

совладающего поведения), «активное избегание» (показатель совладающего поведения). Показатель отрицательно коррелирует с такими показателями как «безоценочность», «осознанность», «осмысленность жизни», «наличие целей в жизни». В то же время, показатель уровня депрессии положительно коррелирует с показателем «подавление эмоций» и имеет отрицательные взаимосвязи с показателями «осознанность», «безоценочность», «осмысленность жизни».

Мы предположили, что если сделать акцент на повышение и развитие осознанности (по всем 5 факторам: безоценочность, описание, наблюдение, нереагирование и осознанность действий) и осмысленности жизни (опираясь на логотерапию Виктора Франкла, экзистенциальный анализ Альфрида Лэнгле и работы Д. А. Леонтьева) — снизится уровень тревожности и депрессии.

Были выделены 4 группы подростков 16-17 лет, каждая состояла из 10 человек. Для чистоты эксперимента мы брали группы из разных учреждений. В первых двух случаях группы были составлены из добровольцев, во вторых двух мы собирали группы из всех подростков нужного нам возраста. С каждым участником были проведены: 10 групповых встреч, 5 индивидуальных психотерапевтических сессий.

Через работу с осознанностью и осмысленностью, через повышение ответственности к выбору и деятельности мы наблюдаем динамику не только в тех компонентах, с которыми мы работали целенаправленно, но и заметное снижение уровня тревожности и депрессии. На вторичной диагностики были выявлены следующие показатели:

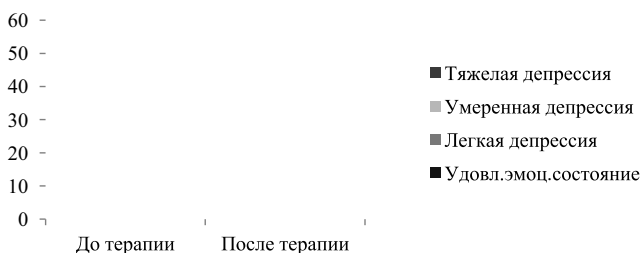


Рис.1 Показатели уровня тревожности подростков-социальных сирот до и после терапии

- Уровень тревожности: 18% - высокий, 42% - умеренный, 30% - низкий.

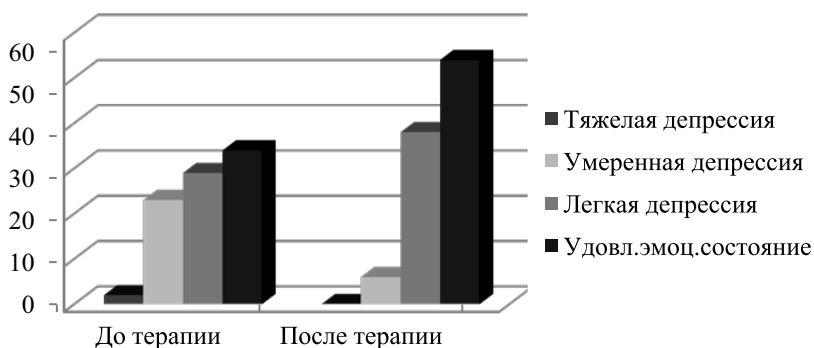


Рис.2 Показатели уровня депрессии подростков-социальных сирот до и после терапии

- Уровень депрессии: 4% — умеренная депрессия, 38% — легкая депрессия, 58% — удовлетворительное эмоциональное состояние.

Из 40 выпускников программы 2016 года: 19 — поступили в высшие образовательные учреждения, 24 — нашли работу, 26 — переехали в собственное жилье. Участники программы продолжают практиковать то, чему мы их обучали в процессе психотерапии, читают книги, которые мы рекомендовали и регулярно выходят с нами на связь. Таким образом, по предварительным данным можно сделать вывод о том, что направления «третьей волны» когнитивно-поведенческой психотерапии эффективны в работе с социальными сиротами и могут быть интегрированы в программы психологической поддержки данной группы, что приведет к существенному повышению качества их жизни.

Список литературы:

1. Зимбардо Ф., Бойд Дж. Парадокс времени. СПб.: Речь, 2010.
2. Кабат-Зинн Дж. Куда бы ты ни шел — ты уже там. М.: Открытый мир, 2006.
3. Леонтьев Д.А., Шелобанова Е.В. Профессиональное самоопределение как построение образов возможного будущего // Вопросы психологии, 2001. №1. С. 57-65.
4. Франкл, В. Доктор и душа/В. Франкл. — СПб.: Ювента, 1997. — 285 с.
5. Франкл, В. Воля к смыслу/В. Франкл. — М.: Апрель Пресс, 2000. — 366 с.
6. Юмартова Н.М., Гришина Н.В. Осознанность (Mindfulness): Психологические характеристики и адаптация инструментов измерения. Психологический журнал, 2016, том 37, №4, с. 105-115.
7. Learning ACT: an acceptance and commitment therapy skills-training manual for therapists/Jason B. Luoma, Steven C. Hayes, and Robyn D. Walser.
8. ACT Verbatim for Depression and Anxiety. Annotated transcripts for learning ACT. Michael P. Twohig, Steven C. Hayes, New Harbringer Publication, 2008.

Общее и отличия медицинской и психологической моделей психотерапии *Решетников М.М.*

Восточно-Европейский институт психоанализа

В процессе ряда недавних конференций и круглых столов психотерапевтов некоторыми коллегами неоднократно высказывалось мнение, что «нет никакой медицинской модели психотерапии», так как все ее направления действуют на основе сугубо психологических концепций: П. Дюбуа, З. Фрейда, Дж. Уотсона, Ф. Перлза и К. Роджерса. В подтверждение этого положения приводилось определение Б.Д. Карвасарского, который характеризовал психотерапию как систему воздействия «на психику и через психику» [3]; упоминалось утверждение В.М. Бехтерева о том, что психиатрия – это наука о духе, поэтому она не должна входить в «круг ведения естествоиспытателей и врачей» [1]; обосновывалось, что сам тезис о психических болезнях не выдерживает критики, так как определение «болезнь» предполагает, что установлены ее этиология, патогенез, клиническая картина и морфологические изменения в органах и тканях, что неприменимо к большинству форм психопатологии [5].

Другие, не менее уважаемые профессионалы, в процессе тех же конференций с тревогой констатировали «отход ряда специалистов от медицинской модели оказания психотерапевтической помощи», обвиняя своих коллег в том, что некоторые врачи, забывая о нозологии и биологической терапии, фактически, «работают клиническими психологами с врачебными дипломами» [2, 4].

Наиболее убедительными и даже встречаемыми аплодисментами казались высказывания коллег (против якобы мифологической медицинской модели), где предлагалось, наблюдая со стороны за психотерапевтическим процессом, сделать однозначный вывод: кто выступает в качестве психотерапевта – врач или психолог? В вопросе подразумевалось, что никаких отличий в их работе нет. Это не совсем

так, а точнее – далеко не так. Отличия есть, а медицинская и психологическая модели, безусловно, существуют.

Начнем с чисто внешних отличий. Врач-психотерапевт чаще всего работает в халате, в некотором смысле – «отгораживаясь» им от пациента и подчеркивая свою исключительность. Но здесь нужно отметить, что первые медицинские халаты появились в конце XIX в., исходя из соображений гигиены и асептики, и вначале – только у хирургов, и только на время операций. Но после всемирной эпидемии гриппа («испанки») в 1918 г., ношение халата и шапочки стало типичным не только для хирургов, но и для врачей всех специальностей. В настоящее время общепризнанно, что медицинский халат это неотъемлемая часть не столько гигиены, сколько авторитета врача – его визитная карточка. От ношения исключительно белых халатов врачи отказались только во второй половине XX в., а психологи за пределами клиник, как правило, их вообще не надевают.

Большинство немногочисленных врачей-психотерапевтов действуют в системе Министерства здравоохранения, и их количество последовательно сокращается [4]. Причин этой крайне неблагоприятной тенденции несколько. Назовем только основные. Положение суб-специальности в психиатрии еще недавно обязывало врача вначале пройти специализацию по основной специальности, затем отработать в ней определенное количество лет, и уже затем, вопреки здравому смыслу – отказавшись от психиатрической надбавки за вредность, более протяженного отпуска и раннего ухода на пенсию, перейти в разряд суб-специалистов. Далеко не для всех психиатров это являлось и является привлекательным. Обязательность определенного стажа работы в психиатрии вроде бы отменили, но необходимость психиатрической подготовки при приеме на работу требуется практически во всех случаях. Добавим к этому, что и в головной специальности в последние годы ощущается снижение притока новых (молодых) кадров. Один из вариантов объяснения: стигматизация пациентов постепенно привела

к стигматизации самой профессии.

В качестве дополнительного (сутобо психологического) фактора, который мало учитывается, следует отметить, что освоение психиатрии предполагает серьезное изучение ее теоретических основ и принципов терапии, которые, в целом – строго соответствуют общемедицинской модели деятельности врача: внимательно изучи жалобы и объективные признаки болезни, установи диагноз с учетом четко определенных критериев (МКБ), назначь лечение и наблюдай как продвигается процесс терапии и/или выздоровления. Однако, как в психиатрии, так и в психотерапии в большинстве случаев нет объективных (выявляемых с помощью клинических анализов) признаков заболевания – есть субъективные проявления того или иного психического расстройства, степень которого и даже наличие – оцениваются врачом также субъективно. Один психиатр может сказать, что «нашего здесь нет», а другой с ним не согласится. При этом первый после своего заключения, естественно, откажется лечить (с его точки зрения) здорового, какие бы жалобы тот не предъявлял. Это логично и нормально для клинического подхода, который у психиатра (как и у любого специалиста по внутренним болезням) формируется постепенно и затем последовательно реализуется в практике. Большая часть психотерапевтов старшей группы прошла эту школу и было бы неверно в чем-то их обвинять.

Нужно признать, что в гуманитарной сфере (а психиатрию и психотерапию – по мнению автора, можно лишь весьма условно причислить к естественнонаучному направлению) приверженность той или иной мировоззренческой позиции является чрезвычайно важной, и даже подвергая ее критике, нужно признавать ее право на существование. -- Стопроцентной уверенности в своей правоте нет ни у одной из сторон – есть множество более или менее убедительных гипотез, но мы так и не знаем точно: что такое психика? Поэтому, несмотря на различие точек зрения, нельзя допустить альтернативной ситуации - требования единомыслия, на

котором больше настаивают психиатры; хотя точнее было бы говорить о требовании, чтобы все мыслили одинаково, и именно так, как я. Это, конечно, полная чушь, замешанная на авторитаризме и нарциссизме.

Врач в процессе диагностических сессий будет больше внимания уделять вопросам выявления патогенеза и симптоматики в соответствии с Международной классификацией болезней и расстройств поведения, а психолог – апеллировать к теории развития личности и психогенезу. Установив клинический диагноз, врач в большинстве случаев будет думать (в дополнение к терапевтическим сессиям) о необходимости назначения психофармакологической терапии (или об отсутствии такой необходимости). Психологи также иногда задумываются над этим вопросом, но не имеют права делать такие назначения.

В наиболее примитивном варианте медицинской модели, назначив тот или иной препарат (на срок от месяца до шести месяцев), врач-психотерапевт затем будет отслеживать комплаенс и динамику течения заболевания с той или иной периодичностью. Наиболее часто пациентам (обозначаемым как «больные») предлагается показываться врачу раз в неделю, а иногда даже раз в месяц при условии постоянного приема назначенных препаратов. В процессе этих встреч проводятся терапевтические беседы, а основное внимание обращается на то, как в результате лечения меняется симптоматика, с которой обратился пациент, то есть – как протекает болезнь. Типичным вопросом врача, обращенным к пациенту, является: «Как вы себя чувствуете?». Психолог, скорее всего, предложит пациенту встречаться, как минимум, два-три раза в неделю, исследуя преимущественно психологический анамнез и историю развития личности, состояние психоэмоциональной сферы, систему отношений пациента и сформировавшиеся у него типичные паттерны поведения. А его типичным вопросом, обращенным к пациенту, будет: «Расскажите, что вы чувствуете?». Но «водораздел» таится не в этом.

Обратимся к главному отличию медицинской и психологической модели. Многие врачи-психотерапевты, в отличие от психологов и даже физиологов (которые изучают анатомо-физиологический субстрат, на основе которого реализуется психика), все еще практически полностью идентифицируют психику и мозговые механизмы, в то время как все более широкое признание в современной науке получают представления о психике, как эпифеномене. В рамках этих представлений психическая деятельность рассматривается как вариант информационного взаимодействия и обмена, при этом информация общепризнанно характеризуется как нематериальный фактор.

Признание того, что собственно психическая деятельность познаваема лишь в форме самонаблюдения и рефлексии (которые на протяжении длительного периода развития психологии характеризовались как идеалистические, субъективные и ненаучные) и преимущественно через речь (как непосредственную манифестацию психических процессов) только обретает право «гражданства» во врачебном сообществе.

Большинство психологов-психотерапевтов хорошо осведомлены, что мысли, чувства, переживания и вообще любая информация, предъявляемая в присутствии значимого Другого (терапевта), имеет качественно иные характеристики, включая ее переоценку субъектом, которым она предъявляется. Поэтому психолог-психотерапевт будет, прежде всего, ориентирован на то, чтобы стать такой значимой личностью. Он будет больше слушать пациента, предоставляя именно ему возможности для максимально раскрепощенной вербальной активности, включая интерпретацию предъявляемого материала (самим пациентом). Врач-психотерапевт, как правило, сам будет проявлять больше вербальной активности, давая советы, предостерегая или интерпретируя материал пациента, при этом апеллируя к состоянию нервной системы, механизмам ее функционирования и биохимии мозга.

Укоренившиеся представления о мозге, как вместительнице всех психических функций породили массу заблуждений,

которые давно вошли в обыденную речь, а в науке привели к известному феномену «нагруженности теорией» (когда все, что лежит за пределами главенствующей концепции или даже гипотезы исходно отмечается). Совершенно привычными стали фразы о том, что «у кого-то не все в порядке с нервами», хотя нервы – это просто проводники; другой вариант «мне пришло в голову», но приходит не в голову, а «на ум» и т.д. В целом, идентификация нервного и психического на уровне обыденного сознания и даже научного знания – запредельна.

Отметим также типичные различия подходов к психическим расстройствам. Как представляется, мы до настоящего времени не совсем точно выделили два ее принципиально различающихся типа. А именно:

1) психические расстройства, которые развиваются как следствие органических поражений головного мозга: вследствие инфекционных процессов, отравлений, травм, склеротических изменений, онкологических заболеваний и т.д. То есть речь идет о тех случаях, когда повреждаются ткани (сома), на основе которых реализуется психическая деятельность. В этом случае даже по внешним (поведенческим и психическим) проявлениям локализация поврежденной части мозга легко опознаваема и прогнозируема, а подходы биологической медицины абсолютно адекватны: нужно лечить мозг, используя соответствующие препараты (химические вещества), с помощью оперативного вмешательства, с применением облучения или лазера и т.д.;

2) психические расстройства, которые развиваются как следствие информационного поражения самой психики, то есть – когда один нематериальный фактор (например, индивидуально значимая психическая травма) повреждает другой нематериальный фактор (нормально функционирующую психику). Самый наглядный пример – якобы «массовое отравление» нервнопаралитическим газом учащихся сразу нескольких школ в Чечне в сентябре – декабре 2005 г. (которое оказалось типичным вариантом массового пси-

хического заражения ложными идеями; в целом, по такому же – паранойяльному – сценарию развиваются и межнациональные конфликты [7]).

В отличие от первой группы психические нарушения в этом случае (в зависимости от индивидуальных особенностей того или иного субъекта) исходно могут реализоваться в самых различных вариантах: от легкой дисфории до тяжелого аутизма или устойчивой паранойи. А терапия, соответственно должна осуществляться информационным воздействием на поврежденные не мозговые, а на поврежденные психические структуры. Химическое воздействие в данном случае позволит заглушить проявления психического расстройства, но психические содержания останутся неизменными. Эти идеи получают все большее распространение и признание в психологическом сообществе, но большинство врачей все еще «нагружены» теориями рефлексов и идеями высшей нервной деятельности.

В целом, типичный врач-психотерапевт в большинстве случаев действует в полном соответствии со сложившейся системой медицинского подхода к тому или иному (соматическому) заболеванию: собери анамнез, проанализируй симптоматику, установи диагноз, назначь лечение и наблюдай за тем, как идет выздоровление. Более того, вслед за соматической медициной психиатрия начала тяготеть к стандартизации схем лечения. И на первый взгляд, кажется, что все идет правильно. За «небольшим» исключением: симптом в психиатрии и психотерапии, в отличие от соматической медицины, не несет никакой прагматической информации ни о причине, ни о психогенезе, ни о локализации возникшей психопатологии.

Добавим несколько тезисов о фармакотерапии психических расстройств, которая исходила из принципов терапии соматических заболеваний, и с которой связывалось столько неоправдавшихся надежд – оказалось, что лечение мозга весьма неоднозначно сказывается на психике (вплоть до ее полного разрушения).

При наличии нескольких (более обоснованных и более подробных) классификаций психофармакологических препаратов их можно условно разделить на две большие группы: те, которые притупляют душевные страдания; или наоборот - стимулируют общую психическую активность и яркость восприятия. Но они никак не меняют содержательное наполнение психической сферы (информацию).

Здесь нет некоего общего негативизма к психофармакологии, определенные успехи которой было бы неверно не замечать. И автор вовсе не является ее противником, но последовательно выступает против ее необоснованного назначения (а до 60% таких назначений делают врачи общей практики), длительного, изолированного и бесконтрольного применения. В последних двух случаях имеется в виду – без систематического контроля со стороны психиатра и взаимодействия пациента с психотерапевтом, которые внимательно отслеживают эффекты психофармакологического воздействия и изменения состояния пациентов (включая побочные реакции, в качестве которых описывается практически вся психопатология). Когда человек страдает физически или душевно, безусловно, вначале нужно прибегнуть к обезболиванию. Однако в случае психического страдания главной задачей остается психическое воздействие психиатров и терапевтов на состояние и содержание психической сферы пациентов.

Наши американские коллеги исследовали несколько десятков случаев массового расстрела одноклассников, сокурсников, сослуживцев и других ни в чем не повинных людей [6]. В 90% случаев было установлено, что все преступники систематически посещали психиатров и постоянно получали медикаментозное лечение, но это никак не сказалось на адекватности их поведения. И тогда возникает вопрос: что мы диагностируем и лечим?

А теперь о главном отличии медицинской и психологической модели психотерапии. В отличие от традиционного-медицинского подхода, в котором всегда выделяется диагностический и лечебный этапы, динамическая психо-

диагностика и динамическая терапия идут рука об руку на протяжении всей психотерапевтической работы, на каждой сессии, желательно – как минимум два раза в неделю, включая заключительный период. И в зависимости от результатов этой динамической психодиагностики может качественно меняться стратегия и тактика психотерапевтической работы не только на каждой, а даже в процессе каждой сессии. Это предполагает особое внимание не столько к симптоматике, сколько к малейшим изменениям в содержании психической сферы, эмоциональной окраске и всем другим нюансам материала, предъявляемого пациентами.

Это, конечно, далеко не все отличия медицинской и психологической моделей психотерапии, и при настойчивом поиске можно было бы найти еще с десяток нюансов, но остановимся на этом.

Литература

1. Бехтерев В. М. Будущее психиатрии: введение в патологическую рефлексологию. — СПб.: Наука, 1997. — 330 с.
2. Бобров А. Е. Методологические аспекты изучения психосоматических соотношений и перспективы интегративной медицины // Психосоматическая медицина — 2016: тр. XI междунар. конгр. — СПб.: Человек, 2016. — С. 6-9.
3. Карвасарский Б. Д. Назыров Р. К., Подсадный С. А. [и др.]. Теория и практика психотерапии в России // Психиатрия и психофармакология. — 2001. Т. 2, № 1. — С. 12-14.
4. Курпатов В. И. Гладышенко А. В. Кризис или коллапс российской психотерапии? // Психосоматическая медицина — 2016: тр. XI междунар. конгр. — СПб.: Человек, 2016. — С. 33-37.
5. Решетников М. М. Психическое расстройство. — СПб.: Вост.-Европ. ин-т психоанализа, 2008. — 272 с.
6. Fox J. A. — Catching a Coming Crime Wave — *Scientific American*, 1996, 274 (6), 40-44.

7. Volkan V. Traumatized Societies // Violence and Dialogue? Psychoanalytic Insight on Terror and Terrorism. — London: International Psychoanalytic Association, 2003. — P. 217–237.

Стигматизация и самостигматизация в рамках когнитивного подхода в психотерапии
Соловьева С. Л.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им.И.И.Мечникова» Министерства здравоохранения РФ

Стигматизацией в самом общем виде принято считать «предвзятое или негативное отношение окружающих по факту наличия у человека того или иного признака» (Серебрянская Л. Я., 2004). Стереотипы в обществе необходимы: общественное мнение призвано и обязано поощрять определенные приемлемые модели поведения и «не подкреплять» неприемлемые. Ритуалы отвержения, провокации чувства вины у тех, чье поведение неприемлемо, призваны обеспечить безопасность общества.

В медицине понятие стигматизации используется преимущественно в психиатрии и означает «негативное социальное последствие диагноза психической болезни, связанное со сложившимся в обществе стереотипом воспринимать ее как постыдную, отторгающую, дискриминирующую, которое порождает у заболевшего наряду с чувством стыда, вины, неуверенности, страха оскорбления стремление скрыть свои симптомы, отгородиться и тем самым остаться в стороне от источников возможной поддержки» [Вугпе Р., 1997]. Первым комплексным исследованием, посвящённым проблеме стигматизации как формы дискриминации психически больных, стала монография американского социолога Ирвинга Гоффмана «Стигма. Об особенностях искалеченной личности» (1963 г.), в которой *Гоффман выделил и описал два принципиально различных типа стигм: это «телесные уродства» и «индивидуальные недостатки характера, воспринимаемые как слабость воли», к которым автор причислил спутанность сознания, судимость, наркоманию,*

гомосексуализм, потерю работы, попытки самоубийства и радикальную политическую позицию. Применительно к российской действительности, как отмечают современные авторы, можно было бы включить в эту группу стигм также алкоголизм и отсутствие постоянного места жительства [4].

Наряду с явлением стигматизации существует представление о самостигматизации. Понятие самостигматизации, как реакции на негативное отношение социального окружения и собственного ранее сформированного представления о душевнобольных, было впервые введено в психиатрию В. Link, согласно которому процесс формирования новой идентичности у психически больного человека имеет определенный механизм развития и включает ряд последовательных этапов, приводящих в конечном счете к «принятию роли душевнобольного». Самостигматизация представляет собой серию запретов, связанных с социальной активностью, которые психически больные накладывают на собственную жизнь с чувством неполноценности и социальной несостоятельности [8, 9]. В настоящее время самостигматизация в психиатрии определяется как совокупность реакций пациента на проявления психической болезни и статус психически больного в обществе [9]. Проявлениями самостигматизации становятся дистанцирование от общества, чувство вины, стыда (P. Vugne, 2001).

Проблема стигмы сегодня является одной из самых главных проблем современной социальной психиатрии и психиатрии в целом, однако она формулируется и в отношении других заболеваний. Так, например, показано, что стигматизация и самостигматизация существенно влияют на социальное функционирование и качество жизни лиц с избыточной массой тела и ожирением, больных ВИЧ-инфекцией, онкологическими заболеваниями, туберкулезом [2,3,6,11,12].

Рассматриваются возможные психологические механизмы стигматизации и ее последствия для личности больного. Приобретение стигмы в связи с возникновением заболевания оказывается сильной психотравмирующей ситуацией,

связанной с явлением деидентификации, то есть утратой идентификации с социальной группой, с которой ранее пациент себя отождествлял, в виде фиксации на своей предполагаемой неполноценности и принятия роли изгоя общества. В этой связи утрачивается главный ресурс адаптации — социальная поддержка, способность к принятию которой основана на уверенности в принадлежности к определенной социальной группе. Если стигматизированному в этот момент не будет оказана психологическая помощь, возникает высокая степень вероятности обесценивания собственной жизни, лишенной социального контекста, что влечет за собой формирование риска суицидального поведения.

Феномен стигматизации начинает привлекать внимание клинических психологов, которые, в отличие от врачей, не склонны оценивать этот феномен так однозначно. С самого начала формирования представлений о стигматизации и самостигматизации обсуждается проблема «использования стигмы её «владельцем»»: согласно Э. Гоффману, больной может использовать свою стигму и получать от неё так называемые «вторичные выгоды», например, для оправдания своих неудач, не связанных со стигмой.

Проведенные в последнее время клинические и экспериментально-психологические исследования показали, что «лично обусловленная самостигматизация характеризуется истеро-ипохондрическими реакциями у достаточно сохранных пациентов» [9,12,13]. Наряду с негативными последствиями стигматизации для личности больного в современной литературе указываются и ее позитивные, адаптивные эффекты. Так, например, нозоцентрическая самоидентификация (самоотождествление с сообществом психиатрических пациентов) в противоположность деидентификации рассматривается как адаптивная личностная реакция пациентов с относительно негрубыми психическими расстройствами. В клинике внутренних болезней исследования явления самостигматизации носят единичный характер; между тем соматический диагноз предпочтительнее для потенциального

больного как более «социально престижный»; все чаще пациенты «выбирают» симптомы заболеваний сердечно-сосудистой системы, среди которых «предпочтительны» симптомы, имитирующие клиническую картину ишемической болезни сердца. Роль беспомощной жертвы гарантирует безопасность, ограждая от ответственности за самого себя, за неудачи в карьере, в личной жизни, в социальных достижениях. Приобретение такого социально-значимого «смысла жизни», как борьба с болезнью, помогает больному чувствовать себя нормальным членом общества.

Явления стигматизации и самостигматизации как когнитивные феномены, сопровождающие формирование новой идентичности у пациентов — статус «здорового человека» изменяется на статус «больного» — могут рассматриваться с позиций когнитивной психологии. Снижение болезненности тревожных переживаний означает, прежде всего, поиск информации, снятие неопределенности, предполагая ориентацию будущего пациента на получение диагноза. У «наивного» пациента, не имеющего медицинского образования, существует более или менее осознанное представление о том, что в медицине есть конечное число болезней, верифицируемых на основании определенного перечня симптомов, которые выявляются конкретными научно-обоснованными методами; он склонен предполагать, что эта классификация носит окончательный характер, охватывая все возможные формы человеческой патологии. Эти представления заставляют будущего больного действовать определенным образом, перечисляя врачу, без учета его специализации, то, что условный пациент считает проявлениями своей «болезни»; он думает, что предъявляет объективные симптомы, которые врачу остается только проверить научно обоснованными объективными методами, но на самом деле излагает жалобы — эмоционально окрашенные, субъективно представленные психологические или психосоматические проявления физиологических процессов, которые, в зависимости от способа предъявления, могут быть отнесе-

ны врачом как к категории «нормы», так и к патологии.

Получив вместо предполагаемого, то есть вполне определенного «диагноза» предложение врача пройти более или менее длительное, травматичное и дорогостоящее обследование, будущий пациент соглашается на него только в том случае, если его «болезнь» в его субъективной психологической реальности в данный момент представляет собой с его точки зрения реальную опасность. Если врач считает возможным сформулировать пациенту предположительный диагноз или очертить наиболее вероятную зону поиска, не отвергая вероятности наличия заболевания, то условный больной превращается в реального пациента: во-первых, компетентный специалист не отверг его «симптомы» как признаки болезни, а его самого принял в качестве «больного»; во-вторых, «диагноз» снимает неопределенность, а также уровень напряжения и тревоги, поскольку означает для пациента назначение соответствующих лекарств, и, следовательно, гарантированное излечение. Происходит стигматизация пациента: из просто человека он превращается в «гипертоника», который отныне должен следить за своим давлением, или в «диабетика», который должен постоянно измерять сахар в крови, или в депрессивного пациента, который систематически должен снимать эмоциональный дискомфорт приемом антидепрессантов. Если для врача, приоритетом которого является жизнь, естественно проявлять повышенную настороженность в плане инфаркта, инсульта, суицида или диабетической комы, то подобные установки пациента интерпретируются как проявления его ипохондрии, депрессии или паранойи.

Таким образом, само явление стигматизации выглядит неизбежным, поскольку врач и пациент, имея разное образование, говорят на разных языках, вкладывая в одни и те же термины разное содержание: врач — клиническое, соответствующее полученному образованию и специализации, пациент — индивидуально-психологическое, в контексте его уникального жизненного опыта. Врач профессионально

насторожен на поиск отклонений психофизиологических функций от «нормативных», в то время как функционирование практически здорового человека предполагает гораздо более высокий порог отражения в сознании этих отклонений. Обсуждая между собой предъявляемые жалобы, врач и больной, используя одни и те же термины, вкладывают в них разное содержание. Помещенные в контекст клинического мышления врача, жалобы пациента имеют иное значение, чем в актуальной психологической реальности пациента. В результате при наличии возможных временных проявлений соматической или психосоматической дисфункции на пациента накладываются (или он сам накладывает на себя — самостигматизация) неоправданно жесткие ограничения, существенно снижающие его способность к реализации профессиональных, социальных, индивидуально-психологических ценностей и целей. Сама вероятность получения диагноза означает для пациента законное избавление от ответственности за нерешенные психологические, профессиональные и социальные проблемы, одновременно расширяя диапазон его «прав» на помощь, поддержку, повышенное внимание и заботу.

Динамичные социально-психологические процессы, предъявляющие повышенные требования к личности человека, не всегда воспринимаются им как «вызов», тренирующий на преодоление трудностей, активизирующий резервы и ресурсы, адаптивные и компенсаторные возможности личности; эмоциональный стресс не всегда становится точкой личностного развития и роста. Социальный стресс, особенно в среде социально уязвимых социальных групп, провоцирует психологические реакции «ухода» в виде алкоголизма, наркоманий, нарушений пищевого поведения и других форм аддиктивного поведения. Реакция «ухода в болезнь», приобретающую значение «условной желательности», становится наиболее очевидным решением в том случае, если социальные последствия заболевания имеют для личности пациента большую положительную значимость, чем нега-

тивные переживания от дискомфорта вследствие незначительных или умеренных отклонений психосоматических функций в рамках пограничных состояний. «Уход в болезнь» проявляется неосознаваемым психологическим саботажем в отношении выздоровления и выписки; пациент предпочитает защищенность пребывания в стационаре, где получает гарантированное внимание и поддержку, заботу и уход. Самостигматизация одиноких пожилых людей, относящихся к материально необеспеченным слоям населения, проявляется и в стремлении получить реальную материальную выгоду, которую может предоставить ему госпитализация, когда он избавлен от необходимости покупать себе еду и лекарства, а окружающие стремятся скрасить его болезненное состояние маленькими подарками и услугами. Представление об «условной выгоде» социальных последствий болезни имеет не менее давнюю историю, чем указания на ее негативные последствия. Так, согласно Э. Гоффману, «нормальным (обычным) восприятием и отношением (действиями) к человеку со стигмой, являются: благожелательное социальное действие, призванное смягчить и сгладить наличие у человека стигмы». Это положение подтверждают многочисленные социально-психологические исследования. Так, например, исследования содержания понятия «инвалид» в общественном сознании показали, что благодаря стойкому стереотипу люди ассоциируют с этим словом необходимость заботиться и помогать людям, подпадающим под это понятие.

Социальная пассивность групп населения трудоспособного и репродуктивного возраста, которые рассматриваются врачами в качестве «практически здоровых», но направляют основные усилия на посещения разнообразных медицинских учреждений, прохождение разнообразных диагностических обследований, завершающиеся в конечном счете получением того или иного диагноза — своеобразной «индугенции», избавляющей от участия в решении социальных проблем, заставляет исследовать социально-психологические аспекты самостигматизации.

Формируется представление о том, что превращение практически здорового человека в больного происходит не только в связи с появлением у него симптомов какой-либо болезни, но и содержит в себе возможность ослабления психологического дискомфорта, решения внутриличностных проблем, в частности, в связи с нерешенными экзистенциальными проблемами смысла его существования, переживаемыми особенно ярко в перспективе приближающейся смерти.

Литература.

1. Аллен В. Записки городского невротика, маленького очкастого еврея, вовремя бросившего писать. Санкт-Петербург. Издательство «Симпозиум», 2002.
2. Барковская А. Ю., Протащик Д. В. Социальное неравенство в аспекте телесности. «Современные проблемы медицины: теория и практика»: материалы международной заочной научно-практической конференции (05 ноября 2012 г.) — Новосибирск: Изд. «Сибирская ассоциация консультантов», 2012. — 72 с. С. 52-58.
3. Барковская А. Ю., Протащик Д. В. Социальные причины избыточной массы тела и ожирения порастающего поколения россиян. Социология медицины — реформе здравоохранения. Научные труды IV Всероссийской научно-практической конференции (с международным участием), 3-4 октября 2013 г., Волгоград. — Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2013. — 264 с. С. 139-145.
4. Гурович И. Я. Взаимодействие общемедицинской и психиатрической помощи и стигма психиатрических расстройств // Рус. мед. журн. 2001. Т. 9. № 25
5. Кабанов М. М., Бурковский Г. В. Редукция стигматизации и дискриминации психически больных Обзор психиат и мед психол. 2000; 1: 3-8.
6. Кнуф А. Стигма: теория и практика//Знание. Понимание. Умение. — 2006. — № 2. — с. 149-153.
7. Коцюбинский А. П., Бутома Б. Г., Зайцев В. В. Стигма-

- тизация и дестигматизация при психических заболеваниях. // Социальная и клиническая психиатрия. — М., 1999. — № 3. — С. 9-14.
8. Липай Т. П., Мамедов А. К. Стигматизация как социальный феномен (методология исследования). Электронное научное издание «Актуальные инновационные исследования: наука и практика», 2011 год, № 1.
 9. Михайлова Ирина Иосифовна. Самостигматизация психически больных: диссертация... кандидата медицинских наук: 14.00.18/Михайлова Ирина Иосифовна; [Место защиты: Научный центр психического здоровья РАМН]. — Москва, 2005. — 211 с.: ил.
 10. Недзельский Н. Н. Поддержка людей, живущих с ВИЧ. М.: ИНФО-ПЛЮС, 2003. — 146 с.
 11. Самостигматизация при основных психических заболеваниях: методические рекомендации/Ястребов В. С., Гонжал О. А., Тюменкова Г. В., Михайлова И. И.; Науч. Центр психического здоровья РАМН. ó М., Изд-во ЗАО Юстицинформ, 2009. ó 18 с.
 12. Скрипка Е. Ю. Качественное исследование самостигматизации больных с психическими расстройствами // Молодой ученый. — 2012. — № 7. — С. 232-237.
 13. Слободская А. В. СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ СТИГМАТИЗАЦИИ // Научное сообщество студентов XXI столетия. ОБЩЕСТВЕННЫЕ НАУКИ: сб. ст. по мат. XX междунар. студ. науч.-практ. конф. № 5 (20). URL: [http://sibac.info/archive/social/5\(20\).pdf](http://sibac.info/archive/social/5(20).pdf) (дата обращения: 28.12.2016).
 14. Хлызина Ю. С. Последствия стигматизации: бомжи вне общества // Научный общественно-политический журнал. — 2008. — № 3-4 (9). — с. 92-94.
 15. Agermeyer M. C. Stigmatiesirung psychisch Kranker in der Gesellschaft // Psychiatrische Praxis. 31. 2004.
 16. Corrigan, P. W. Self-stigma and the «why try» effect: impact on life goals and evidence-based practices/P. W. Corrigan // US National Library of

Mental Health [Electronic resource]. — Mode of access: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2694098/>Date of access: 04.01.2012.

17. Corrigan P.W., Watson, A. C. The paradox of self-stigma and mental illness // *Clinical Psychology: Science and Practice*. Bd. 9. 2002. S. 35-53.
18. David, A. Insight and Psychosis/A. David // *Brit. J Psychiatry*. — 1990. — 156, 6. — P. 599-602.
19. Goffman, E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity/E. Goffman. — New York: Prentice-Hall, 1963.
20. Markus, H.R. Culture and the self: implications for cognition, emotion and motivation/H.R. Markus, S. Kitayama // *Psychological Review*. — 1991. — V.98(2). — P.224-253.

Иррациональные установки как фактор эмоциональных нарушений у женщин
Старикова У. П.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Марийский государственный университет

В современном мире, где стресс становится привычным жизненным состоянием, наблюдается высокий и непрерывно возрастающий уровень распространения эмоциональных нарушений у женщин. В качестве наиболее распространенного проявления эмоциональных нарушений у женщин можно выделить такое эмоциональное расстройство как депрессия.

По оценкам ВОЗ от депрессии во всем мире страдает более 300 миллионов человек [4]. При этом, данные исследований показывают, что женщины подвержены депрессии в два раза чаще, чем мужчины [5]. Следует отметить, что склонность испытывать депрессию в два раза чаще, не зависит от региона проживания, экономического положения или этнической принадлежности женщин, данные о таком соотношении подтверждены исследованиями в десяти различных странах мира [6].

Женщины в силу психоэмоциональных особенностей больше чем мужчины подвержены частым переменам настроения. Депрессия, в отличие от кратковременных эмоциональных реакций на события повседневной жизни, характеризуется устойчивостью в изменении настроения и негативного восприятия действительности. Длющаяся в течение продолжительного времени депрессия может стать серьезным нарушением психоэмоционального здоровья женщины, особенно если ее уровень возрастает до умеренной или тяжелой формы. Поэтому депрессия на сегодняшний день является одной из ведущих причин семейных и производственных конфликтов и имеет тяжелые выражен-

ные последствия как для самой женщины, так и для членов ее семьи и общества в целом.

Несмотря на то, что существуют такие эффективные и доказанные методы лечения депрессии как фармакотерапия и когнитивно-поведенческая терапия [1], необходимую помощь в лечении депрессии получают менее 10% страдающих от нее людей [4].

Очень часто женщины относят такие проявления депрессии как снижение настроения, расстройства сна и пищевого поведения к обычным бытовым переживаниям и не обращаются за помощью.

Согласно концепции когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), выдвинутой Аароном Бекем на основе проведенных им клинических экспериментов, мысли людей обуславливают их эмоции, которые в свою очередь определяют дальнейшие поведенческие реакции [1]. Аарон Бек утверждал, что людьми движут не события, а их интерпретация. В том случае, если интерпретация сильно расходится с внешними событиями возникает та или иная психическая патология. Следовательно, чтобы изменить негативное поведение, нужно в первую очередь, изменить мышление, которое приводит к эмоциональному нарушению.

Важным понятием в когнитивно-поведенческой терапии Аарона Бека является так называемая когнитивная триада депрессии:

- негативные отношения человека к самому себе;
- негативная интерпретация текущего опыта;
- негативное отношение к собственному будущему.

Рассматривая влияние мыслей на эмоциональное состояние необходимо обратить внимание на наличие трех уровней представлений. Наиболее фундаментальными являются глубинные убеждения. На основе глубинных убеждений формируются промежуточные убеждения, а именно: отношения, правила, ожидания, предположения. Затем следуют автоматические мысли, которые находятся на поверхно-

сти. На *рисунке 1* представлена схема влияния глубинных убеждений на эмоции и реакцию человека [2].

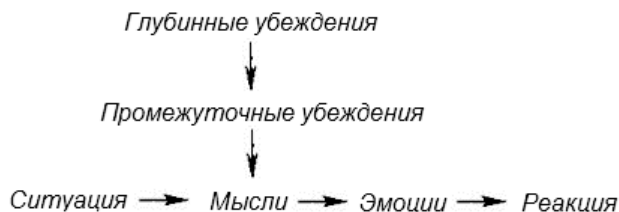


Рисунок 1. Схема влияния глубинных убеждений на эмоции и реакцию человека.

В когнитивно-поведенческой терапии Аарона Бека глубинные дисфункциональные убеждения делятся на:

- глубинные убеждения беспомощности;
- глубинные убеждения неприятия.

При этом чем дольше человек страдает депрессией и чем выше ее интенсивность тем сложнее изменить его дисфункциональные убеждения.

В рационально-эмоционально-поведенческой терапии Альберта Эллиса [2] также подтверждается концепция о том, что негативные эмоции появляются не вследствие произошедших событий, а вследствие их негативной интерпретации людьми из-за наличия у них иррациональных установок. Подобные установки формируются из детских впечатлений или перенимаются от родителей и сверстников и усваиваются в течение жизни.

Согласно утверждениям Альберта Эллиса иррациональные установки имеют четыре четких компонента:

- долженствование в отношении себя;
- долженствование в отношении других;
- драматизация;
- осуждение (оценочные установки).

Рациональная альтернатива этим установкам это:

- предпочтение;
- терпимость;

- антидраматизация (согласие с тем, что это плохо);
- принятие.

Отказавшись от представления о себе как о беспомощном порождении биохимических реакций, слепых импульсов или автоматических рефлексов, человек получает возможность увидеть в себе существо, склонное рождать ошибочные идеи, но и способное отучиться от них или исправить. Только определив и исправив ошибки мышления, личность сможет организовать жизнь с более высокими уровнями качества, спокойствия, гармонии и эмоционального благополучия.

Таким образом, согласно концепций когнитивно-поведенческой терапии Аарона Бека и рационально-эмоционально-поведенческой терапии Альберта Эллиса, дисфункциональные убеждения (иррациональные установки) оказывают влияние на эмоции и обусловленное ими поведение. А следовательно могут влиять на эмоциональные нарушения у женщин.

Проведенный анализ актуализировал проблему более полного раскрытия взаимосвязи между наличием иррациональных установок и эмоциональными нарушениями у женщин. Перспективными направлениями дальнейших научных исследований являются установление степени влияния наличия и выраженности иррациональных установок на эмоциональные нарушения.

Список литературы:

1. Когнитивная психотерапия расстройств личности/Под ред. А. Бека, А. Фримена. — СПб.: Питер, 2002. — 544 с.
2. Бек Джудит. Когнитивная терапия. Полное руководство — М.: Вильямс, 2017. — 400 с.
3. Альберт Эллис, Уинди Драйден. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. — М.: Речь, 2002. — 352 с.
4. Всемирная организация здравоохранения. Информационный бюллетень №369. Февраль 2017 г.

5. Blehar MC, Oren DA. Gender differences in depression. *Medscape Women's Health*, 1997;2:3. Revised from: Women's increased vulnerability to mood disorders: Integrating psychobiology and epidemiology. *Depression*, 1995;3:3-12.
6. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lepine JP, Newman SC, Rubin-Stiper M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen H, and Yeh EK. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Journal of the American Medical Association*, 1996; 276:293-9.

Феномен осознанности (mindfulness) в когнитивно-поведенческой психотерапии
Тарасова Е.В.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Городская клиническая больница № 39»

«Осознанность» является относительно новым и интересным феноменом в современной когнитивно-поведенческой психотерапии.

В течение последних десятилетий в зарубежной литературе отмечается устойчивый рост числа работ, посвященных научной разработке концепции осознанности или психологической внимательности (psychological mindfulness) [4,18].

Техники осознания в медитативных практиках существовали в течение многих столетий как часть буддистской и других восточных духовных традиций. Исследование феномена осознанности в контексте научного изучения в клинической психологии и психотерапии началось в 1980-х годах (Kabat Zinn, 1990) [4,18].

Понятие «осознанности» (mindfulness) появилось в философии дзен-буддизма. Оно подразумевает подчеркнутую ориентацию на настоящий момент. Дзен учит, что каждый момент является полным и совершенным и что в центр терапии должно быть приятие, смирение и умение ценить то, что есть, а не тяга к изменениям (Hayes et al., 2004). В своем первоначальном смысле это понятие не относится к психическим состояниям, но как указал Аллен, некоторые аспекты осознанности предполагают восприимчивость к психологическим процессам. Центральный элемент осознанности — признание то, что мысли — это всего лишь мысли, а не «ты» или «реальность» (Fonagy, Bateman, 2006) [1,20]. Овладение навыками осознанного проживания жизни позволяет взглянуть на мир шире, открывает возможность учиться грамотно справляться с негативной информацией и стрес-

сами, которые имеют огромное значение в современном динамично развивающемся мире.

Речь идёт об отношении к мысли как просто мысли, а не как онтологическому отражению действительности. Такое отношение предполагает более высокую эффективность совладания с негативными переживаниями, а именно лёгкость актуализации альтернативных аспектов опыта, воздержания от негативной концептуализации нейтральных событий, широту диапазона и адаптивность ответов на негативные стимулы [4,19].

Далее рассматривая термин «mindfulness» (осознанность), стоит отметить, что в английском толковом словаре Уэбстера («Webster») термин «mindfulness» определяется как:

1. качество или состояние внимательности;
2. практика поддержания беспристрастного состояния повышенного или полного осознания своих мыслей, эмоций или переживаний от момента к моменту;
3. состояние сознания [5].

В психологии принято говорить об осознанности как о черте, характеризующей когнитивно-личностный стиль индивида. Предметом исследования в этом случае является функция осознанности в организации внутренней жизни человека (Didonna, 2009) [4,20].

Способность осознавать субъективность внутренней картины реальности рассматривается, таким образом, как эффективное средство совладания с различными формами психологического стресса — тревогой, страхами, раздражением, гневом, руминациями [4,20].

W. Kuyken с со авт. выдвигают предположение, что навыки осознанности и безоценочного принятия опыта нивелируют связь между негативными эмоциями и специфическими паттернами мышления [4,23].

Стоит отметить, что феномен осознанности является центральным компонентом нескольких психотерапевтических подходов: Mindfulness based stress reduction program (MBSR)

или снижение стресса на основе осознанности и медитации (Kabat Zinn, 1990), Mindfulness based cognitive therapy (МВСТ) или когнитивная терапия, основанная на осознанности (Kuyken, Watkins, Holden et al., 2010; Teasdale, Segal, Williams et al., 2000), а также предметом многочисленных книг по самопомощи и самосовершенствованию. Помимо научного изучения осознанности как специфической психотерапевтической интервенции этот феномен активно обсуждается в более популярной литературе как путь к духовному росту, наслаждению, мудрости и т. п. [4,22].

Понятие осознанности нашло важное применение в когнитивно-поведенческих методах, которые включают в себя диалектическую поведенческую терапию (ДПТ, Linehan, 1987; Chiesa, Serretti, 2001) и форму когнитивно-поведенческой терапии депрессии, направленную на то, чтобы уменьшить вероятность её повторения (Teasdale et al., 2000). Осознанность отражает отношение открытости, которое тоже входит в концепцию ментализации (Fonagy, Bateman, 2006) [1, 20; 4].

Осознанность можно тренировать. Благодаря развитию навыков осознанного проживания жизни и восприятия окружающей действительности качество жизни людей может значительно измениться в лучшую сторону. Именно восприятие мыслей, как всего лишь мыслей, без побуждения к действию позволяет избежать импульсивных поступков в жизни, а так же формирует стремление к принятию ответственных решений в трудных жизненных ситуациях.

Современные представления об осознанности описаны в литературе по диалектико-поведенческой терапии (DBT) [3]. В DBT указано, что осознанность это способность намеренно жить в настоящем моменте с полным вниманием (освободиться от привычек, ставших автоматическими или рутинными, чтобы полностью присутствовать и участвовать в своей жизни); не осуждать и не отрицать настоящий момент (осознавая последствия, различая полезное и вредное, но отпуская желание дать оценку настоящему моменту, избежать, подавить или заблокировать

его); не привязываться к прошлому или будущему (уделять внимание переживанию каждого нового мгновения, а не игнорировать настоящее, цепляясь за прошлое или будущее) [3]. Такой подход отражает особую философию жизни. Что такое практика осознанности? Сознательное направление внимания на настоящий момент, без осуждения этого момента. Медитация является практикой осознанности и формирования навыков осознанности на протяжении заранее установленного периода времени (в положении сидя, стоя или лёжа). Медитируя, мы либо концентрируемся, фокусируем внимание (например, на ощущениях в теле, дыхании, эмоциях или мыслях), либо расширяем внимание (охватывая им всё, что входит в поле нашего осознания). Существует множество форм медитации, отличающихся друг от друга (в основном, в зависимости от того, открыто наше внимание или сфокусировано, и если сфокусировано, то на каком объекте). Осознанность может быть и в движении. Также существует множество возможностей для практики осознанности в движении, привнося навыки осознанности в какие-либо физические упражнения: йога, цигун, ходьба, боевые искусства (тай цзи, айкидо, карате), танцы и не только [3].

Анализируя некоторые техники осознанности, стоит отметить эффективные упражнения основанные на осознанном дыхании. Например, упражнение, «подсчет вдохов и выдохов»: «Сядьте на пол по-турецки. Можно также сесть на стул, встать на колени, лечь на пол, медленно идти. Вдыхая воздух, осознавайте вдох и медленно отмечайте: «Я вдыхаю, раз». Выдыхая, осознавайте выдох и мысленно отмечайте: «Я выдыхаю, раз». Не забывайте начинать дыхание от живота. Начиная следующий вдох, осознавайте его и мысленно отмечайте: « Я вдыхаю, два». Медленно выдыхая, осознавайте выдох и мысленно отмечайте: «Я выдыхаю, два». Дойдите до десяти, потом вернитесь к единице. Когда отвлекаетесь, возвращаетесь к единице [3,311]». Это универсальное упражнение и его можно использовать в различных условиях. Оно

помогает справляться с тревогой, страхами, паникой и отвлекает от негативных мыслей. В процессе выполнения представленного упражнения, внимание переключается на осознание своего дыхания и на счёт, что в итоге способствует стабилизации психоэмоционального состояния в целом.

В многочисленных исследованиях на уровне метаанализа доказана эффективность терапии, основанной на осознанности в лечении различных психических расстройств [4,19].

Литература:

4. Бейтман Э.У., Фонаги П. Лечение пограничного расстройства личности с опорой на ментализацию: практическое пособие. — М.: «Институт общегуманитарных исследований», 2006. — 248 с.
5. Лайнен, М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности/Марша М. Лайнен. — М.: «Вильямс», 2007. — 1040с.
6. Лайнен, Марша М. Руководство по тренингу навыков при терапии пограничного расстройства личности.: Пер. с англ. — М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2016. — 336 с.
7. Пуговкина О.Д., Шильникова З.Н. Концепция mindfulness (осознанность): неспецифический фактор психологического благополучия //Современная зарубежная психология. —2014. —№ 2. — С. 18-26.
8. Merriam-Webster Dictionary and Thesaurus. [Электронный ресурс]. —Режим доступа: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/mindfulness>

Некоторые аспекты нейрофизиологического функционирования в ходе долгосрочной тренинговой программы с применением медитативных практик

Шаптилей М. А., Кривошапова М. Н.

ООО «Экзиклуб»,

Центр научного исследования здоровья (Санкт-Петербург)

За последнее десятилетие учеными найдено много параллелей между нейрофизиологическими процессами, участвующими в обеспечении функции внимания и медитации. Так, Focused Attention (FA) медитация по классификации Lutz (2008) — это одно из направлений медитативных техник, где основной задачей практикующего является поддержание избирательного внимания каждый момент времени на выбранном объекте. Выделяют следующие основные навыки, возникающие в ходе длительной практики подобной медитации: способность к мониторингованию собственного состояния с выделением дистракторов (помех) и без дестабилизации основного фокуса внимания; формирование способности к своевременному отсоединению от отвлекающего объекта.

Установлено, что наработка опыта в FA медитации, приводит к минимизации усилий, необходимых для поддержания избирательного внимания и, соответственно, к снижению активации некоторых зон мозга, участвующих в регуляции внимания (Brefczynski-Lewis 2007). Изменения касаются не только функции, но и структуры. Так, в ряде работ указывается на наличие структурных изменений (увеличение объема) некоторых отделов мозга, причастных к процессам внимания у опытных медитаторов (Lasar 2005). Предполагается, что регулярная практика медитации может уменьшать когнитивные расстройства, связанные с процессом старением (Pagnoni 2007, Slagter 2007).

В ЭЭГ-исследованиях медитаций привлечение функции внимания сопровождается увеличением альфа-активности,

снижением активности симпатической нервной системы и положительно коррелирует с деятельностью дофаминергической системы мозга (Takahashi 2005).

В исследовании приняли участие две группы людей. Первая группа обследуемых ($n=25$) проходила полугодовую программу психологических тренингов, посещая групповые занятия с психологом не реже 1 раза в неделю (3 часа). Данная программа нацелена на повышение эмоциональной компетенции и стрессоустойчивости, на осознание и смену когнитивных установок. Вторая группа обследуемых ($n=15$), наряду с участием в аналогичной тренинговой программе, регулярно, на протяжении 6 месяцев занималась медитативной практикой (FA), объемом, в среднем, 90 минут в неделю. Все участники являлись «новичками» в медитации — общий объем практики не превышал 100 часов. Возраст участников — от 28 до 50 лет в обеих группах.

Комплексное психофизиологическое обследование участников проводилось дважды с интервалом в 6-7 месяцев (в начале и в конце тренинговой программы).

Схема электроэнцефалографического исследования включала: 1) состояние покоя (5 мин); 2) медитация (10 мин); 3) состояние покоя (3 мин); 4) «счет в уме» (1-2 мин). При первичном обследовании все участники проходили однотипный инструктаж по практике FA-медитации. Исследование проводилось в тишине, глаза обследуемых во время ЭЭГ-регистрации закрыты.

Количественный анализ ЭЭГ осуществлялся с помощью программного обеспечения, используемых в работе электроэнцефалографов (фирм «Мицар» и «Медиком МТД») и являлся универсальным для частотно-временных характеристик нативной ЭЭГ. ЭЭГ-данные обрабатывались отдельно для трёх фрагментов («фон», «медитация», «счёт в уме»). Для реализации задач настоящего исследования нами был выбран следующий параметр ЭЭГ — индивидуальная частота максимального альфа-пика. Известно, что частота альфа-пика (ЧАП) сопряжена с такими психологическими характеристиками,

как когнитивные стратегии, когнитивная продуктивность, успешность обучения (Klimesh 2007, Базанова 2008). Так, беглость выполнения когнитивных и психомоторных заданий, что, безусловно, сопряжено с функцией внимания, выше у лиц с высокочастотным альфа-ритмом ($> 10,6$ Гц).

При анализе данных среди обследуемых I и II группы («без» и «с» практикой ФА-медитации, соответственно) были выделены подгруппы с низкими показателями частоты альфа-пика ($< 9,6$ Гц) и с высокими показателями частоты альфа-пика ($> 10,6$ Гц). В обеих группах наблюдалось увеличение величины ЧАП во время Focused Attention медитации. Но достоверное изменение величины ЧАП в фоновой ЭЭГ (состояние покоя) наблюдалось только во II группе у лиц с изначально низкими показателями частоты альфа-пика ($9,45 \pm 0,1$ Гц) и практикующих на протяжении 6 месяцев медитацию. Так, при заключительном обследовании средняя частота альфа-пика в данной подгруппе составила $9,8 \pm 0,2$ Гц.

Focused Attention медитация, наряду с улучшением функции внимания, может приводить к устойчивым изменениям корковой ритмики и способствовать формированию нового стиля нейрофизиологического функционирования.

Список литературы

1. Brefczynski-Lewis J., Lutz A., Schaefer H., Levinson D., Davidson R. 2008. Neural correlates of attentional expertise in long-term meditation practitioners. PNAS. vol. 104. no. 27. 11483-11488
2. Klimesch W., Sauseng P., Hanslmayr S. 2007. EEG alpha oscillations: The inhibition-timing hypothesis. Brain Res. Rev. 53, 63-88.
3. Lutz A., Slagter H., Dunne J., Davidson R. 2008. Attention regulation and monitoring in meditation. Trends Cogn Sci. Apr;12 (4):163-9.
4. Lazar SW, Kerr CE, Wasserman RH, Gray JR, Greve DN, Treadway MT, McGarvey M, Quinn BT, Dusek JA, Ben-

- son H, Rauch SL, Moore CI, Fischl B. Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*. 2005 Nov 28;16 (17):1893-7.
5. Pagnoni G., Cekic M. 2007. Age effects on gray matter volume and attentional performance in Zen meditation. *Neurobiology of Aging*. 28. 1623-1627
 6. Slagter H., Lutz A., Greischar L., Francis A., Nieuwenhuis S., Davis J., Davidson R. 2007. Mental Training Affects Distribution of Limited Brain Resources. *PLoS Biology*, 5 (6): 138
 7. Takahashi T, Murata T, Hamada T, Omori M, Kosaka H, Kikuchi M, Yoshida H, Wada Y. 2005. Changes in EEG and autonomic nervous activity during meditation and their association with personality traits. *Int J Psychophysiol*. Feb;55 (2):199-207.
 8. Базанова О.М. 2010. Вариабельность и воспроизводимость индивидуальной частоты максимального пика в различных экспериментальных условиях // Журнал выс. нервн. деят. им. П. И. Павлова. Т. 60, № 6, 767-776.

Современные подходы к психокоррекции аффективных расстройств у подростков с сахарным диабетом I типа *Шарипова Ф. К.*

**Ташкентский Педиатрический Медицинский
Институт**

Актуальность: современная ситуация развития психологической комфортной и безопасной среды, связана, прежде всего, с ростом социальных рисков, препятствующих полноценному развитию в плане физического, психического и психологического здоровья детей и подростков, страдающих сахарным диабетом первого типа. В связи с этим актуальным и целесообразным направлением работы с данным контингентом населения является комплексная медико-психологическая помощь с проведением психосоциальных и реабилитационных мероприятий. Сахарный диабет (СД) является широко распространенным эндокринным заболеванием, которое достигает масштабов неинфекционной эпидемии. Согласно статистическим данным Международной федерации диабета (International Diabetes Federation) за 2013 г. в мире зафиксировано 381 млн. 800 тыс. пациентов с СД, в 2014 г. количество больных составило 387 млн, а к 2035-му оно может увеличиться до 592 млн. По данным ВОЗ около 17% населения в России и СНГ больны СД. Специалисты Международной федерации диабета подсчитали, что каждые 10 секунд у трех человек развивается СД и каждые 6 секунд один человек умирает от его осложнений (DiabetesAtlas, 6th ed. IDF, 2015). Контингент больных с впервые выявленным СД II типа пополняется преимущественно за счет старших возрастных групп (65-80 лет), что объясняется не только увеличением продолжительности жизни населения, но и, прежде всего, увеличением распространенности ожирения на фоне гиподинамии и воздействием различных стрессогенных факторов (Доскина Е. В., 2013). Данное заболевание необходимо диагностировать на начальной стадии, но, к сожалению, не всегда пациент вовремя обра-

щается в медицинские учреждения. Довольно часто пациенты даже не подозревают о том, что они больны, и не обращаются к врачу, не получают соответствующего лечения и имеют высокий риск развития необратимых сосудистых осложнений. Большинство больных, которым ставят диагноз сахарный диабет, испытывают шок, им трудно осознать, что теперь надо по нескольку раз в день проверять сахар крови и принимать сахароснижающие препараты, сложно принять, что физическое состояние будет зависеть от назначений врача-эндокринолога, от лекарственных препаратов, которые им жизненно необходимы и регулярных лабораторных обследований. Особенно сложно это представить детям и подросткам, что придется постоянно соблюдать терапевтический режим и принять, что эта болезнь навсегда. Больные с впервые выявленным СД нуждаются в индивидуальной психологической поддержке (Кошанская А. Г., Винокур В. А., 2016). Этому контингенту пациентов показана психотерапевтическая помощь, способствующая созданию отношений партнерства между врачом и больным, для более эффективного и комплексного лечения необходима своевременная психодиагностика и психокоррекция нарушений тревожно-депрессивного и фобического спектра невротического уровня. В связи с появившимся прогрессом в фармакотерапии, как нельзя более актуальными становятся вопросы реабилитации, социальной адаптации и коррекции тревожно-фобической и депрессивной симптоматики у детей и подростков.

Цель исследования: изучить новые возможности психокоррекции аффективных расстройств у подростков с сахарным диабетом I типа для оптимизации медико-психологической и психотерапевтической помощи данному контингенту больных.

Материалы и методы исследования: в условиях НИИ Эндокринологии города Ташкента была набрана группа из 30 подростков в возрасте 12-15 лет с верифицированным диагнозом СД I типа, находившихся на амбулаторном лечении, получавших комплексную терапию в виде

фармакотерапии и психотерапии в течение 3-х месяцев наблюдения. Для выявления эмоциональных изменений использовались экспериментально-психологические методы исследования: шкала оценки депрессии Гамильтона, Госпитальная шкала тревоги и депрессии, опросник тревожности Спилбергера-Ханина, восьмицветовой тест Люшера, шкала астении и оценка нервно-психического напряжения по Немчину. С группой проводились занятия медицинскими психологами и психотерапевтами в течение 3-х месяцев, по разработанной специалистами методике с частотой 2 раза в неделю, продолжительностью около 2-х часов.

Результаты: в ходе исследования эмоционального фона у 96,6% обследованных подростков были обнаружены признаки депрессивного расстройства невротического регистра легкой или умеренной степени. У больных развивались достаточно длительные периоды пониженного настроения с внутренней напряженностью, отмечались суточные колебания настроения, снижение мотивационной деятельности, ухудшение внутрисемейных взаимоотношений. На фоне депрессивных расстройств у подростков значительно снижалась школьная успеваемость (58%), отсутствие желания продолжать учебу (25%), появились конфликты со сверстниками и поведенческие нарушения (60%), суицидальные мысли и тенденции (15%). В обследованной группе в ходе тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 86% подростков, при этом более чем у половины пациентов было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (67%), у 20% обследуемых — без клинически значимой тревоги и у 13% подростков — констатировалась выраженная тревога. Тревога усиливалась в основном во второй половине дня и была связана с переживаниями по поводу соматического заболевания. У подростков с СД первого типа была обнаружена взаимосвязь уровня реактивной тревожности с уровнем личностной тревожности. Высокая реактивная и личностная тревожность сопровождалась

формированием депрессивных расстройств легкой и умеренной степени, что позволяет сформулировать понятие о коморбидности аффективных нарушений и сахарного диабета первого типа. Структура аффективных расстройств менялась в зависимости от этапа и тяжести течения сахарного диабета. На этапе высокого уровня гипергликемии у 26 подростков (86%) были выражены: тревожно-фобические нарушения, аффективные колебания, эмоциональная лабильность с раздражительностью. В 75% случаев симптомы депрессивного регистра были первыми клиническими проявлениями обострения заболевания. У подростков выявлены достаточно длительные периоды астенических состояний с внутренней напряженностью (23%), ощущением враждебности со стороны окружающих и высокий уровень личностной и реактивной тревожности (36%), эпизоды немотивированной агрессии (27%), навязчивые страхи (16%). Дистимия отмечалась в 100% случаев. В результате изменений эмоционального состояния у подростков значительно снижалась самооценка (77%), нарушалась стрессоустойчивость к внешним факторам (65%), формировались тенденция к аутизации и изоляции (70%), суицидальные намерения и высказывания (15%).

Основными целями проводимой коррекционной работы являлись:

1. Проведение семейной и рациональной психотерапии.
2. Реабилитационная программа.
3. Улучшение социальной адаптации подростков (формирование мотивации к социальной активности);
4. Обучение новым формам самовыражения, навыкам творческой деятельности и прикладного искусства.

В ходе реализации реабилитационной программы успешно использовались разные виды активной групповой работы: функциональный тренинг умений и уверенности в себе, тренинг общения, музыкотерапия, телесно-ориентированная и танце-двигательная терапия, когнитивный тренинг. На начальных занятиях группы наши специалисты старались проводить занятия в рамках такой психотерапевтической техники

как арт-терапия. В ходе данных была предложена новая форма деятельности в рамках прикладного искусства: бисероплетение, декупаж, резьба по дереву, изготовление украшений, роспись по стеклу, дереву, плетение макраме, вышивание цветными нитями мулине. Посещаемость групповых психокоррекционных занятий составляла 88%. В процессе занятий у пациентов отмечалась положительная динамика — они быстрее и эффективнее начинали справляться с заданиями, направленными на раскрытие творческого потенциала, фантазии, воображения, возможности проявить самовыражение, свой внутренний мир посредством искусства. В то же время мы обратили внимание, что в ходе проведения тренингов происходит не только улучшение функционирования первичных базовых информационных процессов, но и оживление эмоционального комплекса, появление интереса к окружающим, желание продолжать занятия, улучшение социального функционирования, редукция тревожно-фобических проявлений. В связи с этим появилась необходимость после проведения тренинга продолжить групповую работу в виде тренингов когнитивно-социальных навыков.

Подростки проявляли большой интерес с творческому самовыражению, предлагали собственные варианты арт-терапии. Домашние задания в виде психорисунков на темы: «Моя семья», «Дом. Дерево. Человек» выполнялись с большим энтузиазмом. По субъективным сведениям родителей, подростки стали более активны в быту и с особой эмоциональностью рассказывали о занятиях и предъявляли результаты труда.

Вывод: таким образом, использование современных возможностей психокоррекции и психотерапии в комплексном лечении тревожно-депрессивных расстройств у подростков с сахарным диабетом I типа, позволяет повысить эффективность терапевтических мер в отношении психосоматического компонента сахарного диабета, а также коморбидно текущей аффективной патологии, сократить восстановительный период и улучшить прогноз и реабилитацию данной категории пациентов.

Нравственная поведенческая психотерапия *Хорошутин П. П.*

АНО Психологический центр «Технологии Воспитания» (г. Иркутск)

Проводя анализ существующих способов оказания психотерапевтической помощи, для решения проблем состояний и зависимостей, автор обратил внимание на то, что во многих способах поведенческой психотерапии для отрицательного подкрепления, используются методы шокового воздействия (болевого шок, рвота, удары током), а также методы вызывающих сильные стрессовые переживания. При этом игнорируется факт того, что подобная методика часто приводит к эффекту «избегания» и заканчивается еще более сильным психологическим травмам.

Если философия, это любовь к мудрости, то психология, это любовь к человеку. И в этом аспекте решение нравственных проблем взаимоотношений психотерапевта с пациентом очень важно.

Автором была поставлена задача разработать альтернативный способ поведенческой психотерапии, который помогал бы решить три нравственных задачи:

1. Решить проблему «выгорания» специалиста
2. Решить проблему возникновения зависимостей у пациентов по отношению к психотерапевту.
3. Исключить из психотерапевтического способа, методики отрицательного подкрепления, приводящие к шоковому стрессу и эффекту «избегания».

Работа по разработке концепции нравственной поведенческой психотерапии проводилась в период 2002-2016 года. Многие теоретические предположения не нашли подтверждения. Но на результатах ряда экспериментов, был разработан способ оказания психологической (психотерапевтической) помощи соответствующий поставленным задачам.. Способ является альтернативой к существующим способам

поведенческой психотерапии и может применяться в некоторых случаях, для решения вышеперечисленных задач.

Нравственная поведенческая психотерапия — это новый теоритический подход в поведенческой психотерапии, который создан с целью решения нравственных принципов взаимоотношения специалист — пациен., Он изменяет традиционные отношения между психотерапевтом и пациентом. Различия заключается в том, что в этом способе, сбор анамнеза и процесс психокоррекции проходит дистанционно, без прямого контакта психотерапевта с пациентом. Для этого используются новые принципы сбора анамнеза и новые методы дистанционного оказания психотерапевтической помощи. Создание нравственной поведенческой терапии стало возможно благодаря новым исследованиям в области психологии восприятия и новым технологиям лингвистической психологии с одной стороны и традиционной поведенческой психотерапии с другой стороны. Это продолжение поведенческой психотерапии основанной на концепции модификации поведения и терапии Б. Ф. Скиннера. Основная идея которой заключается в отказе от анализа причин тех или иных нарушений в поведении человека. Предлагает фиксацию объективных явно выраженных особенностях поведения и отношение к ним как к фактам требующим коррекции. В этом случае болезненные переживания по поводу себя или желание чувствовать себя определенным образом, возможно устранить в процессе обучения. Жалобы клиента рассматриваются как симптом с которым непосредственно и нужно работать, не стараясь углубиться в анализ лежащих за ними причин. Цель поведенческой терапии — научить клиента реагировать на жизненные ситуации так, как они этого хотят и отучить их от образцов поведения доставляющих им неприятные эмоции. В концепции нравственной поведенческой терапии использован и метод скрытного подкрепления Альберта Бандуры, который заключается в последовательном воображении пациентом (с позиции участника) желательного поведения и следующего за ним скрытого подкрепления. Классическое обуславливание происходящее в со-

знании клиента, в дальнейшем влияет на его моторное поведение. В дополнение к классическим теориям поведенческой психотерапии автор особое внимание уделяет концепции «Установки» общепринятой в когнитивно-поведенческой психологии. Это основной элемент нравственной поведенческой психотерапии, доступный для фиксации, измерения и изменения. Для этого автором были использованы результаты экспериментов из «Теорией установки» Д. Н. Узнадзе, экспериментальные данные по изучению трехмерной модели установки Дагмара Штальберга и Дитера Фрея и принципы формирования установок и способы их изменения из работ Фольфганга Штрейбе и Клауса Джоунаса.

Основной принцип нравственной поведенческой психотерапии — когнитивное формирование новых форм поведения с использованием элементов классического и инструментального обуславливания. Поставленную задачу разрешения проблем нравственных взаимоотношений клиент — психотерапевт, удалось исполнить, только в режиме дистанционной работы, то есть без прямого контакта психотерапевта с клиентом. При этом способы подкрепления носят характер мягкого «до стрессового» воздействия. Качество подкрепление стало выше, благодаря новым открытиям в психологии восприятия и лингвистической психологии. Во время экспериментов разработана тестовая система подбора приятных и неприятных сенсорных раздражителей. В процессе терапии было показано, что при проведении аутотренинга, кроме уже известных факторов влияющих на качество психокоррекции, существенное значение имеет индивидуальная сенсорная система восприятия пациента, а также факт терапевтического воздействие в полном соответствии с этой индивидуальной формулой восприятия. Точный подбор сенсорного классического обуславливания, существенно сокращал время терапии. Положительное влияние на качество и время терапии имело и количество сенсорных раздражителей.

В основе нравственной поведенческой психотерапии лежит четыре авторских разработки.

1. Дистанционная психодиагностика.
2. Полносенсорное классическое обуславливание.
3. Дистанционная коррекция психических состояний и зависимостей.
4. Набор инструментов классического обуславливания, для дистанционной коррекции психических состояний и зависимостей.

В рамках нравственной поведенческой психотерапии предлагаются новые психотерапевтические термины:

1. Формула восприятия пациента — формула которая отражает индивидуальные особенности сенсорного восприятия каждого пациента и составляется на основании тестирования.
2. Формула внушения пациента — текст аутотренинга созданный на основании формулы восприятия пациента.
3. Набор инструментов классического обуславливания — представляет из себя набор сенсорных раздражителей для классического обуславливания и инструменты для их применения, а также оборудование для проведения аутотренинга методом самовнушения. Набор инструментов составляется индивидуально для каждого клиента на основании данных психодиагностики.
4. Способ полносенсорной коррекция состояний и зависимостей — это способ психологического воздействия при котором для подкрепления используется максимально возможное количество сенсорных каналов восприятия и максимально возможное количество сенсорных раздражителей.

Процесс психокоррекции проводится в следующей последовательности:

1. Дистанционная тестовая психодиагностика.
2. Составление программы психокоррекции на основании данных психодиагностики.
3. Составление набора инструментов необходимых для этого.
4. Набор инструментов вместе с инструкцией по применению передается пациенту.
5. Аутотренинг проводится пациентом самостоятельно, ме-

тодом самовнушения, с помощью набора инструментов разработанных для него психотерапевтом.

6. Психотерапевтическое воздействие происходит на уровне когний сознания в процессе аутотренинга. В результате научения и подкрепления, у пациента начинает формироваться новый цикл «мысли — установки — поведение». Таким образом происходит замещение установок являющихся причиной проблемных состояний и зависимостей и формируется адекватное безпроблемное поведение. Процесс психологического воздействия по времени индивидуален и длится от одной до семи недель.

Сравнительный анализ показал, что эффективность нравственной поведенческой терапии, находится на уровне существующих психотерапевтических способов, При этом она позволяет пациенту получить качественную услугу дистанционно и даже анонимно.

Анонимность делает нравственную поведенческую психотерапию интересной для работы с определенной группой пациентов испытывающих стресс при общении на личные темы.

На основании исследований нравственной поведенческой психотерапии, подано три заявки на патенты и создана технология 7с пси (программа дистанционной психологической помощи).

Список литературы:

1. Поведенческая психотерапия. Ромек В.Г. 2002
2. Первин Л., Джон О. Психология личности: Теории и исследования. — М., 2000.
3. Доллард Д., Миллер Н. Психотерапия в рамках теории научения // Техники консультирования и психотерапии: Тексты / Под ред. У. С. Сахакина. — М., 2000. —
4. Бьорк Д. В. Беррес Фредерик Скиннер: Непредвиденные случайности жизни // Великие психологи (Серия «Исторические силуэты»). — Ростов-на-Дону, 2000.

5. В.М. Бехтерев Внушение и его роль в общественной жизни. СПб Издание К.Л. Рихтера 1908
6. Гарри Олдер, Берил Хезер НЛП полное практическое руководство.
7. София 2000
8. Д.Н.Узнадзе Теория установки. Москва 1997 год.
9. Дагмар Штальберг, Дитер Фрей Установки: Структура, измерение и функции. Перспективы социальной психологии. Москва. Эксмо. 2001
10. Вольфганг Штребе и Клаус Джоунас. Принципы формирования установок и способы их изменения. Перспективы социальной психологии. Москва. Экспо. 2001
11. Шевандрин Н.И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности. Москва. Владос.2008

**Бонус. Творчество членов АКПП.
Размышляя об осознанности**
Дмитриев Д.

*Скачут мысли вправо влево
Забегают часто вдаль
Ищут поводы для гнева
Погружаются в печаль
Ум тревожный ищет повод
В пляс пуститься иль взлететь
Или выдумать оковы
Чтобы было что терпеть
И поймать момент текущий
Среди шума в суете
Настоящее искусство
Недоступное толпе*

3 мая 2017

РАЗМЫШЛЯЯ ОБ ОСОЗНАННОСТИ 2

*В сознании носится мысленный ветер
Цепляет внимание вдаль унося
Ловя в свои мутные вязкие сети
В зыбучий песок уходят года
Теряя дни жизни теряем себя
Торгуя вниманием за бесценок
В текущем моменте себя обретя
Мы сможем подняться с разбитых коленок
Пусть мысли летят словно искры и гаснут
Пусть образы льются как горный ручей
А я выбираю где мне остаться
Что взять и что скинуть с уставших плечей*

3 мая 2017

**III Международный съезд Ассоциации
Когнитивно-Поведенческой
Психотерапии**

Сборник научных статей

19-28 мая 2017 года

Подписано в печать 10.05.2017
Гарнитура Georgia. Печать офсетная. Формат 60x90/16.
Бумага офсетная. Усл. Печ. л. 7,5.
Тираж 170 экз. Заказ № 050517

Издательство «СИНЭЛ»
Отпечатано в ООО «СИНЭЛ»
194223, г. Санкт-Петербург, ул. Курчатова, д. 10