции в поведении младших школьников с ЗПР и УО препятствуют развитию у них нравственного сознания, нравственных чувств, поступков, морально-психологических качеств, а также негативно сказываются на гармоничном становлении личности детей в целом.

### *Литература*

1. *Выготский Л.С.* Вопросы детской психологии / Л.С. Выготский. – СПб. : Союз, 1997. – 224 с.
2. *Выготский Л.С.* Проблемы дефектологии / Л.С. Выготский. – М. : Просвещение, 1995. – 527 с.
3. *Исаев Д.Н.* Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д.Н. Исаев. – СПб. : Речь, 2005. – 400 с.

4. *Козловская Н.А.* Формирование нравственных чувств как детерминант развития психологически здоровой личности младшего школьника / Н.А. Козловская, И.С. Морозова / Интеграция образования. – 2007. – № 3/4. – С. 182–187.

5. *Лубовский В.И.* «Врастание в культуру» ребенка с нарушениями развития / В.И. Лубовский // Культурно-историческая психология. – 2006. – № 3. – С. 3–7.

6. Педагогика // Большая современная энциклопедия / сост. Е. С. Рапацевич. – Мн. : Современ. слово, 2005. – С. 367–368.

7. Понятийный аппарат педагогики и образования : сб. науч. тр. / отв. ред. Е.В. Ткаченко, М.А. Галагузова. – М. : ВЛАДОС, 2007. – Вып. 5. – 592 с.

8. Профессиональная этика юриста / сост. М.И. Алексеева. – Владимир : ВЮИ, 2001. – 48 с.

9. *Трофимова Н.М.* Нравственные ориентиры младшего школьника / Н.М. Трофимова // Педагогика. – 1997. – № 6. – С. 59–65.

# ПСИХОЛОГИЯ В ОБРАЗОВАНИИ

УДК [211 : 234.2] : 355.232.6

*А.Р. Труль*

## **ИНФОРМИРОВАНИЕ КУРСАНТОВ ВОЕННО-ФИЗКУЛЬТУРНОГО ВУЗА О СОДЕРЖАНИИ РАЗЛИЧНЫХ РЕЛИГИОЗНЫХ УЧЕНИЙ**

Военный институт физической культуры, Санкт-Петербург

### *Введение*

В соответствии с Конституцией Российской Федерации, каждый гражданин РФ обладает правом на свободу совести, свободу вероисповедания. При этом целесообразно получение объективной информации о сущности различных религиозных учений. Мы не говорим о религиозном или об антирелигиозном воспитании. Но человеку нужно помочь в осознании ряда религиозных нравственных ценностей и особенностей культовых обрядов. Имеются также основания акцентировать внимание верующих и неверующих на том обстоятельстве, что в разных религиозных учениях содержатся близкие узловые положения о понятиях добра – зла, честности – бесчестности, искренности – лживости, трудолюбии – лени, миролюбии, негативном отношении к убийству и ряд других ценностных ориентаций, имеющих общее толкование («не убий», «не укради», «не прелюбодействуй», «не обещай, что не можешь выполнить»), и близкие по смыслу советы содержатся в основоположениях и православия, и католичества, и протестантства, и в мусульманстве, и в буддизме. Есть также основания раскрывать деструктивную сущность таких сектантских искажений религий, как сатанизм, ваххабизм и т. п.

### *Отношение к религии в современных условиях*

Из материалов античной истории известны жестокие преследования и многочисленные казни христиан. Негативное отношение к церкви было характерным и для первых лет советской власти. Жестокое противостояние проявлялось между христианской и мусульманской религиями, включающее в себя обильное кровопролитие и уничтожение материальных ценностей во время «крестовых походов». Известны массовые убийства протестантов во время так называемой Варфоломеевской ночи. Религиоз-



ные противоборства до сих пор имеют место между мусульманами: суннитами и шиитами и т. д. Однако в настоящее время количество и острота противоборств по религиозным мотивам существенно понижается. Значительно улучшилось общее отношение к церкви. Повышается религиозная толерантность и веротерпимость. Среди населения возрастает количество верующих.

Материальные трудности, бесовестная коррупция, нередкое нарушение правовых норм, отсутствие равенства людей перед законом, различный беспредел и т. п. стимулируют обращение людей к религии, где они пытаются найти, утешение и веру в будущую справедливость. Церковь поддерживает власть. Растет взаимная поддержка церкви и власти. Определилась четкая тенденция к росту количества людей, считающих себя верующими. Это происходит и с молодым пополнением военнослужащих. На примере Военного института физической культуры (ВИФК), по материалам анкетных опросов (по 150–250 человек в год) можно видеть, что за последние 10 лет число верующих курсантов возросло более чем в 2 раза (табл. 1).

*Таблица 1*

*Отношения к вере у курсантов ВИФКа*

Год	Считают себя верующими	Считают себя атеистами	Колеблющиеся, или не давшие определенного ответа
1999	26	35	39
2003	39	31	30
2005	50	30	20
2007	53	28	19
2009	59	26	15
2010	61	25	14

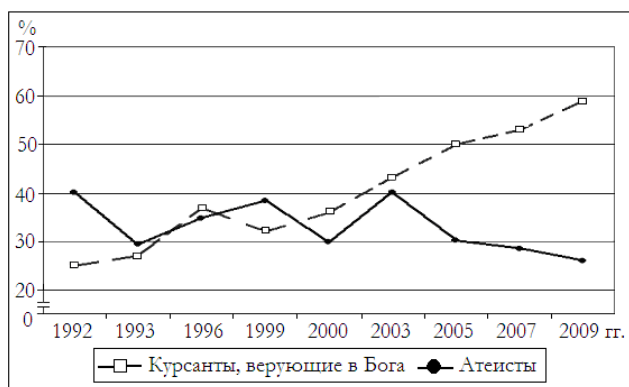
Среди верующих курсантов около 75 % считают себя православными, около 17 % – мусульманами и до 8 % представителями других конфессий.

Можно полагать, что не все, кто считают себя верующими (в открытых и анонимных опросах), являются истинно верующими. Определенная часть из них недостаточно знакома с религиозными учениями, не выполняет полагающихся церковных обрядов, некоторые редко посещают церковь, не молятся и т. д. Например, по воскресеньям, вместо посещения религиозных учреждений, они предпочитают какие-либо увеселения. Такую информацию мы получили у 27 % курсантов, которые считали себя верующими. Эти курсанты полагали, что все-таки «есть Бог» или «имеются ка-

кие-то высшие силы, управляющие судьбой человека» и т. п.

К числу «колеблющихся» мы отнесли тех, кто определенного ответа не дал и согласился с утверждением анкеты «пока не верю в Бога, но интересуюсь религией и, возможно, стану верующим» или кто принял утверждение в агностичном плане: «не знаю, есть ли Бог, или нет, это невозможно узнать». Приведенные ранее количественные показатели, возможно, нуждаются в некоторой коррекции, но выраженную тенденцию к росту верующих курсантов они, безусловно, подтверждают (см. табл. 1).

Отметим также, что по всей России до 70 % верующих являются православными, до 20 % – мусульманами, а на всех остальные конфессии приходится около 10 % населения. Динамика роста числа курсантов ВИФКа, считающих себя верующими или атеистами, представлена на рисунке.



*Динамика отношения к вере у курсантов ВИФКа*

Интересная информация была получена при анкетировании 164 курсантов 1-го и 2-го курсов по вопросу о знании сущности религии и религиозных учений, к которым они себя относят или испытывают интерес. Оказалось, что общие познания о религиях у курсантов были невысокими – ( $3,8 \pm 0,1$ ) баллов (по 5-бальной шкале); знания о религии, к которой курсанты проявляют интерес, оценены в ( $4,1 \pm 0,1$ ) баллов. Эти сведения убедили нас в целесообразности проведения специального курса религиоведения или организации соответствующего информирования о сущности основных положений различных конфессий.

Современный культурный человек должен иметь такие знания. Особенно это относится к будущему офицеру, обязанному обучать и воспитывать

вать подчиненных, среди которых могут быть представители разных религий. Например, в физкультурном вузе 17 % курсантов интересовались восточными религиями в связи с намерением овладеть техникой самовнушения, медитацией, йога-тренировки.

В целях оценки возможности изучения и эффективности информирования по вопросам религиозных учений нами был проведен специальный эксперимент. 28 курсантов 1-го курса были включены в экспериментальную группу (ЭГ) и 29 человек образовали контрольную группу (КГ). Для ЭГ было предусмотрено проведение 6 бесед (по 25–30 мин) в вечерние часы воспитательной работы и 17 посещений религиозных и музейных заведений (по воскресным дням).

Темами бесед являлись: 1) сущность религии как одной из форм общественного сознания. Краткие характеристики религиозных конфессий; 2) сходные черты в понимании ряда нравственных ценностей в различных религиозных учениях (проблема общечеловеческих ценностей). Беседы были посвящены православию, другим христианским конфессиям, мусульманству, буддизму, иудаизму и различным сектантским учениям, включая критические характеристики деструктивных сект. В подготовке данных бесед использовались книги списка литературы [1–9]. Особое значение имели посещения религиозных учреждений и музеев (табл. 2).

Кроме того, были проведены посещения Музея артиллерии, войск связи и ракетных войск, в которых, как и в посещениях других музеев (всего 5 посещений), совместно участвовали курсанты ЭГ и КГ.

Вместе с тем, небольшие блоки информации по истории религии были предложены для включения в материалы занятий нескольким преподавателям: отечественной истории, психологии, педагогики, страноведения (на кафедре иностранных языков). Такую информацию в плане общеобразовательной подготовки получали на общих лекциях все курсанты, в том числе и обеих выделенных групп.

Эксперимент продолжался в течение одного учебного года. Информирование курсантов по вопросам содержания религиозных учений принесло существенный общевоспитательный эффект. Как отмечалось, мы не обращались к пропаганде какой-либо религии. Задача заключалась в представлении сведений о добре и зле, честности, благородстве, противостоянии лжи, корысти, об отношении к общечеловеческим ценностям, адекватно отражаемым во всех конфессиях. Нами обсуждались примеры выражения глубоких патриотических чувств, сочетаемых не с показной, а с истинной духовностью и верой наших великих полководцев и флотоводцев:

Александра Невского, А.В. Суворова, М.И. Кутузова, Г.К. Жукова, А.М. Василевского и др. Отмечалось, что истинная вера выражает нравственность, честность, благородство, трудолюбие и другие личностные духовные свойства.

Таблица 2

*Перечень религиозных учреждений и музеев*

Место проведения экскурсии	Адрес в Санкт-Петербурге
Государственный музей истории религии	Почтамтская ул., д. 14/5
Александро-Невская лавра, собор Пресвятой Троицы	наб. р. Монастырки, д. 1
Александро-Невская лавра, Благовещенская усыпальница	наб. р. Монастырки, д. 1
Спасо-Преображенский собор	Преображенская пл., 1
Казанский кафедральный собор	Казанская пл., 2
Морской собор Святителя Николая Чудотворца	Никольская пл., 1/3
Сампсониевский собор	Б. Сампсониевский пр., д. 41
Корабельная церковь на крейсере «Аврора» (филиал Центрального Военно-морского музея)	Петроградская наб.
Государственный мемориальный музей А.В. Суворова	Кирочная улица, д. 43
Российский этнографический музей	Инженерная улица, д. 4/1
Большая Хоральная синагога	Лермонтовский пр., д. 2
Соборная мечеть общины мусульман	Кронверкский пр., д. 7
Санкт-Петербургский буддийский храм Калачакры	Приморский пр., д. 91
Армянская апостольская православная церковь Святой Екатерины	Невский пр., д. 40/42
Римско-Католическая церковь Святой Екатерины Александрийской	Невский пр., д. 32/34
Лютеранский храм Святого Петра	Невский пр., д. 22/24

Сопоставляя исходное и конечное обследование, мы могли видеть позитивные изменения преимущественно у курсантов ЭГ. Они проявлялись как в области знаний о содержании религиозных учений, так в показателях отношения к ряду ценностных ориентаций (в 5-бальной шкале) (табл. 3)

Таблица 3

Показатели самооценки у курсантов ВИФКа ( $M \pm m$ ), балл

Показатель	Группа	Результат		р
		В начале	В конце	
Общие знания о религии	ЭГ	3,78 ± 0,18	4,29 ± 0,14	< 0,05
	КГ	3,74 ± 0,18	3,90 ± 0,14	> 0,05
Знания о предпочитаемой религии	ЭГ	4,14 ± 0,14	4,49 ± 0,09	< 0,05
	КГ	4,08 ± 0,14	4,19 ± 0,14	> 0,05
Выражение чувства патриотизма	ЭГ	4,2 ± 0,14	4,7 ± 0,09	< 0,01
	КГ	4,2 ± 0,13	4,5 ± 0,09	< 0,05
Отношение к воинской службе	ЭГ	2,8 ± 0,19	3,5 ± 0,14	< 0,01
	КГ	3,1 ± 0,09	3,4 ± 0,09	< 0,05

### Заключение

Рассматривая вопрос не о пропаганде религии, не о религиозном воспитании, а об информировании в области содержания и особенностях различных конфессий, важно обратить особое внимание на безусловный факт современного роста количества лиц, считающих себя верующими. Наши 10-летние наблюдения на примере ВИФКа показали рост курсантов, считающих себя верующими, более чем в 2 раза. Можно полагать, что они в настоящее время составляют более половины от всего переменного состава.

С другой стороны, значительная часть верующих курсантов не обременяет себя выполнением религиозных обрядов, нечасто посещает религиозные учреждения, не оказывают им материальной помощи, не имеют (даже по собственным самооценкам) должного представления о содержании и особенностях исповедуемых ими религиях.

Различным руководителям, воспитателям, в частности будущим офицерам, имеющим подчиненных разных конфессий, нужна соответствующая информация. Проведенный эксперимент с передачей такой информации курсантам вуза имел позитивный педагогический эффект как в познавательном информационном аспекте, так и в реальной практике учебно-воспитательного процесса.

### Литература

1. Бейли А.А. Свет души: наука о нем и его воздействии [Йога-сутр Патанджали] : [пер. с англ.] / А.А. Бейли. – М. : Навна-3, 2000. – 384 с.
2. Библия : Книги Священного Писания Ветхого и Нового завета : Канон. – М. : Рос. библ. о-во, 1998. – 293, XVI с.

3. *Ошо*. Медитация – искусство экстаза : [пер. с англ.] / Ошо (Бхагавен Шри). – М. : Единство, 1993. – 190 с.
4. Вавилонский талмуд : антология Агады : 3 т. / с толкованиями раввина Адина Эвен-Израэля (Штейнзальца). – Иерусалим : Ин-т изучения иудаизма в СНГ, 2001. – Т. 1. – 368 с. ; Т. 2. – 266 с. ; Т. 3. – 267 с.
5. *Вандерхилл Э.* Энциклопедия «Мистики XX в.» : [пер. с англ.] / Э. Вандерхилл. – М. : Астрель [и др.], 2001. – 522 с.
6. *Далай-лама*. Мир тибетского буддизма : обзор его философии и практики : [пер. с англ. ] / Далай-лама XIV. – 2-е, стер. изд. – СПб. : Нартанг, 2002. – 225 с.
7. Классическое конфуцианство : в 2 т. : [пер. с кит.]. – СПб. : Нева-М. ; Олма-Пресс, 2000. – Т. 1 : Конфуций / Лунь юй. – 381 с. ; Т. 2 : Мэн-цзы, Сюнь-цзы. – 205 с.
8. Коран. – СПб. : Изд-во Диля, 2009. – 576 с.
9. *Тальберг Н.Д.* История христианской церкви / Н.Д. Тальберг. – М. : Изд-во Правосл. Св.-Тихонов. богосл. ин-та, 2001. – 517 с.

## НОВОСТИ. ИНФОРМАЦИЯ

*В.А. Винокур*

### БАЛИНТОВСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

(Санкт-Петербург, декабрь 2010)

Санкт-Петербургское Балинтовское общество и кафедра медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования в декабре 2010 г. провели традиционную российскую конференцию, в этом году называвшуюся *«Балинтовские группы – принципы, возможности, ограничения»*, в которой приняли участие психиатры, психотерапевты и клинические психологи из Санкт-Петербурга и других российских регионов. В пленарной части ее программы были представлены доклады:

«Балинтовские группы – безграничные возможности и отдельные ограничения» (В.А. Винокур);

«История супервизии и балинтовских групп» (А.А. Чечик);

«Российские и зарубежные балинтовские группы – опыт участника и ведущего» (Н.В. Андрущенко);

«Балинтовская группа как фактор безопасности и развития образовательной среды» (Л.И. Гущина и Е.А.Марковская).

Суммируя ресурсы и возможности балинтовской группы, можно отметить, что она дает ее участникам:

– возможность (среду, пространство) для более глубокого и осознанного анализа своей работы и ее коммуникативных аспектов;

– интерес и внимание к пациентам, которые до этого представлялись во всех смыслах «трудными», надоедливymi, раздражающими, досаждающими, вызывающими тревогу и беспокойство. В работах М. Балинта и его коллег по этому поводу часто употребляется выражение «*upsetting patient*» – пациент, в эмоциональном отношении «опрокидывающий» врача и контактов с которым хочется всячески избегать. Группа помогает врачу работать с такими пациентами значительно успешнее;

– выход («сток») для тревоги и других фрустрирующих чувств, возникающих в процессе работы;

– новые аспекты в мышлении и подходы, стимулирующие новое понимание пациента и более успешный терапевтический процесс;

– эмоциональную поддержку и связанное с этим улучшение коммуникации с пациентами и другими профессионалами;

– положительное влияние на восприятие проводимой терапии и взаимодействие с психотерапевтом;

– повышение профессиональной самооценки и степени удовлетворенности своей работой, что препятствует формированию профессионального выгорания.

Это успешно отвечает той задаче, которую, по мнению М. Балинта, должен ставить перед собой каждый психотерапевт: «Он должен открыть в самом себе способность выслушивать у своих больных то, что им вряд ли всегда удастся выразить словами, и поэтому он должен начинать с того, чтобы послушать такую речь у себя самого».

В докладах отмечалось: многолетний мировой опыт и анализ работы балинтовских групп показывают, что они позволяют успешно реализовать задачу, связанную с необходимостью превратить *непрерывное профессиональное образование* врачей-психотерапевтов психологов, в котором инициатором, исполнителем и проводником обучения является преподаватель, наставник, супервизор при нередко очевидной пассивности самого слушателя, в *непрерывное профессиональное развитие*, в котором основное «действующее лицо и исполнитель» – сам врач/психолог. Это соответствует общемировой тенденции в подготовке и профессиональном усовершенствовании специалистов, работающих в здравоохранении и других помогающих профессиях.

В системе подготовки врачей в европейских странах уже много лет акцент делается на изучении различных аспектов коммуникации с пациентами, компетентность в которой рассматривается как один из важнейших показателей профессионализма врачей. Проведенный опрос 1593 британских врачей показал, что самым важным в процессе обучения ими признано освоение навыков конструктивного, прежде всего – эмпатийного взаимодействия с пациентами (Shoenberg P., 2005). Во многих странах балинтовские группы стали активно использоваться в учебном процессе на различных этапах последипломного обучения психотерапевтов. Например, в США, Великобритании, Германии и других странах балинтовские группы являются обязательной частью их подготовки в резидентуре (аналог клинической ординатуры в России). Среди главных достоинств в работе этих групп можно отметить успешное осуществление идеи Чарльза Уорнера: «... одно из прекраснейших свойств нашей жизни – в том, что невозможно искренне помогать другому, не помогая при этом самому себе».

На конференции были также проведены демонстрационные балинтовские группы, позволившие участникам конференции увидеть различные стилистические особенности ведения этих групп разными ведущими и получить собственный опыт супервизии клинических случаев из практики психотерапии и психологического консультирования.



## ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

Редакционная коллегия  
и редакционный совет журнала  
поздравляет с 80-летием  
доктора медицинских наук  
профессора,  
заслуженного деятеля науки РФ  
**Бориса Дмитриевича  
Карвасарского**



Борис Дмитриевич Карвасарский родился 3 февраля 1931 г. В 1954 г. закончил Военно-морскую медицинскую академию в г. Ленинграде. После окончания ВММА служил на Северном флоте начальником медицинской службы эсминцев «Отчаянный» и «Огненный». После окончания службы в 1957 г. поступил в аспирантуру Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института (ЛНИПИ) им. В.М. Бехтерева. С этого времени профессиональная деятельность Бориса Дмитриевича неразрывно связана с ЛНИПИ им. В.М. Бехтерева, где он продолжает работать и ныне. С 1969 г. и по настоящее время профессор Б.Д. Карвасарский является научным руководителем Отделения неврозов и психотерапии, которое создавалось при его активном участии.

В 1967 г. Борис Дмитриевич защитил докторскую диссертацию на тему «Патогенетические механизмы и дифференциальная диагностика головных болей в клинике неврозов». Созданная им биопсихосоциальная концепция неврозов представляет собой методологию и практику диагностики и лечения этой распространенной группы заболеваний и получила широкое признание в нашей стране и за рубежом. Концепция опубликована в монографии «Неврозы» (1-е изд. – 1980, 2-е изд. – 1990).

Борис Дмитриевич проявил себя как крупный организатор образовательной деятельности в сфере медицинской психологии. По сути дела, им были заложены основы преподавания медицинской психологии, сформулирована концепция участия психолога в психотерапии и здравоохране-

нии. Он организовал и длительное время (1965–1975) руководил в Ленинградском государственном университете специализацией по медицинской психологии, обобщив свой опыт работы в монографии «Медицинская психология» (1982). С 1982 по 1993 г. Борис Дмитриевич работал по совместительству в Ленинградском государственном институте усовершенствования врачей (ныне – Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования), где организовал кафедру психотерапии. На базе этой кафедры в 1993 г. в системе институтов усовершенствования врачей была создана первая самостоятельная кафедра медицинской психологии. В дальнейшем курс детско-подростковой психотерапии кафедры психотерапии был преобразован в кафедру детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии. В настоящее время все три кафедры возглавляются его учениками.

Результатом последующей исследовательской деятельности Б.Д. Карвасарского явилось создание ведущего направления психотерапии в стране – современной концепции личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, изложенной в монографии «Психотерапия» (1985). Основные главы этой монографии были изданы в США.

Являясь с 1986 г. главным психотерапевтом Министерства здравоохранения РСФСР, а затем и руководителем Федерального научно-методического центра по психотерапии и медицинской психологии, Борис Дмитриевич заложил основы широкой современной инфраструктуры психотерапевтической помощи населению, создал институт главных психотерапевтов в регионах России, организовал их подготовку и усовершенствование. Под его руководством в ряде регионов созданы крупные психотерапевтические центры, позволившие значительно улучшить психотерапевтическое обслуживание населения и повысить квалификацию врачей и психологов. Борис Дмитриевич являлся руководителем ряда международных психотерапевтических программ, в том числе с учеными Германии (Университет г. Франкфурта) и США (Университет Хофстра г. Нью-Йорка).

Б.Д. Карвасарский – автор 215 научных работ, 24 из них опубликованы за рубежом, автор 14 монографий; автор и главный редактор 7 энциклопедий и учебников: «Психотерапевтическая энциклопедия» (1999, 2002, 2006), «Психотерапия» (2000, 2002, 2007), «Клиническая психология» (2002, 2005, 2006, 2010) и др.; редактор и соредатор 14 тематических сборников научных трудов по проблемам неврозов, психотерапии и медицинской психологии. Под руководством Бориса Дмитриевича Карвасар-

ского защищены 99 кандидатских диссертаций, он является научным консультантом 23 докторских диссертаций.

Ныне Борис Дмитриевич – широко известный российский медицинский психолог и психотерапевт, возглавляет ленинградскую/санкт-петербургскую школу психотерапии.

Борис Дмитриевич – доктор медицинских наук (1967), профессор (1971), заслуженный деятель науки РФ (1996). Он является почетным президентом созданной им Российской психотерапевтической ассоциации и главным специалистом-экспертом по психотерапии Росздравнадзора Минздрава России. Награжден орденом «Знак почета» (1981), медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени (2007).

Дорогой Борис Дмитриевич!

Редакционная коллегия и редакционный совет журнала желают Вам отменного здоровья, счастья, творческого долголетия. Мы любим Вас и горды, что сотрудничаем с Вами.

## РЕФЕРАТЫ

**Александров А.А.** Сочетание каузального и феноменологического подходов: путь к краткосрочной патогенетической психотерапии // Вестник психотерапии. – 2011. – № 37 (42). – С. 9–18.

С целью повышения эффективности и сокращения сроков лечения автором разработана краткосрочная модель патогенетической психотерапии, сочетающая каузальный и феноменологический подходы. Основной метод патогенетической психотерапии «беседа-дискуссия» дополняется непосредственным переживанием в ситуации «здесь и сейчас». В процессе патогенетического анализа конфликтные переживания пациента переносятся из прошлого в настоящее с помощью приема «flashback». Применяются техники гештальт-терапии: монодрама, диалог, «пустой стул», работа с фантазией и сновидениями.

**Ключевые слова:** краткосрочная психотерапия, патогенетическая психотерапия, гештальт-терапия, интеграция методов.

**Миткевич В.А., Соловьев А.Г.** Групповая образно-игровая сказкотерапия // Вестник психотерапии. – 2011. – № 37 (42). – С. 19–29.

Представлены основные положения метода групповой образно-игровой сказкотерапии. Описаны этапы метода, фазы группового процесса, основные применяемые образы. Использование групповой образно-игровой сказкотерапии у 256 детей и подростков с нервно-психической патологией показало значительное улучшение их состояния (отсутствовала или значительно уменьшилась клиническая симптоматика, нормализовались коммуникативные отношения со взрослыми и сверстниками), что свидетельствовало о действенности предлагаемого метода. Обоснована возможность включения метода в процесс лечебных и социально-реабилитационных мероприятий для детей и подростков с нервно-психическими расстройствами.

**Ключевые слова:** сказкотерапия, дети и подростки, нервно-психические расстройства

**Цыганков В.А., Григорьев Г.И., Мизерене Р.** Концептуальные основы духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей // Вестник психотерапии. – 2011. – № 37 (42). – С. 30–41.

Представлена концепция духовно ориентированной (православной) психотерапии патологических зависимостей, разработанная на основе опытных и теоретических знаний христианской антропологии, психологии,

аскетики и медицины. Описаны основные положения метода духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока. Даны представления о физической (физиологической) и психической зависимости и о падении духовности у больных наркологического профиля. Обсуждается феномен веры в практике духовно ориентированной (православной) психотерапии.

**Ключевые слова:** духовно ориентированная психотерапия, православная психотерапия, концепция, патологические зависимости, православие, аскетика, метод духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока.

**Семенова Н.В., Киселев А.С.** Комплексная оценка субъективной удовлетворенности пациентов качеством психиатрической помощи // Вестник психотерапии. – 2011. – № 37 (42). – С. 42–50.

Представлены результаты исследования субъективной удовлетворенности пациентов психиатрической службы, отражающие различные характеристики качества амбулаторной и стационарной психиатрической помощи населению. В наибольшей степени респонденты удовлетворены межличностными отношениями в системе «потребитель–поставщик» (врач–больной) и непосредственными результатами обследования и лечения. Наименьшая удовлетворенность связана с вопросами материально-технического оснащения и лекарственного обеспечения медицинских учреждений, а также со стигматизацией.

**Ключевые слова:** организация здравоохранения, субъективная удовлетворенность лечением, качество психиатрической помощи, стигматизация.

**Хлусов И.И.** Медико-психологическая оценка факторов риска суицидального поведения у лиц разных возрастных групп // Вестник психотерапии. – 2011. – № 37 (42). – С. 50–55.

Представлены результаты сравнительной оценки выраженности анамнестических, личностных и конфликтогенных факторов риска суицидального поведения у лиц молодого (20–39 лет, n = 127), среднего (40–59 лет, n = 108) и пожилого возраста (60 лет – 74 года, n = 117). Полученные данные позволили выявить комплекс ведущих медико-психологических факторов риска и причин суицидального поведения у лиц разных возрастных групп.

**Ключевые слова:** суицидальное поведение, сравнительная оценка факторов риска, разные возрастные группы, актуальная конфликтная ситуация, анамнестические факторы риска, личностные факторы риска, прогностичность.

**Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В., Соловьев А.Г.** Влияние личностных и психосоциальных характеристик на развитие пограничных психических расстройств у комбатантов министерства внутренних дел // Вестник психотерапии. – 2011. – № 37 (42). – С. 56–68.

С целью систематизации личностных и психосоциальных факторов, способствующих возникновению и особенностям течения пограничных психических расстройств у комбатантов МВД России обследованы 247 человек (142 – с пограничными психическими расстройствами, 105 – психически здоровых лиц). На основе факторного анализа выявлены личностные и психосоциальные характеристики, влияющие на развитие пограничных психических расстройств, связанных с боевой психической травматизацией комбатантов.

**Ключевые слова:** комбатанты, пограничное психическое расстройство, преморбидные личностные характеристики, психосоциальные особенности, стресс-факторы боевой обстановки.

**Билый А.М.** Оценка преимущественного типа личности по системе ЭСКАЛ и темперамент // Вестник психотерапии. – 2011. – № 37 (42). – С. 69–79.

Для подтверждения валидности и надежности разработанной системы ЭСКАЛ – «Экспертная система комплексного анализа личности» проведены исследования 1456 человек в возрасте от 15 до 62 лет с использованием методик оценки выраженности и подвижности психофизиологических процессов, мышления, психических состояний и свойств личности. Доказано, что результаты, полученные по методике «ЭСКАЛ – оценка личности», описывают темперамент (тип высшей нервной деятельности), преимущественный когнитивный стиль, особенности познавательной сферы и способ восприятия и обработки информации индивида.

**Ключевые слова:** профессиональный психологический отбор, физиология труда, темперамент, тип высшей нервной деятельности, когнитивный стиль.

**Завалко А.Ф.** Характеристика уровня тревожности в послеабортном периоде у женщин с избыточной массой тела // Вестник психотерапии. – 2011. – № 37 (42). – С. 80–83.

Рассматривается динамика показателей ситуативной (СТ) и личностной тревожности (ЛТ) до и после искусственного прерывания беременности у женщин с нормальной и избыточной массой тела. Установлены, исходяно

высокие показатели СТ и ЛТ в обеих группах. В послеабортном периоде у женщин с избыточным весом отмечаются более высокие показатели ЛТ, чем в контроле. Для профилактики дополнительных стрессорных факторов и прогрессирования ожирения женщинам рекомендуется седативная и психопрофилактическая терапия в пре- и послеабортный период.

**Ключевые слова:** психологическая коррекция, личностная и ситуативная тревожность, ожирение, аборт.

**Загаров Е.С.** Психофизиологические аспекты воздействия на оператора гипотетически опасных физических факторов // Вестник психотерапии. – 2011. – № 37 (42). – С. 84–92.

Проведены две серии исследований, в ходе которых в лабораторных условиях оценивали психофизиологические реакции операторов на воздействие сложно модулированных акустических сигналов при работе за компьютером. Результаты исследований свидетельствуют о том, что психологическая установка на опасность воздействия сложно модулированных акустических сигналов оказывает существенное влияние на психофизиологические реакции операторов компьютеров при выполнении стандартного тестового задания.

**Ключевые слова:** психологическая установка, акустический сигнал, психофизиологические реакции.

**Кобозев И.Ю.** Оценка профессионального стресса и его влияния на копинг поведение руководителей // Вестник психотерапии. – 2011. – № 37 (42). – С. 92–100.

Представлены результаты исследования интенсивности профессионального стресса руководителей ОВД в сравнении с результатами рядовых сотрудников ОВД, вошедших в контрольную группу. Выделены подгруппы с высокой, средней и низкой интенсивностью профессионального стресса. Среди руководителей ОВД у 62 % выявлена средняя интенсивность профессионального стресса, а у 23 % – высокая. Рассмотрены особенности копинг поведения руководителей ОВД в подгруппах с высокой и низкой интенсивностью профессионального стресса.

**Ключевые слова:** профессиональный стресс, профессиональное выгорание, руководители ОВД, копинг поведение, копинг стратегии, психодиагностика.

**Рыбников В.Ю., Парфенов Ю.А.** Теоретические обоснования и психологические механизмы (модель) социализации подростков с делинквентным поведением // Вестник психотерапии. – 2011. – № 37 (42). – С. 101–113.

С системных позиций приведены теоретическое обоснование и психологические механизмы (модель) социализации подростков с делинквентным поведением. Описаны и детализированы современные представления о структуре процесса социализации подростка с делинквентным поведением, представлены связи между механизмами, факторами и ресурсами социализации подростков с делинквентным поведением.

**Ключевые слова:** адаптация, дезадаптация, социализация, факторы социализации, подростки с делинквентным поведением.

**Ляпустина О.В.** Личностные особенности подростков, склонных к аддиктивному поведению // Вестник психотерапии. – 2011. – № 37 (42). – С. 114–119.

Приведены результаты исследования, посвященные выявлению личностных особенностей у подростков ( $n = 60$ ), употребляющих психоактивные вещества (ПАВ). Контрольную группы составили подростки не употребляющие ПАВ ( $n = 60$ ). Установлено, что аддиктивному поведению способствуют склонность к нарушению моральных норм и правил, к агрессии и самоповреждающему поведению, склонность к делинквентному поведению, низкий контроль эмоциональных реакций, акцентуации застревающего, циклотимического и неустойчивого типа, низкий уровень коммуникативных способностей, повышенная конфликтность, низкий уровень социализации и нервно-психической устойчивости, склонностью к депрессивным, истероидным, психастеническим и психопатическим реакциям.

**Ключевые слова:** психоактивные вещества, зависимое поведение, аддиктивное поведение, акцентуации характера, подростки.

**Ларионова С.О.** Специфика поведения детей младшего школьного возраста с нарушениями развития: нравственный аспект // Вестник психотерапии. – 2011. – № 37 (42). – С. 120–127.

Рассматриваются особенности поведения младших школьников с нарушениями развития. Актуализируется вопрос нравственного развития детей данной категории. Представлены результаты исследования специфики поведения учащихся младшего школьного возраста: умственно отсталых и с задержкой психического развития.



**Ключевые слова:** нравственность, нравственные нормы, нравственное развитие, поведение, нарушения поведения, дети младшего школьного возраста, дети с нарушениями развития.

**Труль А.Р.** Информирование курсантов военно-физкультурного вуза о содержании различных религиозных учений // Вестник психотерапии. – 2011. – № 37 (42). – С. 128–134.

В армии возрастает число верующих. Служат представители разных конфессий. Курсант – будущий командир, воспитатель должен знать особенности религии. Проведено информирование курсантов о сущности основных конфессий. Это способствовало их профессиональной подготовке.

**Ключевые слова:** религия, информирование, повышение профессионализма.

**Aleksandrov A.A.** Causal and phenomenological approaches combined: a way to short-term pathogenetic psychotherapy // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2011, No. 37(42), P. 9–18.

In order to increase efficiency and decrease treatment period the author has developed a model of short-term pathogenetic psychotherapy that combines causal and phenomenological approaches. The primary method of pathogenetic psychotherapy, such as a conversation-discussion is supplemented with an immediate experience in the here-and-now situation. During psychogenetic analysis, the patient’s conflict experience is transferred from the past into the present using the flashback method. Gestalt-therapy techniques are used: monodrama, dialogue, the “empty chair”, fantasy and dream work.

**Keywords:** short-term psychotherapy, pathogenetic psychotherapy, gestalt-therapy, method integration.

**Mitkevitch V.A., Soloviev A.G.** Group image-game fairy-tale therapy // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2011, No. 37(42), P. 19–29.

Fundamentals of the method of group image-game fairy-tale therapy have been presented. Stages of the method, phases of the group process, and used images have been described. Using the group image-game fairy-tale therapy in 256 children and adolescents with mental pathology has shown significant improvement of their state (clinical symptoms were absent or decreased significantly, communicative relationships with adults and peers normalized) testifying efficacy of the proposed method. The rationale for including the method into the

process of medical and social-rehabilitation measures for children and adolescents with mental disorders has been provided.

**Keywords:** fairy-tale therapy, children and adolescents, mental disorders.

**Tsygankov V.A., Grigoriev G.I., Mizerene R.** Conceptual basis for spirit-oriented psychotherapy of pathological addictions // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2011, No. 37(42), P. 30–41.

A concept of spirit-oriented (orthodox) psychotherapy of pathological addictions developed on basis of empirical and theoretical knowledge from the Christian anthropology, psychology, ascetical theology, and medicine is provided. Fundamentals of the spirit-oriented psychotherapy in a form of healing vow are described. Conceptions of physical (physiological) and mental dependency and decreased spirituality in narcological patients are provided. A phenomenon of faith in a practice of spirit-oriented (orthodox) psychotherapy is discussed.

**Keywords:** spirit-oriented psychotherapy, orthodox psychotherapy, concept, pathological addictions, orthodoxy, ascetical theology, spirit-oriented psychotherapy in a form of healing vow.

**Semenova N.V., Kisselev A.S.** The complex evaluation of patients’ subjective satisfaction with the quality of psychiatric care // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2011, No. 37(42), P. 42–50.

The publication presents the results of investigation of the subjective satisfaction of patients of a psychiatric service reflecting different characteristics of the quality of outpatient and hospital psychiatric care for the population. To the greatest degree the respondents are satisfied with interpersonal relations within the “consumer – provider” (doctor – patient) system and immediate results of examination and treatment. The lowest satisfaction is connected with the questions of material and technical equipment, drug provision of medical institutions, as well as with the stigmatization.

**Keywords:** subjective satisfaction with the treatment, psychiatric care quality, stigmatization.

**Khlousov I.I.** Medico-psychological assessment of risk factors for suicidal behavior in different age groups // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2011, No. 37(42), P. 50–55.

Comparative results on intensity of past, personality, and conflictogenic risk factors for suicidal behavior in young (20–39 years, n = 127), medium (40–59 years, n = 108) and older age (60–74 years, n = 117) are presented. The data

obtained allowed us to identify a constellation of leading medico-psychological risk factors and causes for suicidal behavior in different age groups.

**Keywords:** suicidal behavior, comparative assessment of risk factors, different age groups, actual conflict situation, past risk factors, personality risk factors, predictability.

**Ichitovkina E.G., Zlokazova M.V., Soloviev A.G.** Effects of personal and psychosocial characteristics on a progress of borderline mental disorders in combatants of the Ministry of Internal Affairs // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2011, No. 37(42), P. 56–68.

With the goal to systematize personal and psychosocial factors contributing to progress and course peculiarities of borderline mental disorders in combatants of the Ministry of Internal Affairs, 247 persons (142 — with borderline mental disorders, 105 — mentally sane persons) have been examined. On the basis of the factor analysis, personal and psychosocial characteristics affecting progress of borderline mental disorders associated with battle psychic traumatization of the combatants have been detected.

**Keywords:** combatants, borderline mental disorder, premorbid personality characteristics, psychosocial peculiarities, stressful factors of battle settings.

**Bilyi A.M.** Temperament and an assessment of prevalent personality type using the Expert system for complex personality analysis // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2011, No. 37(42), P. 69–79.

To confirm validity and reliability of the developed Expert system for complex personality analysis (ESCPA), 1456 persons aged from 15 to 62 years were examined using techniques to assess intensity and flexibility of psychophysiological processes, thinking, mental states and personality characteristics. It was proved that results obtained via ESCPA technique describe the temperament (a type of higher nervous activity), prevalent cognitive style, characteristics of cognition and a mode of information perception and processing of an individual.

**Keywords:** vocational psychological selection, physiology of labor, temperament, type of higher nervous activity, cognitive style.

**Zavalko A.F.** Characteristics of an anxiety level during post-abortion period in overweight women // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2011, No. 37(42), P. 80–83.

Dynamics of state anxiety (SA) and trait anxiety (TA) rates in women with excessive and standard weight before and after an artificial abortion is considered. Initial high SA and TA rates were established in both groups of women.

During the after-abortion period SA rates were higher in overweight women than in controls. Sedative and psychoprophylactic therapy is recommended as a preventive measure against additional stress factors and progressing obesity during pre- and post-abortion periods.

**Keywords:** psychocorrection, obesity, state and trait anxiety, abortion.

**Zagarov E.S.** Psychophysiological aspects of hypothetically dangerous physical effects on an operator // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2011, No. 37(42), P. 84–92.

Two study series have been performed to assess psychophysiological responses of operators to complexly modulated acoustic signals when computing in laboratory settings. Study results showed that psychological aptitude for dangerous effects of complexly modulated acoustic signals considerably affects psychophysiological responses of computer operators during standard testing.

**Keywords:** psychological aptitude, acoustic signal, psychophysiological responses.

**Kobozev I.Yu.** An assessment of vocational stress and its effects on the coping behavior in managers // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2011, No. 37(42), P. 92–100.

The measures of vocational stress intensity in managers of internal affairs departments compared with the ranks of internal affairs departments (control group) are presented. Subgroups with high, medium and low intensity of vocational stress have been identified. In 62 % and 23 % of managers of internal affairs departments there has been revealed medium and high intensity of vocational stress, respectively. Patterns of coping behavior internal affairs department managers were analyzed in subgroups with high, medium and low intensity of vocational stress.

**Keywords:** vocational stress, professional burning-out, managers of internal affairs departments, coping behavior, coping strategies, psychodiagnostics.

**Rybnikov V.Yu., Parfenov Yu.A.** Theoretical justification and psychological mechanisms (a model) of socialization in teenagers with delinquent behavior // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2011, No. 37(42), P. 101–113.

From the system point of view, the theoretical basis and psychological mechanisms (a model) of socialization in teenagers with delinquent behavior are provided. Current conceptions of the structure of socialization process in adolescents with delinquent behavior are described in detail. Relationship between

mechanisms, factors and resources of socialization in teenagers with delinquent behavior are provided.

**Keywords:** adaptation, maladjustment, socialization, socialization factors, teenagers with delinquent behavior.

**Lyapoustina O.V.** Personality patterns in adolescents inclined to addictive behavior // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2011, No. 37(42), P. 114–119.

There are provided study results on personality patterns in adolescents (n = 60) using psychoactive substances (PAS). Adolescents not using PAS comprise a control group (n = 60). It was established that addictive behavior is predisposed by inclination to violate moral rules, aggression and self-harm behavior; delinquent behavior; low emotion response control; accentuations of sticking, cyclothymic and unstable type; low communicative abilities; increased proneness to conflict; low socialization and mental tolerance; proneness to depressive, hysteroid, psychasthenic and psychopathic responses.

**Keywords:** psychoactive substances, dependent behavior, addictive behavior, character accentuations, adolescents.

**Larionova S.O.** Behavior patterns in junior school-age children with development disorders: the moral aspect // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2011, No. 37(42), P. 120–127.

Behavior patterns in junior schoolchildren with development disorders are examined. The question of moral development of such children is actualized. The results of investigating the behavior patterns in junior schoolchildren mentally challenged and with mental retardation are represented.

**Keywords:** morality, moral standards, moral development, behavior, disturbances of behavior, junior school-age children, children with development disorders.

**Troul A.P.** Informing students of a military-sportive school on the content of various religious teachings // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy]. 2011, No. 37(42), P. 128–134.

The number of believers in the army increases. Representatives of different confessions serve. The student as an expectant commander and educator should know peculiarities of religions. Students were informed on the essence of major confessions in order to improve their vocational training.

**Keywords:** religion, informing, expertise increase.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Александров Артур Александрович** – ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования», заведующий кафедрой медицинской психологии, доктор медицинских наук профессор, 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41, e-mail: profalexandrov@yandex.ru.

**Билый Андрей Михайлович** – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, преподаватель кафедры психофизиологии, кандидат медицинских наук, доцент, 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, e-mail: bilyi\_andrei@mail.ru.

**Винокур Владимир Александрович** – ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования», профессор кафедры медицинской психологии, президент Санкт-Петербургского Балинтовского общества, доктор медицинских наук профессор, 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41, e-mail: vavinokur@mail.ru.

**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, e-mail: grigorijgi@hotmail.com.

**Завалко Александр Федорович** – Муниципальное медицинское учреждение Городская больница № 10 г. Самара, заведующий гинекологическим отделением, доцент кафедры акушерства и гинекологии НОУ ВПО Самарского медицинского института «РЕАВИЗ», кандидат медицинских наук, доцент, 443065, г. Самара, ул. Медицинская, д. 4, р.т. (846) 330-33-09, e-mail: alzaf@yandex.ru.

**Загаров Евгений Сергеевич** – 1-й Центральный научно-исследовательский институт Минобороны РФ, адъюнкт, 197101, Санкт-Петербург, ул. Чапаева, д. 30, р.т. (812) 316-66-92, e-mail: zagarov@rambler.ru.

**Злоказова Марина Владимировна** – Кировская государственная медицинская академия, профессор кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии, доктор медицинских наук, профессор, 610000, г. Киров, ул. К. Маркса, д. 88, р.т. (88332) 55-75-11, e-mail: marinavz@mail.ru.

**Ичитовкина Елена Геннадьевна** – ФГУЗ «Медико-санитарная часть Управления внутренних дел по Кировской области», врач-психиатр, капи-

тан внутренней службы, 610000, г. Киров, сл. Талица, ул. Прохладная, д. 6, р.т.(88332) 58-96-57, e-mail: elena.ichitovckina@yandex.ru.

**Киселев Алексей Сергеевич** – ФГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева Министерства здравоохранения и социального развития», специалист по биомедицинской статистике отделения научно-медицинской информации, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, р.т. (812) 365-20-80.

**Кобозев Игорь Юрьевич** – Санкт-Петербургский университет МВД России, адъюнкт кафедры юридической психологии факультета подготовки научных и научно-педагогических кадров. 198206, Санкт-Петербург, ул. Лётчика Пилютова, д. 1, e-mail: igorkobozev@yandex.ru.

**Ларионова Светлана Олеговна** – Институт социального образования Уральского государственного педагогического университета, ассистент кафедры социальной педагогики, 620017, г. Екатеринбург, пр. Космонавтов, д. 26, р.т. (343) 235-76-67, 336-13-50, e-mail: svetlana@uspu.ru.

**Ляпустина Оксана Владимировна** – Ленинградский государственный университет им. А. С. Пушкина, аспирант кафедры психофизиологии и клинической психологии, педагог-психолог МУСО «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних», 196605, г. Санкт-Петербург, Пушкин, Петербургское шоссе, д.10, e-mail: paninaoks@mail.ru.

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

**Миткевич Владимир Анатольевич** – Северный государственный медицинский университет, доцент Института ментальной медицины, кандидат медицинских наук, 163061, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51, р.т. (88182) 28-57-66, e-mail: birina@gambler.ru.

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

**Рыбников Виктор Юрьевич** – ФГУЗ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова», заместитель директора по научной и учебной работе, доктор психологических наук, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 4/2, e-mail: rvikirina@gambler.ru.

**Семенова Наталия Владимировна** – ФГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева Министерства здравоохранения и социального развития», ведущий научный сотрудник отделения научно-медицинской информации, кандидат медицинских наук, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева д. 3, р.т. (812) 365-20-80, e-mail: onmi@bekhterev.ru, mnoma@mail.ru.

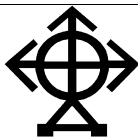
**Соловьев Андрей Горгоњевич** – Северный государственный медицинский университет, заместитель директора Института ментальной медицины, доктор медицинских наук, профессор, 163061, г. Архангельск, пр. Троицкий, 51, р.т. (88182) 20-92-84, e-mail: ASoloviev1@yandex.ru.

**Труль Андрей Романович** – Военного института физической культуры, преподаватель, 194353, Санкт-Петербург, Б. Сампсониевский пр., д. 63, e-mail: andrey\_010275@mail.ru.

**Хлусов Илья Иванович** – Институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН, научный сотрудник, 197110, Санкт-Петербург, пр. Динамо, д. 3, e-mail: i-hlusov@mail.ru.

**Цыганков Владимир Анатольевич** – Православная школа психологии и медицины, директор, психолог, доктор философии, 197101, Санкт-Петербург, Каменноостровский пр., д. 21, e-mail: zwa5@mail.ru.





**ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ»**  
Редакционная коллегия

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

**Уважаемые коллеги!**

ФГУЗ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС РФ на базе Международного института резервных возможностей человека (МИРВЧ, Санкт-Петербург) издает журнал «Вестник психотерапии», целью которого является распространение научных знаний путем публикации статей, научных сообщений и результатов исследований по медицинским, психологическим, социологическим, биологическим, фармацевтическим и другим наукам в области психотерапии, коррекционной психологии, психоанализа и смежным проблемам.

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 года и является научным рецензируемым журналом, имеет **свидетельство о перерегистрации средства массовой информации** ПИ № ФС77-34066 от 07 ноября 2008 г., выданное Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций.

С 2002 года журнал включен в каталог **Роспечати РФ (индекс–15399)** и на всей территории РФ и СНГ проводится его подписка через почтовые отделения. Журнал выпускается 4 раза в год.

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

**Желающие опубликовать свои научные материалы** (статьи, обзоры, краткие информационные сообщения) должны представить их в редакцию журнала в 2-х экземплярах в отпечатанном виде с приложением диска в текстовом редакторе WORD (не старше 2003 г.), шрифт Times New Roman, шрифт 14, межстрочный интервал полуротный. Должны быть указаны фамилия, имя, отчество (полностью), ученая степень, ученое звание, должность и место работы автора (авторов), адрес (почтовый и e-mail) и телефон (телефоны). Статья должна быть подписана автором (авторами).

Материал статьи представляется по ГОСТу 7.89-2005 «Оригиналы текстовые авторские и издательские». Рекомендуемый объем статьи 10–20 стр. (28–30 строк на стр., до 70 знаков в строке). По согласованию могут быть опубликованы материалы другого объема. К статье должно быть приложено краткое резюме (реферат), отражающее основное содержание работы, размером не более половины страницы машинописи на русском и, при возможности, английском языке, с ключевыми словами. Диагнозы заболеваний и формы расстройств поведения следует соотносить с МКБ-10. Единицы измерений приводятся по ГОСТу 8.471-2002 «Государственная система обеспечения единства измерений. Единицы величин». Список литературы оформляется по ГОСТу 7.1-2003 «Библиографическая запись ...».

Рукописи рецензируются членами редакционного совета или редакционной коллегии и ведущими специалистами данных областей медицины и психологии. При положительной рецензии поступившие материалы будут опубликованы. Представленные материалы должны быть актуальными, соответствовать профилю журнала, отличаться новизной и научно-практической или теоретической значимостью. Фактический материал должен отражать новейшие данные, быть тщательно проверен и подтвержден статистическими данными или ссылками на источники, которые приводятся в конце статьи. При несоответствии статьи указанным требованиям тексты рукописей не возвращаются.

Телефон/факс (812) – 513-67-97, 592-35-79, – заместитель главного редактора журнала – кандидат психологических наук Мильчакова Валентина Александровна сайт ФГУЗ ВЦЭРМ МЧС России: [www.arcerm.spb.ru](http://www.arcerm.spb.ru), сайт МИРВЧ: [www.mirvch.com](http://www.mirvch.com)

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

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

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

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 года.

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

Учредители:

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

Главный редактор – Рыбников Виктор Юрьевич.

Научный редактор – Евдокимов Владимир Иванович.

Корректор – Устинов Михаил Евграфович.

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

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

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

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

тираж 1000 экз. цена – свободная

Подписано в печать 18.03.11.

Формат 60×84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Печать – ризография.

Тираж 1000 экз. Объем 9,63 п.л.

Бумага офсетная. Заказ № 514.

Отпечатано в ООО «Политехника-сервис»

с оригинала-макета заказчика.

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