

2014 № 2



MSUPE

**PSYCHOLOGY AND LAW**

**ПСИХОЛОГИЯ И ПРАВО**

[www.psyandlaw.ru](http://www.psyandlaw.ru)

## СОДЕРЖАНИЕ:

**Бабина С.В., Дворянчиков Н.В.**

Возможности психологической коррекции сексуальных аномалий  
в стационаре

1–17

**Беженарь Н.В., Леонова Д.А., Ананьева К.А., Макурин А.А.**

Социально-педагогическая работа как самостоятельная  
форма работы по профилактике криминализации  
психически больных (пример Орловской ПБСТИН)

18–31

**Булыгина В.Г., Макушкина О.А., Белякова М.Ю., Котова М.А.**

Современные тенденции в использовании психосоциальных  
вмешательств в зарубежной судебно-психиатрической практике (часть II)

32–45

**Калашникова А.С., Дворянчиков Н.В., Василенко Т.Г.**

Обзор исследований по проблеме ингибиторов агрессии (часть II)

46–61

**Красник В.С., Кадочникова И.В.**

Профессионально-обусловленные деструкции сотрудников  
отделов охраны исправительных учреждений Федеральной  
службы исполнения наказаний РФ

62–73

**Максименко К.С.**

Методология и психотехника реконструкции личностного «я»  
в клинике заболеваний различного спектра

74–86

**Николаева Н.В., Коноплева И.Н.**

Выраженность стрессового напряжения и работоспособность  
сотрудников правоохранительных органов

87–100

**Новоселова М.Л., Дворянчиков Н.В.**

Факторы ранней травматизации в развитии аномалий  
сексуального характера у мужчин

101–110

**Смирнова Н.С., Дворянчиков Н.В.**

Использование психологических манипуляций в сфере  
деятельности религиозных организаций в интернете

111–132

# Возможности психологической коррекции сексуальных аномалий в стационаре

*Бабина С.В., студент кафедры клинической и судебной психологии факультета юридической психологии Московского городского психолого-педагогического университета (svt.babina@gmail.com)*

*Дворянчиков Н.В., кандидат психологических наук, декан факультета юридической психологии, профессор кафедры клинической и судебной психологии факультета юридической психологии Московского городского психолого-педагогического университета (dvorian@gmail.com)*

Статья посвящена изучению вопроса возможностей психологической коррекции сексуальных аномалий в условиях стационара. Проведен обзор современной отечественной и зарубежной литературы по проблемам лечения расстройств сексуального предпочтения и выделены основные направления терапии расстройств сексуального предпочтения. Представлен сопоставительный анализ трех терапевтических подходов для лечения сексуальных аномалий (психофармакологическое лечение, когнитивно-бихевиоральная терапия, психотерапия) с целью определения их результативности и актуальности роли психолога в проведении терапии. Данные подходы рассмотрены по следующим критериям: мишени терапии, задачи терапии, степень и глубина изменений, конкретные методы лечения. Обозначены положительные и отрицательные стороны разного терапевтического воздействия. Данный обзор позволяет сделать выводы о правильности организации максимально эффективного лечения сексуальных расстройств и о роли психолога в создании и реализации терапевтической схемы. Восполняются также некоторые пробелы в отечественных исследованиях терапии расстройств сексуального поведения.

**Ключевые слова:** парафилия, сексуальные расстройства, терапия, психофармакологическое лечение, когнитивно-бихевиоральная терапия, психотерапия.

Для цитаты:

Бабина С.В., Дворянчиков Н.В. Возможности психологической коррекции сексуальных аномалий в стационаре [Электронный ресурс] // Психология и право psyandlaw.ru. 2014. №2. URL: [http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Babina\\_Dvoryanchikov.phtml](http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Babina_Dvoryanchikov.phtml) (дата обращения: дд.мм.гггг)

Babina S.V., Dvoryanchikov N.V. Possibility of psychological correction of sexual anomalies in hospital. Jelektronnyj resurs «Psihologiya I pravo psyandlaw.ru», E-journal «Psychology and law», 2014. no. 2. Available at:

[http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Babina\\_Dvoryanchikov.phtml](http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Babina_Dvoryanchikov.phtml)  
(Accessed dd.mm.yyyy)

## Введение

Актуальность работы обусловлена большим числом лиц, страдающих сексуальными расстройствами и социальной опасностью, которую они представляют. В связи с этим необходима правильная организация эффективного лечения парафилий, профилактика нарушений сексуального поведения, просвещение социума в вопросах сексуальности. «Нарушения сексуального поведения (в том числе парафилии) можно определить в психологическом плане как своеобразную десоциализацию сексуального поведения» [5].

Для систем исполнения наказаний, психиатрических клиник и прочего необходима схема организации максимально эффективного лечения расстройств сексуального предпочтения. К примеру, в настоящее время в России лечение сексуальных преступников исчерпывается терапией основного психического расстройства и нуждается в дальнейшей разработке [3].

**Целью исследования** явилось проведение обзора современной литературы по проблемам лечения сексуальных расстройств и выделение основных способов коррекции сексуальных нарушений. Основной **задачей** анализа и сопоставления методов коррекции аномалий сексуального поведения было определение возможностей психологической помощи лицам с сексуальными девиациями.

Сопоставительный анализ проводился по трем терапевтическим направлениям: психофармакологическое лечение, когнитивно-бихевиоральная терапия, психотерапия, которые рассматривались по следующим критериям: мишени, цели и задачи, степень и глубина изменений, преимущества, недостатки, конкретные методы.

Проявления некоторых сексуальных расстройств могут носить социально опасный характер. Общественно опасным признается лицо, совершившее сексуальное правонарушение с нанесением физического или психологического вреда другим лицам или себе. Например, при садизме, вероятнее всего, будет нанесен физический вред, а при педофилии – психологический. Необходимо учитывать также прогноз динамики поведения в зависимости от течения каждой конкретной парафилии.

Согласно ст. 100, 101 УК РФ назначение принудительного лечения у психиатра или лечения в психиатрическом стационаре зависит от характера психического расстройства, необходимых условий ухода и содержания, существования общественной опасности [8]. Выбор типа принудительных мер медицинского характера (ст. 99 УК РФ) зависит от конечной перспективы, ожидаемой от лечения: «излечение или улучшение психического состояния и предупреждение совершения новых деяний» [там же, с. 37]. Достижение данной цели возможно при правильном выборе программ лечения и реабилитации.

Согласно Г.С. Васильченко «лечение сексуальных расстройств должно быть комплексным по существу, т. е. учитывающим всю структуру заболевания, и

направленным не только на стержневой синдром, но и на сопутствующие синдромы, без воздействия на которые нельзя добиться нормализации заболеваний» [2, с. 297].

В России лица с расстройством сексуального предпочтения, совершившие действия сексуального характера (ст. 132 УК РФ), признаются невменяемыми и им назначаются принудительные меры медицинского характера [8].

Согласно отечественным исследователям алгоритм лечения парафилий должен соответствовать алгоритму лечения психических расстройств. Нормализация психического состояния пациента – первая задача при осуществлении терапии. Психофармакологическое лечение обязательно должно сочетаться с психотерапией. Зарубежные исследования также доказывают, что при комбинации двух указанных методов предотвращаются повторные преступления против детей [13].

Стоит отметить, что в лечении лиц с сексуальными расстройствами важным фактором для благоприятного течения терапии является индивидуальная чувствительность пациента: культура, тип личности, интеллект, когнитивные способности и т. п. Эффективность процесса терапии и результат зависят от того, каким образом больной взаимодействует с процессом лечения. В связи с этим можно сказать об уникальности терапевтической программы для каждого конкретного человека, о необходимости адаптировать лечение с целью повышения эффективности терапевтического вмешательства и уменьшения вероятности рецидива (совершение повторного сексуального правонарушения). В России лица, не страдающие парафилией, но имеющие иное психическое расстройство, при совершении сексуального преступления подвергаются только лишь терапии основного заболевания [13].

## **Психофармакологическое лечение**

### **Мишени**

Необходимость психофармакологического лечения возникает при наличии коморбидного психического расстройства (аффективные расстройства, расстройства личности, употребление психоактивных веществ, когнитивные расстройства и т. п.).

*Антиандрогены* воздействуют на уровень тестостерона в крови и применяются чаще для лечения «агрессивных» парафилий, таких как педофилия, садизм и т. п., а также при гиперлибидемии. И.А. Басинской и Г.Е. Введенским были определены показания к применению антиандрогенов:

- шизофрения со смешанными аффективными и галлюцинаторно-параноидными расстройствами;
- органические расстройства личности с дисфорическими и смешанными аффективными расстройствами;
- умственная отсталость с дисфорическим синдромом [1].

*Антидепрессанты* назначаются при ярко выраженном обсессивно-компульсивном расстройстве, дисморфофобии. В целом схема лечения антидепрессантами индивидуальна для каждого пациента с сексуальной девиацией.

*Нормотимики* используются при обсессивной половой дисфории, нарушениях половой идентичности, так как при данных расстройствах наблюдается дефицит серотонинергических систем лимбической коры, базальных ганглиев и лобных долей.

*Нейролептики* показаны к применению при наличии психопатологических синдромов наряду с коморбидными парафилиями.

### **Задачи**

Психофармакологическое лечение назначается для нормализации состояния пациента.

*Антиандрогены* снижают уровень тестостерона в крови, следовательно, снижается уровень агрессии.

*Антидепрессанты* восстанавливают нарушенную серотонинергическую функцию. Наиболее эффективны следующие препараты: кломипрамин, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина [6].

*Нормотимики* показаны при дефиците серотонинергических систем лимбической коры, базальных ганглиев и лобных долей.

*Нейролептики* наиболее эффективны при психопатоподобных состояниях.

### **Степень и глубина изменений**

Существует общая схема изменений при психофармакологическом лечении.

В течение первого месяца лечения происходит понижение уровня сексуальной возбудимости и расторможенности (при их наличии), уменьшение частоты мастурбации и поллюции. На втором месяце лечения уменьшается частота проявлений компонентов сексуальной аномалии: реже возникают фантазии с эротическим содержанием, появляется общая пассивность вплоть до сонливости, снижение уровня тревожности и напряженности. К четвертому и пятому месяцу психическое состояние пациента стабилизируется.

Применение *антидепрессантов* и *нейролептиков* при лечении лиц с сексуальными девиациями в стационаре может отрицательно сказаться на эрекции и эякуляции. Побочный эффект в виде угнетения данных функций может оказать влияние на успешность дальнейшей адаптации пациента с половыми партнерами.

При лечении *антиандрогенами* наблюдается положительный терапевтический результат среди больных с «агрессивными» парафилиями и с сексуальной расторможенностью [1].

В целом зарубежные авторы сходятся во мнении, что нет достаточного количества исследований, чтобы однозначно говорить о положительном воздействии психофармакологического лечения на лиц с парафилиями. Недостатком медикаментозного лечения является вероятность осложнений со стороны сердечно-сосудистой и других систем.

### **Конкретные методы**

Методами лечения в данном подходе к терапии расстройств сексуального предпочтения является применение различных препаратов смешанного действия.

### **Когнитивно-бихевиоральная терапия**

#### **Мишени**

При лечении сексуальных преступников терапевтическая схема опирается на индивидуальный уровень риска, потребности и чувствительность. Под чувствительностью понимается факт того, что лечение должно осуществляться в соответствии с особенностями и способностями каждого конкретного человека [11].

Мишенями когнитивно-бихевиоральной терапии являются когнитивные искажения и когнитивные процессы, способность к близости и отношениям, умение управлять эмоциями и навыки саморегуляции, аномальное сексуальное влечение. Эмпатия рассматривается как мишень для терапии, если относить ее к изменчивому состоянию, а не к личностной характеристике.

Некоторые исследования выявляют корреляцию между изменением самооценки во время терапии и изменениями в мишенях, на которые направлена терапия [10].

#### **Задачи**

Перед началом лечения проводится оценка факторов риска, что позволяет подобрать такой уровень вмешательства, при котором терапия будет максимально эффективной. Затем оцениваются потребности пациента, в связи с чем устанавливается мишень для индивидуальной терапии. Следующим шагом оценивается чувствительность пациента и предполагается перспективное решение возникающих в ходе лечения трудностей. Оценка указанных параметров проводится и до и после лечения. Вместе с тем оценивается эффективность терапии на разных ее стадиях.

Сторонники когнитивно-поведенческого вмешательства полагают, что когнитивные функции личности связаны с ее поведением и влияют на него. Соответственно, аномальное сексуальное поведение рассматривается как паттерн, который возникает и существует благодаря подкреплению патологических реакций на определенный раздражитель. Следовательно, можно заключить, что основными задачами когнитивно-бихевиоральной терапии является:

- обнаружение и корректировка когнитивных искажений;
- замещение искаженных реакций на социально-приемлемые;

- снижение уровня аномального возбуждения;
- создание условий для социальной и сексуальной адаптации;
- управление аффективными состояниями;
- изменение мышления.

По завершении лечения сексуальные правонарушители нуждаются в психосоциальной поддержке, т. е. в наблюдении и коррекции возможных факторов риска рецидива.

### **Степень и глубина изменений**

Стоит отметить, что наиболее эффективным будет та терапевтическая схема, которая подобрана с учетом всех индивидуальных особенностей пациента. Если речь идет о лечении человека, совершившего сексуальное преступление, то лечение учитывает индивидуальные динамические факторы риска правонарушителя. Соответственно более интенсивная терапия применяется к лицам с высоким риском и, согласно исследованиям, оказывает наибольший терапевтический эффект, нежели терапия, направленная на лиц с низким риском [11].

Основным положительным результатом применения когнитивно-бихевиоральной терапии является снижение вероятности возникновения рецидива при лечении сексуальных преступников [14].

Эффективность когнитивно-бихевиоральной терапии не зависит от добровольного или принудительного ее применения. Особенно позитивный результат возникает при лечении сексуальных преступников с умственной отсталостью и диссоциальной психопатией [9]. Эффективность данной терапии продемонстрирована также во время группового взаимодействия, целью которого являлась коррекция образов мужчин и женщин у сексуальных правонарушителей [15].

### **Конкретные методы**

*Обнаружение автоматических мыслей.* Пациента просят обращать внимание на любое проявление нормального сексуального поведения, постепенно усложняя перед ним задачу. Впоследствии больной способен «останавливать» девиантные мысли и фантазии.

Для лиц с педофилией используют *тренинг личностной уверенности*. Согласно когнитивно-поведенческому подходу педофильное поведение формируется как паттерн единственно возможного способа общения с внешним миром вследствие негативного прошлого сексуального опыта.

В когнитивно-бихевиоральном подходе к лечению сексуальных девиаций используются поведенческие методики (например, *техника прогрессивной мышечной релаксации* Е. Джекобсона).



После указанной выше методики обычно используется *систематическая десенсибилизация*, направленная на устранение тревожности в период социальной адаптации. Так как мышечная релаксация не совместима с возбуждением, схема метода выглядит следующим образом: выстраивается иерархия ситуаций, вызывающих аномальное сексуальное влечение, и вместе с представлением самого легкого стимула пациент неоднократно использует мышечную релаксацию до тех пор, пока возбуждение при определенном стимуле не перестает возникать.

*Аверсивная терапия* заключается в прикреплении негативных переживаний к стимулам, вызывающим аномальное сексуальное возбуждение. Отрицательной реакцией могут быть как прикреплённые к изображению возбуждающего стимула удары тока и прием препаратов, вызывающих неприятные для пациента реакции организма, так и внушение неблагоприятных последствий девиантного поведения.

*Метод пресыщения* напоминает аверсивную терапию, но негативное отношение к ранее возбуждающим стимулам достигается с помощью предъявления их в большом объеме в различное время, что вызывает отрицательные эмоции и неприятные ощущения у пациента. К примеру, пациента вынуждают совершать мастурбаторные действия, опираясь на девиантные сексуальные фантазии после сексуальной разрядки с опорой на недевиантные стимулы.

*Тренинг фантазий* заключается в изменении содержания фантазий, когнитивных процессов, поведения.

*Переобусловливание* действует противоположно обозначенным выше методам. Сильные эмоциональные переживания и физические ощущения пациента во время возбуждения или оргазма привязываются к недевиантному стимулу. Терапия протекает весьма эффективно в силу того, что данные подкрепления являются очень мощными стимулами для возникновения условной реакции возбуждения.

## **Психотерапия и психокоррекция**

### **Мишени**

Целью психотерапии является:

- субъективное благополучие пациента;
- перемена симптоматики;
- изменение глубинных структур личности (возможно только после прохождения первых двух этапов).

А.А. Ткаченко пишет, что основной целью психотерапии и психокоррекции расстройств сексуального предпочтения является выработка замещающего поведения, обеспечивающего эмоциональную регуляцию пациента [7].

### **Задачи**

Этапы психотерапии повторяют этапы онтогенеза в обратном порядке.

1. Разрушение паттерна отклоняющегося поведения.
2. Лечение аффективных и психосоматических расстройств.
3. Коррекция нарушений половой идентичности.
4. Формирование замещающего поведения.

Перед началом лечения пациента просят вспомнить наиболее яркий для него случай возникновения и совершения девиантного поведения с целью узнать о переживаниях пациента при проявлении парафилии, стимулах, запускающих аномальное сексуальное поведение, психическом состоянии до, во время и после проявления расстройства. Психотерапевтом также оценивается невербальная активность пациента.

На первом этапе терапии объект аномального сексуального влечения перестает быть стимулом для девиантного поведения. Нарушается эмоциональная регуляция лица с сексуальным расстройством и, как следствие, возникают аффективные, психосоматические расстройства; в некоторых случаях возникает критическое отношение к своему аномальному поведению, что является позитивным терапевтическим эффектом [16].

Задачей следующего этапа терапии является купирование аффективных и психосоматических расстройств. Основная используемая на данном этапе методика – *индукции трансовых состояний*. Она приводит к исчезновению аффективных нарушений и критического отношения к возможному повторению аномального сексуального поведения.

На третьем этапе происходит соответственно психокоррекция половой идентичности. Формируется новое «Я-реальное» и «Я-идеальное».

На четвертом этапе вырабатывается и реализуется поведение, замещающее парафильное. Изменяются механизмы восприятия, мышления, поведения с целью внесения изменений и перестройки шаблонов поведения: в данном случае – аномального сексуального поведения.

### **Степень и глубина изменений**

По окончании курса психотерапии наблюдается снижение агрессивности пациента, снижение аутоэротических тенденций, амбивалентное восприятие мужчин и женщин исчезает. Увеличивается количество маскулинных характеристик и уменьшается количество фемининных характеристик, составляющих «Я-идеальное». Увеличивается связь между «Я-реальным» и «Я-идеальным», снижается между «Я-реальное» и «мужчина должен быть» [4].

Эффективность психотерапии и психокоррекции определяется отсутствием фантазий эротического содержания, включая девиантные фантазии, наличием замещающего поведения, изменением сексуальных предпочтений, изменением восприятия мужчин и женщин.

На первом этапе психотерапии показателем изменений будет возникновение аффективных колебаний: вербальные и невербальные проявления пациента не совпадают при фантазировании.

На втором этапе снижается либидо, частота паталогических фантазий; пациент становится спокойнее, повышается общий фон настроения вплоть до эйфории, или, напротив, возникают депрессия, растерянность, тревога ввиду уменьшения фиксации на сексуальной сфере.

На третьем этапе психотерапии происходит сближение «Я-реального» и «Я-идеального», увеличивается расстояние между «Я-реальное» и «мужчина должен быть», о чем говорилось выше как о значимом результате лечения.

### **Конкретные методы**

Основным методом психотерапии и психокоррекции расстройств сексуального поведения является *нейролингвистическое программирование*. Данный метод включает в себя широкий набор методик, направленных на когнитивные, эмоциональные и поведенческие компоненты идентичности; подразумевается терапия на подсознательном уровне с расстройствами психического и физического «Я».

На первом этапе терапии чаще используют методику «диссоциации». Реже используется *письменное изложение переживаний*, после чего снижается эмоциональность пациента касательно описанного им эпизода, появляется возможность перевести воспоминания о сексуальном отклонении из ассоциированной формы в диссоциированную. Также применяется *разрушение мышечного паттерна* при работе с позой и походкой.

На втором этапе больше внимания уделяется работе с имитативным поведением: подражание позе, походке, разыгрывание поведения в различных ситуациях. Методика *индукции трансовых состояний* приводит к исчезновению аффективных и психосоматических нарушений и критичного отношения к возможному повторению аномального сексуального поведения.

Задачи третьего этапа психотерапии решаются с помощью *терапевтических аналогий и метафор*.

На четвертом этапе, в конце психотерапевтического курса, к указанным в третьем этапе методикам добавляется *шестишаговый или семишаговый рефрейминг* (переосмысление) поведения [12].

Полученные в процессе обзора современной литературы по вопросам лечения сексуальных расстройств данные представлены и обобщены в сравнительной таблице.

**Сопоставление методов терапии аномального сексуального поведения**

Подход	Цели	Мишени	Задачи	Изменения	Преимущества	Недостатки	Методы
Психофармакологическое лечение	Нормализация состояния пациента	<p>Коморбидные психические расстройства;</p> <p>«Агрессивные» парафилии;</p> <p>Коморбидные парафилии</p> <p>Гиперлибидемия;</p> <p>Нарушение половой идентичности;</p> <p>Обессивная половая дисфория</p>	<p>Снижение уровня тестостерона в крови;</p> <p>Восстановление серотонинергических систем и функций.</p>	<p>Понижение уровня сексуальной возбудимости и расторможенности;</p> <p>Уменьшение частоты мастурбации и поллюции;</p> <p>Уменьшение частоты эротических фантазий;</p> <p>Снижение уровня тревожности и напряженности</p>	<p>Быстрый результат;</p> <p>Простота использования.</p>	<p>Угнетение половых функций;</p> <p>Уменьшение вероятности успешной социальной и сексуальной адаптации;</p> <p>Осложнения со стороны сердечно-сосудистой и других систем</p>	<p>Препараты:</p> <p>Антиандрогены;</p> <p>Антидепрессанты;</p> <p>Нормотимики;</p> <p>Нейролептики</p>

<p>Когнитивно-бихевиоральная терапия</p>	<p>Снижение вероятности возникновения рецидива</p>	<p>Когнитивные искажения; Когнитивные процессы; Способность к близости и отношениям; Саморегуляция; Аномальное сексуальное влечение; Эмпатия; Самооценка.</p>	<p>Обнаружение и корректировка когнитивных искажений; Замещение искаженных реакций на социально-приемлемые; Снижение уровня аномального сексуального возбуждения; Создание условий для социальной и сексуальной адаптации; Управление аффективными состояниями;</p>	<p>Возникновение замещающего поведения; Возникновение условной реакции возбуждения на социально-приемлемый стимул; Снижение уровня аномального сексуального возбуждения</p>	<p>Опора на индивидуальный уровень риска, потребности и чувствительность; Оценка факторов риска позволяет подобрать максимально эффективную терапию</p>	<p>Необходимость оценки эффективности на каждой стадии терапии; Необходимость психосоциальной поддержки после лечения для коррекции возможных факторов риска рецидива</p>	<p>Обнаружение автоматических мыслей; Терапия личностной уверенности; Поведенческие методики; Аверсивная терапия; Метод пресыщения; Тренинг фантазий; Переобусловливание</p>
--	--	---	---	---	---	---	--

			Изменение мышления.				
Психотерапия и психокоррекция	Субъективное благополучие пациента; Перемена симптоматики; Изменение глубинных структур личности; Выработка замещающего поведения, обеспечивающего эмоциональную регуляцию пациента	Аномальное сексуальное поведение; Нарушения половой идентичности; Аффективные и психосоматические расстройства	Разрушение паттерна отклоняющегося поведения; Лечение аффективных и психосоматических расстройств; Коррекция нарушений половой идентичности; Формирование замещающего поведения	Снижение агрессивности; Снижение аутоэротических тенденций; Исчезновение амбивалентного восприятия мужчин и женщин	Широкий набор методик, направленных на когнитивные, эмоциональные и поведенческие компоненты идентичности	В связи с уменьшением фиксации на сексуальной сфере может возникнуть либо глубокая депрессия, либо эйфория	Нейролингвистическое программирование; Методика «диссоциации»; Методика индукции трансовых состояний; Терапевтические аналогии и метафоры; Рефрейминг поведения

---

Итак, нами был проведен сопоставительный анализ трех терапевтических подходов к лечению сексуальных аномалий, результаты которого позволяют заключить, что максимально благоприятное течение терапии сексуальных расстройств и ее эффективность обусловлены в первую очередь подбором методов лечения с учетом индивидуальных особенностей пациента. Каждый этап лечения сопровождается психологом и предполагает коррекцию методов терапии, их адаптацию к изменяющемуся состоянию личности, нуждающейся в помощи. По окончании лечения пациент нуждается в психосоциальной поддержке в первую очередь для успешной адаптации в обществе. Терапия сексуальных расстройств может включать в себя использование методов всех вышеуказанных подходов к лечению.

Своевременность и доступность психологической помощи людям с расстройствами сексуального поведения дает возможность предупреждения возникновения сексуальных девиаций, проведения профилактической работы, выявления личностей, попадающих в группу риска, а также возможность корректировки и подбора методов в течение всего курса терапии.

---

## Литература

1. *Басинская И.А., Введенский Г.Е.* Лечение антиандрогенами психически больных, совершивших сексуальные правонарушения. – Материалы XV съезда психиатров России. – М., 2010. С 167–203.
2. *Васильченко Г.С.* Общая сексопатология. – М.: Медицина, 1977. – 488 с.
3. *Дворянчиков Н.В., Демидова Л.Ю.* Проблема расстройств сексуального предпочтения по материалам зарубежных исследований. – Юридическая психология. 2011. № 4. С 35–42.
4. *Дворянчиков Н.В., Носов С.С., Саламова Д.К.* Половое самосознание и методы его диагностики. – М.: Флинта, Наука. 2011. – 216 с.
5. *Дворянчиков Н.В.* Психологическое исследование в сексологической экспертизе обвиняемых по сексуальным правонарушениям. Психологическая наука и образование. 2012. № 2. [Электронный ресурс] URL: [http://psyjournals.ru/psyedu\\_ru/2012/n2/53470\\_full.shtml](http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n2/53470_full.shtml)
6. *Мосолов С.Н.* Клиническое применение современных антидепрессантов. СПб.: Медицинское информационное агентство, 1995. – 567 с.
7. *Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В.* Судебная сексология: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2001. – 560 с.
8. Уголовный кодекс Российской Федерации. – М.: Проспект, КноРус, 2013. – 192 с.
9. *Abracen J., Looman J., Langton C.* Treatment of sexual offenders with psychopathic traits: Recent research developments and clinical // Trauma Violence Abuse. 2008. № 9. P. 144–166.
10. *Gendreau P., Goggin C.* The effects of prison sentences on recidivism // Public Works and Government Services Canada. 1999. № 37. P. 144–153.
11. *Gendreau P., Goggin C., & Paparozzi M.* Principles of effective assessment for community corrections // Federal Probation. 1996. № 60. P. 64–70.
12. *Grinder J., Bandler R.* The structure of magic 2: a book about communication and change // Science and behaviour Books. 1967. 321 p.
13. *Hanson R.K., Morton-Bourgon Kelly.* Predictors of sexual recidivism: an updated meta-analysis // Public safety and emergency preparedness Canada. 2004. 48 p.
14. *Losel F., Schmucker M.* The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis // Journal of Experimental Criminology. 2005. Vol. 1. № 1. P. 117–146. doi 10.1007/s11292-004-6466-7.



15. *Moertl K., Buchholz M.B., Lamott F.* Gender constructions of male sex. Offenders in Germany: narrative analysis from group psychotherapy // Archives of sexual behavior. 2010. 39 p.
16. *Pervan S., Hunter M.* Cognitive distortions and social self-esteem in sexual offenders // Applies psychology in Criminal Justice. 2007. № 3. P. 75–91.

# Possibility of psychological correction of sexual anomalies in hospital

**Babina S.V.**, Student, Chair of Clinical and Forensic Psychology, Department of Legal Psychology, Moscow State University of Psychology & Education (svt.babina@gmail.com)

**Dvoryanchikov N.V.**, PhD (Psychology), Dean of the Department of Legal Psychology, Professor, Chair of Clinical and Forensic Psychology, Department of Legal Psychology, Moscow State University of Psychology & Education (dvorian@gmail.com)

---

The article examines the possibilities of psychological correction of sexual anomalies in the hospital. We reviewed modern Russian and foreign literature on the treatment of disorders of sexual preference and singled out the main directions of therapy of disorders of sexual preference. We presents a comparative analysis of three therapeutic approaches for the treatment of sexual anomalies (psychopharmacological treatment, cognitive-behavioral therapy, psychotherapy) to determine their effectiveness and assess the relevance of the role of the psychologist in conducting therapy. These approaches are discussed on the following criteria: therapy target, therapy aims, the extent and depth of changes, specific treatments. The positive and negative aspects of different treatments are indicated. The review allows the conclusion on correct organization of maximum effective treatment of sexual disorders and on the role of the psychologist in the creation and implementation of therapeutic schemes. We also replenished some of the gaps in Russian studies on treatment of sexual behavior disorders.

**Keywords:** paraphilia, sexual dysfunction, therapy, psychopharmacological treatment, cognitive-behavioral therapy, psychotherapy.

---

## References

1. *Basinskaja I.A., Vvedenskij G.E.* Lechenie antiandrogenami psihicheski bol'nyh, sovershivshih seksual'nye pravonarusheniya. – Materialy XV s#ezda psihiatrov Rossii. – M., 2010. S 167–203.
2. *Vasil'chenko G.S.* Obshhaja seksopatologija. – M.: Medicina, 1977. – 488 s.
3. *Dvorjanchikov N.V., Demidova L.Ju.* Problema rasstrojstv seksual'nogo predpochtenija po materialam zarubezhnyh issledovanij. – Juridicheskaja psihologija. 2011. № 4. S 35–42.
4. *Dvorjanchikov N.V., Nosov S.S., Salamova D.K.* Polovoe samosoznanie i metody ego diagnostiki. – M.: Flinta,Nauka. 2011. – 216 s.

- 
5. *Dvorjanchikov N.V.* Psihologicheskoe issledovanie v seksologicheskoj jekspertize obvinjaemyh po seksual'nym pravonarushenijam. Psihologicheskaja nauka i obrazovanie. 2012. № 2. [Jelektronnyj resurs] URL: [http://psyjournals.ru/psyedu\\_ru/2012/n2/53470\\_full.shtml](http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n2/53470_full.shtml)
  6. *Mosolov S.N.* Klinicheskoe primenenie sovremennyh antidepressantov. SPb.: Medicinskoe informacionnoe agentstvo, 1995. – 567 s.
  7. *Tkachenko A.A., Vvedenskij G.E., Dvorjanchikov N.V.* Sudebnaja seksologija: Rukovodstvo dlja vrachej. – M.: Medicina, 2001. – 560 s.
  8. Ugolovnyj kodeks Rossijskoj Federacii. – M.: Prospekt, KnoRus, 2013. – 192 s.
  9. *Abracen J., Looman J., Langton C.* Treatment of sexual offenders with psychopathic traits: Recent research developments and clinical // Trauma Violence Abuse. 2008. № 9. P. 144–166.
  10. *Gendreau P., Goggin C.* The effects of prison sentences on recidivism // Public Works and Government Services Canada. 1999. № 37. P. 144–153.
  11. *Gendreau P., Goggin C., & Paparozzi M.* Principles of effective assessment for community corrections // Federal Probation. 1996. № 60. P. 64–70.
  12. *Grinder J., Bandler R.* The structure of magic 2: a book about communication and change // Science and behaviour Books. 1967. 321 p.
  13. *Hanson R.K., Morton-Bourgon Kelly.* Predictors of sexual recidivism: an updated meta-analysis // Public safety and emergency preparedness Canada. 2004. 48 p.
  14. *Losel F., Schmucker M.* The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis // Journal of Experimental Criminology. 2005. Vol. 1. № 1. P. 117–146. doi 10.1007/s11292-004-6466-7.
  15. *Moertl K., Buchholz M.B., Lamott F.* Gender constructions of male sex. Offenders in Germany: narrative analysis from group psychotherapy // Archives of sexual behavior. 2010. 39 p.
  16. *Pervan S., Hunter M.* Cognitive distortions and social self-esteem in sexual offenders // Applies psychology in Criminal Justice. 2007. № 3. P. 75–91.

# Социально-педагогическая работа как самостоятельная форма работы по профилактике криминализации психически больных (пример Орловской ПБСТИН)

*Беженарь Е.В., медицинский психолог ФКУ " Орловская ПБСТИН" Минздрава России (natali.bejenar@yandex.ru)*

*Леонова Д.А., медицинский психолог ФКУ " Орловская ПБСТИН" Минздрава России (leonova\_d.a@mail.ru)*

*Ананьева К.А., медицинский психолог ФКУ " Орловская ПБСТИН" Минздрава России (vetaananeva@mail.ru)*

*Макурин А.А., младший научный сотрудник Лаборатории психологических проблем судебно-психиатрической профилактики ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского» МЗ РФ, Москва (Makurin2008@yandex.ru)*

На примере опыта работы психологов и специалистов по социальной работе изложены задачи, основные направления деятельности по социально-педагогической работе, включая социально-бытовую реабилитацию, повышение общеобразовательного уровня, развитие психических функций и коррекцию индивидуально-психологических особенностей личности. Выделены основные принципы проведения занятий, описаны формы и методы проведения занятий. Изложено участие других специалистов в социально-педагогической работе.

**Ключевые слова:** специалист по социальной работе, социально-педагогическая работа, психокоррекция, принудительное лечение, реабилитация.

Для цитаты:

Беженарь Е.В., Леонова Д.А., Ананьева К.А., Макурин А.А. Социально-педагогическая работа как самостоятельная форма работы по профилактике криминализации психически больных (пример Орловской ПБСТИН) [Электронный ресурс] // Психология и право psyandlaw.ru. 2014. №2. URL: [http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Bejenar\\_Leonova\\_Ananyeva\\_Makurin.phtml](http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Bejenar_Leonova_Ananyeva_Makurin.phtml) (дата обращения: дд.мм.гггг)

Bejenar E.V., Leonova D.A., Ananyeva K.A., Makurin A.A. Socio-pedagogical work as an independent form of work to prevent the criminalization of the mentally ill (the case of Orel PBSTIN). Jelektronnyj resurs «Psihologiya I pravo psyandlaw.ru», E-journal «Psychology and law», 2014. no. 2. Available at: [http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Bejenar\\_Leonova\\_Ananyeva\\_Makurin.phtml](http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Bejenar_Leonova_Ananyeva_Makurin.phtml) (Accessed dd.mm.yyyy)

Повышение внимания к психологическим и социальным аспектам психических расстройств обусловило необходимость привлечения к лечебно-реабилитационной деятельности учреждений, осуществляющих принудительное лечение, наряду с психиатрами, психотерапевтами и психологами также специалистов по социальной работе.

### **Основные обязанности и компетенции специалиста по социальной работе**

Основные задачи деятельности специалистов по социальной работе отражены в приказе Минздрава России от 28.07.1997 № 226 «О подготовке специалистов по социальной работе и социальных работников, участвующих в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи». Специалист по социальной работе должен уметь: обеспечивать посредничество между личностью и семьей, семьей и обществом, между различными общественными и государственными структурами и др.; оказывать влияние на отношения между людьми и на ситуацию в малой группе, стимулировать их к выполнению социально значимой деятельности; работать в условиях неформального общения, способствуя проявлению инициативы и активной жизненной позиции; давать психологическую характеристику личности (ее темперамента, способностей и т. п.); интерпретировать собственное психическое состояние.

Специалист по социальной работе должен владеть:

- *практическими навыками* решения задач по организации индивидуальной и групповой работы с пациентами, направленной на улучшение их социальной адаптации, повышение коммуникативных возможностей;
- взаимодействия с другими учреждениями и организациями, оказывающими социальную помощь;
- составления совместно с другими специалистами индивидуальных программ реабилитации (ИПР) пациента;
- организации совместно с врачом, психологом и социальным работником терапевтической среды, терапевтического сообщества пациентов, групп по интересам, осуществление клубной работы и др.;
- повышения уровня социальной адаптации пациента, формирования у него ответственности за социальное поведение;

- 
- разработки и организации мероприятий по социальной защите и поддержке пациента, его трудовому и бытовому устройству;
  - ведения лично и профессионально ориентированных социально-психологических тренингов;
  - проведения профессионально-ориентированных тренингов для персонала учреждения (методического тренинга групповой социальной работы, балинтовских групп и др.).

*В компетенции специалиста по социальной работе входят:*

- взаимодействие с органами социальной защиты, социальными и другими агентствами;
- диагностика социальных проблем пациента;
- достижение продуктивного контакта с пациентом;
- составление ИПР;
- консультативная работа;
- работа в полипрофессиональной бригаде;
- организация и ведение индивидуальных и групповых форм работы с пациентами и их родственниками;
- формирование алгоритмов оказания инструментальной помощи и поддержки пациентам и их родственникам;
- разработка проектов и программ досуговой и профилактической деятельности;
- организация деятельности совета самоуправления пациентов;
- обеспечение трудовой и полезной занятости пациента;
- восстановление профессионального статуса пациента;
- научно-исследовательская деятельность;
- оформление наглядных материалов;
- оформление отчетной документации.

Необходимо добавить, что при проведении психосоциальных воздействий многое зависит не только от особенностей личности пациента, но и от личностных особенностей специалиста, его «эмпатийного потенциала», а также от разработки модели ожидаемых результатов лечения не только у пациента, но и у его родственников (ближайшего окружения).

---

### **Опыт социально-педагогической работы в Орловской психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением (ПБСТИН).**

Орловская ПБСТИН является пионером в области внедрения социально-педагогического направления в социально-реабилитационную работу с больными. Следует отметить, что пациенты, совершившие тяжкие и особо тяжкие общественно опасные действия и представляющие особую опасность для общества в силу выраженной склонности к систематическому совершению повторных ООД, как правило, направляются в психиатрические стационары с интенсивным наблюдением. Большую часть из них составляют больные с различными проявлениями психического дефекта и психопатоподобными расстройствами, меньшую – больные с продуктивной психотической симптоматикой.

В рамках бригадного ведения больных перед *специалистами по социальной работе* стоят следующие задачи:

- содействие адаптации в социокультурной среде после выписки из стационара;
- воспитательно-образовательная помощь;
- поддержка личности и необходимая помощь в обретении новых жизненных смыслов и отношений в условиях окружающей социальной среды;
- поддержка стремлений к социально-приемлемому решению жизненных задач, содействие в приобретении умений решать конфликты с позиций согласования общих, личных и частных интересов;
- создание условий для саморазвития человека в деятельности, общении и духовном познании;
- развитие социальной компетентности в основных сферах человеческого общения;
- помощь в преодолении ситуаций, нарушающих права человека.

Исходя из этого обязанности специалистов по социальной работе в Орловской ПБСТИН конкретизированы следующим образом:

- проектирование, конструирование, организация и анализ педагогической деятельности;
- разработка и проведение различных форм занятий;
- отбор и использование соответствующих учебных средств для построения технологии обучения;
- формирование у пациентов мотивации к обучению;

- организация учебной и внеучебной деятельности пациентов, управление ею и оценка ее результатов;
- применение методов оценки полученных пациентом знаний, внесение корректив в процесс обучения с учетом возможностей пациента;
- создание и поддержание благоприятной учебной среды, способствующей достижению целей обучения.

После проведения всеми членами полипрофессиональной бригады первичной комплексной диагностики составляется индивидуальный план реабилитации, включающий план лечебно-реабилитационных, коррекционных, развивающих и обучающих мероприятий.

**Можно выделить основные направления деятельности по социально-педагогической работе.**

*Социально-бытовая реабилитация* – предусматривает формирование у пациентов социально-бытовой, социально-правовой и социально-средовой компетентности, развитие социально-бытовых навыков, способствующих более успешной интеграции в общество.

Пациенты обучаются пользованию транспортом, бытовыми приборами, приобретают навыки самообслуживания и ведения домашнего хозяйства.

*Повышение общеобразовательного уровня* – включает получение пациентом общеобразовательных знаний и знаний в интересующих его областях. Данное направление базируется на различных программах – от программы вспомогательной и начальной школы до материалов, изучаемых в вузах. Основной формой проведения занятий по этому направлению является урок. Занятия проводятся с широким использованием наглядного и стимульного материала.

*Развитие психических функций:* внимания, памяти, мышления. Кроме освоения школьных программ используются развивающие игры и упражнения. Работа начинается с развития способности действовать по образцу и заканчивается самостоятельным выполнением более сложных заданий.

*Коррекция индивидуально-психологических особенностей личности,* которая включает:

- *нравственно-этический раздел,* направленный на формирование у пациента системы нравственно-духовных принципов, развитие эстетического вкуса;
- *психолого-педагогический раздел,* целью которого является воспитание психологической готовности противостоять негативному социальному окружению. Эта задача реализуется посредством обучения эффективному общению, умению соблюдать дистанцию и субординацию, способности видеть положительные и отрицательные стороны явления, правильно выражать свои чувства, а также формирование умения отказаться от



рискованных предложений, анализировать последствия своих поступков, искать и находить оптимальные пути удовлетворения своих потребностей. Работа в данном направлении осуществляется в сотрудничестве с психологами. Предпочтительная форма занятий – тренинги;

- *информационный раздел* с тематикой, способствующей расширению кругозора, получению информации о современной жизни;
- *юридический (социально-правовой) раздел*, направленный на формирование основ правовой культуры и правосознания, понимания необходимости соблюдения законов, неотвратимости наказания за их нарушение. Социальными педагогами проводятся беседы и диспуты с пациентами на различные темы в рамках данного раздела.

Указанные направления социально-педагогической деятельности связаны между собой. Планируя занятия, например, по социально-бытовой реабилитации, специалист по социальной работе включает в них элементы получения общеобразовательных знаний, развития эмоциональной грамотности, вопросы правового воспитания и др.

### **Этапы коррекционно-педагогической деятельности**

1) *Ознакомительно-диагностический*. На данном этапе производится отбор пациентов для проведения занятий при наличии их желания и (или) по рекомендации врача-психиатра. Предполагается установление контакта с пациентом, определение характера и степени социальной дезадаптации, уточнение клинико-социальных характеристик, определение реабилитационного потенциала. По результатам диагностики оформляется социально-педагогическая карта пациента.

2) *Составление ИПР*. Анализ данных диагностики позволяет совместно с психологом разработать индивидуальный план коррекционно-реабилитационных мероприятий. Последующие занятия строятся по этому плану.

3) *Реализация ИПР*. Сопровождается заполнением коррекционно-педагогической карты пациента, куда вносятся темы, обсуждаемые в процессе занятий, индивидуальные достижения пациента.

### **Основные принципы проведения занятий**

В основе педагогической деятельности в условиях ПЛ лежат универсальные, общие дидактические и специальные принципы.

*Универсальные принципы:* планомерность; поэтапность; дифференцированность применения форм и методов коррекционной педагогики; преемственность.

*Общие дидактические принципы:* 1) воспитывающий характер обучения; доступность; наглядность; учет индивидуальных особенностей пациента;

программированное обучение; 2) последовательность *действий*, благодаря которой у пациента формируются определенные навыки, в свою очередь приводящие к способности в дальнейшем самостоятельно приобретать необходимые умения; 3) возрастание сложности. Каждое задание должно проходить ряд этапов: от простого к сложному. Это позволяет поддерживать интерес пациента и дает ему возможность испытывать радость преодоления; 4) учет объема и степени разнообразия материала. Во время работы происходит переход к новому объему материала только после относительной сформированности и закрепления того или иного умения. Объем и разнообразие материала увеличиваются постепенно; 5) учет эмоционального фактора. Правильно спланированные занятия, упражнения, мероприятия создают и поддерживают положительные эмоции.

#### *Специальные принципы*

Принцип системности коррекционных, профилактических и развивающих задач. Подразумевается взаимосвязанность и гетерохронность (неравномерность) развития различных сторон личности пациента. Взаимообусловленность развития различных сторон психики пациента позволяет в значительной степени оптимизировать развитие за счет интенсификации сильных сторон личности посредством механизма компенсации.

Принцип единства диагностики и коррекции.

Принцип коррекции «снизу вверх». Коррекция поведения строится как подкрепление (положительное или отрицательное) уже имеющихся шаблонов поведения с целью закрепления социально желательного поведения и торможения социально неприемлемого поведения.

Деятельностный принцип коррекции. Основным направлением коррекционной работы является целенаправленное формирование обобщенных способов ориентировки пациентов в различных сферах предметной деятельности, межличностных взаимодействий и, в конечном счёте, в социальной ситуации развития.

Принцип опоры на разные уровни организации психических процессов. В работе необходимо опираться на более развитые психические процессы.

Практическая направленность обучения.

Подбор относительно однородной (по степени социальной дезадаптации) группы участников.

Высокая структурированность содержания занятия.

Предоставление информации небольшими информационными блоками.

Повторяемость изучаемого материала.

Чередование форм и методов подачи информации.

Положительное подкрепление (похвала).

При подборе пациентов для занятий с социальным педагогом следует руководствоваться желанием пациента; рекомендацией лечащего врача; данными социально-педагогической диагностики.

### **Формы и методы проведения занятий**

А) Индивидуальная форма работа, которая чаще всего применяется на начальных занятиях по нравственно-этическому направлению, развитию психических процессов, повышению общеобразовательного уровня;

Б) малая группа – основная форма работы по нравственно-этическому, юридическому, психолого-педагогическому направлениям, социально-бытовой реабилитации, иногда – по повышению общеобразовательного уровня;

В) массовые мероприятия (дискуссии, лекции, беседы и т. д.) – форма работы, которая может использоваться при реализации целей и задач любого направления психосоциальной реабилитации и коррекции.

В зависимости от целей и индивидуальных особенностей пациента применяются индивидуальная и групповая формы по всем направлениям работы. Так, при обучении пациентов необходимым для их социализации элементарным общеобразовательным навыкам целесообразнее использовать индивидуальную форму.

В индивидуальной форме целесообразно проводить занятия по восстановлению нарушенных психических функций и по повышению общеобразовательного уровня пациентов. В групповой форме – занятия, направленные на восстановление навыков общения, взаимоотношений в семье и ближайшем окружении, обучение способам выхода из конфликта, занятия по коррекции личностных установок пациентов.

Достаточно эффективными являются *психолого-педагогические тренинги*. Они объединяют занятия различной направленности. В частности, проводятся тренинги по духовно-нравственному воспитанию и развитию пациентов. Направленность, содержание и смысл материала позволяют последовательно проследить весь процесс формирования нравственных и духовных ценностей личности – от осмысления своего *Я*, своего места в мире до самовоспитания.

В своей работе социальные педагоги Орловской ПБСТИН применяют различные методы – это и настольный театр, и наглядные пособия, и просмотр видеофильмов и телепередач с последующим их обсуждением, социально-педагогические тренинги, уроки, игры, упражнения и многое другое. Наибольший интерес у пациентов вызывают просмотр видеофильмов различного содержания с дальнейшей направленной беседой и использование элементов прикладного творчества на занятиях (пластилиновая живопись, рисование музыки, создание образа предметов при помощи трафаретов).

В качестве перспективной формы работы следует отметить *игровую терапию*. Это обусловлено многообразием воспитательных и развивающих функций игры:

диагностическая, коммуникативная, коррекционная, функция саморегуляции, передача определенного социокультурного опыта. При проведении занятий сочетаются элементы игро-, сказко-, арттерапии, социодрамы. Например, прослушивание аудио- или просмотр видеоматериала с последующим анализом сказочной ситуации, разыгрывание ее при помощи настольного театра с принятием на себя роли и варьированием сюжета.

### **Участие других специалистов в социально-педагогической работе**

Деятельность **культурорганизаторов** направлена на организацию досуга пациентов. Их задача – ознакомление пациентов с иными, кроме привычных, способами проведения времени, использования досуга, а также обучение новым навыкам, развитие коммуникативных способностей, стимуляция творческой активности.

Ведущая цель работы культурорганизатора – предупреждение формирования личностного дефекта и явлений госпитализма, максимально возможное восстановление индивидуальной и общественной ценности каждого пациента, восстановление отношений с окружающей средой.

Основные задачи – развитие навыков межличностного общения, активного творческого интереса, приобщение к различным видам художественной деятельности, выявление, сохранение и развитие творческих способностей, стимулирование творческих проявлений (инсценировка рассказов, сказок, импровизации несложных песенок, комбинирование элементов танцев). Пациенты побуждаются к самостоятельным активным действиям – высказывают впечатления об увиденном, услышанном, самостоятельно сочиняют и исполняют песни, стихотворения. Развивается оценочное отношение к прослушанным, просмотренным произведениям, к собственному исполнению, что повышает общую критичность пациентов. Организация досуга, занятий по способностям и развлекательно-познавательных мероприятий ведет к снижению со стороны пациентов негативизма в общении.

Развитие творческих способностей больных строится на единстве терапевтического и реабилитационного подходов. Работа проводится в индивидуальной и групповой формах.

На занятиях с пациентами применяются методы:

- *наглядно-слуховой.* Основной в развитии творческих способностей. В процессе занятий накапливается слуховой опыт в разных видах деятельности (активных или пассивных);
- *наглядно-зрительный.* Позволяет познакомить пациентов, не принимающих активного участия в подготовке и проведении концертов, вечеров, театрализованных представлений с творчеством пациентов-участников, с выступлениями профессиональных коллективов, что обогащает их представление об искусстве в целом;

---

- *словесный*. Беседы о выбранном пациентами виде деятельности, суждения специалиста помогают ему настроиться на восприятие этой деятельности, поддерживают возникший интерес;

- *практический*. Позволяет овладеть определенными умениями и навыками исполнительства и творчества. Это обучение игре на музыкальных инструментах, пению, ритмическим движениям, элементам актерского и сценического мастерства.

Успешность применения перечисленных методов зависит от общекультурного и профессионального уровня специалиста, его способностей, терпения, желания заинтересовать пациентов каким-либо видом творческой деятельности. Следует помнить, что желание пациента – главный критерий успеха. Любое принуждение неприемлемо на занятиях искусством. В таких случаях даже способные пациенты теряют интерес к занятиям, а иногда и к творчеству вообще, так как у них надолго закрепляются отрицательные эмоции, порождающие затем негативное отношение к занятиям. В работе творческих групп учитывается, что пациенты порой не в состоянии подолгу заниматься одним делом, поэтому в процессе занятий меняются виды деятельности. Заинтересовать пациента возможно только тогда, когда специалист глубоко увлечен сам.

*Занятия с пациентами по способностям* ведутся по трем направлениям: музыкальному, хореографическому, художественно-речевому.

*Музыкальные группы* работают по жанрам: инструментальному (народному и эстраднему) и вокальному (сольному и хоровому).

До начала занятий с каждым пациентом проводится беседа, цель которой – выявить интересы, предпочтения, степень готовности к занятиям каким-либо видом творческой деятельности. После выявления способностей пациентов им предлагаются, соответственно интересам и возможностям, различные виды деятельности, наиболее способствующие творческому развитию.

Одним из видов групповой музыкальной деятельности является игра в инструментальном ансамбле. Первоначально занятия с музыкантами проводятся индивидуально. Руководитель подбирает песню или пьесу. Поскольку почти все пациенты не знакомы с нотной грамотой, запись партитур ведется на языке, доступном для самодеятельных музыкантов. В индивидуальной работе, на практических занятиях они помимо теоретических знаний осваивают приемы игры на инструменте. Усвоение материала во многом зависит от природных способностей, общего уровня развития, поэтому важен индивидуальный подход. Каждому создаются такие условия, чтобы было достаточно трудно и в то же время интересно выполнять то или иное задание. После того как все пациенты хорошо усвоили мелодию и заучили свою партию в целом, руководитель переходит к групповым занятиям. На групповых занятиях отрабатывается согласованность в игре. Аналогично проходят занятия в вокальной, хореографической, художественно-речевой группах.

Материал, предлагаемый для заучивания пациентами, разнообразен по жанрам, стилям, сложности: от военных, народных песен, романсов до современных эстрадных. На каждом последующем концерте звучат новые произведения (в

Орловской ПБСТИН за год пациенты разучивают и исполняют более 50 песен и инструментальных пьес).

В художественно-речевой группе с пациентами ведется работа над постановкой голоса и дикцией. Они учатся правильной выразительной речи. Заучивание ролей, стихотворений, басен обогащает их словарный запас, уровень общей осведомленности, вырабатывает умение логично, ярко и точно говорить. Театральное творчество, обучение сценическому и актерскому мастерству развивают воображение. Регулярные тренировки воображения на занятиях, репетициях делают пациента не только подвижным, гибким в общении, но и способным вообразить, домыслить те или иные обстоятельства.

Творческая деятельность состоит как из внешних действий (пение, игра на инструментах, танец, чтение стихотворений), так и внутренних – воспринимая музыку, стихотворение, пациент проникается эмоциональной настроенностью произведения, что улучшает «эмоциональную грамотность», развивает способность к эмпатии.

Как и в каждой творческой группе, программа занятий имеет свою последовательность – от простого к сложному. Организация массовых мероприятий проходит длительный и сложный путь от концерта до конкурсно-игровой программы с элементами театрализации, которая является смешанной по составу формой работы, где сотрудники отдела психологической диагностики и коррекции в роли сказочных персонажей участвуют совместно с пациентами в работе. Такой подход к организации мероприятий, к их оформлению оправдан и дает хорошие результаты: пациенты становятся более активными, уверенными.

Особенность подготовки и проведения праздника состоит в комплексном воздействии всех художественных средств на восприятие, чувства и интеллект как участников, так и зрителей мероприятия. Занятия, репетиции, подготовка к концертам, вечерам представляют собой одни из наиболее ярких событий в повседневной жизни пациентов, доставляющих радость и эстетические переживания.

Непосредственное общение со специалистами в рамках занятий также имеет большое значение. В процессе такого общения пациентами усваивается индивидуальный опыт других людей, имеющих большой объем знаний, навыков и социально желаемых установок.

Различные мероприятия являются своеобразной проверкой усвоения знаний, умений и навыков, приобретенных на занятиях разными видами деятельности. Активная творческая деятельность свидетельствует о достаточно хорошем уровне развития пациента в данной области, его способности проявить собственное отношение к окружающему. Умение переносить полученный на занятиях опыт в другие условия помогает укрепить чувство уверенности в себе, активность и инициативу. В совместной деятельности между пациентами и сотрудниками складываются отношения, которые построены на открытости и уважении.

Для пациента основным критерием успешности участия в проводимых мероприятиях является эмоциональное удовлетворение от занятий и изменение

эмоционального фона в целом в сторону положительных чувств и переживаний. Занятия имеют образовательную ценность, так как способствуют развитию познавательных, созидательных навыков, повышают эстетические потребности, личностную ценность пациента и дают ему возможность более свободно выразить свои чувства и эмоции.

В Орловской ПБСТИН *культтерапия* – это разновидность социореабилитационной терапии, имеющей непосредственное отношение к терапии средой и терапии занятостью.

КульттерAPIей обозначают психотерапевтически ориентированное воздействие с помощью развлекательно-познавательных мероприятий. Целью культтерапии является организация досуга. В этой связи в работе культорганизатора выделяются два типа задач.

Первый тип – развитие эмоциональности, интеллекта и коммуникативных способностей пациента. Второй – повышение общеобразовательного уровня пациентов, расширение их кругозора, развитие интересов.

По мере поступления пациентов в реабилитационное отделение культорганизатор проводит с ними индивидуальные беседы для выявления их интересов, творческих способностей. Первоначально им поручаются простые виды деятельности, не требующие особой сноровки и активного внимания. К более сложной работе относятся занятия, которые требуют достаточно стойкого внимания, сообразительности, определённого волевого усилия и физического напряжения. Необходимость постоянного контроля в сочетании с одобрением и поощрением пациентов является обязательным условием успеха в организации занятий по способностям и интересам.

В зависимости от выявленных способностей и уровня интеллектуального развития задания усложняются. Пассивные формы постепенно сменяются более активными. Особенно полезны коллективные культурные мероприятия с выполнением пациентами определённых обязанностей (роль в каком-либо представлении, участие в групповых номерах художественной самодеятельности и др.). В своей работе культорганизатор использует педагогические меры воздействия: *убеждения* – лучше опосредованного, в форме лекций, бесед, диспутов; *стимулирования* – в виде поощрения, премирования; *организации* – поручения и задания с установлением сроков исполнения и др.

Пациенту предлагается вид деятельности, оптимальный именно для его актуального состояния.

Занятия по декоративно-прикладному творчеству проводятся по интересам. Выбор предлагаемых технологий обусловлен доступностью материала, отсутствием необходимости использования сложных инструментов, возможностью получения элементарных навыков для самостоятельной работы после выписки. Декоративно-прикладному творчеству присуще значительное коррекционное воздействие. Вышивка, лепка, вязание, изготовление мягких игрушек, поделок из ниток и природных материалов при разнообразии материала и технологий даёт возможность свободного выбора, создаёт спокойную доверительную обстановку,

---

обеспечивает эмоциональную стабильность и позитивный настрой в группе, помогает установить необходимый психологический микроклимат.

Эффективность и целесообразность этой работы определяются совместно с лечащим врачом. Формирование трудовых умений и навыков тесно связано с приобретением определенных знаний. На занятиях используются различные методы и средства обучения – объяснение, рассказ, беседа, работа с книгой, демонстрация образцов. В рабочем помещении организуется постоянно действующая выставка творческих работ пациентов. Несмотря на то что пациенты объединены в группы по 6–7 человек, на занятиях преобладает индивидуальная форма работы.

*Настольные игры* активизируют мыслительные процессы, развивают творческие установки. По окончании турниров и соревнований пациенты испытывают чувства уверенности в собственных силах, удовлетворения, радости, радуются успеху. Все участники игр поощряются, а победители награждаются какими-либо подарками или призами. Для менее активных пациентов предлагаются настольно-печатные игры развлекательно-познавательного плана – кубики, конструкторы, пазлы, мозаика и др.

Успехи пациентов даже при выполнении несложных операций не должны оставаться незамеченными, их следует подкреплять похвалой, благодарностью. Это имеет наибольшее значение в отношении молодых пациентов, для которых приобретенные трудовые и иные навыки и осознание своей способности быть полезным могут сыграть положительную роль в дальнейшем.

Повседневная занятость способствует стабилизации эмоционального состояния пациентов, предотвращает формирование нежелательных контактов и конфликтов.

Подытоживая, следует добавить, что основополагающими при выборе любых видов психосоциальных вмешательств, в том числе и социально-педагогической работы, являются принципы добровольности, осознанности, соответствия (адекватности), целесообразности, допустимости, гуманности. И факторами эффективности всех реабилитационных и психокоррекционных программ являются: оценка и учет потребностей пациента; четкость формулирования целей; реалистичность целей; расчет программ на долгосрочный период; направленность каждого модуля программы на достижение отдельных результатов; соблюдение принципа последовательного и поэтапного решения поставленных задач; терпение к различным поведенческим и эмоциональным проявлениям пациентов; терпеливость в достижении желаемых результатов; ориентированность на мультидисциплинарный подход.



# **Socio-pedagogical work as an independent form of work to prevent the criminalization of the mentally ill (the case of Orel PBSTIN)**

**Bejenar EV**, clinical psychologist PKU "Orel PBSTIN" Russian Ministry of Health  
(natali.bejenar@yandex.ru)

**Leonova D.A.**, clinical psychologist PKU "Orel PBSTIN" Russian Ministry of Health  
(leonova\_d.a@mail.ru)

**Ananyeva KA**, clinical psychologist PKU "Orel PBSTIN" Russian Ministry of Health  
(vetaananeva@mail.ru)

**Makurin A. A.**, Junior Researcher, V.P. Serbsky State Research Centre for Social and Forensic Psychiatry, Health Ministry of Russia (makurin2008@yandex.ru)

---

# Современные тенденции в использовании психосоциальных вмешательств в зарубежной судебно-психиатрической практике (часть II)

*Булыгина В.Г., кандидат психологических наук, руководитель лаборатории психологических проблем судебно-психиатрической профилактики ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России (ver210@yandex.ru)*

*Макушкина О.А., доктор медицинских наук, руководитель отдела судебно-психиатрической профилактики ФГБУ "ГНЦ ССП им В.П. Сербского" (makushkina@serbsky.ru)*

*Белякова М.Ю., младший научный сотрудник Лаборатории психологических проблем судебно-психиатрической профилактики ФГБУ "ГНЦ ССП им В.П. Сербского" (burjew@mail.ru)*

*Котова М.А., руководитель Департамента психологии ФКУ "Орловская психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением" МЗ РФ (kotov@yandex.ru)*

Для цитаты:

Булыгина В.Г., Макушкина О.А., Белякова М.Ю., Котова М.А. Современные тенденции в использовании психосоциальных вмешательств в зарубежной судебно-психиатрической практике (часть II) [Электронный ресурс] // Психология и право psyandlaw.ru. 2014. №2. URL: [http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Buligina\\_Makushkina\\_Belyakova\\_Kotova.phtml](http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Buligina_Makushkina_Belyakova_Kotova.phtml) (дата обращения: дд.мм.гггг)

Buligina V.G., Makushkina O.A., Belyakova M.Yu., Kotova M.A. Recent trends in the use of psychosocial interventions in foreign forensic psychiatric practice (Part II). Jelektronnyj resurs «Psihologiya i pravo psyandlaw.ru», E-journal «Psychology and law», 2014. no. 2. Available at: [http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Buligina\\_Makushkina\\_Belyakova\\_Kotova.phtml](http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Buligina_Makushkina_Belyakova_Kotova.phtml) (Accessed dd.mm.yyyy)

---

## Модели психосоциальной и психообразовательной работы, используемые в зарубежных странах

В первой части статьи упоминалось о причинах широкого распространения в 1990-е годы в зарубежной судебно-психиатрической практике когнитивно-поведенческих методов в тренинговой работе [1]. Также говорилось о том, что это было оправдано реорганизацией психиатрических служб. Кроме того, преимуществом таких тренингов было то, что их проведению можно было обучить персонал, который не обладал в полном объеме умениями и знаниями о психологических моделях или методах психотерапии, но строго придерживался предписанных протоколов реализации когнитивно-поведенческих программ [27; 28].

В рамках SFT<sup>1</sup> врач и пациент могут лучше осознать значение провоцирующих агрессию событий, связывая их с проблемами раннего возраста, способствовавшими формированию дезадаптивных форм поведения. Специфика обучения специалистов данному подходу в том, что терапевты начинают работать с пациентами, совершившими менее тяжкие правонарушения, а потом уже переходят к более «сложным» пациентам.

В работе с судебно-психиатрическими пациентами (преимущественно с органическими психическими расстройствами) SFT, в частности, используется в Нидерландах. При осуществлении ПЛ она применяется и в других странах: в США, Канаде, Великобритании [16; 26], в первую очередь предусматривая работу с эмоциональным состоянием пациента, его схемами поведения, поиск ошибочных представлений. При обсуждении возникающих проблем и типа реагирования на них специалист предлагает и отрабатывает с пациентом новую конструктивную модель поведения с целью улучшения адаптивных свойств личности. Модель поведения, с которой пришел пациент, всесторонне обсуждается врачом и больным. При помощи специалиста она относится к одной из категорий деструктивного поведения. Важно, что при этом учитывается ведущий психопатологический синдром, который определяет особенности работы и информирования пациента.

В Шотландии при амбулаторной форме ведения судебно-психиатрических пациентов активно используется инновационная *Программа профессионального технического восстановления*, которая реализуется пока лишь группой сотрудников в Эдинбурге. Тем не менее, она заслужила признание специалистов других стран [29]. Авторы программы полагают, что постоянная трудовая занятость является решающим фактором в ресоциализации психических больных правонарушителей и в предотвращении совершения ими повторных ООД.

Первоочередной задачей является оценка возможностей пациента, его предпочтений, прошлых профессиональных навыков, особенностей эмоциональной сферы и индивидуально-личностных характеристик. После этого идет подбор возможных мест для трудоустройства, проводится погружение в рабочий процесс, чтобы пациент смог хотя бы ориентировочно оценить свое желание заниматься именно этой деятельностью. Когда он определится со своим профессиональным

---

<sup>1</sup> SchemaFocusedTherapy (SFT) – Программа фокусированной терапии.

выбором, специалисты оценивают возможные «барьеры» для реализации его трудовой деятельности. Если эти «барьеры» обусловлены особенностями протекания заболевания, то в реабилитационный процесс активно включаются психиатры и психологи. Если же трудности связаны в большей степени с недостаточной осведомленностью в данной отрасли, пациент проходит специализированное профессиональное обучение с инструкторами. Сначала это происходит на учебном материале, где четко расписан диапазон профессиональных ситуаций. По мере освоения программы пациент пытается самостоятельно решать широкий круг задач на рабочем месте. При сложностях установления контактов ему выделяют помощника, который курирует пациента на рабочем месте.

Как отмечают создатели данной программы, результативность профессиональной деятельности здесь отходит на второй план, первостепенным является включение пациента в сложную систему межличностных и трудовых взаимоотношений с возможностью постоянного получения обратной связи и помощи. Сами пациенты воспринимают данную программу как возможность быть полезными и поэтому стремятся преодолевать возникающие трудности без помощников. Снижение частоты обращений к помощникам пациент самостоятельно может оценивать как свой рост, одновременно снижая тем самым влияние стигматизации [29].

Важным достоинством данного подхода является то, что за счёт участия пациентов в программе решается сразу несколько сложных задач. Не нужно искусственно создавать реабилитационную среду, пациент включается в реальную систему, а среда лишь временно перестраивается под его особенности; обществу возвращается трудоспособный человек; пациент ощущает себя членом общества, который может приносить пользу, а не быть обузой.

В этот же период была внедрена *Модель «Housing First»*, ее основная задача – выявление бездомных пациентов с криминальным анамнезом и предоставление им различных форм жилья. Авторы данной программы считают, что она более результативна, чем другие виды вмешательств, формирует у пациентов психологическую стабильность, ответственность за принятые решения, автономность [24; 25].

Широкое распространение за рубежом получили *поддерживающие образовательные программы («моноинтервенции»)* для судебно-психиатрических пациентов. Так, центр реабилитации при Бостонском университете оказывает содействие развитию поддерживающего образования психически больных лиц в Соединенных Штатах Америки и за их пределами. Опыт программ *«поддерживающего образования»* для лиц с психическими расстройствами был удачно адаптирован в Нидерландах. В Германии психообразовательные программы с активным привлечением членов семей являются важной частью реабилитации судебно-психиатрических пациентов в амбулаторных условиях [12].

В Италии с 1995 г. практикуется форма реабилитационной среды – создание *групп для путешествий* из пациентов молодого возраста. По мнению основателей данного метода, он способствует развитию у пациентов предприимчивости,

установлению новых дружеских связей, оценке нового позитивного социального опыта и др.

В Литве на основе польского опыта для амбулаторных пациентов с 1999 г. организуют психосоциальные *реабилитационные лагеря* под названием «Проживание с другими» с насыщенной программой, направленной на восстановление социального функционирования. В соответствии с конкретными реабилитационными задачами организуется и реабилитационное пространство. Проводятся тренинги независимого проживания, формирования коммуникативных компетенций. Пациентов обеспечивают основной информацией о повседневных общепринятых правилах поведения, способах поиска работы [23].

Инновации были внедрены и в *формат проведения отдельных видов вмешательств*. В Швеции в последние годы в отделениях интенсивной терапии проводятся открытые психотерапевтические группы. Все пациенты стационара информируются о занятиях в этих группах, приглашаются к участию в групповом обсуждении различных проблем в период их пребывания в отделениях. Ведущими групп являются медицинские сестры с психотерапевтической подготовкой, психологи с продолжительным опытом психотерапевтической работы. Групповые сессии демонстрируют улучшение коммуникации и терапевтического климата. Даже пациенты с острой симптоматикой, по оценке авторов, успешно включались в групповую работу [17].

Еще одним направлением психосоциальной реабилитации является делегирование *лидерских позиций медицинским сестрам*. В Бразилии накапливается опыт реализации сестринской помощи по психосоциальной реабилитации пациентов, длительно страдающих психическими расстройствами. В качестве основных направлений работы избраны некоторые виды деятельности, традиционно проводимые сестринским персоналом, включая формирование навыков гигиены, тренинги, стимулирующие телесную и пространственную активность в лечебном учреждении.

В Израиле под руководством медицинского персонала, психолога и социального работника проводятся групповые сессии, которые помогают пациентам осознать свои проблемы, создают у них мотивацию к поиску решений [18].

Во Франции накоплен многолетний опыт использования *«творческих мастерских»*. Приглашенные специалисты (преподаватели французского языка) читают лекции, другие специалисты организуют посещение музеев для больных из дневного стационара. Совместно с преподавателями английского языка больным предлагают специализироваться в области информатики, ориентируют и мотивируют на обучение ряду профессий через проведение конкурсов [9].

### **Психосоциальная реабилитация семей судебно-психиатрических пациентов**

В рамках зарубежных исследований особое внимание уделяется проведению психообразовательных консультативных программ с семьями больных шизофренией, наркотической зависимостью. Подчеркивается необходимость

---

образования семей в области психиатрии и психосоциальных последствий психических расстройств с учетом их социокультурных особенностей [9].

В Чехии так называемое семейное психообразование членов семьи нацелено на обучение, усвоение эффективных стратегий межличностного взаимодействия. Оно включает в себя предоставление семьям информации о рецидивах болезни; идентификации неадаптивных паттернов поведения в семье, включая проявления враждебности, критические замечания членов семьи в адрес друг друга, недостаток тепла и сверхвключаемость [11].

В Норвегии считают обязательным поддерживать в ходе лечения контакт с близкими родственниками и другими значимыми для пациента лицами. Ближайшее социальное окружение играет ключевую роль в информировании пациентов, служит источником мотивации и ресурсом для лечения и реабилитации психически больных с выраженными психическими расстройствами [20].

В Италии практически весь персонал общинных центров проходит тренинг по использованию программы психообразования родственников больных в рамках модели бихевиоральной семейной терапии [5].

Психообразование семьи наряду с «настойчивым лечением в общине» (Assertive Community Treatment) в США является одним из наиболее эффективных видов психосоциальной терапии [10]. В США и Японии социальная работа по поддержке семьи ориентирована на то, чтобы родственники при активной позиции профессионалов смогли оказать значительную помощь лицам, страдающим психическими расстройствами. Для обучения и обеспечения коммуникации используются методы «открытого сердца», «участия в общем языке души», «построения языкового моста». По мнению специалистов, применение указанных методов способствует улучшению качества диалога между потребителями, семьей и профессионалами.

В Португалии проводятся сессии группы поддержки, состоящие из 6–8 членов семей. Эти сессии завершают общее психиатрическое ведение пациента. Сеансы краткой психообразовательной программы перемежаются психокоррекционным вмешательством с целью улучшения семейных коммуникаций и разрешения проблем [4].

В Греции поддерживающая образовательная группа за один год пропускает через себя 85 родственников пациентов, уже прошедших предварительный курс психообразовательного вмешательства. Каждая из 10 сессий проводится двумя ко-терапевтами в течение одного часа один раз в неделю. Это так называемая открытая группа с несколькими направлениями [9].

В Японии психообразование является одним из методов «уполномочивания» семей пациентов с психическими расстройствами. Его главная цель заключается в расширении их представлений о психических расстройствах, природе инвалидности, лечении и реабилитационных программах, роли различных специалистов в области психического здоровья, а также помощи семьям в повышении их копинг-навыков относительно проблем повседневной жизни. Наиболее общие модальности

---

психообразования в этой стране реализуются в «семейных классах» («Familyclass») по уходу за больными членами семьи [15].

Одной из новых технологий оказания психиатрической помощи во внебольничных условиях является использование интернета, который становится все более популярным среди пациентов, предоставляя им новые источники информации и новые пути взаимодействия с профессионалами в области психического здоровья. Пациенты имеют легкий доступ к образовательному материалу, слушают онлайн дискуссии и актуальные лекции клиницистов и исследователей, задают вопросы, непосредственно участвуют в дискуссиях с «равными себе» и профессионалами, получают психотерапевтическую помощь [7].

Сайты в Германии и Великобритании включают в себя хорошо подобранную, ясно изложенную, полезную для пациента информацию [15].

Примером подобного рода ресурса в Швейцарии является Le Rehabinfo Web (RIW), который предоставляет информацию о новых и уже существующих программах в области реабилитации психически больных лиц. Сайт дает возможность пациентам задавать вопросы специалистам, в том числе и в режиме онлайн видео, обмениваться мнениями и вести дискуссии. На сайте размещены описания методов и программ реабилитации пациентов, приведены диагностические методики [30].

В Финляндии работает Национальный информационный центр, основанный в 1997 г. В структуру Центра входят «горячая линия», служба информационной интернет-поддержки, включающей данные о различных службах, оказывающих помощь больным и их родственникам, в том числе реабилитационные программы. Центр проводит тренинги как для специалистов, так и для пациентов, стимулирует специальные службы к внедрению новых технологий и использованию последних научных разработок. Также в Финляндии работает клуб, в задачи которого входит психосоциальная реабилитация для лиц с хроническими психическими заболеваниями. Важно отметить, что персонал, обслуживающий пациентов, участвует в программах по профилактике синдрома эмоционального выгорания или других антикризисных реабилитационных модулях [19].

При использовании бихевиоральной и когнитивной терапии многие лечебные задачи требуют от клиницистов делегирования пациентов к системе соответствующей компьютерной самопомощи [6]. По имеющимся данным, использование последней экономит до 90 % времени клиницистов. Пациенты часто доверяют компьютеру больше информации, чем клиницистам, а также в меньшем проценте случаев прекращают лечение.

Ряд авторов полагают, что телепсихиатрия может обеспечить большую эффективность оказания психиатрических услуг в развивающихся странах, где основные проблемы помощи связаны с дефицитом профессионалов и общинных психиатрических служб [13], сообщают, что телемедицина успешно используется для всесторонней психиатрической помощи пациентам в Южной Австралии, проживающим в удаленной сельской местности.

---

Экономическая оценка лечения в острых стационарных отделениях с использованием телемедицины показала его преимущество над традиционными формами службы. Cuevas C.D.L. и соавт. (2001) приводят данные о высокой оценке пациентами телепсихиатрии в Испании и о предпочтении данного вида помощи всем другим, в том числе по материальным соображениям [3].

Однако в ряде стран существует суровая критика этической стороны применения технологий, связанных с использованием медиаресурсов психиатрами [2]. В то же время в Австрии подобного рода профилактическая работа рассматривается в качестве «вспомогательной профессии» психиатрического профиля.

Тем не менее, с возрастанием роли психиатрии в обществе усиливается и ее «экспансия» в сферу профилактики психических расстройств и улучшение качества жизни психически больных лиц и их семей. Действенными профилактическими средствами являются, в том числе, образование общественности в целях снятия психологического дистресса в семьях, где есть психически больной, а также прочное внедрение образовательной деятельности в работу врачей общей практики [8].

Таким образом, модели психосоциальных вмешательств, используемые за рубежом, представляют собой широкий спектр мероприятий, направленных на повышение когнитивной, эмоциональной и коммуникативной компетентности пациентов, создание условий эффективной социальной адаптации. Немаловажным аспектом зарубежной психореабилитационной практики является активная работа с родственниками пациентов, включающая в себя информирование членов семей, повышение эффективности их взаимодействия с больными, а также оказание им психологической поддержки. Наряду с использованием зарекомендовавших себя в качестве эффективных интервенций когнитивно-поведенческих и психообразовательных моделей реабилитации на протяжении последнего десятилетия наблюдается расширение спектра коррекционных мишеней, а именно, работа с аффективной сферой пациентов и активное их включение в систему межличностных и профессиональных взаимоотношений.



---

## Литература

1. *Birchwood M., Trower P., Brunet K., Gilbert P., Iqbal Z., Jackson C.* Social anxiety and the shame of psychosis: A study in first episode psychosis // *Behaviour Research and Therapy*. – 2007. – Vol. 45. – P. 1025–1037.
2. *Carmi A., Moussaoui D., Arboleda-Florez J.* Teaching ethics in psychiatry: case-vignettes, UNESCO Chair in Bioethics, Haifa, and World Psychiatric Association of Psychiatry Committee on Ethics. – 2005.
3. *Cuevas C.D.L., Arredondo M.T., Cabrera M.F.* Randomized clinical trial of telepsychiatry through videoconference versus face-to-face conventional psychiatric treatment // *Telemedicine Journal & e-Health*. – 2006. – Vol. 12 (3). – P. 341–350.
4. *Goncalves-Pereira M., Xavier M., Fadden G.* Intervencoes familiares comportamentais na esquizofrenia e noutros contextos clinicos // *Analise Psicologica*. – 2007. – Vol. 25 (2).
5. *Falloon I.R.H.* Family interventions in mental disorders: efficacy and affectiveness // *World Psychiatry*. – 2003. – Vol. 2. – P. 20–28.
6. *Hodel B., West A.* Cognitive training for mentally ill offenders with treatment-resistant schizophrenia. – 2008.
7. *Hsiung R. C.* The best of both worlds: An online self-help group hosted by a mental health professional // *Cyberpsychology and Behavior*. – Vol. 3. – P. 935–950.
8. *Katsching H.* Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice // *World Psychiatry*. – 2006. – Vol. 5(3). – P. 139–145.
9. *Magliano L., Fadden G., Economou M. et al.* Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 2000. – V. 35(3). – P. 109–115.
10. *McFarlane A. C.* Managing the psychiatric morbidity of disasters // *World Psychiatry*. – 2000. – Vol. 1. – P. 153–154.
11. *Motlova L. et al.* Relapse prevention in schizophrenia: does group family psychoeducation matter? One-year prospective follow-up field study // *Int J Psychiatry Clin Pract*. – 2006. – Vol. 10. – P. 38–44.
12. *Mowbray C.T., Korevaar L., Bellamy C.D.* Supported education: an innovation in psychiatric rehabilitation practice: results from the United States and the Netherlands // *Canadian Journal of Community Mental Health*. – 2002. – Vol. 21. – P. 111–129.

- 
13. *Okasha A., Ismail M.K., Khalil A.H., el Fiki R., Soliman A., Okasha T.* A psychiatric study of nonorganic chronic headache patients // *Psychosomatics*. – 1999. – Vol. 40. – P. 233–238.
  14. *Oyama H., Goto M., Fujita M. et al.* Preventing elderly suicide through primary care by community-based screening for depression in rural Japan // *Crisis*. – 2006. – Vol. 27. – P. 58–65.
  15. *Rector N., Seeman M., Segal Z.* Cognitive therapy for schizophrenia: a preliminary randomized controlled trial // *Schizophrenia Research*. – 2003. – Vol. 63. – P. 1–11.
  16. *Rijkeboer M. M., Bergh H., Bout J.* Stability and discriminative power of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical sample // *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. – 2005. – Vol. 36. – P. 129–144.
  17. *Sidani S.* Effects of patient-centered care on patient outcomes: An evaluation // *Research & Theory for Nursing Practice*. – 2008. – Vol. 22(1). – P. 24–37.
  18. *Silver H., Goodman C., Bilker W.B., Knoll G., Gur R., Povar G.* Suboptimal processing strategy and working-memory impairments predict abstraction deficit in schizophrenia // *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. – 2007. – Vol. 29(8). – P. 823–830.
  19. *Strand S., Belfrage H., Fransson G. et al.* Clinical and risk management factors in the risk prediction of mentally disordered offenders: More important than actuarial data? // *Legal and Criminological Psychology*. – 1999. – Vol. 4. – P. 67–76.
  20. *Sørensen T., Klungsøyr O., Kleiner R., Klepp O.M.* Social support and sense of coherence: independent, shared and interaction relationships with life stress and mental health // *International Journal of Mental Health Promotion*. – 2011. – Vol. 13(1). – P. 27–42.
  21. *Timmerman I.G.H., Emmelkamp P.M.G.* Parental rearing style and personality disorders in prisoners and forensic patients // *Clinical Psychology and Psychotherapy*. – 2005. – Vol. 12. – P. 191–200.
  22. *Timmerman I.G.H., Emmelkamp P.M.G.* The effects of cognitive-behavioural treatment for forensic inpatients // *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. – 2005. – Vol. 49. – P. 590–606.
  23. *Tomov T.* Mental Health Reforms in Eastern Europe // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2001. – Vol. 104. – P. 21–26.

24. *Tsemberis S., Eisenberg R.F.* Pathways to Housing: Supported Housing for Street-dwelling Homeless Individuals with Psychiatric Disabilities // *Psychiatric Services*. – 2000. – Vol. 51. – P. 487–493.
25. *Tsemberis S., Gulcur L. and Nakae M.* Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals with a Dual Diagnosis // *American Journal of Public Health*. – 2004. – Vol. 94. – P. 651–656.
26. *Tünnissen M.M., Muste E.H.* Schematherapie in de klinisch-psychotераpeutische behandeling van persoon-lijkheidsstroornissew // *Tijdschrift voor Psychiatrie*. – 2002. – Vol. 28. – P. 385–401.
27. *Wallace C.J., Lecomte T., Wilde J.* CASIG: a consumer-centered assessment for planning individualized treatment and evaluating program outcomes // *Schizophrenia Research*. – 2001. – Vol. 50. – P. 105–119.
28. *Warner R.* Does the scientific evidence support the recovery model // *The Psychiatrist*. – 2010. – Vol. 34(1). – P. 3–5.
29. *Wolfson P., Holloway F., Killaspy H.* Faculty report FR/RS/1 Faculty of Rehabilitation and Social Psychiatry of the Royal College of Psychiatrists. – 2009.
30. *Zimmerman G., Favrod T.J., Trieu V.H., Pomini V.* The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: A meta-analysis // *Schizophrenia Research*. – 2005. – Vol. 77. – P. 1–9.

---

# Recent trends in the use of psychosocial interventions in foreign forensic psychiatric practice (Part II)

**Bulygina V.G.**, PhD in psychology, head of laboratory of psychological problems of judicial psychiatric preventive treatment, State scientific center for social and forensic psychiatry named after V.P.Serbkiy, Ministry of healthcare and social development (ver210@yandex.ru)

**Makushkina O.A.**, MD, Head of forensic psychiatric prevention, State scientific center for social and forensic psychiatry named after V.P.Serbkiy, Ministry of healthcare and social development (makushkina@serbsky.ru)

**Belyakova M.Yu.**, junior researcher, laboratory of psychological problems of judicial psychiatric preventive treatment, State scientific center for social and forensic psychiatry named after V.P.Serbkiy, Ministry of healthcare and social development (burjew@mail.ru)

**Kotova M.A.**, Head of the Department of Psychology PKU "Oryol psychiatric hospital specialized type with intensive supervision" (kotov@yandex.ru)

---

## References

1. Birchwood M., Trower P., Brunet K., Gilbert P., Iqbal Z., Jackson C. Social anxiety and the shame of psychosis: A study in first episode psychosis // Behaviour Research and Therapy. – 2007. – Vol. 45. – P. 1025–1037.
2. Carmi A., Moussaoui D., Arboleda-Florez J. Teaching ethics in psychiatry: case-vignettes, UNESCO Chair in Bioethics, Haifa, and World Psychiatric Association of Psychiatry Committee on Ethics. – 2005.
3. Cuevas C.D.L., Arredondo M.T., Cabrera M.F. Randomized clinical trial of telepsychiatry through videoconference versus face-to-face conventional psychiatric treatment // Telemedicine Journal & e-Health. – 2006. – Vol. 12 (3). – P. 341–350.
4. Goncalves-Pereira M., Xavier M., Fadden G. Intervencoes familiares comportamentais na esquizofrenia e noutros contextos clinicos // Analise Psicologica. – 2007. – Vol. 25 (2).

- 
5. *Falloon I.R.H.* Family interventions in mental disorders: efficacy and affectiveness // *World Psychiatry*. – 2003. – Vol. 2. – P. 20–28.
  6. *Hodel B., West A.* Cognitive training for mentally ill offenders with treatment-resistant schizophrenia. – 2008.
  7. *Hsiung R. C.* The best of both worlds: An online self-help group hosted by a mental health professional // *Cyberpsychology and Behavior*. – Vol. 3. – P. 935–950.
  8. *Katsching H.* Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice // *World Psychiatry*. – 2006. – Vol. 5(3). – P. 139–145.
  9. *Magliano L., Fadden G., Economou M. et al.* Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 2000. – V. 35(3). – P. 109–115.
  10. *McFarlane A. C.* Managing the psychiatric morbidity of disasters // *World Psychiatry*. – 2000. – Vol. 1. – P. 153–154.
  11. *Motlova L. et al.* Relapse prevention in schizophrenia: does group family psychoeducation matter? One-year prospective follow-up field study // *Int J Psychiatry Clin Pract*. – 2006. – Vol. 10. – P. 38–44.
  12. *Mowbray C.T., Korevaar L., Bellamy C.D.* Supported education: an innovation in psychiatric rehabilitation practice: results from the United States and the Netherlands // *Canadian Journal of Community Mental Health*. – 2002. – Vol. 21. – P. 111–129.
  13. *Okasha A., Ismail M.K., Khalil A.H., el Fiki R., Soliman A., Okasha T.* A psychiatric study of nonorganic chronic headache patients // *Psychosomatics*. – 1999. – Vol. 40. – P. 233–238.
  14. *Oyama H., Goto M., Fujita M. et al.* Preventing elderly suicide through primary care by community-based screening for depression in rural Japan // *Crisis*. – 2006. – Vol. 27. – P. 58–65.
  15. *Rector N., Seeman M., Segal Z.* Cognitive therapy for schizophrenia: a preliminary randomized controlled trial // *Schizophrenia Research*. – 2003. – Vol. 63. – P. 1–11.
  16. *Rijkeboer M. M., Bergh H., Bout J.* Stability and discriminative power of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical sample // *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. – 2005. – Vol. 36. – P. 129–144.

- 
17. *Sidani S.* Effects of patient-centered care on patient outcomes: An evaluation // *Research & Theory for Nursing Practice*. – 2008. – Vol. 22(1). – P. 24–37.
  18. *Silver H., Goodman C., Bilker W.B., Knoll G., Gur R., Povar G.* Suboptimal processing strategy and working-memory impairments predict abstraction deficit in schizophrenia // *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. – 2007. – Vol. 29(8). – P. 823–830.
  19. *Strand S., Belfrage H., Fransson G. et al.* Clinical and risk management factors in the risk prediction of mentally disordered offenders: More important than actuarial data? // *Legal and Criminological Psychology*. – 1999. – Vol. 4. – P. 67–76.
  20. *Sørensen T., Klungsøyr O., Kleiner R., Klepp O.M.* Social support and sense of coherence: independent, shared and interaction relationships with life stress and mental health // *International Journal of Mental Health Promotion*. – 2011. – Vol. 13(1). – P. 27–42.
  21. *Timmerman I.G.H., Emmelkamp P.M.G.* Parental rearing style and personality disorders in prisoners and forensic patients // *Clinical Psychology and Psychotherapy*. – 2005. – Vol. 12. – P. 191–200.
  22. *Timmerman I.G.H., Emmelkamp P.M.G.* The effects of cognitive-behavioural treatment for forensic inpatients // *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. – 2005. – Vol. 49. – P. 590–606.
  23. *Tomov T.* Mental Health Reforms in Eastern Europe // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2001. – Vol. 104. – P. 21–26.
  24. *Tsemberis S., Eisenberg R.F.* Pathways to Housing: Supported Housing for Street-dwelling Homeless Individuals with Psychiatric Disabilities // *Psychiatric Services*. – 2000. – Vol. 51. – P. 487–493.
  25. *Tsemberis S., Gulcur L. and Nakae M.* Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals with a Dual Diagnosis // *American Journal of Public Health*. – 2004. – Vol. 94. – P. 651–656.
  26. *Tünnissen M.M., Muste E.H.* Schematherapie in de klinisch-psychoterapeutische behandeling van persoon-lijkheidsstroomisew // *Tijdschrift voor Psychiatrie*. – 2002. – Vol. 28. – P. 385–401.
  27. *Wallace C.J., Lecomte T., Wilde J.* CASIG: a consumer-centered assessment for planning individualized treatment and evaluating program outcomes // *Schizophrenia Research*. – 2001. – Vol. 50. – P. 105–119.
  28. *Warner R.* Does the scientific evidence support the recovery model // *The Psychiatrist*. – 2010. – Vol. 34(1). – P. 3–5.

29. *Wolfson P., Holloway F., Killaspy H.* Faculty report FR/RS/1 Faculty of Rehabilitation and Social Psychiatry of the Royal College of Psychiatrists. – 2009.
30. *Zimmerman G., Favrod T.J., Trieu V.H., Pomini V.* The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: A meta-analysis // *Schizophrenia Research.* – 2005. – Vol. 77. – P. 1–9.

# Обзор исследований по проблеме ингибиторов агрессии (часть II)

**Калашникова А.С.**, кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической и судебной психологии факультета Юридической психологии МГППУ, старший научный сотрудник ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздрава России (kaspsy@mail.ru)

**Дворянчиков Н.В.**, кандидат психологических наук, доцент, профессор кафедры клинической и судебной психологии факультета Юридической психологии МГППУ, декан факультета Юридической психологии МГППУ (dvorian@gmail.com)

**Василенко Т.Г.**, аспирантка факультета Юридической психологии МГППУ (vasilenko.t.g@gmail.com)

Многие исследователи в генезе формирования агрессивного поведения неразрывно рассматривают проагрессивные и сдерживающие, или ингибирующие, агрессивные проявления структуры. Вторая часть статьи посвящена теоретическому обзору проблемы ингибиторов агрессии, который охватывает современные отечественные и зарубежные исследования, направленные на изучение отдельных проявлений сдерживающих агрессию факторов. За основу анализа была выбрана классификация тормозящих агрессивные проявления личностных структур, предложенная Ф.С. Сафуановым, которая включает в себя ценностные, социально-нормативные, диспозиционные, эмоциональные, коммуникативные, интеллектуальные сдерживающие структуры и психологические защитные механизмы. Делается вывод, что проблема ингибиторов агрессии в настоящее время стоит на пороге нового этапа изучения, заключающегося в создании целостной модели, в том числе противоправного агрессивного поведения, учитывающей не только социально-психологические характеристики «агрессора» и его жертвы, и личностные структуры, способствующие и тормозящие проявления агрессии, но и охватывающей широкий спектр ингибиторов агрессии, действующих через различные психологические механизмы.

**Ключевые слова:** агрессивное поведение, ингибиторы агрессии, тормозящие (подавляющие) агрессию личностные структуры, защитные факторы, отечественные и зарубежные исследования.

Для цитаты:

Калашникова А.С., Дворянчиков Н.В., Василенко Т.Г. Обзор исследований по проблеме ингибиторов агрессии (часть II) [Электронный ресурс] // Психология и право psyandlaw.ru. 2014. №2. URL: [http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Kalashnikova\\_Dvoryanchikov\\_Vasilenko.phtml](http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Kalashnikova_Dvoryanchikov_Vasilenko.phtml) (дата обращения: дд.мм.гггг)



Kalashnikova A.S., Dvoryanchikov N.V., Vasilenko T.G. A review of research on the problem of aggression inhibitors (Part II). Jelektronnyj resurs «Psihologiya i pravo psyandlaw.ru», E-journal «Psychology and law», 2014. no. 2. Available at: [http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Kalashnikova\\_Dvoryanchikov\\_Vasilenko.phtml](http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Kalashnikova_Dvoryanchikov_Vasilenko.phtml) (Accessed dd.mm.yyyy)

Как подробно описывалось в первой части данной статьи, термин «ингибиторы агрессии» принадлежит А.А. Налчаджяну, который рассматривает их как факторы, предупреждающие агрессивные действия и включающие в себя не только личностные структуры, но и ряд физических особенностей, некоторые формы инстинктивного поведения, жесты, мимику и пр. [11]. В отличие от А.А. Налчаджяна, А.И. Ложкин использует термин «защитная мотивация», которая запрещает реализацию самого мотива насилия [10]. Ф.С. Сафуановым был предложен термин «тормозящие (подавляющие) агрессию личностные структуры», который, по мнению автора, в большей мере отражает их психологическое регулирующее воздействие, осуществляемое разнообразными уровнями и сторонами личности, и которое невозможно свести только к процессам «опосредования» или только к «контролю» [13]. Среди зарубежных авторов большее распространение получил термин «защитные факторы» или «протективные факторы», под которым понимают либо отсутствие факторов риска как таковых [21], или как факторы, противоположные факторам риска [26; 40], либо как структуры, способные скомпенсировать личностные факторы риска и тем самым сыграть важную роль для общего понимания риска совершения агрессивных действий [38].

Помимо рассмотренных в первой части данной статьи комплексных научных исследований механизмов агрессивного поведения с учетом внутренних факторов, тормозящих проявления агрессии, в современной литературе также можно проследить тенденцию к исследованию отдельных компонентов, сдерживающих агрессию структур. Для более систематического анализа существующих исследований отдельных ингибиторов агрессии за основу теоретического обзора была взята классификация тормозящих агрессивные проявления факторов, предложенная Ф.С. Сафуановым, которая включает в себя ценностные, социально-нормативные, диспозиционные, эмоциональные, коммуникативные, интеллектуальные сдерживающие структуры и психологические защитные механизмы [13].

1. Под *ценностными ингибиторами агрессии* понимаются тормозящие агрессию ценностные ориентации человека, связанные с гуманистической направленностью его личности, религиозными убеждениями и социальными установками, которые характеризуют личность со стороны ее основных смысловых образований, жизненных целей и ведущих мотивов, и еще на начальных этапах становления мотивации подавляют агрессивные побуждения [там же]. К конкретным проявлениям ценностных ингибиторов агрессии можно отнести выраженное чувство долга и обязанности по отношению к лицам, находящимся на иждивении; ценность жизни и высокий общий уровень осмысленности жизни; нереализованные жизненные планы и наличие творческих замыслов; а также представления о греховности причинения вреда другим лицам. Ценностная

структура личности косвенно рассматривалась как противостоящая проявлению агрессивного поведения в работах многих отечественных и зарубежных исследователей. Так, например, А.И. Ложкин, представляя мотивационную сферу личности правонарушителя как иерархию элементов потребность – мотив – мотивационная направленность – ценностные ориентации, выделяет агрессивно-насильственную ценностную ориентацию личности [10]. Данная ценностная ориентация характеризуется безразличием к человеческой жизни, жестокостью, пренебрежением к социальным нормам. В то же время в рамках психоаналитической концепции А. Фрейд в качестве ценностного тормозящего агессию механизма выделяла строгий моральный кодекс, который помогает человеку защитить близких, благополучие которых является высшей ценностью, от вспышек агрессивных импульсов [14]. Ценностные ориентации как моральные убеждения личности тесно связаны также и с социально-нормативными ингибиторами агрессии. Так, С. и L.Veneziano определяют моральные убеждения личности как средство следования законопослушному образу жизни независимо от механизмов социального сдерживания (устрашения) [37], причем ни формальные, ни неформальные санкции не могут быть эффективны при слабости моральных убеждений.

2. *Социально-нормативные ингибиторы агрессии* представлены в структуре личности элементом конвенциональной социальной роли, формирующейся на основе морально-этических и правовых социальных норм. Конвенциональная регуляция деятельности, в отличие от неформальной регуляции, в большей степени оказывает тормозящее влияние на агрессию, так как связана с учетом интересов больших социальных групп, общества в целом, потребностью в социальном одобрении, включая следование правовым предписаниям [13]. Под социально-нормативными ингибиторами агрессивного поведения понимается развитое чувство ответственности, добросовестности, дисциплинированности, осознанное следование общественным требованиям и культурным нормам даже в тех случаях, когда правила кажутся пустой формальностью, а также забота о своей общественной репутации и стремление избежать осуждения со стороны окружающих. Предпосылки к выделению данного ингибитора мы можем увидеть в работах Х. Хекхаузена [15], А.И. Ложкина [10], а также в исследованиях, посвященных формированию правосознания [5]. А.Р. Ратинов подчеркивает, что для личности преступника характерно определенное искажение системы ценностно-нормативных представлений, выражающееся в неправильном отношении либо неправильном трактовании существующих норм морали и права, что приводит к совершению правонарушений и служит защитными механизмами самооправдания [12].

3. *Диспозиционные ингибиторы агрессии* определяются чертами личности, или мотивационными диспозициями, актуализирующимися в определенных условиях [13]. Согласно Х. Хекхаузену, элементы личностной структуры рассматриваются как альтернативные агрессивному побуждению мотивы торможения агрессивного поведения, проявляющиеся в одних и тех же ситуациях [15]. Разными авторами изучались различные черты личности, способные подавить агрессивные импульсы. Так, например, Дж. Уилкинсом, В. Шарффом и Р. Шлотманом [41] показано, что тормозящее действие на агрессию оказывает отсутствие «склонности к реализации эмоциональной напряженности в непосредственном поведении» (низкий уровень четвертой шкалы ММРІ). А.С.

Калашниковой и Т.Г. Василенко было экспериментально показано, что на сдерживание насильственно-агрессивных действий непосредственное влияние оказывает гармоничная, зрелая структура личности с развитым внутренним миром, без склонности к соматизации и демонстративному поведению, низким уровнем подозрительности и аффективной ригидности [9]. Аналогичные данные были получены в отношении таких черт личности как «тревожность» [24; 36], «экстернальный локус контроля» [22], «склонность к чувству вины» [19; 27], а также «эмоциональная устойчивость», «высокая совесть», «мягкосердечность», «доверчивость», «контроль желаний» [19] – высокие показатели по данным шкалам методики 16-тифакторный опросник личности Кеттелла свидетельствуют о развитых сдерживающих агрессивные проявления личностных структурах. Следует отметить, что большинство отечественных исследователей описывают влияние на агрессивное поведение различных ингибирующих структур, называя их при этом личностными и не подразделяя их на отдельные подвиды, как представлено в анализируемой классификации. Примером может служить личностный подход, предложенный А.Р. Ратиновым и его коллегами [12], ранее упомянутый в контексте исследования социально-нормативных ингибиторов агрессии.

4. Под *эмоциональными ингибиторами агрессии* понимают эмоциональные переживания, которые оказывают влияние на формирование агрессивной мотивации, целеполагание и прогнозирование агрессивных действий [13]. К эмоциональным ингибиторам относятся в большей степени такие эмоциональные структуры личности, как волевая саморегуляция, волевой самоконтроль, страх перед наказанием. Вместе с тем, известно, что эмоции играют значительную роль в формировании просоциального поведения. Так, например, агрессия и ее ингибиторы были широко изучены как поведенческие составляющие гнева [4; 30].

Влияние данного ингибитора агрессии на поведение косвенно рассматривалось в ряде отечественных и зарубежных научных работ. Так, в исследованиях А.И. Ложкина было выявлено, что правонарушения большинства агрессивно-насильственных преступников способствуют такие эмоциональные черты, как повышенная возбудимость и впечатлительность, слабый самоконтроль и ригидность поведения [10]. Согласно Л.В. Алексеевой, а также J.P. Tangney, J. Stuewig, D. Mashek, M. Hastings, стыд и вина относятся к наиболее значимым «моральным» эмоциям из-за их ингибирующей роли аморального, общественно неодобряемого поведения, а также роли укрепления альтруистического, просоциального поведения [1; 35]. Таким образом, вина, как показали указанные выше исследования в области психологии личности уголовных правонарушителей, в наибольшей степени способствует мотивации человека к выбору нравственного пути жизни.

Исследование страха перед возможным наказанием как эмоционального ингибитора можно проследить в различных психоаналитических трудах. Так, К.Г. Юнг в структуре личности выделял Эго и Тень как зеркальное отражение друг друга на границе бессознательного и сознательного [17]. Тень как ядро бессознательного вмещает в себя отрицаемые индивидуумом желания, которые не совместимы с социальными нормами или противоречат представлениям индивидуума об идеале. Так как Тень выполняет компенсаторную функцию в структуре личности, вытесненный в бессознательное страх перед наказанием «отражается» во внешнем

социально желательном поведении человека, становясь ингибитором агрессивного поведения [17]. А. Фрейд вслед за З. Фрейдом считает, что при удовлетворении инстинкта вопреки противодействию структуры Сверх-Я или внешнего мира результатом помимо первичного удовольствия всегда будет вторичное неудовольствие, являющееся следствием либо исходящего из бессознательного чувства вины, либо налагаемых внешним миром наказаний [14]. Так, когда удовлетворение инстинкта отвергается на основании возможных санкций, появляется защита в форме страха наказания, соответствующая принципу реальности, цель которого избежать вторичного неудовольствия. Таким образом, страх перед наказанием выполняет функцию ингибитора агрессии при асоциальном намерении. При этом А. Фрейд считает, что внутренняя агрессивность личности возрастает по мере запрещения бессознательных импульсов, а исчезает только при исчезновении страха перед наказанием [там же].

Другие авторы также рассматривали страх перед наказанием как важный сдерживающий агрессию фактор. Многочисленные исследования свидетельствуют, что страх перед наказанием или возмездием, то есть ожидание негативных последствий агрессии или вероятности ответа на агрессию субъекта также агрессией резко снижает возможность прямой агрессии [2; 4; 15; 24; 28; 29; 31; 36]. Согласно Л. Берковицу, если при фрустрации актуализируется страх, то в ситуации конфликта помимо возможной атаки или ступора может проявиться реакция бегства или ухода [3]. Ю.В. Щербатых считает, что страх перед наказанием может иметь биологические корни, но в нем всегда присутствует особый социальный компонент, оттесняющий примитивные факторы выживания. По мнению автора, страх перед наказанием относится к страху ответственности, источником которого является прошлый психотравмирующий опыт [16]. По мнению С. и L. Veneziano, законопослушное поведение может быть следствием не только страха формального наказания, но и также страха «неформальных» санкций, таких как неодобрение криминального поведения сверстниками, семьей или референтной группой [37]. Авторы считают, что конформное социально желательное поведение – это результат не только и не столько страха перед наказанием, сколько неформального контроля, а также социальной и материальной «цены» криминального поведения.

При этом согласно большинству исследователей агрессивного поведения ключевым эмоциональным ингибитором агрессии является самоконтроль. Так, волю как тормозящий агрессию механизм рассматривал еще Т. Рибо, который определял волевое усилие как механизм разрешения конфликта при рассогласовании естественного стремления к действию с сознательным выбором [6]. Т. Ross и М. Fontao, авторы теории взаимодействия личностных систем (PersonalitySystemsInteractionTheory), считают, что саморегуляция является ключевым звеном в структуре агрессивного криминального поведения [33]. Также согласно авторам Общей модели агрессии (Generalaggressionmodel), внутренние процессы саморегуляции оказывают непосредственное влияние на переоценку ситуации и принятие решения в пользу неагрессивного поведения [18].

5. *Коммуникативные ингибиторы агрессии* – это структуры личности, связанные с общением, основными элементами которых являются способность к сопереживанию и эмпатии, способность к идентификации и описанию собственных эмоциональных состояний, а также восприятию и переработке невербальных

сигналов эмоциональных состояний других людей, потребность в зависимости [13]. Способность к сопереживанию и эмпатии является опосредующим фактором альтруистического социально-нормативного поведения [15]. Влияние данных личностных структур на агрессивное поведение можно проследить в работах М.Т. Palermo, Е. Wagner, В.М. Wilkowski [32; 39; 42]. Так, согласно М.Т. Palermo, способность к восприятию и переработке невербальных сигналов и интерпретации эмоциональных состояний окружающих является важным ингибитором агрессивного поведения, так как ее нарушение способствует возрастанию риска неверной оценки последствий поведения. По мнению автора, нарушение способности понимать и оценивать свои психические состояния и состояния окружающих, а также недостаток эмпатии могут способствовать возникновению противоправного поведения [32]. В.М. Wilkowski считает, что мимические выражения злости служат сигналами социальной коррекции, показывая, что один человек не одобряет поведения другого и хочет его прекратить [42]. При условии что собеседник отвечает на данный сигнал сдерживанием, торможением своего поведения, снижается или предотвращается риск опасной ситуации агрессии. Согласно автору, люди, не распознающие подобные сигналы, могут позволить незначительным разногласиям привести к агрессивным конфликтам. Данная закономерность, по его мнению, может быть связана со скоростью процессов реакции-торможения в случае агрессивной мимики, в отличие от случаев нейтральной мимики. В свою очередь, агрессивные мимические выражения приводят к грубым комментариям, которые могут привести к открытому оскорблению, переходящему в интенсивный спор и даже физическую агрессию. Таким образом, по мнению В.М. Wilkowski, ингибиторами агрессивного поведения выступают способность к идентификации и учету невербальных сигналов окружающих, а также контроль над собственными мимическими проявлениями [42].

Потребность в зависимости также анализируется как противоположная агрессивности тенденция, причем она одновременно является коммуникативным ингибитором агрессии, будучи связанной с потребностью в общении, и эмоциональным, выступая сопряженно с мотивом страха наказания [39]. Однако потребность в зависимости не всегда выполняет ингибирующую роль. Наиболее распространенными являются случаи, когда вызванное потребностью аддиктивное поведение ведет к злоупотреблению алкоголем и психоактивными веществами. По мнению D. Fishbein, люди, злоупотребляющие психоактивными веществами и склонные к агрессивному поведению, показывают более тяжелую и менее прогнозируемую картину их зависимости и высокую криминальную активность [25].

6. Под *интеллектуальными ингибиторами агрессии* понимаются познавательные процессы, которые влияют на формирование субъективной картины мира, позволяя человеку понять ситуацию глубже, понизить фрустрирующее влияние ситуации, таким образом, снижая уровень возбуждения, активирующего побуждение к агрессивным действиям [13]. Однако при возникновении сверхсильного возбуждения когнитивные процессы ослабевают и теряют способность к осуществлению эффективного контроля над агрессией [43].

Интеллектуальные ингибиторы агрессии исследованы в рамках Общей модели агрессии (Generalaggressionmodel) [18; 23], подробно рассмотренной в

первой части настоящей статьи, а также в работах R.A. Cobb, который рассматривает убеждения как важный элемент интеллектуальных тормозящих агрессию структур [20]. Исследуя агрессивное поведение в близких межличностных отношениях, он выделил в структуре убеждений агрессивные размышления, состоящие из фиксации на провокации, сосредоточения на жестоких мыслях и образах, негативных ощущениях и планирования мести, вследствие возникновения которых возрастают гнев, раздражительность, артериальное давление, познание приобретает агрессивную окраску. По мнению автора, следующие за провокацией агрессивные убеждения способствуют агрессивному поведению, а ингибиторами агрессивного поведения являются позитивные убеждения и развитый самоконтроль [20]. В то же время, по мнению M. Rutter, интеллектуальным ингибитором агрессии являются не столько сами познавательные процессы, а уровень их развития в соотношении с определенным возрастом. Так, для маленьких детей в качестве защиты может выступать их неспособность к когнитивным операциям, в то время как для лиц более старшего возраста – напротив, высокий уровень понимания [34].

Среди отечественных исследований [8; 13] под интеллектуальными ингибиторами агрессии традиционно понималось использование таких копинг-стратегий, как дистанцирование, или субъективное снижение значимости фрустрирующих воздействий и степени эмоциональной вовлеченности в них за счет использования таких интеллектуальных приемов, как рационализация, переключение внимания, отстранение, юмор, обесценивание и т. п.; самоконтроль; поиск информационной, эмоциональной и действенной поддержки; признание своей роли в возникновении конфликтной ситуации и ответственности за ее разрешение; произвольные проблемно-фокусированные усилия по изменению ситуации, включающие аналитический подход к проблеме; усилия по созданию положительного значения с фокусированием на росте собственной личности, ориентированность на философское осмысление конфликтной ситуации; а также в ряде случаев использование стратегии бегства-избегания – реагирование по типу уклонения: отрицание конфликта, фантазирование, неоправданные ожидания, отвлечения и т. п.

7. *Психологические защитные механизмы* как ингибиторы агрессивного поведения рассматриваются в качестве неосознаваемых личностью механизмов адаптивной перестройки восприятия и оценки, искажающих или нарушающих переработку не приемлемой для личности информации. Защитные механизмы могут выступать как в роли проагрессивных структур, вытесняя или рационализируя собственную агрессивность личности в нейтральных ситуациях, так и в роли структур, тормозящих агрессию, что проявляется главным образом в условиях психотравмирующих ситуаций. В подобных случаях психологические защитные механизмы снижают значимость или создают иллюзию отсутствия возникающих психотравмирующих воздействий, способствуя снижению эмоционального напряжения и препятствуя проявлению побуждения к агрессивному поведению [13].

Влияние защитных механизмов на агрессивное поведение широко описано в работах А. Фрейд, а также А.А. Налчаджяна и А.И. Ложкина [10; 11; 14]. Так, А. Фрейд считает, что для торможения или сдерживания агрессивного поведения, направленного против других людей, внутренняя агрессивность должна иметь

выход во внешний мир, в противном случае она оборачивается вовнутрь, наделяя человека чертами жестокости [14]. Помимо основных защитных механизмов отрицания, вытеснения, регрессии, проекции, замещения, компенсации, гиперкомпенсации и рационализации автор выделяет типы защиты. При идентификации с агрессором как типе защиты человек идентифицируется не с самой личностью агрессора, а с его агрессией, преобразаясь «из того, кому угрожают, в того, кто угрожает», причем агрессия направляется исключительно на данного агрессора. Идентификация с агрессором, по мнению А. Фрейд, – нормальная стадия развития Сверх-Я, представляющая собой предварительную фазу нравственности, при которой собственная вина неполностью воспринимается и осознается человеком. Другой тип защиты – альтруистический – является механизмом, тормозящим проявление агрессии. При таком типе защиты агрессия, изначально направленная на удовлетворение собственных желаний, трансформируется в потребность помогать другим людям в реализации этих желаний, что приносит человеку удовлетворение косвенным путем [14].

А.А. Налчаджян, анализируя агрессию и сдерживающие ее механизмы, считает, что при торможении прямых агрессивных действий против фрустратора чувствами вины или страха, внутренний мотив сопротивления не пропадает, а переносится на другие объекты, что соотносится с психологическим механизмом замещения [11]. Агрессия, возникающая вследствие фрустрации, также частично преобразуется в механизм рационализации и маскируется им. Рассматривая агрессивное поведение в соотношении адаптивных процессов и защитных механизмов, автор выделил две стратегии адаптации: регрессивную и агрессивную, или наступательную, причем первая стратегия может выступать также в качестве психологической опоры для второй. А.А. Налчаджян утверждает, что при помощи проекции собственной отрицательной черты на другого эта черта элиминируется, и тогда уже другой человек становится объектом агрессии. Таким образом, по мнению автора, проекция и рационализация являются скорее проагрессивными структурами личности, чем структурами тормозящими, а роль ингибиторов выполняют другие психологические защитные механизмы [там же].

А.И. Ложкиным были описаны такие защитные типы, как демонстративно защищающиеся, защищающие свой идеальный образ, нарциссическая защита, защита своей социальной роли, сладострастно защищающие себя и аффективно защищающиеся [10]. По мнению автора, защитные механизмы агрессивно-насильственного правонарушителя способствуют нарушению смысловой регуляции, обуславливающей защитно-агрессивный характер и определяющей линию агрессивного поведения. Он выделяет напрямую связанную с проявлением защитных механизмов, приводящих к неадекватным формам адаптации, структуру поведения: примитивная защитная мотивация – нарушение смысловой регуляции – игнорирование морально-нравственных запретов. По мнению исследователя, тормозящими агрессию механизмами могут выступать только непримитивные защитные механизмы, искажающие когнитивную и эмоциональную составляющую образа реальности субъекта таким образом, чтобы этот образ носил менее опасный и негативно окрашенный характер [там же].

Итак, в статье сделан теоретический обзор отдельных сдерживающих агрессивные проявления личностных структур. Представляется, что ингибиторы

агрессии в настоящее время изучаются преимущественно в качестве дополнительного фактора в генезе агрессивного поведения, в связи с чем более распространенным является подход, согласно которому оценивается вклад в агрессивно-насильственное действие только единичного ингибитора или небольшой группы однотипных ингибиторов. Вместе с тем, согласно некоторым современным исследованиям [7; 8; 9; 13], необходимо учитывать вклад в агрессивные действия одновременно целого комплекса сдерживающих агрессию структур, причем подобная оценка должна происходить не только на количественном, но и на качественном уровне. Также немаловажным представляется учет характера ситуации, в которой развивается агрессивное поведение, от нейтрального до психотравмирующего, так как в различных ситуациях у одного и того же индивидуума актуализируются различные проагрессивные и сдерживающие агрессию структуры [8;13]. Именно данное направление исследований в области изучения природы агрессивного поведения представляется наиболее перспективным.

Подводя итоги, можно сделать вывод, что в настоящее время существует большое количество исследований как отдельных форм ингибиторов агрессии, так и фундаментальных теорий агрессии, которые в ряде случаев напрямую не выделяют сдерживающих агрессию личностных структур, однако при детальном рассмотрении обнаруживают описание психологических механизмов взаимодействия проагрессивных и тормозящих агрессию компонентов. Также следует отметить, что отдельные авторы убеждены, что факторы, способствующие агрессивному поведению в силу определенных причин, например, их отсутствия, могут и тормозить проявления агрессии, что, по их мнению, снижает значимость изучения отдельно защитных факторов. Однако несмотря на неоднозначное отношение многих авторов к проблеме ингибиторов агрессии, представляется крайне важным продолжение их всестороннего исследования, от успешности которого на фундаментальном и прикладном уровнях зависит эффективность профилактических и превентивных мер, разрабатываемых в отношении лиц, склонных к совершению агрессивных действий.

Таким образом, проблема ингибиторов агрессии стоит на пороге нового этапа изучения, заключающегося в создании целостной модели агрессивного поведения, учитывающей не только личностные структуры, способствующие проявлению агрессии, но и внутренние факторы, тормозящие ее проявление. Данная целостная модель должна учитывать не только индивидуально-психологические особенности, но гендерные и возрастные характеристики «агрессора», а ингибиторы агрессии должны охватывать широкий спектр личностных структур, оказывающих тормозящее воздействие через различные психологические механизмы.



---

## Литература

1. *Алексеева Л.В.* Проблема юридически значимых эмоциональных состояний: Учебное пособие. – Тюмень: Изд-во ТюмГУ, 1996. 128 с.
2. *Бандура А.* Теория социального научения. – СПб.: Евразия, 2000. 320 с.
3. *Берковиц Л.* Агрессия: причины, последствия и контроль. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2002. 512 с.
4. *Бэрн Р., Ричардсон Д.* Агрессия. — СПб.: Питер, 2001. 352 с.
5. *Гулевич О.А.* Психологические аспекты юриспруденции: Учебное пособие. 2-е изд., испр. и доп. – М.: НОУ ВПО Московский психолого-социальный институт, 2009. 512 с.
6. *Иванников В.А.* Психологические механизмы волевой регуляции: Учебное пособие. 3-е изд. – СПб.: Питер, 2006. 208 с.
7. *Калашникова А.С.* Соотношение личностных предпосылок разнонаправленной (гетеро- и ауто-) агрессии // Мир психологии. 2009. № 4. С. 258–266.
8. *Калашникова А.С.* Психологические механизмы аутоагрессивных и гетероагрессивных действий у лиц с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2011. № 3(8). URL: [http://www.medpsy.ru/mprj/archiv\\_global/2011\\_3\\_8/nomer/nomer07.php](http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_3_8/nomer/nomer07.php) (дата обращения: 18.11.2013).
9. *Калашникова А.С., Василенко Т.Г.* Особенности проявления проагрессивных и ингибирующих агрессию структур у лиц, совершивших агрессивные правонарушения [Электронный ресурс] // Психология и право. 2013. № 3. URL: <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2013/n3/63789.shtml> (дата обращения: 24.02.2014).
10. *Ложкин А.И.* Психология личности агрессивно-насильственного преступника (мотивационно-смысловой аспект). Екатеринбург: Изд-во Урал. юрид. ин-та МВД России, 2002. 136 с.
11. *Налчаджян А.А.* Агрессивность человека. – СПб.: Питер, 2007. 736 с.
12. *Рапинов А.Р.* Психология личности преступника. Ценностно-нормативный подход // Личность преступника как объект психологического исследования. – М., 1979. С. 3–39.
13. *Сафуанов Ф.С.* Психология криминальной агрессии. – М.: «Смысл», 2003. 300 с.
14. *Фрейд А.* Психология «я» и защитные механизмы. – М., 1993. 134 с.

- 
15. Хекхаузен Х. Агрессия. Мотивация и деятельность. – М., 1986. Т. 1. С. 365–405.
  16. Щербатых Ю.В. Психология страха: популярная энциклопедия. – М.: Эксмо, 2005. 512 с.
  17. Юнг К.Г. Аналитическая психология. – СПб.: МНЦНК и «Кентавр», 1994. 258 с.
  18. Anderson G.A., Carnagey N.L. Violent evil and the general aggression model / Chapter in Miller A. G. (Ed.) The social psychology of good and evil. New York Guilford Publications, 2004. Pp. 162–192.
  19. Cattell R.B., Eber H.W., Tatsuoka M.M. Handbook for the sixteen-personality factor questionnaire (16 PF). Champaign (Illinois), 1970.
  20. Cobb R.A., DeWall C.N., Lambert N.M., Fincham F.D. Implicit theories of relationships and close relationship violence: does believing your relationship can grow relate to lower perpetration of violence? / Personality and social psychology bulletin. 2013. Pp. 279–292.
  21. Costa F.M., Jessor R., Turbin M.S. Transition into adolescent problem drinking: The role psychosocial risk and protective factors // Journal of Studies on Alcohol, 1999. № 60. Pp. 480–490.
  22. Dengerink H.A., O'Leary M.R., Kasner K.H. Individual differences in aggressive responses to attack: internal-external locus of control and field dependence-independence // Journal for Research in personality. 1975.
  23. DeWall C.N., Anderson C.A., Bushman B.J. The general aggression model: Theoretical extensions to violence / Psychology of Violence. 2011. № 1. Pp. 245–258.
  24. Dorsky F. The effects of social and physical anxiety on human aggressive behavior. Kent State University, 1972.
  25. Fishbein D. neuropsychological function, drug abuse, and violence: a conceptual framework / criminal justice and behavior, 2000. Pp. 1–23.
  26. Hawkins J.D., Catalano R.F., Miller J.Y. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention // Psychological Bulletin, 1992. № 112. Pp. 64–105.
  27. Knott P.D., Lasater L., Shuman R. Aggression-guilt and conditionability fir aggressiveness // Journal of Personality. 1974.
  28. Konradt H.-J. Aggressionsmotiv und Aggressionshemmung. Bd. 1. Bern, 1982.
  29. Krebs D., Miller D. Altruism and aggression // Handbook of social psychology. N.Y., 1985. Pp. 1–71.

- 
30. *Kuppens P., Mechelen I.V., Meulders M.* Every cloud has a silver lining: interpersonal and individual differences determinants of anger-related behaviors / *Personality and social psychology bulletin*, 2004. Pp. 1–16.
  31. *Mussen P.H., Naylor H.K.* The relationship between overt and fantasy aggression // *Journal of Abnormal and Social psychology*, 1954.
  32. *Palermo M.T.* Pervasive developmental disorders, psychiatric comorbidities, and the law / *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 2004. Pp. 40–48.
  33. *Ross T., Fontao M.I.* The relationship of self-regulation and aggression: an empirical test of personality systems interaction theory / *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 2008. Pp. 554–572.
  34. *Rutter M.* Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder // *Br J Psychiatr*, 1985. Pp. 598–611.
  35. *Tangney J.P., Stuewig J., Mashek D., Hastings M.* Assessing jail inmates' proneness to shame and guilt: feeling bad about the behavior or the Self? / *Criminal justice and behavior*, 2011. Pp. 710–734.
  36. *Taylor S.P.* Aggressive behavior and physiological arousal as a function of provocation and the tendency to inhibit aggression // *Journal of Personality*, 1967. 35 p.
  37. *Veneziano C., Veneziano L.* The relationship between deterrence and moral reasoning / *Criminal justice review*, 1992. Pp. 1–11.
  38. *VriesRobbé de, Vogel de.* Chapter on Protective factors for violence risk: Bringing balance to risk assessment and management // *Managing Clinical Risk by Caroline Logan & Lorraine Johnstone*, 2012. Pp. 293–310.
  39. *Wagner E.* The Hand Test. Projective test used as a predictor of overt aggression // *Psychology Tests. N.Y.*, 1971. Pp. 241–256.
  40. *Webster C.D., Martin M., Brink J., Nicholls T.L., Middleton C.* Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): An evaluation and planning guide. Hamilton, Ontario: St. Joseph's Healthcare Hamilton, 2004. Pp. 1–15.
  41. *Wilkins J.L., Scharff W.H., Schlottmann R.S.* Personality type, reports of violence, and aggressive behavior // *Journal of Personality and social psychology*. 1974.
  42. *Wilkowski B.M.* Responding to social signals for response inhibition: a psychological process underlying trait anger/ social psychological and personality science, 2012. Pp. 1–9.
  43. *Zillmann D.* Excitation transfer in communication-mediated aggressive behavior // *Journal Experimental social psychology*. 1971.

---

# A review of research on the problem of aggression inhibitors (Part II)

*Kalashnikova A.S., PhD in Psychology, Associate Professor, Chair of Clinical and Forensic Psychology, Department of Legal Psychology, MCUPE, Senior Research Assistant, V.P. Serbskiy State Research Center of Social and Forensic Psychiatry, Russian Ministry of Health (kaspsy@mail.ru)*

*Dvoryanchikov N.V., PhD in Psychology, dean, department of legal psychology, Moscow State University of Psychology and Education (dvorian@gmail.com)*

*Vasilenko T.G., Post-graduate Student, Chair of Legal Psychology, MSUPE (vol4onka@mail.ru)*

---

Many researchers in the genesis of the formation of aggressive behavior inextricably consider proaggressive and constraining, or inhibiting, aggressive manifestations of structure. The second part of the article deals with a theoretical overview of the problem of aggression inhibitors, which covers the latest Russian and foreign research aimed at studying the individual manifestations of factors deterring aggression. For basis for the analysis we chose classification of personality structures inhibiting aggressive manifestations, proposed by F.S. Safuanov, which includes values, socio-normative, dispositional, emotional, communicative, intellectual restraining structure and psychological protective mechanisms. We made conclusion that the problem of aggression inhibitors currently stands on the threshold of a new phase of the study, that is to provide a holistic model, including illegal aggressive behavior, taking into account not only the socio-psychological characteristics of "aggressor" and his victims, and personality structures that promote and inhibiting aggression, but also covering a wide range of inhibitors of aggression, acting through different psychological mechanisms.

**Keywords:** aggressive behavior, aggression inhibitors, personality structures inhibiting aggression, protective factors, Russian and foreign research.

---

## References

1. *Alekseeva L.V.* Problema juridicheski znachimyh jemocio-nal'nyh sostojanij: Uchebnoe posobie. – Tjumen': Izd-vo TjumGU, 1996. 128 s.
2. *Bandura A.* Teorija social'nogo nauchenija. – SPb.: Evrazija, 2000. 320 s.
3. *Berkovic L.* Agressija: prichiny, posledstvija i kontrol'. – SPb.: Prajm-EVROZNAK, 2002. 512 s.
4. *Bjeron R., Richardson D.* Agressija. — SPb.: Piter, 2001. 352 s.

5. *Gulevich O.A.* Psihologicheskie aspekty jurisprudencii: Uchebnoe posobie. 2-e izd., ispr. i dop. – M.: NOU VPO Moskovskij psihologo-social'nyj institut, 2009. 512 s.
6. *Ivannikov V.A.* Psihologicheskie mehanizmy volevoj reguljarii: Uchebnoe posobie. 3-e izd. – SPb.: Piter, 2006. 208 s.
7. *Kalashnikova A.S.* Sootnoshenie lichnostnyh predposylok raznonapravlennoj (getero- i auto-) agressii // Mir psihologii. 2009. № 4. S. 258–266.
8. *Kalashnikova A.S.* Psihologicheskie mehanizmy autoagressivnyh i geteroagressivnyh dejstvij u lic s psihicheskimi rasstrojstvami, ne iskljuchajushhimi vmenjaemosti [Jelektronnyj resurs] // Medicinskaja psihologija v Rossii. 2011. № 3(8). URL: [http://www.medpsy.ru/mprij/archiv\\_global/2011\\_3\\_8/nomer/nomer07.php](http://www.medpsy.ru/mprij/archiv_global/2011_3_8/nomer/nomer07.php) (data obrashhenija: 18.11.2013).
9. *Kalashnikova A.S., Vasilenko T.G.* Osobennosti projavlenija proagressivnyh i ingibirujushhih agressiju struktur u lic, sovershivshih agressivnye pravonarushenija [Jelektronnyj resurs] // Psihologija i pravo. 2013. № 3. URL: <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2013/n3/63789.shtml> (data obrashhenija: 24.02.2014).
10. *Lozhkin A.I.* Psihologija lichnosti agressivno-nasil'stvennogo prestupnika (motivacionno-smyslovoj aspekt). Ekaterinburg: Izd-vo Ural. jurid. in-ta MVD Rossii, 2002. 136 s.
11. *Nalchadzhjan A.A.* Agressivnost' cheloveka. – SPb.: Piter, 2007. 736 s.
12. *Ratinov A.R.* Psihologija lichnosti prestupnika. Cennostno-normativnyj podhod // Lichnost' prestupnika kak ob#ekt psiho-logicheskogo issledovanija. – M., 1979. S. 3–39.
13. *Safuanov F.S.* Psihologija kriminal'noj agressii. – M.: «Smysl», 2003. 300 s.
14. *Frejd A.* Psihologija «ja» i zashhitnye mehanizmy. – M., 1993. 134 s.
15. *Hekhauzen H.* Agressija. Motivacija i dejatel'nost'. – M., 1986. T. 1. S. 365–405.
16. *Shherbatyh Ju.V.* Psihologija straha: populjarnaja jenciklopedija. – M.: Jeksmo, 2005. 512 s.
17. *Jung K.G.* Analiticheskaja psihologija. – SPb.: MNCNK i «Kentavr», 1994. 258 s.
18. *Anderson G.A., Carnagey N.L.* Violent evil and the general aggression model / Chapter in Miller A. G. (Ed.) The social psychology of good and evil. New York Guilford Publications, 2004. Pp. 162–192.

- 
19. *Cattell R.B., Eber H.W., Tatsuoka M.M.* Handbook for the sixteen-personality factor questionnaire (16 PF). Champaign (Illinois), 1970.
  20. *Cobb R.A., DeWall C.N., Lambert N.M., Fincham F.D.* Implicit theories of relationships and close relationship violence: does believing your relationship can grow relate to lower perpetration of violence? / Personality and social psychology bulletin. 2013. Pp. 279–292.
  21. *Costa F.M., Jessor R., Turbin M.S.* Transition into adolescent problem drinking: The role psychosocial risk and protective factors // Journal of Studies on Alcohol, 1999. № 60. Pp. 480–490.
  22. *Dengerink H.A., O'Leary M.R., Kasner K.H.* Individual differences in aggressive responses to attack: internal-external locus of control and field dependence-independence // Journal for Research in personality. 1975.
  23. *DeWall C.N., Anderson C.A., Bushman B.J.* The general aggression model: Theoretical extensions to violence / Psychology of Violence. 2011. № 1. Pp. 245–258.
  24. *Dorsky F.* The effects of social and physical anxiety on human aggressive behavior. Kent State University, 1972.
  25. *Fishbein D.* Neuropsychological function, drug abuse, and violence: a conceptual framework / criminal justice and behavior, 2000. Pp. 1–23.
  26. *Hawkins J.D., Catalano R.F., Miller J.Y.* Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention // Psychological Bulletin, 1992. № 112. Pp. 64–105.
  27. *Knott P.D., Lasater L., Shuman R.* Aggression-guilt and conditionability fir aggressiveness // Journal of Personality. 1974.
  28. *Konradt H.-J.* Aggressionsmotiv und Aggressionshemmung. Bd. 1. Bern, 1982.
  29. *Krebs D., Miller D.* Altruism and aggression // Handbook of social psychology. N.Y., 1985. Pp. 1–71.
  30. *Kuppens P., Mechelen I.V., Meulders M.* Every cloud has a silver lining: interpersonal and individual differences determinants of anger-related behaviors / Personality and social psychology bulletin, 2004. Pp. 1–16.
  31. *Mussen P.H., Naylor H.K.* The relationship between overt and fantasy aggression // Journal of Abnormal and Social psychology, 1954.

- 
32. *Palermo M.T.* Pervasive developmental disorders, psychiatric comorbidities, and the law / *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 2004. Pp. 40–48.
  33. *Ross T., Fontao M.I.* The relationship of self-regulation and aggression: an empirical test of personality systems interaction theory / *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 2008. Pp. 554–572.
  34. *Rutter M.* Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder // *Br J Psychiatr*, 1985. Pp. 598–611.
  35. *Tangney J.P., Stuewig J., Mashek D., Hastings M.* Assessing jail inmates' proneness to shame and guilt: feeling bad about the behavior or the Self? / *Criminal justice and behavior*, 2011. Pp. 710–734.
  36. *Taylor S.P.* Aggressive behavior and physiological arousal as a function of provocation and the tendency to inhibit aggression // *Journal of Personality*, 1967. 35 p.
  37. *Veneziano C., Veneziano L.* The relationship between deterrence and moral reasoning / *Criminal justice review*, 1992. Pp. 1–11.
  38. *VriesRobbé de, Vogel de.* Chapter on Protective factors for violence risk: Bringing balance to risk assessment and management // *Managing Clinical Risk* by Caroline Logan & Lorraine Johnstone, 2012. Pp. 293–310.
  39. *Wagner E.* The Hand Test. Projective test used as a predictor of overt aggression // *Psychology Tests*. N.Y., 1971. Pp. 241–256.
  40. *Webster C.D., Martin M., Brink J., Nicholls T.L., Middleton C.* Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): An evaluation and planning guide. Hamilton, Ontario: St. Joseph's Healthcare Hamilton, 2004. Pp. 1–15.
  41. *Wilkins J.L., Scharff W.H., Schlottmann R.S.* Personality type, reports of violence, and aggressive behavior // *Journal of Personality and social psychology*. 1974.
  42. *Wilkowski B.M.* Responding to social signals for response inhibition: a psychological process underlying trait anger/ social psychological and personality science, 2012. Pp. 1–9.
  43. *Zillmann D.* Excitation transfer in communication-mediated aggressive behavior // *Journal Experimental social psychology*. 1971.

---

# Профессионально- обусловленные деструкции сотрудников отделов охраны исправительных учреждений Федеральной службы исполнения наказаний РФ

*Красник В.С., кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии факультета психологии и педагогики Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Челябинский государственный университет» (krasnikvadim@rambler.ru)*

*Кадочникова И.В., психолог психологической лаборатории Федерального Казенного Учреждения «Исправительная колония № 1» ГУФСИН России по Челябинской области, магистрант факультета психологии и педагогики Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Челябинский государственный университет» (irishechkadruga@mail.ru)*

---

В настоящей статье поднимается проблема формирования профессионально обусловленных деструкций сотрудников уголовно-исполнительной системы. Гипотеза исследования звучит следующим образом: в процессе профессиональной деятельности у сотрудников отдела охраны УИС появляются профессионально обусловленные деструкции. Численность выборки составила 60 мужчин в возрасте от 18 до 40 лет, сотрудники уголовно-исполнительной системы (отдела охраны). В качестве основных методов были выбраны психодиагностический (метод тестирования) и статистический (математический анализ). Анализ результатов позволил сделать вывод о влиянии условий профессиональной деятельности на личность сотрудника, а именно: развитие профессионально обусловленных акцентуаций по тревожному типу на первоначальных этапах служебно-профессиональной деятельности ( $p=0,005$ ), а также развитие профессионально обусловленных акцентуаций по педантичному ( $p=0,000$ ), дистимному ( $p=0,002$ ), застревающему ( $p=0,005$ ) типам. Так, данное исследование позволило заключить, что, действительно, в зависимости от стажа служебно-профессиональной деятельности у сотрудников уголовно-исполнительной системы формируются профессионально-обусловленные деструкции.

**Ключевые слова:** профессионально обусловленные деструкции, профессиональная деформация, профессионально обусловленные акцентуации, уголовно-исполнительная система, профессиональная изоляция.

---



Для цитаты:

Красник В.С., Кадочникова И.В. Профессионально-обусловленные деструкции сотрудников отделов охраны исправительных учреждений Федеральной службы исполнения наказаний РФ [Электронный ресурс] // Психология и право psyandlaw.ru. 2014. №2. URL: [http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Krasnik\\_Kadochnikova.phtml](http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Krasnik_Kadochnikova.phtml) (дата обращения: дд.мм.гггг)

Krasnik V.S., Kadochnikova I.V. Professionally-mediated degradation of employees of security departments of correctional institutions of the Federal Penitentiary Service of the Russian Federation. Jelektronnyj resurs «Psihologiya I pravo psyandlaw.ru», E-journal «Psychology and law», 2014. no. 2. Available at: [http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Krasnik\\_Kadochnikova.phtml](http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Krasnik_Kadochnikova.phtml) (Accessed dd.mm.yyyu)

В современном мире в условиях непрерывного возникновения, развития и усложнения различных видов трудовой активности людей актуальна проблема субъекта профессиональной деятельности, выявления условий и факторов, препятствующих движению к акме и достижению вершин в личностном и профессиональном развитии, изучение стадий профессиональной жизни, кризисов профессионального развития. Актуальной представляется проблема изучения и описания различных видов профессиональной деятельности, а так же качественное своеобразие общностей людей, организаций на разных ступенях их развития.

Сегодня комплексно освещаются вопросы профессионализма (А.К.Маркова, В.Г.Зазыкин, Н.В.Кузьмина, К.М.Гуревич), профессионального развития личности (Е.А.Климов, А.К.Маркова, Э.Ф.Зеер, Н.С.Пряжников, К.М.Митина), возникновения профессионально обусловленных деструкций (Э.Ф.Зеер, Э.Э.Сыманюк, А.К.Маркова), акмеологии (А.А.Деркач, В.Г.Зазыкин, А.А.Бодалев, А.Маслоу) и пр. В рамках нашего исследования мы сконцентрировались на изучении того, что происходит с личностью работника под влиянием специфических условий профессиональной деятельности, в частности на профессионально обусловленных деструкциях сотрудников уголовно-исполнительной системы (далее-УИС).

Опираясь на концепцию Э.Ф.Зеера, Э.Э. Сыманюк, мы констатируем, что в процессе выполнения профессиональной деятельности неизбежно происходят структурные изменения различного характера. Причем, данные изменения могут способствовать усилению, интенсификации процесса профессионального развития; в противном случае мы говорим о возникновении профессионально-обусловленных деструкций субъекта деятельности. В основе нашего исследования лежит понимание профессионально-обусловленных деструкций как изменений сложившейся структуры деятельности и личности, негативно сказывающихся на продуктивности труда и взаимодействии с другими участниками этого процесса. [2] Мы изучаем профессионально обусловленные акцентуации и сопряженный с последними феномен профессиональной деформации сотрудников УИС. Под профессионально обусловленными акцентуациями понимается чрезмерная

выраженность отдельных черт, личностных, характерологических проявлений (интеллектуальных, эмоциональных, волевых, поведенческих), а также некоторых профессионально обусловленных свойств и качеств личности, отрицательно сказывающихся на деятельности и поведении специалиста.[2] Под профессиональной деформацией понимается негативное изменение качеств личности, появление нежелательных в процессе выполнения профессиональной деятельности. [2]

Актуальность данного исследования обусловлена тем фактом, что в современное время в условиях реформирования уголовно-исполнительной системы, предъявляются повышенные требования к качеству профессиональной деятельности, выполняемой личным составом пенитенциарных учреждений. В связи с этим управляющим аппаратом и психологическими службами уделяется повышенное внимание проблемам профессионального функционирования персонала УИС, влияния условий служебно-профессиональной деятельности на личность сотрудника и пр. Это позволяет реализовать работу профилактического характера, направленную на предотвращение возникновения негативных последствий профессиональной деятельности в УИС. Анализ психологической литературы (А.К.Маркова, А.И. Ушатиков, В.Г.Деев, М.Г. Дебольский, О.Г. Ковалев, В.Л. Васильев, М.И. Еникеев, И.И. Соколов и др.) свидетельствует о реально существующей проблеме влияния условий профессиональной деятельности на личность сотрудника пенитенциарного учреждения.

Предполагаемая новизна данной работы заключается в том, что на сегодняшний день в практически отсутствуют систематизированные научные психолого-акмеологические исследования в области профессионально-обусловленных деструкций сотрудников УИС.

Гипотеза исследования - в процессе профессиональной деятельности у сотрудников отдела охраны УИС появляются профессионально обусловленные деструкции. По мере увеличения стажа служебной деятельности у сотрудников отдела охраны развиваются профессионально обусловленные акцентуации и, как следствие, профессиональная деформация.

Исследование проводилось на базе ГУФСИН России по Челябинской области. В исследовании приняли участие 60 сотрудников отдела охраны, мужчины в возрасте от 18-40 лет. Испытуемые распределялись по стажу служебно-профессиональной деятельности (до трех лет в системе, от трех лет до семи, от семи лет и более). Основными методами эмпирического исследования являются психодиагностический и статистический (математический анализ с помощью компьютерной программы SPSS версии 17.0). Использовались ММИЛ (методика многофакторного исследования личности) и КОТ (краткий отборочный тест).

Интерпретация результатов осуществлялась в два этапа: 1) анализ результатов первого (при поступлении на службу) и второго (текущего) срезов (с использованием критерия для зависимых выборок t-Стьюдента); 2) анализ результатов, полученных в трех группах испытуемых, разделенных по стажу деятельности (с использованием критерия для независимых выборок Н-Краскала-Уолеса).

Интерпретация результатов, полученных после углубленного психодиагностического обследования сотрудников отдела охраны, показала достаточно закономерные факты. Сотрудники на первоначальных этапах служебной деятельности демонстрируют повышение показателей по двум шкалам ММИЛ: по шкале 1-й - ипохондрии и по шкале 7-й - психастении, что выявляет усиление невротического самоконтроля и соматизацию тревоги. [5] Данные тенденции свидетельствуют о развитии профессионально обусловленных акцентуаций по тревожному типу, включающих в том числе и самокритичность, обязательность, и отчасти по педантичному типу, проявляясь в чрезмерной тщательности, формализме, неспособности принятия самостоятельных решений в профессиональной деятельности. [2]

Молодой специалист, активно усваивающий нормы профессионального общения, навыки, трудовую дисциплину, традиции в коллективе и пр., пытается создать имидж серьезного работника, который видит свою цель в овладении основными навыками профессии, а также в проявлении ответственности и определенных организаторских способностей. Пытаясь участвовать в решении профессиональных задач и завоевывая определенное доверие к себе проявляет высокий уровень тревожности как на определенные стимулы, так и в целом. [3] Напротив, сотрудники, прослужившие около четырех лет испытывают разочарование, неудовлетворенность профессией, а вот у сотрудников со стажем службы в УИС около 7 – 8 лет прослеживается тенденция к появлению таких нежелательных качеств, как безразличие, потеря интереса к работе и пр. [4] Однако, наряду с понижением показателей по 7-й шкале соразмерно годам, отработанным в системе, наблюдается дальнейшее повышение показателей по 1-й шкале (особенно у сотрудников, служащих более семи лет). В связи с этим сотрудники проявляют такие качества, как исполнительность, умение подчиняться установленному порядку и следовать определенным инструкциям и директивам, аккуратность, умение сдерживать слабости, правильность, последовательность. Указанные качества отвечают за развитие профессионально обусловленных акцентуаций по педантичному типу. В целом, данные личностные изменения носят положительный характер в деятельности, способствуют более эффективной адаптации. Однако, впоследствии возможно развитие профессиональной деформации. Данная тенденция может быть обусловлена спецификой профессиональной деятельности сотрудников отдела охраны, которая, с одной стороны, протекает в условиях постоянного видеонаблюдения, что формирует чувство внутренней напряженности и стремление соответствовать предписанным обязанностям. С другой стороны, сама охранная деятельность формирует в человеке понимание невозможности отступления от алгоритма профессиональной деятельности в силу повышенной субъективной значимости выполняемой деятельности, культивируемой также и в обществе. (Результаты представлены в табл. 1, 4)

Таблица 1

Результаты исследования в отделе охраны (сравнение первого и второго диагностических срезов сотрудников со стажем профессиональной деятельности до 3-х лет в системе) (с использованием t-Стьюдента для зависимых выборок и средних значений)

Шкалы используемых методик, по которым обнаружены различия	1-й психодиагностический срез («входное» тестирование)	2-й психодиагностический срез	Уровень значимости (p)
1-я шкала (ипохондрии)	48	55	0,004
7-я шкала (психастении)	52	60	0,002

У сотрудников отдела охраны имеющих стаж служебной деятельности от трех до семи лет, отмечается повышение показателей по 2-й шкале (депрессия). Указанная тенденция увеличивается соразмерно трудовому стажу. Деятельность сотрудников отдела охраны, несущих службу с огнестрельным оружием, достаточно специфична. Ежедневное выполнение на протяжении долгих лет алгоритмизированных действий в ситуации непрерывного взаимодействия с оружием, пространственной изоляции («вышка»), выполнение профессиональной деятельности в обездвиженном состоянии (только сидя), постоянная потребность в концентрации внимания, общей собранности и состояния мобилизованности психофизиологических ресурсов, наличие перечня запрещенных действий в момент несения службы, непрекращающиеся доклады в строго определенное время, нахождение под видеонаблюдением – все это способствует развитию профессионально обусловленных деструкций по дистимному типу.

Ситуация исполнения функционально-должностных обязанностей в ситуации, с одной стороны – монотонных условий деятельности, с другой – условий, отличающихся повышенных психоэмоциональной и физической напряженностей, формирует у сотрудника отдела охраны, несущего службу с огнестрельным оружием, неудовлетворенность, фрустрированность, пессимистическую оценку своих дальнейших перспектив.

Сотрудник оказывается в состоянии профессиональной стагнации, «застоя» деятельности. По мере роста указанных состояний и заостренных качеств формируется профессиональная деформация личности. (Результаты представлены в табл. 2, 3, 4)

У сотрудников отдела охраны, имеющих стаж профессиональной деятельности от трех до семи лет, наблюдается повышение показателей по 6-й шкале – паранойяльности. Происходит формирование профессионально обусловленных акцентуаций по застревающему типу, что находит свое отражение в проявлении мотивационной (недостаточное побуждение к действию, отсутствие стремления изменить наличную ситуацию) ригидности и когнитивной ригидности.

Наличие подобных изменений в когнитивной сфере проверяется результатами КОТа, где у сотрудников с выслугой более семи лет отмечается понижение практически по всем шкалам. Указанная тенденция может быть обусловлена тем фактом, что сотрудник системы зачастую не вовлекается в решение различных задач, требующих приложения мыслительных сил. Профессиональная деятельность требует от личности сотрудника следования алгоритмизированным действиям, содержащим заранее предопределенные операции, отступление от которых не поощряется. Однако, отмечается повышение по шкале «Способность к концентрации внимания». Данный факт обусловлен спецификой профессиональной деятельности сотрудников отдела охраны, а точнее – служба на наблюдательном посту, предотвращение побегов осужденных. (Результаты представлены в табл. 2, 3, 4).

Персонал отдела охраны, имеющий выслугу от трех до семи лет, демонстрирует понижение показателей достаточно стремительного характера по 5-й шкале – выраженности мужских и женских черт, которая отражает степень соответствия полоролевого поведения. Это способствует развитию личности по маскулинному типу, формируя профессиональную деформацию личности, проявляемую в таких качествах, как агрессивность, жесткость, принципиальность, твердость намерений, решительность). [4] (Результаты представлены в табл. 2, 3, 4).

Таблица 2

Результаты исследования в отделе охраны (сравнение первого и второго диагностических срезов сотрудников со стажем профессиональной деятельности от 3-х до 7-ми лет в системе) (с использованием t-Стьюдента для зависимых выборок)

Шкалы используемых методик, по которым обнаружены различия	1-й психодиагностический срез («входное» тестирование)	2-й психодиагностический срез	Уровень значимости (p)
1-я шкала (ипохондрии)	41	59	0,019
7-я шкала (психастении)	60	41	0,038
2-я шкала (депрессии)	48,7	57,3	0,000
6-я шкала (паранойяльности)	42	54	0,033
5-я шкала (выраженности женских и мужских черт)	43,1	57,2	0,051

Таблица 3

Результаты исследования в отделе охраны (сравнение первого и второго диагностических срезов сотрудников со стажем профессиональной деятельности более 7-ми лет в системе) (с использованием t-Стьюдента для зависимых выборок)

Шкалы используемых методик, по которым обнаружены различия	1-й психодиагностический срез («входное» тестирование)	2-й психодиагностический срез	Уровень значимости (p)
1	2	3	4
1-я шкала (ипохондрии)	36	64	0,005
7-я шкала (психастении)	59	36	0,015
2-я шкала (депрессии)	49,4	64,1	0,008
5-я шкала (выраженности женских и мужских черт)	55	38,6	0,051
6-я шкала (паранойяльности)	41	59	0,001
Способность к обобщению и анализу информации	9	4,5	0,000
Пространственное мышление	1,3	0,4	0,013
Отсутствие эмоциональной деструкции	0,4	2,1	0,001
Способность к концентрации внимания	1,3	6,8	0,000
Гибкость мыслительных процессов	2,2	0,31	0,016
Интегральный показатель	16,3	7,9	0,003

Таблица 4

Результаты исследования в отделе охраны (по критерию стажа служебной деятельности) (с использованием критерия Н-Краскалла-Уолеса и средних значений)

Шкалы используемых методик, по которым обнаружены различия	Среднее в 1-й группе (до 3-х лет в системе)	Среднее во 2-й группе (от трех до семи лет в системе)	Среднее в 3-й группе (более 7-ми лет в системе)	Уровень значимости (p)
1-я шкала (ипохондрии)	36	41	55	0,005
7-я шкала (психастении)	60	41	36	0,000
2-я шкала (депрессии)	46,2	57,3	64,1	0,002
6-я шкала (паранойяльность)	38	42	60	0,005
5-я шкала (выраженности женских и мужских черт)	52,3	47,2	38,6	0,019
Способность к обобщению и анализу информации	7,9	6	4,5	0,008
Пространственное мышление	1,3	0,9	0,3	0,002
Отсутствие эмоциональной деструкции	2	1,6	0,3	0,026
Способность к концентрации внимания	1,5	4,2	6,8	0,002
Гибкость мыслительных процессов	8,4	5,2	1,4	0,012

---

Интегральный показатель	16	11,4	9,2	0,001
-------------------------	----	------	-----	-------

Таким образом, гипотеза данного исследования подтверждена. При этом, целесообразно заключить, что изначально проявляются профессионально обусловленные акцентуации, которые впоследствии порождают психологическую разбалансированность личности [2], «перерастая» в специфически окрашенную профессиональную деформацию личности профессионала.



## Литература

1. *Безносков, С.П.* Теоретические основы изучения профессиональной деформации личности / С.П. Безносков. – СПб., 1995. – 167 с.
2. *Зеер Э.Ф., Сыманюк Э.Э.* Психология профессиональных деструкций: Учебное пособие для вузов. – М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2005. – 240 с. – («Gaudeamus»)
3. Организация психологической поддержки и коррекции профессиональной деформации сотрудников учреждения ИЗ – 74/3. Министерство юстиции РФ, ГУИН по Челябинской области. – Челябинск, 2005.
4. Психологическое обеспечение деятельности правоохранительных органов: (актуальные проблемы профилактики различных форм деструктивного поведения сотрудников): материалы Всероссийской научно – практической конференции, 1-2 апреля 2010г. – Челябинск: Изд-во ООО «Печатный двор», 2010. – 223 с.
5. *Собчик Л.Н.* Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛ. - СПб, 2000. - 219 с.

# Professionally-mediated degradation of employees of security departments of correctional institutions of the Federal Penitentiary Service of the Russian Federation

*Krasnik V.S., PhD in psychology, Chelyabinsk State University (krasnikvadim@rambler.ru)*

*Kadochnikova I.V., psychologist, psychological laboratory Federal State Institution "Penal colony № 1", Russia, Chelyabinsk region, Master Student, Chelyabinsk State University (irishechkadraga@mail.ru)*

---

This article raises the problem of professional destructions of the penitentiary system employees. The hypothesis of the study is as follows: in the course of professional activity the employees of security departments of penitentiary system show professionally conditioned destruction. Study sample consisted of 60 men aged 18 to 40 years, the staff of the penal system (Security Division). The main methods were psychodiagnostic (test method) and statistical (mathematical analysis). Analysis of the results led to the conclusion about the impact of the conditions of professional activity on the employee personality, namely the development of professionally caused accentuation of the alarm type in the initial stages of service and professional activities ( $p = 0.005$ ), as well as the development of professionally caused pedantic ( $p = 0.000$ ), dysthymic ( $p = 0.002$ ), stuck ( $p = 0.005$ ) accentuation types. Thus, this study led to the conclusion that, indeed, depending on the length of service and professional activities of the employees of the penitentiary system professional-mediated degradation occurs.

**Keywords:** professionally conditioned degradation, professional deformation, professionally conditioned accentuation, penitentiary system, professional isolation.

---

## References

1. *Beznosov, S.P.* Teoreticheskie osnovy izucheniya professional'noj deformacii lichnosti / S.P. Beznosov. – SPb., 1995. –167 s.
2. *Zeer Je.F., Symanjuk Je.Je.* Psihologija professional'nyh destrukcij: Uchebnoe posobie dlja vuzov. – M.: Akademicheskij Proekt; Ekaterinburg: Delovaja kniga, 2005. – 240 s. – («Gaudeamus»)

3. Organizacija psihologicheskoj podderzhki i korrkcii professional'noj deformacii sotrudnikov uchrezhdenija IZ – 74/3. Ministerstvo justicii RF, GUIN po Cheljabinskoj oblasti. – Cheljabinsk, 2005.
4. Psihologicheskoe obespechenie dejatel'nosti pravoohranitel'nyh organov: (aktual'nye problemy profilaktiki razlichnyh form destruktivnogo povedenija sotrudnikov): materialy Vserossijskoj nauchno – prakticheskoj konferencii, 1-2 aprelja 2010g. – Cheljabinsk: Izd-vo OOO «Pечатnyj dvor», 2010. – 223 s.
5. *Sobchik L.N.* Standartizirovannyj mnogofaktornyj metod issledovanija lichnosti SMIL. - SPb, 2000. - 219 s.

# Методология и психотехника реконструкции личностного «Я» в клинике заболеваний различного спектра

*Максименко К.С., кандидат психологических наук, доцент, докторант Киевского национального университета имени Тараса Шевченко, e-mail: 244-19-63@mail.ru)*

В статье на репрезентативном материале современной отечественной теории и практики психотерапии показано, что психологический аспект соматического страдания хотя и осознается современной медициной, традиционно трактуется как второстепенный и не поддающийся прогнозированию и алгоритмизированию. Осуществлен метатеоретический анализ отечественных и зарубежных концепций в практике психотерапии соматических больных, анализируется практическая эффективность различных моделей личностно-ориентированной психотерапии пациентов с личностными расстройствами непсихотического генезиса. Выделяется специфическая сфера деятельности медицинского психолога и психотерапевта, а именно личностно-ориентированная психотерапия пациентов с непсихотическими личностными расстройствами или дискомфортными психоэмоциональными состояниями, проявляющимися на фоне хронического соматического заболевания. Рефлексивный метатеоретический анализ существующей теории и практики психотерапевтической работы с подобными пациентами позволяет четко распознать и определить круг проблем, признаки того или иного расстройства, т. е. сформулировать необходимую ориентировочную основу для данного конкретного круга проблем и, главное, обеспечить надлежащее пространство для наиболее эффективного психотерапевтического вмешательства, направленного на активизацию адаптивных ресурсов личностного «Я».

**Ключевые слова:** психологический аспект соматического страдания, личностно-ориентированная психотерапия, расстройства непсихотического генезиса, психотерапевтическая работа, деятельность медицинского психолога, активизация адаптивных ресурсов личностного «Я».

Для цитаты:

Максименко К.С. Методология и психотехника реконструкции личностного «Я» в клинике заболеваний различного спектра [Электронный ресурс] // Психология и право psyandlaw.ru. 2014. №2. URL: <http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Maksimenko.phtml> (дата обращения: дд.мм.гггг)

Maksimenko K.S. Methodology and Psychotechnics of reconstruction of the Self in clinical disease of different spectra. Jelektronnyj resurs «Psihologiya I pravo psyandlaw.ru», E-journal «Psychology and law», 2014. no. 2. Available at:

<http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Maksimenko.phtml> (Accessed dd.mm.yyyy)

**Постановка проблемы, актуальность.** Проблематика личностной психотерапии в современной медицинской психологии ставит актуальный с научной точки зрения вопрос о специфике модели полноценного многоаспектного здорового «Я» как фундамента психотерапевтической работы с пациентами / клиентами. Многоаспектное личностное «Я», познающее и познаваемое выступает одной из важнейших парадигм личностной психотерапии в современной медицинской психологии. Психотерапия как основная составляющая в общей структуре клинической психологии в условиях сосуществования двух моделей с разными методологиями – медицинской и психологической, в реализации изучения и создания психологических методов воздействия на психику человека с лечебной и практической целью должна опираться на психологические исследования личностного «Я».

Признавая, что развитие психоанализа способствовало возникновению разнообразных теоретических ответвлений и форм психотерапевтической практики, отметим всё же, что с целью решения практических задач психологической и психотерапевтической помощи пациентам / клиентам, страдающим хронифицирующими и тяжелыми соматическими заболеваниями, необходимо проводить психологические исследования, направленные на поиск новых, клинически значимых фактов и феноменов реконструктивной психотерапии. Особенно, на наш взгляд, требует серьезных научных психологических исследований проблема личностного «Я» в клинике заболеваний различного спектра и в объяснении психологических детерминант личностных нарушений, связанных с болезненными состояниями организма. **Целью** данной статьи является изучение наиболее эффективных способов реконструкции личностного «Я» пациентов, страдающих от психоэмоциональных и личностных расстройств непсихотического генезиса.

**Анализ последних исследований и публикаций.** Анализ психотерапевтических исследований и конкретных процессов психотерапии на территории постсоветского пространства в целом и среди украинских психологов и психотерапевтов в частности свидетельствует: все больше исследователей пытаются не просто копировать традиционные парадигмы и схемы психотерапевтической работы, заимствованные на Западе, но ставят перед собой собственно теоретические, рефлексивные задачи на определение, какие именно модели психотерапии, традиционные и новейшие, и каким именно образом могут составлять наиболее эффективный арсенал борьбы с психологическим страданием личности на фоне хронических и тяжелых соматических и психосоматических заболеваний (К.М. Амосова, В.В. Бабич, В.В. Воробьев, В.С. Гаськов, С.Г. Гринвальд, С.М. Мороз, В.В. Свиридова, Т.П. Яворская и др.).

Вместе с тем следует отметить, что подавляющее большинство таких и подобных им исследований страдают эмпиризмом, недостаточной методологической и теоретической обоснованностью основных исходных положений, которым по традиции присваивается статус аксиоматичности, но которые не выдерживают критики в условиях внетенденциозного, идеологически

не ангажированного метатеоретического исследования. Так, в известном исследовании А.Ф. Бондаренко, посвященном реконструкции профессионального сознания постсоветских психологов, доказано, что существует большое расхождение между декларируемыми методолого-теоретическими основами деятельности психотерапевтов и психологов, практикующих психотерапию, и фактически применяемыми ими способами действий [1]. В то же время зарубежные исследования проигрывают от злоупотребления так называемым методом «case analysis», согласно логике которого психотерапевт всегда одерживает победу над болезнью, или традиционным обращением к попыткам психоаналитически направленного лечения, хотя в настоящее время, можно считать общепризнанной аксиомой, что психоанализ не является и не может быть методом собственно лечения.

**Изложение основного материала.** Рассмотрим особенности методологии и психотехники, относящихся к процессам психотерапии личностного «Я», как она оформилась к концу XX – началу XXI века. Психотерапевтическая работа, связанная с личностной психотерапией пациентов, страдающих психиатрическими и общесоматическими заболеваниями, носит вспомогательный характер по отношению к основному курсу лечения. По крайней мере именно так в основном понимают и трактуют ее, согласно сложившейся традиции, современные исследователи – как отечественные, так и зарубежные (А.Е. Айви, А.А. Александров, В.В. Бабич, М.Е. Бурно, Л.И. Вассерман, В.Ф. Простомолотов, А.Б. Холмогорова, Л.М. Щеглов, Brautigam W., Zur O. и др.).

Актуальность и необходимость соответствующей психотерапии обусловлены комплексным, системным подходом к лечению заболеваний. В ходе лечения основного заболевания зачастую оказывается, что наиболее целесообразна психотерапевтическая помощь, связанная с психологической переработкой внутренней картины болезни и формированием у пациентов более адаптивных, с учетом их состояния, ценностно-смысловых ориентаций.

Из вышесказанного вытекает следующая немаловажная пресуппозиция: личностная психотерапия при хронических и инвалидизирующих заболеваниях, в том числе и прежде всего соматических, предполагает систему психокоррекционных мероприятий, а также психологическую реабилитацию и психологическую профилактику. Реабилитация (как система и как процесс) при этом включает в себя собственно психологический компонент, который должен соответствовать уровню развития и зрелости личности, ее направленности, установкам и отношениям, преобладающим формам психологической компенсации, а также учитывать степень социальной интеграции личности в основные малые группы: семью, производственный коллектив, неформальное социальное окружение и т. п.

Заболевание (психическое или соматическое) вызывает у человека те или иные психологические реакции, обусловленные его характерологическими и личностными особенностями. Как результат, у больного формируется тот или иной тип психологического реагирования на заболевание. Со времен В.М. Бехтерева, Э. Кречмера, П.Б. Ганнушкина и вплоть до работ В.Н. Мясищева и Б.Д. Карвасарского система представлений медико-психологического знания, относящегося к внутренней картине здоровья и болезни, типам реакций на болезнь, специфике

переживания болезни во времени, влиянию болезни на психику человека, занимают важное место в проблематике медицинской психологии и лечебного дела вообще. Как справедливо подчеркивает В.Д. Менделевич, можно было бы предположить о неоднозначности ценностей взаимоотношений в системе «врач-пациент», однако для эффективного лечения в равной степени важны и учет психологических переживаний пациента и, несомненно, как собственно профессиональная, так и психологическая, в частности, коммуникативная компетентность врача [2, с. 213–219].

В одной из наиболее разработанных и распространенных типологий психологического реагирования на заболевание, созданной А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым, учитывается три группы факторов, определяющих способ реагирования: природа самого заболевания, тип личности, в частности акцентуация характера, и отношение к данному заболеванию в референтной для больного группе [там же, с. 173]. Эти типы объединены в блоки.

1. Типы отношения к болезни, при которых социальная адаптация в целом не нарушена, – гармоничный, эргопатический и анозогнозический.

2. Типы реагирования на болезнь, характеризующиеся психической дезадаптацией интрапсихической направленности (повышенная тревожность, ипохондричность, неврастеничность, депрессивность и апатичность).

3. Типы реагирования, отличающиеся психической дезадаптацией интерпсихической направленности (эгоцентрический, паранояльный, дисфорический, сензитивный).

Таким образом, система отношений к болезни включает в себя когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты. Совершенно очевидно, что вызванные заболеванием реакции человека не могут не влиять на его личностное «Я», затрагивая не только сферу отношения к болезни, но и самоотношение, самооценку, принятие себя – все то, что составляет внутренний психологический мир человека.

Особое место в указанной проблематике принадлежит хронифицирующим и инвалидизирующим заболеваниям, поскольку последние затрагивают социальный статус пациента, его функциональные роли в социуме, круг общения и интересов, уровень притязаний и самооценки, но главным образом – необходимость трансформации прежнего привычного образа жизни и деятельности, необходимость формирования нового жизненного стереотипа. Самооценка больными влияния заболевания на их социальный статус является весомой частью «внутренней картины болезни», соответственно и важной «точкой приложения» психотерапевтического воздействия на больного в процессе его реабилитации. И это при том, что в контексте нашей работы мы исключаем из специального анализа вероятность летального исхода, влияние болезни на возможность поддержания прежнего материального благосостояния, влияние болезни на сферу сексуальных отношений и репродуктивных функций, не говоря уже о сфере досуга и интересов. Если же принять во внимание присутствующие в массовой практике врача и медицинского психолога терминальные заболевания, весьма часто проявляющиеся болевые характеристики болезни, необходимости как радикального, так и

паллиативного лечения со всеми сопутствующими им сложностями, становится совершенно очевидным, что методологические и психотехнические вопросы личностной психотерапии требуют постоянной и тщательнейшей проработки в зависимости от конкретной жизненной ситуации.

Трудности начинаются уже с определения индивидуально-типологических особенностей больных и характеристики типов личностного реагирования на заболевание. Как известно, больные зачастую не просто не стремятся, а избегают привлекать внимание врачей к изменениям в нервно-психической сфере. Они не хотят, чтобы их признали «нервными» больными, «неадекватными», а тем более с изменениями со стороны психики. Поэтому при изучении состояния психической сферы даже у соматических больных большую ценность имеют экспериментально-психологические методики. В процессе экспериментально-психологического исследования медицинский психолог может составить внутреннюю картину болезни пациента и тем самым сориентировать врача, насколько адекватно больной представляет свое заболевание и способен выстроить адаптивный тип поведения. Со времен С.И. Боткина принцип «лечим не болезнь, а больного» является одним из ведущих в отечественной врачебной традиции.

Значимость личностного подхода традиционно подчеркивается в профессиональной литературе (Ф.В. Бассин, С.А. Кулаков, Б. Любан-Плоцца, В.Н. Мясищев), являясь одним из важнейших теоретико-методологических принципов отечественной медицины. Поэтому представляется несомненной необходимость детального исследования клинических особенностей личности больного и ее трансформации, динамики компенсаторных, проективных и деструктивных механизмов в процессе развития болезни. Это необходимо как для решения задач патогенетической и дифференциальной диагностики, так и лечебно-восстановительной практики, психотерапевтической и психокоррекционной работы.

Цели психокоррекционной и психотерапевтической работы с больными могут быть самыми разнообразными: помощь в преодолении внутриличностного конфликта, коррекция и психотерапия различных последствий влияния болезни на психику, коррекция неэффективных механизмов психологической защиты и помощь в построении адекватного копинг-поведения, адаптация к болезни, коррекция внутренней картины болезни, работа с семьей больного для активизации социальной поддержки, изменение преморбидных личностных особенностей, повышающих риск рецидива болезни и затрудняющих ее течение и процесс реабилитации и т. д. В рамках проблемы психотерапевтической реконструкции личностного «Я» больных психическими и соматическими заболеваниями некоторыми исследователями и психотерапевтами-практиками предпринимаются попытки исследования этой проблемы и описания опыта применения психотерапевтических методов в реализации той или иной психотерапевтической работы с больными.

Так, в результате изучения невротических заболеваний Б.Д. Карвасарский создал модель, которую можно использовать в процессе исследования трансформации личностных особенностей больных. Согласно Б.Д. Карвасарскому, по невротической реакции в картине личностных нарушений на первом месте



оказываются расстройства, связанные преимущественно с особенностями темперамента. К таким первичным личностным особенностям могут быть отнесены повышенная аффективность больного истерией, тревожность и ригидность обсессивного больного, повышенная истощаемость больного неврастенией. Однако сами по себе эти особенности могут быть причиной лишь кратковременной невротической реакции, развившейся в трудной психотравмирующей ситуации. В этом случае можно говорить не столько о психогенной, сколько об эмоциогенной ситуации. Вторая стадия невротического заболевания – стадия собственно невроза, психогенного расстройства, в основе которого лежит нарушение значимых отношений личности. Неуверенность в себе, поиски признания как черты невротической личности и являются, по сути, зафиксированным и устойчивым отношением к себе. На третьей стадии невроза – при его затяжном течении и невротическом развитии – отмечается усиление этих черт до степени характерологических акцентуаций и психопатических особенностей, которые во многом определяют поведение человека и его дезадаптацию [3].

Первичные личностные черты, связанные с особенностями темперамента, выражаются прежде всего в аффективной сфере; вторичные черты проявляются в нарушении системы отношений и являются глубинными личностными нарушениями, внутренними проблемами; третичные личностные черты обнаруживаются уже на поведенческом уровне и могут выражаться, например, в трудностях общения, межличностного функционирования. Появление третичных, а иногда и вторичных личностных образований у больных неврозами обусловлено, как правило, регулятивными целями сохранения существующей системы отношений, отношения к себе и самооценки, обеспечивающих ее целостность и устойчивость. Это означает, что третичные личностные образования у больных неврозами – особенности поведения и межличностного функционирования – выполняют своего рода защитную функцию, функцию сохранения существующей системы отношений, сохранения хотя бы внешней позитивной самооценки и уверенности в себе. В картине болезни при этом выступают психологические механизмы, которые свидетельствуют, с одной стороны, о явлениях дезадаптации и сохранения личностных расстройств, а с другой стороны, указывают на возможные пути их коррекции. Речь идет о невротических защитных механизмах.

Рассмотренные первичные, вторичные и третичные особенности личности пациента, страдающего неврозом, играют существенную роль при выборе оптимальной психотерапевтической тактики. Если при первичных личностных расстройствах существенную роль в терапии могут играть биологические методы лечения (в том числе и современные психотропные средства), то коррекция вторичных личностных нарушений, нарушений системы отношений личности требует уже проведения личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии как в индивидуальной, так и особенно в групповой форме. Коррекция третичных личностных расстройств при неврозах, которые проявляются в поведенческой сфере, осуществляется более конструктивно при дополнении патогенетической психотерапии различными методами поведенческого тренинга. Соответственно учет первичных, вторичных и третичных личностных особенностей больных неврозами позволяет более целенаправленно использовать и другие формы психотерапии (суггестию, аутосуггестии и др.). Влияние различных лечебно-восстановительных методов (в том числе и тех, которые имеют

психотерапевтическую направленность) и их соотношение, обусловленное наличием первичных, вторичных и третичных личностных образований, прослеживаются автором не только при неврозах, но и на моделях различных заболеваний, таких как эпилепсия как органическое заболевание головного мозга и ишемическая болезнь сердца как психосоматическое заболевание.

Изучение феноменологии личностных расстройств и их динамической трансформации в процессе развития болезни помимо теоретического имеет и большое практическое значение, способствуя эффективному проведению психотерапии, подбору адекватного соотношения ее с биологическими воздействиями с учетом различного уровня нарушений в структуре личностных расстройств.

Другими примерами клинической направленности психотерапии является выбор психотерапевтических подходов, методов и содержания психотерапевтических воздействий при акцентуациях характера и психопатиях.

Если личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия больше предназначена для лечения невротических расстройств и опирается на психологические основы в понимании механизмов неврозов, то разработанная М.Е. Бурно [4] терапия творческим самовыражением психопатических и хронически-шизофренических расстройств, особенно с дефензивными проявлениями, соответственно опирается на тщательный учет клинических особенностей пациента. Автор указывает на особенности работы пациентов разных групп в терапии творческим самовыражением: 1) с психастениками – научно-лечебная информация, чувственное оживление, 2) с астениками – забота, доброта, художественные, лирические эмоции, 3) с дефензивными циклоидами (обычно склонные к вере в своего психотерапевта) – краткая научно-лечебная информация, эмоционально-подробное, юмористически мягкое, жизнеутверждающее влияние авторитета психотерапевта, 4) с дефензивными шизоидами – помощь в творческом общественно-полезном выражении своей идентичности, видении подлинных ценностей в других людях, 5) с дефензивными эпилептоидами – помощь в поисках положительных черт в людях, не согласных в чем-то с ними, общественно-полезном выражении своей идентичности, 6) с дефензивными истерическими психопатами – нужно помочь научиться заслуживать внимание людей, пусть демонстративным, но общественно-полезным самовыражением, 7) с ананкастами – нужно помочь сделать навязчивые переживания основой для творчества; 8) с дефензивными малопрогрессирующими-шизофреническими пациентами – на основе особого интимного психотерапевтического контакта (невозможного в работе с психопатами) можно помочь пациенту, беспрестанно активизируя его творчески, общественно-полезно выразить в жизни свою личностную полифонию расчленения-сюрреалистичности, которая имеет особую гармонию [там же].

В несколько ином, но также клиническом плане рекомендует учитывать тип психопатии и акцентуации характера при выборе психотерапевтических вмешательств А.Е. Личко [5].

Как показали социально-психологические исследования в процессе формирования и осуществления аутодеструктивного поведения (в том числе

алкоголизма, наркомании, увлечения опасными для жизни и здоровья видами спорта), важную роль играет самооценка человека, характер и степень ее сформированности, оценка его поведения другими и личностью поведения других [6]. В контексте рассмотрения социальной перцепции у людей с аутодеструктивными паттернами поведения, деятельности и стиля жизни отмечаются такие особенности как резко полярная самооценка (или безосновательно завышена, или занижена), оценка своего поведения носит оправдательный характер по типу каузальной и ситуативной атрибуции, снижение критики проявляется в отрицании наличия аутодеструктивного поведения по принципу сравнения себя с другими. В случае аутодеструктивного поведения при завышенной самооценке человек склонен гипертрофировать свои преимущества как в своих глазах, так и в глазах других, причем он способен приписывать себе несуществующие положительные и социально одобряемые качества, при заниженной самооценке свое аутодеструктивное поведение человек трактует как вынужденное, ищет у других поддержки и подтверждения объективных причин, которые приводят его к саморазрушению.

Формирование аутодеструктивных паттернов поведения имеет в своей основе социально-перцептивные механизмы, основанные на построении самооценки и самоотношения, которые возникают в рамках межличностного взаимодействия. Завышенная самооценка порождает тенденции к самодеструктивному поведению, пренебрежительному отношению к мнению других и к другим людям вообще. Компенсаторное поведение при недостаточном количестве социально-одобряемых форм снятия негативных последствий фрустрирующих ситуаций осуществляется при обращении к психоактивным веществам, суицидальному поведению или психоэмоциональной разрядке с помощью экстремальных видов спорта. При заниженной самооценке также формируется интенция в уход от реальности, и прежде всего от себя, при отрицательном отношении к себе – в компенсаторную деятельность, прием психоактивных веществ, выбор профессии, связанной с риском для жизни и здоровья, а также суицидальное поведение.

По данным исследований В.А. Худика, нарушение самооценки по мере развития алкоголизма проявляется раньше, чем расстройства критичности в познавательной деятельности, еще до сформированности выраженного алкогольного слабоумия. Разногласия в самооценке и объективной оценке по ряду психодиагностических методик увеличиваются по мере нарастания психического дефекта [7]. Таким образом, искаженно-дефицитарная самооценка формируется задолго до формирования аутодеструктивного поведения и служит основой дезадаптации человека. В работе с аддиктивными пациентами психотерапевт сталкивается с интенсивной регрессией, которая может пойти путем злокачественного развития, актуализацией нарциссических личностных черт, а также словесной невыразительностью зоны базисного дефекта. В качестве эффективного метода работы с такими пациентами все шире используется символдрама, в рамках которой происходит интенсивная работа с нарциссическим удовольствием и словесным выражением состояний пациента, которое происходит вслед за образным [8].

Психотерапия, особенно адекватная, в случае психогенных расстройств прежде всего в групповых ее формах применяется также при психических заболеваниях эндогенного характера. При этих заболеваниях психотерапию обычно включают в систему биологического лечения и социально-реабилитационных воздействий. Для каждого типа эндогенных психических заболеваний используются определенные типы психотерапевтического вмешательства, направленные на те или иные цели. Основная литература по этой проблеме посвящена психотерапии при шизофрении и эндогенных депрессиях (А.Б. Холмогорова, В.Д. Менделевич, В.В. Макаров и др.). При достаточной разработанности системы психотерапевтического и психосоциального воздействия для таких больных исследования их личностного «Я» и вопросы, связанные с его реконструкцией, остались малоразработанными. Однако еще менее разработанными являются вопросы, относящиеся к психотерапии пациентов с соматическими заболеваниями. Не секрет, что до настоящего времени вопросы психотерапии с соматическими больными, по существу, игнорировались как исследователями, так и практиками. В известной нам литературе (В.Д. Менделевич, М.Е. Бурно, В.Е. Рожнов, В.Ф. Простомолотов, А.Р. Лурия, Ю.С. Шевченко, И.С. Павлов, М.М. Кабанов, Б.Д. Карвасарский, В.В. Макаров, В.Н. Мясищев, Ю.А. Александровский и др.) вопросы личностной психотерапии освещаются практически исключительно в отношении пациентов психиатрического профиля, в то время как отношения в системе «врач – пациент» с больными, страдающими соматическими заболеваниями, ограничиваются преимущественно деонтологическими соображениями [9]. Не претендуя на абсолютное первенство в постановке проблемы, мы вместе с тем считаем необходимым подчеркнуть: абстрагирование от психобиологической сущности человека в ущерб психосоциальной, как и наоборот, безусловно является редуционистским и примитивизирующим столь сложную сферу человеческой деятельности как врачебное дело. Игнорирование достижений и возможностей современной медицинской психологии с явным перекосом усилий медицинских психологов и психотерапевтов лишь в одну сторону, а именно в сторону нервно-психической патологии, без учета психологии здоровья и личностных ресурсов человека, страдающего соматическим заболеванием, в настоящее время выступает анахронизмом.

На наш взгляд, решающее значение при включении в систему лечения не только больных с психиатрическим опытом, но соматических пациентов имеет правильное соотношение психологического обследования, личностно-ориентированной и симптоматической психотерапии, определение целей, задач и выбор конкретных психотерапевтических техник с учетом соотношения клинических, психофизиологических и психологических механизмов возможных личностных расстройств и их специфики на разных этапах лечения основного заболевания.

**Вывод.** Методология и психотехника реконструкции личностного «Я» в клинике заболеваний различного спектра должна опираться на понимание особенностей когнитивного, эмоционального, поведенческого компонентов системы отношений к болезни; на знание психологии здоровья и особенностей личностных ресурсов человека, страдающего заболеванием; на понимание соотношения клинических, психофизиологических, психологических механизмов личностных расстройств при выборе соответствующих техник

личностноориентированной и симптоматической психотерапии. Сопоставительный анализ личностно-ориентированных подходов в современной психотерапии психосоматических расстройств в целом и соматогении в частности, свидетельствует: все они делятся на три большие группы в зависимости от оснований, заложенных в их теоретический фундамент. Первая группа (психодинамический, психосинтез и другие неклинические подходы) исходит из представлений о «Я» как некой объективно существующей инстанции в структуре личности. Вторая (когнитивно-поведенческие и собственно клинические подходы) делает акцент на том, что «Я» – лишь функция, производное от процессов социальных интеракций и соматического состояния. Третья группа (экзистенциально-гуманистические подходы) пристальное внимание уделяет процессам рефлексии и ценностно-смысловой организации личности. Зачастую при непосредственной реализации психотерапевтической работы психотерапевты и медицинские психологи исходят из той концепции «Я», которая принята в разделяемом ими подходе. Но мы делаем акцент на том, что во всех без исключения направлениях современной психотерапии независимо от методов, приемов, принципов и алгоритмов реализуется, по сути, симптоматическая идея: облегчить страдание пациента. Иными словами, мы вынуждены с высокой степенью предположить: современная психотерапия соматогений является не чем иным как паллиативом.

## Литература

1. *Бондаренко А.Ф.* Профессиональное сознание постсоветских психологов Украины / А.Ф. Бондаренко // Вестник Ассоциации психиатров Украины. – 2007. – № 1–2 (36–37). – С. 96–107.
2. *Менделевич В.Д.* Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие / В.Д. Менделевич. – [5-е изд.] – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 432 с.
3. *Карвасарский Б.Д.* Неврозы / Б.Д. Карвасарский. – [Изд-е 5-е, испр. и доп.]. – М., 2008. – 573 с.
4. *Бурно М.Е.* Клиническая психотерапия / М.Е. Бурно. – [2-е изд.] – М.: Академический проект, 2006. – 800 с.
5. *Карвасарский Б.Д.* Клиническая психология / Б.Д. Карвасарский. – М.: Питер. – [4-е изд.] – 2011. – 864 с.
6. *Братусь Б.С.* Аномалии личности / Б.С. Братусь. – М.: Мысль, 2008. – 302 с.
7. *Худик В.А.* Психология аномального развития личности в детском и подростково-юношеском возрасте / В.А. Худик. – Киев, 1993. – 144 с.
8. *Обухов Я.Л.* Глубинно-психологический подход в психотерапии психосоматических заболеваний / Я.Л. Обухов. – Рос. мед. акад. последиплом. образования МЗ Рос. Федерации. – М., 1997. – 33 с.

9. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / И. Харди.  
– Будапешт: Akademia kiado. Изд-во академии наук Венгрии, 1988. – 338 с.

---

# Methodology and Psychotechnics of reconstruction of the Self in clinical disease of different spectra

*Maksimenko K.S., PhD in Psychology, Associate Professor, Doctoral Student, Kyiv National Taras Shevchenko University (244-19-63@mail.ru)*

---

In the article on a representative material of the modern Russian theory and practice of psychotherapy, we show that the psychological aspect of physical suffering, although recognized by modern medicine, is traditionally treated as a minor and one that defies prediction and algorithmisation. We conducted a metatheoretic analysis of domestic and foreign concepts in the practice of somatic patients psychotherapy, analyzed the practical effectiveness of different models of person-centered psychotherapy of patients with personality disorders of nonpsychotic genesis. We allocated specific scope of clinical psychologists and psychotherapists, namely personality-oriented psychotherapy in patients with non-psychotic personality disorders or uncomfortable psychological conditions manifested by chronic physical illness. Reflective metatheoretical analysis of existing theory and practice of psychotherapeutic work with these patients allows to clearly define and identify the range of issues, signs of a disorder, i.e. formulate an indicative basis for this particular set of problems and, most importantly, provide appropriate space for the most effective psychotherapeutic intervention aimed at enhancing the adaptive resources of the Self.

**Keywords:** psychological aspect of physical suffering, personality-based psychotherapy, non-psychotic disorders, psychotherapeutic work, clinical psychologist activity, activation of adaptive resources of the Self.

---

## References

1. *Bondarenko A.F.* Professional'noe soznanie postsovetskih psihologov Ukrainy / A.F. Bondarenko // Vestnik Associacii psihiatrov Ukrainy. – 2007. – № 1-2 (36-37). – S. 96-107.
2. *Mendelevich V.D.* Klinicheskaja i medicinskaja psihologija: Uchebnoe posobie / V.D. Mendelevich. – [5-e izd.] – M.: MEDpress-inform, 2005. – 432 s.
3. *Karvasarskij B.D.* Nevrozy / B.D. Karvasarskij. – [Izd-e 5-e, ispr. i dop.]. – M., 2008. – 573 s.
4. *Burno M.E.* Klinicheskaja psihoterapija / M.E. Burno. – [2-e izd.] – M.: Akademicheskij proekt, 2006. – 800 s.

5. *Karvasarskij B.D.* Klinicheskaja psihologija / B.D. Karvasarskij. – M.: Piter. – [4-e izd.] – 2011. – 864 s.
6. *Bratus' B.S.* Anomalii lichnosti / B.S. Bratus'. – M.: Mysl', 2008. – 302 s.
7. *Hudik V.A.* Psihologija anomal'nogo razvitija lichnosti v detskom i podrostkovo-junosheskom vozraste / V.A. Hudik. – Kiev, 1993. – 144 s.
8. *Obuhov Ja.L.* Glubinno-psihologicheskij podhod v psihoterapii psihosomaticheskikh zabolevanij / Ja.L. Obuhov. – Ros. med. akad. poslediplom. obrazovanija MZ Ros. Federacii. – M., 1997. – 33 s.
9. *Hardi I.* Vrach, sestra, bol'noj. Psihologija raboty s bol'nymi / I. Hardi. – Budapesht: Akademia kiado. Izd-vo akademii nauk Vengrii, 1988. – 338 s.



# Выраженность стрессового напряжения и работоспособность сотрудников правоохранительных органов

*Николаева Н. В., студентка факультета юридической психологии Московского городского психолого-педагогического университета (zlaja007@mail.ru)*

*Коноплева И.Н., доцент кафедры клинической и судебной психологии факультета юридической психологии Московского городского психолого-педагогического университета (konopleva.i.n@gmail.com)*

В статье рассматривается проблема воздействия стресса на работоспособность сотрудников правоохранительных органов. Актуальность связи стресса с психологическим и психофизическим функционированием человека обусловлена тем, что решение многих профессиональных задач возможно только при эффективной адаптации человека к сложным условиям деятельности. Рассматриваются такие понятия как стресс и работоспособность, а также механизмы биологической адаптации к стрессу и последствия воздействия стресса на личность сотрудника полиции. Уделяется внимание различиям между женским и мужским стрессом, а также причинам возникновения стресса в профессиях с большим объемом коммуникативной деятельности. Проведено эмпирическое исследование, в рамках которого были исследованы взаимосвязи выраженности стрессового напряжения с работоспособностью сотрудников правоохранительных органов, исследованы различия в умственной работоспособности сотрудников правоохранительных органов в зависимости от наличия стресса, а также различия выраженности стрессового напряжения сотрудников правоохранительных органов разной половой принадлежности.

**Ключевые слова:** стресс, работоспособность, сотрудники правоохранительных органов, стресс в полиции, воздействие стресса на работоспособность, женский и мужской стресс, воздействие стресса.

Для цитаты:

Николаева Н.В., Коноплева И.Н. Выраженность стрессового напряжения и работоспособность сотрудников правоохранительных органов [Электронный ресурс] // Психология и право psyandlaw.ru. 2014. №2. URL: [http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Nikolaeva\\_Konopleva.phtml](http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Nikolaeva_Konopleva.phtml) (дата обращения: дд.мм.гггг)

Nikolaeva N.V., Konopleva I.N. Stress intensity and performance capabilities of law

enforcement officers. Jelektronnyj resurs «Psihologiya i pravo psyandlaw.ru», E-journal «Psychology and law», 2014. no. 2. Available at: [http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Nikolaeva\\_Konopleva.phtml](http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Nikolaeva_Konopleva.phtml) (Accessed dd.mm.yyyy)

В настоящее время стресс считается неотъемлемой частью современной жизни. Нас окружает огромное количество неблагоприятных факторов, оказывающих негативное воздействие не только на психическое состояние человека, но и на его работоспособность и, как следствие, на его профессиональную деятельность. У человека, работающего в системе правоохранительных органов, количество таких факторов многократно увеличивается, так как на нем лежит груз ответственности. Работа в правоохранительных органах занимает большое количество времени, душевных сил и постоянно держит в напряжении. Без качественной и должной работы правоохранительных органов государство не сможет функционировать в полной мере своих возможностей. А так как стресс напрямую влияет на работоспособность сотрудников, актуальны изучение данной проблемы, поиск путей решения не только способов преодоления стресса, но и понимание, как стресс влияет на работоспособность сотрудников правоохранительных органов. Таким образом, целью нашего исследования стало выявление взаимосвязи выраженности стресса с работоспособностью сотрудников правоохранительных органов.

Объект исследования: работоспособность сотрудников правоохранительных органов.

Предмет исследования: выраженность стрессового напряжения.

Гипотезы исследования:

1. Существует взаимосвязь выраженности стрессового напряжения с работоспособностью сотрудников правоохранительных органов.
2. Существуют значимые различия в умственной работоспособности сотрудников правоохранительных органов в зависимости от наличия стресса.
3. В сфере правоохранительных органов женщины в большей степени подвержены стрессу на работе.

Вышеназванные цель, предмет и гипотезы исследования обусловили постановку задач:

- оценить уровень умственной работоспособности, самочувствия, активности, настроения, а также стрессового напряжения сотрудников правоохранительных органов;
- выявить наличие и характер взаимосвязи между показателями работоспособности и стрессового напряжения;
- определить различия умственной работоспособности в зависимости от наличия стресса;

- сравнить показатели стрессового напряжения мужчин и женщин.

Методики исследования: оценка умственной работоспособности по Э.Крепелину, опросник САН (самочувствие, активность, настроение), тест на профессиональный стресс Т.Д. Азарных и И.М. Тыртышников, шкала психологического стресса Лемура-Тесье-Филлиона, адаптированная Н.Е. Водопьяновой. Полученные результаты обработаны с помощью программы SPSS-20.

В исследовании приняли участие 40 сотрудников правоохранительных органов: 29 мужчин и 11 женщин.

Вопрос, как возникает стресс у человека, динамика его протекания и последствия его переживания человеком, все больше привлекает внимание различных ученых. Проблеме стресса посвящено огромное количество научных трудов. Достаточно подробно изучены механизмы стресса. Так, в 30–50-е годы XX века Ганс Селье [3] создает биологическую теорию стресса, которую также называют физиологической. В этой теории говорится, что стресс – это неспецифический ответ организма на любое предъявляемое ему требование. Известно, что в небольших количествах стресс необходим всем, так как заставляет думать, искать выход из проблемы и т. д. Такой стресс, который положительно влияет на организм человека, Селье назвал эустрессом. Дистрессом Селье обозначил стресс, ухудшающий состояние и поведение человека. Именно из-за него организм слабеет, теряет силы и способность решать проблемы. Необходимо также помнить и о биологическом стрессе, который часто выступает как некий природный защитный механизм. Но даже во время него в организме происходят изменения: учащение дыхания, напряжения мышц, учащение сердечных сокращений, угнетение иммунной системы и т. д.

В механизме биологической адаптации, или в приспособлении к стрессу, выделяют три стадии. Первая называется стадией тревоги и характеризуется экстренной мобилизацией защитных функций организма. Вторая – стадия сопротивляемости. В данной стадии наблюдается устойчивое поддержание достигнутого уровня адаптированности. И, наконец, третья – стадия истощения. В данной стадии наблюдается упадок сил, возникает дезадаптация.

Помимо биологического стресса, имеют место психологический и эмоциональный стрессы. Понятие эмоционального стресса вводит Р. Лазарус [1], и после подробного изучения физиологических и психических реакций, которые чем-то похожи при отрицательных и положительных эмоциональных переживаниях, под словами «эмоциональный стресс» начали понимать широкий круг изменений психических проявлений, которые сопровождались выраженными неспецифическими изменениями биохимических, электрофизиологических и других элементов стресса. Само же отличие психологического стресса от биологического заключается в том, что он зависит от индивидуальных психологических особенностей человека, и при этом его характеристики менее жестко и однозначно навязываются спецификой внешних воздействий.

Таким образом, психологический стресс – особое психическое состояние, характеризующееся неспецифическими системными изменениями активности

психики человека, выражающими ее организацию и мобилизацию в связи с возникшими повышенными требованиями новой ситуации.

Стоит помнить, что психологический стресс не может быть приравнен к физиологическому, поскольку обладает своими психологическими особенностями, он может возникать самостоятельно, а также инициировать и изменять биологический стресс.

Одной из задач нашей работы является сравнение стрессового показателя у мужчин и женщин. Стресс у женщин протекает не менее тяжело, чем у мужчин. Более того, известно, что существуют так называемые «женские» реакции на стресс. К таковым можно отнести невыносимые головные боли, приступы парализующего страха. Для женщин характерным симптомом стресса является нервная анорексия. Также существует и другая крайность – булимия.

Для мужчин последствия стресса чаще отмечаются следующими реакциями: сексуальные расстройства, ограничения двигательной активности, приобретение психических расстройств, а также потеря слуха, памяти или зрения.

В сравнении с женщинами у мужчин более высокий болевой порог. У сильного пола существует защитная психологическая реакция отрицания и неприятие боли, что впоследствии приводит к более поздней диагностике и лечению патологических нарушений. Формируются механизмы ложной адаптации, все это приводит к более ранней смертности у мужчин всех возрастов.

У мужчин и женщин наблюдаются различные типы расстройств из-за стресса. Если женщины чаще страдают от депрессии и волнения, то мужчины склонны к алкогольной зависимости. Исследование Тары Чаплин, доцента медицинской школы при Йельском университете, показало, что когда мужчины расстраиваются, они больше, чем женщины, склонны к употреблению алкоголя. «После прослушивания грустных историй женщины чаще говорили о грусти и беспокойстве, чем мужчины», сказала Чаплин. «Также у них наблюдалось возбужденное поведение. Эмоциональное возбуждение у мужчин привело к усилению тяги к алкоголю. Другими словами, когда мужчины расстроены, они чаще хотят выпить» [6, с. 13].

Подводя итоги своего исследования, Чаплин отметила, что женщины более эмоционально восприимчивы. Они больше склонны к фокусированию на негативных эмоциях, которые получены вследствие стрессовых ситуаций, а также часто размышляют о своем негативном состоянии. Что же касается мужчин, они, наоборот, стараются отвлекаться от негативных эмоций, стараются о них не думать, а также будут использовать алкоголь, чтобы отвлечься от физического дискомфорта, который доставляет стресс.

На мужчину оказывают давление также ролевые стереотипы. С самого рождения мальчика воспитывают как победителя, говоря при этом, что слезы у мужчины – проявление слабости. Таким образом, у мужчины с самого детства закладываются основы ролевого поведения, и еще мальчиком он станет переживать, если не будет соответствовать представлениям общества о мужском характере.

Подводя итоги, можно сказать, что реакции мужчин и женщин на стресс различаются по большей части именно из-за воспитания, норм общества, а не из-за

биологических особенностей. Но при этом физиологические значения преуменьшать не стоит, так как мужчинам свойственно замыкаться в себе и в одиночку «переварить» проблему, женщин же, наоборот, переполняют эмоции.

Специалисты, занимающиеся изучением профессионального стресса, предлагают разнообразные классификации причин стресса, который возникает в помогающих и коммуникативных профессиях, к которым можно отнести и работу в правоохранительных органах. Дэвид Фонтана [4], английский психотерапевт, наиболее стрессогенными в коммуникативных профессиях считает профессиональные требования:

- длительное и интенсивное общение, которое зачастую включает в себя разнообразные коммуникативные и эмоционально сложные ситуации общения;
- недостаточная профессиональная подготовка;
- эмоциональные взаимоотношения с клиентами и подчиненными;
- профессиональная ответственность;
- неспособность помогать или действовать эффективно;
- изоляция от поддержки коллег;
- недостаточное моральное и материальное стимулирование.

Все эти факторы могут послужить не только причиной возникновения эмоционального выгорания или профессиональной деформации. По мнению Г.Б. Мониной и Н.В. Раннала [2], умение осознавать и контролировать влияние данных факторов является важным ресурсом стрессоустойчивости для тех, чья профессия относится к сфере «человек-человек».

Наиболее сложной частью полицейской работы, по мнению ученых Круз, Марголис, Харелл (Kroes W.H., Margolis B., Hurrell J.J.) [7], является стресс. Сотрудники правоохранительных органов подвержены его разрушающему воздействию на физическое и психическое здоровье больше, чем представители других профессий. Даже сам факт, что человек служит в правоохранительных органах, уже противопоставляет его населению.

В деятельности правоохранительных органов выделяют несколько классификаций стресс-факторов. По мнению американского исследователя Т. Айзенберга [2], следует выделить пять областей, которые создают стресс в данной профессии: межорганизационные факторы, внутриорганизационная практика, практика уголовного производства, сама полицейская деятельность, общественные отношения. Все эти основные области включают в себя источники стресса: конфликт, скука, практика продвижения в должности, сменная работа, ситуации риска, судебные решения.

Зачастую, как пишет Хагеман [5], у сотрудников развивается «способность» эмоционального отключения. Именно таким образом многие сотрудники справляются с психологическим стрессом своей работы. Но с годами службы данная

эмоциональная отчужденность может распространяться на семейную жизнь. Это подтверждают исследования Круза, Марголиса, Харрела.

Работоспособность – это уровень функциональных возможностей организма, который характеризуется эффективностью работ, выполняемых за определенный промежуток времени. Стоит отметить, что работоспособность также определяется состоянием здоровья, половой принадлежностью, характером питания, режимом труда и отдыха, условиями работы, настроением и так далее. Также немалую роль играет и уровень знания человека, умений, навыков и опыта, физического и психического состояния. Работоспособность меняется и на протяжении рабочего дня, и на протяжении рабочей недели, месяца, года.

Считается, что основной целью рационального режима является поддержание работоспособности на оптимальном уровне. Режим труда и отдыха – это порядок чередования их периодов, а также их продолжительность, которые устанавливаются для каждого вида работ. Научно обосновано, что следует разрабатывать такой режим труда и отдыха, который наилучшим образом обеспечит одновременно и повышенную работоспособность, и сохранит здоровье трудящихся, а также создаст благоприятную обстановку для всестороннего развития человека.

Высокая работоспособность может обеспечиваться только в том случае, если трудовой ритм совпадает с естественной периодичностью суточного ритма физиологических функций. В связи с этим наивысший уровень работоспособности отмечается в утренние и дневные часы в промежутке с 8 до 20 часов. Минимальная же работоспособность у сотрудников отмечается в ночные часы, особенно с 1 до 3–4 часов ночи.

Из всего сказанного можно сделать вывод, что работоспособность – величина не постоянная. Она зависит не только от времени суток, но также и от качества организации труда. В свою очередь, стресс прямым образом влияет и на уровень работоспособности.

Также следует учесть, что работоспособность можно поделить на физическую и психическую (умственную). Физическая и психическая работоспособность – две стороны одного целого, а значит, тесно связаны между собой. Доказано, что без высокой психической работоспособности не будет высокой физической работоспособности.

В «экстремальных» видах деятельности, к которым можно отнести работу сотрудников правоохранительных органов, людям приходится максимально мобилизовать все ресурсы своего организма. Это делается для повышения эффективности выполнения работы. А достигается путем мобилизации не только двигательных способностей, но мобилизации и умственной работоспособности. Поэтому есть смысл говорить о профессиональной работоспособности, имея в виду, что во многих ее видах различия могут быть огромными.

Что же касается работоспособности полиции, сразу стоит отметить, что ночные дежурства и ненормированный график работы явно сказывается на успешной деятельности сотрудников. Стресс, который имеет место быть в процессе службы у сотрудников правоохранительных органов, также может помешать их эффективной работе. Так, сильнейший стресс при преследовании преступника

может изменить память полицейского. После того как инцидент будет исчерпан, сотрудник закона не сможет отчетливо вспомнить, что делал он, что делал напарник, а также как выглядел подозреваемый. Если сотрудник правоохранительных органов подвергается нападению или ведет преследование, предельное напряжение физических и психических сил вытесняют из его головы обстоятельства произошедшего.

Последствия стресса для полицейского могут быть различными: физиологические (сердечно-сосудистые заболевания, головные боли, расстройства сна, желудочно-кишечные расстройства); эмоциональные (гнев, фрустрация, враждебность, эмоциональный уход); поведенческие (отчуждение или «сгорание личности», пристрастие к наркотикам, алкоголю, физическое истощение и даже настроенность на увольнение); патопсихологические (депрессия, паранойя, тревожность, самоубийства); семейные отношения (стресс может спровоцировать супружеско-семейные проблемы, супружескую неверность, раздельное проживание, развод); криминальные (коррупция, угрозы физического насилия и т. д.).

Все это оказывает сильное влияние не только на личность полицейского, но также на его профессиональную деятельность, семейные отношения, на его социальную адаптацию.

Что касается психологических последствий, особенно выделяется тенденция полицейских изолировать себя от общества, формирование сети ограниченного социального общения, которое в итоге разрушает чувство общности с населением. Все это может привести к состоянию аномии, то есть к тому, что сотрудник правоохранительных органов выходит из значимых для него межличностных отношений. Могут появиться такие явления как цинизм, агрессивность, жестокость, насилие и снижение профессиональной эффективности.

Нами проведено эмпирическое исследование выраженности стрессового напряжения и работоспособности сотрудников правоохранительных органов. Было выявлено, что среди испытуемых 25 человек обладают низкими показателями работоспособности, то есть 62,5 % от общей выборки, из них 16 мужчин (40 %) и 9 женщин (22,5 %); и 15 испытуемых (37,5 %) с высокими показателями умственной работоспособности, среди которых 13 мужчин (32,5 %) и 2 женщины (5 %).

Отдельно хочется отметить, что умственная работоспособность мужчин преобладает над показателями женщин. Возможно, это связано с тем, что у мужчин лучше развиты аналитические способности и математический счет, которые в основном и необходимы для успешного выполнения тестового задания.

Для изучения самочувствия, активности и настроения испытуемых был использован опросник САН. Среди испытуемых 23 человека со средними показателями самочувствия, активности и настроения, что составляет 57,5 % от общей выборки, из них 17 мужчин и 6 женщин, представленные 42,5 % и 15 % соответственно. Высокий уровень измеряемых показателей продемонстрировали 17 испытуемых (42,5 % от общей выборки), среди которых 12 мужчин (30 %) и 5 женщин (12,5 %).

Из полученных результатов видно, что в целом нашим испытуемым в большей степени свойственно демонстрировать хорошее самочувствие, достаточный уровень активности и приподнятое настроение.

Для оценки стрессового напряжения нами были использованы тест на профессиональный стресс Т.Д. Азарных, И.М. Тыртышникова и шкала психологического стресса Лемура-Тесье-Филлиона в адаптации Н.Е. Водопьяновой. Было выявлено, что среди испытуемых 25 человек с низким стрессовым напряжением, что составляет 62,5 % от общей выборки, из них 19 мужчин и 6 женщин, представленных 47,5 % и 15 % соответственно. Высокий уровень стрессового напряжения демонстрируют 15 человек (37,5 %), среди которых 10 мужчин (25 %) и 5 женщин (12,5 %).

Таким образом, видно, что в целом испытуемые демонстрируют в большей степени низкий уровень стрессового напряжения. Они хорошо справляются с уровнем стресса, адаптируются к изменяющимся условиям, стрессоустойчивы и работоспособны.

Для подтверждения гипотезы о взаимосвязи выраженности стрессового напряжения с работоспособностью сотрудников правоохранительных органов был использован корреляционный анализ. Было выявлено, что стрессовое напряжение обратно пропорционально таким показателям умственной работоспособности, как сложение последних двух третей задания (с четвертой по девятую пару), общая сумма сложений; упряжнимость/утомляемость; а также показателям активности, усталости/отдыха (рис. 1–4).

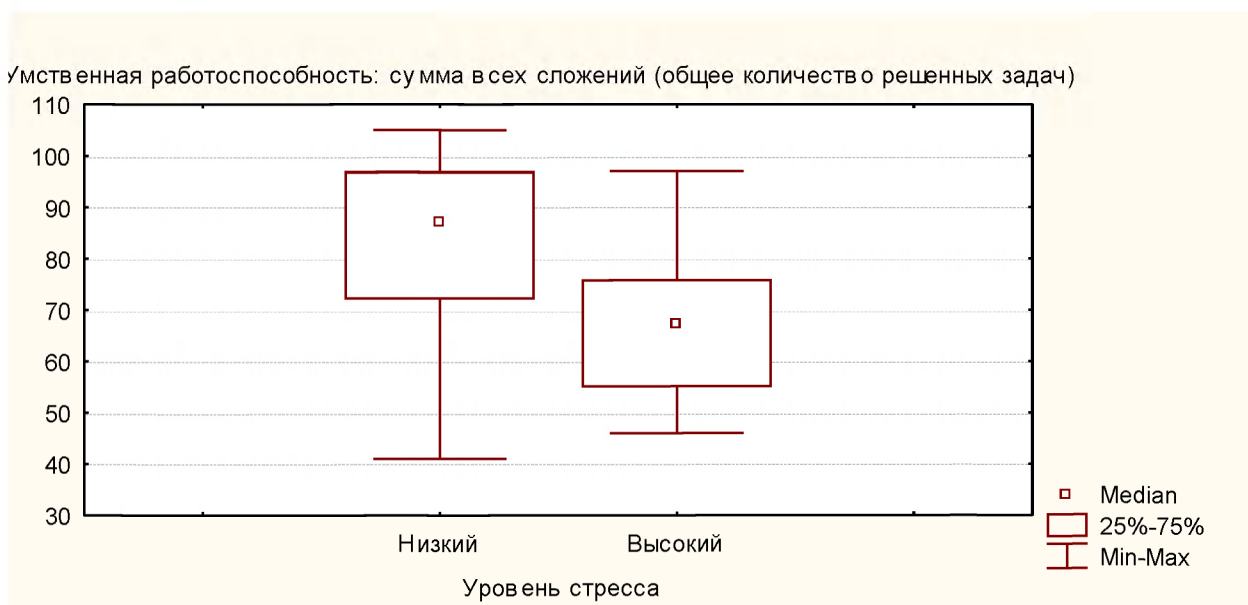


Рис. 1. Взаимосвязь умственной работоспособности с уровнем стресса



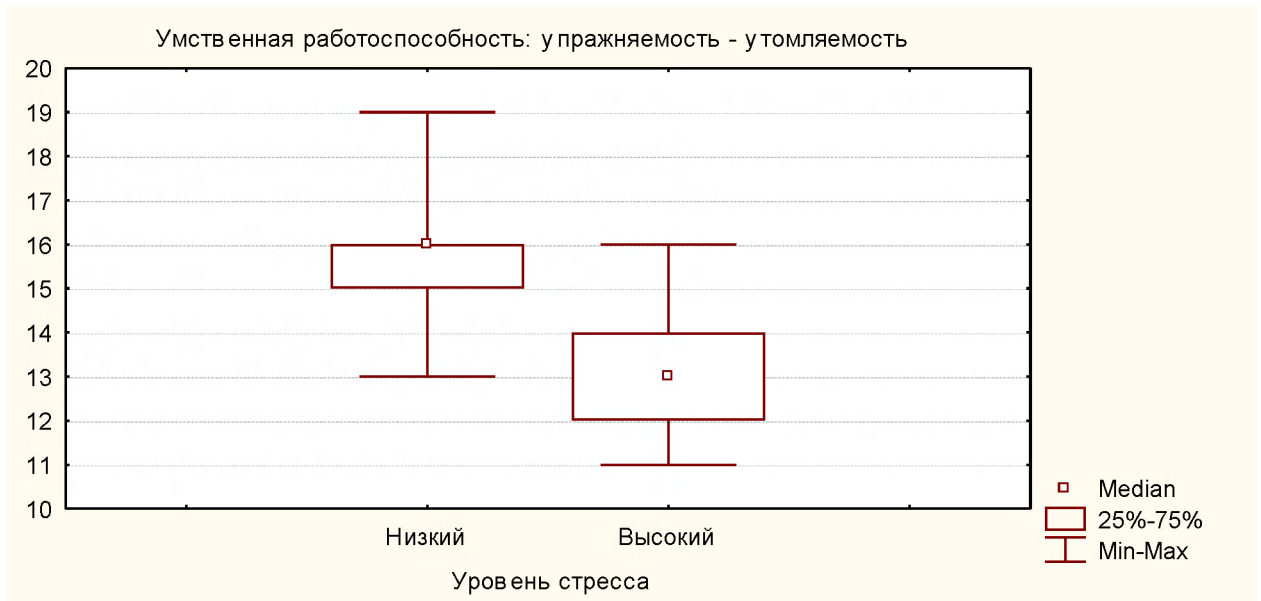


Рис. 2. Взаимосвязь упражняемости/утомляемости с уровнем стресса

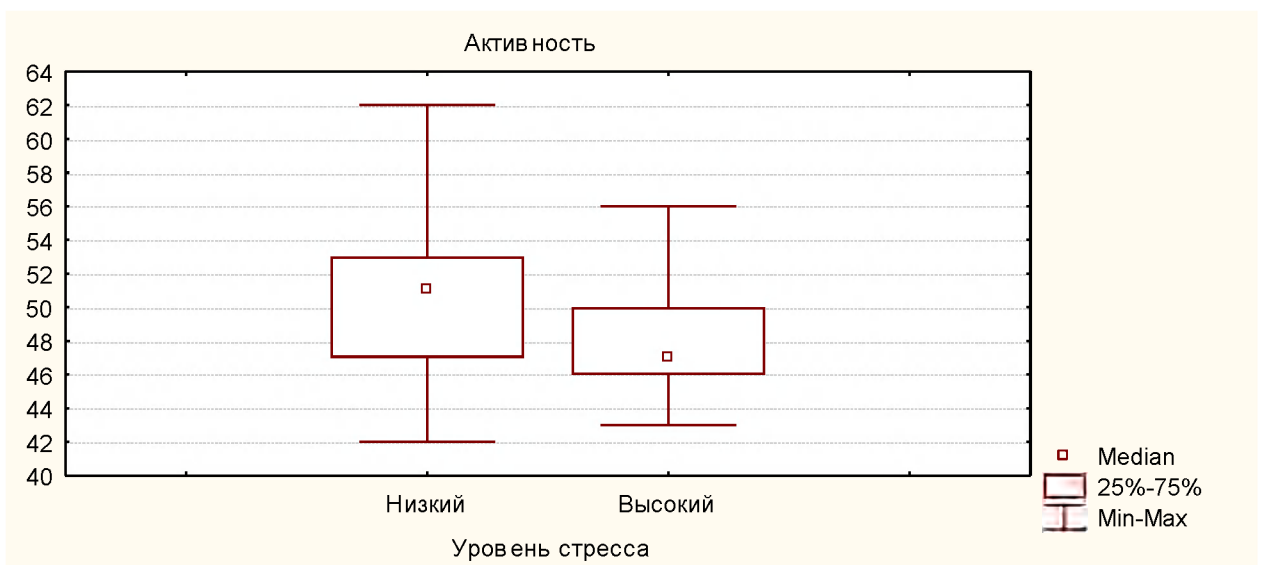


Рис. 3. Взаимосвязь активности с уровнем стресса

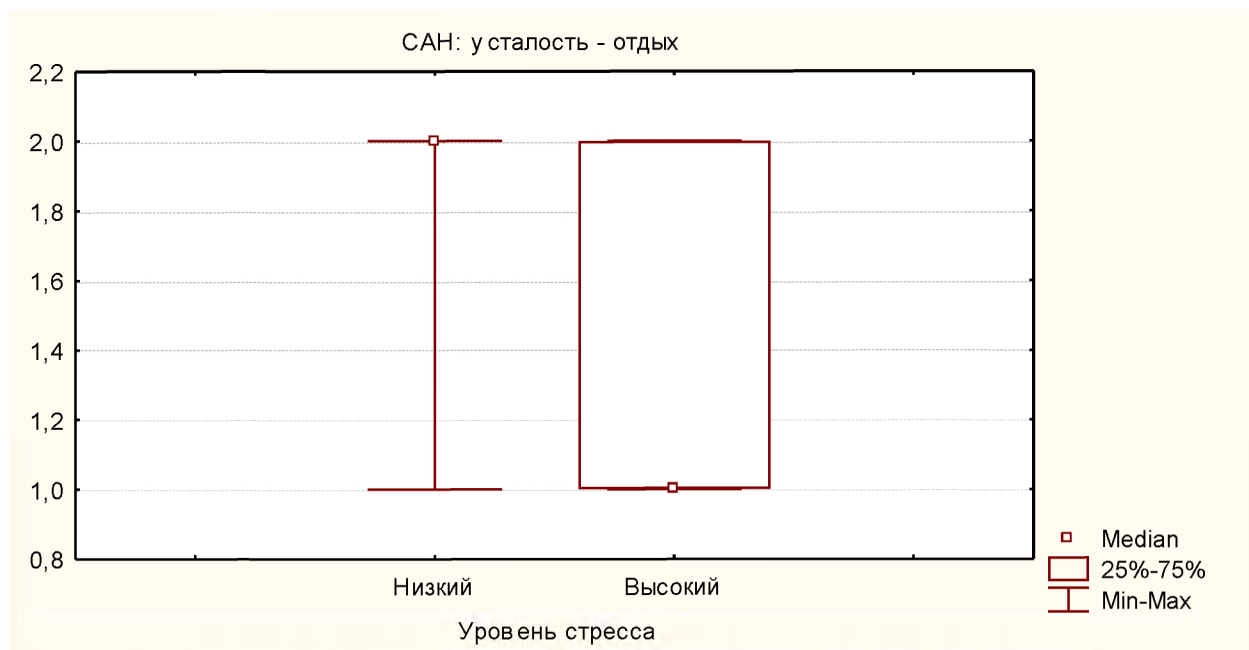


Рис. 4. Взаимосвязь параметра усталость/отдых с уровнем стресса

Получается, что чем ниже уровень стресса человека, тем лучше он справляется с началом работы, быстрее включается, лучше осваивает новые навыки, тем выше его упражняемость, работоспособность и активность. Наличие стресса, наоборот, снижает умственную работоспособность и активность человека, он быстрее устает, не готов осваивать новый материал, показатели его упражняемости гораздо ниже показателей сотрудников правоохранительных органов, не подверженных стрессу, и это серьезно может осложнить выполнение должностных обязанностей. Интересным является факт, что чем выше работоспособность, тем больше ошибок совершает человек, тем выше его упражняемость и тем в большей степени он ориентирован на скорость выполнения заданий, нежели на точность (о чем свидетельствуют соответствующие положительные и отрицательные корреляции). Такие данные, на наш взгляд, могут быть объяснены тем, что несмотря на большое количество ошибок, у человека и число решенных задач больше, поэтому ему легче научиться и адаптироваться к условиям тестирования, он быстрее «набивает руку». Первая гипотеза исследования, что существует взаимосвязь выраженности стрессового напряжения с работоспособностью сотрудников правоохранительных органов, подтвердилась.

Для подтверждения достоверности различий в умственной работоспособности сотрудников правоохранительных органов в зависимости от наличия стресса при статистической обработке данных был использован *U*-критерий Манна-Уитни.

Согласно полученным данным люди, находящиеся в состоянии стресса, характеризуются низкой умственной работоспособностью, особенно в середине и в конце выполнения работы, им тяжелее усвоить новый материал, трудно научиться чему-то новому и быстро включиться в работу. У них отмечают низкая способность к упражняемости, а также низкий уровень активности и быстрая утомляемость в сочетании с отсутствием чувства отдыха.

Испытуемые без выраженного стрессового напряжения, наоборот, демонстрируют высокую работоспособность на всех этапах выполнения работы с улучшением своих результатов в конце, что говорит о хорошей обучаемости, упражняемости и способности к освоению новых навыков. Они справляются с большим количеством работы, более активны, деятельны, чувствуют себя бодрыми и отдохнувшими.

Согласно полученным нами данным, значимых различий выраженности стрессового напряжения между мужчинами и женщинами выявлено не было. Лишь на уровне тенденции можно говорить, что женщины в большей степени подвержены стрессу. Такие данные, на наш взгляд, могут объясняться неоднородностью выборки. Для подтверждения данной гипотезы необходимо увеличить выборку и сделать ее более равномерной.

Однако можно отметить наличие различий в работоспособности мужчин и женщин в сфере правоохранительных органов. Мужчины демонстрируют более высокий уровень работоспособности на всех этапах выполнения работы, они лучше включаются в работу, справляются с большими объемами заданий. Возможно, это связано с тем, что данная сфера деятельности в большей степени ориентирована на мужчин, поэтому их показатели выше.

Работа в правоохранительных органах занимает большое количество времени, душевных сил и постоянно держит в напряжении. Для повышения стрессоустойчивости, а также для улучшения работоспособности сотрудников правоохранительных органов необходимо разработать комплекс программ, направленных на достижение данных целей. Результаты проведенного исследования могут быть использованы для разработки программ по повышению умственной работоспособности и снижению стрессового напряжения сотрудников правоохранительных органов.

## Литература

1. *Лазарус Р.* Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс / Под ред. Л. Леви. – Л.: Медицина, 1970. – С. 178–208.
2. *Леонова А.Б.* Основные подходы к изучению профессионального стресса // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. – 2000. – № 3. – С. 4–22.
3. *Селье Г.* Очерки об адаптационном синдроме. – М.: Медгиз, 1960. – 254 с.
4. *Фонтана Д.* Как жить с вашей болью. Как справиться с кризисом. Как справиться со стрессом. – М.: Педагогика-пресс, 1995. – 352 с.
5. *Hageman M.J.C.* Occupational stress and marital relationships// Journal of Police Science and Administration. 1978. № 4. P. 402–412.
6. *Hong K., Bergquist K., Sinha R.* Gender Differences in Response to Emotional Stress: An Assessment across Subjective, Behavioral and Physiological Domains and Relations to Alcohol Craving // Alcoholism: Clinical & Experimental Research. July 2008. P. 12–16.
7. *Kroes W.H., Margolis B., Hurrell J.J.* Job stress in police administrators // Journal of Police Science and Administration. – Springfield: Published by Thomas, 1974. P. 381–387.

# Stress intensity and performance capabilities of law enforcement officers

*Nikolaeva N.V., Student, Department of Legal psychology (zlaja007@mail.ru)*

*Konopleva I.N., Assistant Professor, Chair of Clinical and Forensic Psychology, Department of Legal Psychology, Moscow State University of Psychology & Education (konopleva.in@gmail.com)*

---

We discuss the problem of the stress influence on the performance of law enforcement officers. The importance of the stress connection with psychological and psychophysical functioning is caused by the fact that many professional tasks solving is possible only in case of effective adaptation to the difficult conditions of work. The concepts such as stress and performance, as well as the mechanisms of biological adaptation to stress and the effects of stress on the individual police officer, are considered. Attention is paid to the differences between male and female stress and causes of stress in occupations with a large amount of communication activity. We conducted an empirical study in which we investigated the relationship of stress severity and the performance of law enforcement officers, as well as the differences in law enforcement employees performance depending on stress presence, its level, and gender.

**Keywords:** stress, performance, law enforcement employees, police stress, impact of stress on performance, male and female stress, impact of stress.

---

## References

1. *Lazarus R.* Teorija stressa i psihofiziologicheskie issledovanija // Jemocional'nyj stress / Pod red. L. Levi. – L.: Medicina, 1970. – S. 178–208.
2. *Leonova A.B.* Osnovnye podhody k izucheniju professional'nogo stressa // Vestn. Mosk. un-ta. Ser. 14. Psihologija. – 2000. – № 3. – S. 4–22.
3. *Sel'e G.* Oчерki ob adaptacionnom sindrome. – M.: Medgiz, 1960. – 254 s.
4. *Fontana D.* Kak zhit' s vashej bol'ju. Kak spravit'sja s krizisom. Kak spravit'sja so stressom. – M.: Pedagogika-press, 1995. – 352 s.
5. *Hageman M.J.C.* Occupational stress and marital relationships// Journal of Police Science and Administration. 1978. № 4. P. 402–412.
6. *Hong K., Bergquist K., Sinha R.* Gender Differences in Response to Emotional Stress: An Assessment across Subjective, Behavioral and Physiological Domains

and Relations to Alcohol Craving // Alcoholism: Clinical & Experimental Research. July 2008. P. 12–16.

7. *Kroes W.H., Margolis B., Hurrell J.J.* Job stress in police administrators // Journal of Police Science and Administration. – Springfield: Published by Thomas, 1974. P. 381–387.

# Факторы ранней травматизации в развитии аномалий сексуального характера у мужчин

*Новоселова М.Л., студентка кафедры юридической психологии и права факультета юридической психологии Московского городского психолого-педагогического университета (novka7@mail.ru)*

*Дворянчиков Н.В., кандидат психологических наук, декан факультета юридической психологии, профессор кафедры клинической и судебной психологии факультета юридической психологии Московского городского психолого-педагогического университета (dvorian@gmail.com)*

По данным о деятельности Следственного комитета Российской Федерации за 2013 год, были опубликованы сводки по расследованиям преступлений сексуального характера (ст. 131, 132 УК РФ) в количестве 10,228 дел [12]. В 2002 году по данным статьям было расследовано 8117 дел [3]. За десятилетие количество совершаемых правонарушений по данным статьям возросло более чем на 20 %. Увеличение количества сексуальных преступлений, их частота и опасность рецидивов обусловили необходимость изучения проблем людей с сексуальными расстройствами. Но несмотря на многочисленные исследования, на данный момент еще не все сферы этой тематики изучены с одинаковой тщательностью. Проблему половых преступлений с использованием современных достижений психиатрии и сексологии стали рассматривать относительно недавно. В связи с этим влияние таких факторов, как ранняя травматизация, в настоящее время остается малоизученным. Наша статья посвящена изучению факторов ранней травматизации и их роли в развитии аномалий сексуального характера у мужчин. Был проведен обзор современной отечественной и зарубежной литературы по указанной тематике, а также аналитико-теоретическое исследование дел испытуемых, совершивших преступления сексуального характера. Данный обзор позволил судить о роли факторов ранней травматизации и показал, как эти факторы могут влиять на развитие различных сексуальных аномалий. Вдобавок он помог раскрыть основные, биологически обусловленные факторы ранней травматизации и проследить их влияние на развитие сексуальных парафилий.

**Ключевые слова:** Сексуальные аномалии, ранняя травматизация, девиация, парафилия.

Для цитаты:

Новоселова М.Л., Дворянчиков Н.В. Факторы ранней травматизации в развитии аномалий сексуального характера у мужчин [Электронный ресурс] // Психология и право psyandlaw.ru. 2014. №2. URL:

[http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Novoselova\\_Dvoryanchikov.phtml](http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Novoselova_Dvoryanchikov.phtml) (дата обращения: дд.мм.гггг)

Novoselova M.L., Dvoryanchikov N.V. Factors of early trauma in the development of sexual anomalies in men. Jelektronnyj resurs «Psihologiya I pravo psyandlaw.ru», E-journal «Psychology and law», 2014. no. 2. Available at: [http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Novoselova\\_Dvoryanchikov.phtml](http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Novoselova_Dvoryanchikov.phtml) (Accessed dd.mm.yyyy)

## Введение

Изучение сексуальных девиаций имеет многовековую историю. Еще в древности философы судили о состоянии общества именно по половой морали и считали, что её искажение вызывало вырождение государств и крушение империй [10].

Переломным моментом в истории изучения аномалий служит XX век, так как в это время сексуальные аномалии впервые становятся предметом изучения науки, а не церкви. Такие ученые как Крафт-Эбинг и Зигмунд Фрейд вплотную начинают изучать эту проблему, создавая для этого терминологию и классификации парафилий.

Вместо таких терминов как «перверсия» или «извращение», которые применялись для обозначения как типа сексуального поведения, так и устойчивой структуры психики, начинает использоваться термин «парафилия». Он используется для обозначения различных форм отклоняющихся сексуальных влечений, приводящих к поведению, которое противоречит стереотипам половой морали, выходит за рамки «сексуальной нормы».

Сам термин «парафилия» впервые был использован Клауссом, а введен в американскую психиатрию Карпменом в 1934 году [1].

Парафилия, в американской классификации психических расстройств и в Международной классификации болезней, – это особое психическое (сексуальное) расстройство. Ей предоставляется право на отдельный и равный статус по отношению к другим болезням [2]. Это право подкрепляется современными исследованиями, которые подтвердили, что нарушения целого ряда биологических процессов играют важную роль в природе аномального сексуального поведения.

Теория о том, что органические патологии являются одними из основных факторов развития многих парафилий, в XX веке нашли свое подтверждение. И если ранее причины перверсий видели только во влиянии социальных факторов, плохой семьи и т. д., то сегодня исследователи признали важную роль органических нарушений в формировании перверсий и предположили, что 70 % сексуальных нарушений обусловлены именно ими [6].

Отягощенная наследственность, родовые травмы, при которых появляются органические поражения головного и спинного мозга, асфиксия плода, токсикоз при беременности, различные нейроинфекции, перенесенные ребенком в детстве, – все эти факторы и их сочетания могут лежать в основе перверсий [7].



Одна из причин нарушений сексуальных норм кроется в факторе наследственности, в онтогенезе, где на этапе детерминации пола происходит образование 2 видов хромосомного полов. Обычно образуются 2 комбинации хромосом – женская комбинация XX и мужская XY. И на этом этапе возможны два вида нарушений, когда образуется хромосомный набор XXУ – синдром Клейнфельтера, и набор XYУ – синдром «дубль Y» [1].

Из-за большого количества гетерохроматина у мужчин, больных «дублем», повышена нервная возбудимость. Они имеют также растянутые половые сроки созревания, при окончании которых наблюдается снижение интенсивности сексуальных влечений. Из-за этого их стимуляция происходит путем привлечения садомазохистических приемов, которые влекут за собой преступные деяния

Исследователи Peer Briken, Andreas Hill and Wolfgang Berner (2006) показали, что больные синдромом XYУ обладают высоким процентом совершения убийств на сексуальной почве [13].

При раннем органическом нарушении мозга велика вероятность изменения полового самосознания, что может привести к расстройству других этапов психосексуального развития. В этом может крыться причина возникновения таких сексуальных отклонений, как садизм и мазохизм, образующихся при патологии первых двух этапов.

При садизме человеческий мозг мобилизуется для передачи сигнала к нападению и в то же время для сигнала к половому возбуждению, они перемешиваются между собой. Это происходит вследствие нарушения происходящих в мозгу химических процессов [11].

Гипоталамус отвечает за сексуальное поведение, освобождает сексуальную активность, и с помощью секреции гонадолиберина создает сексуальные влечения. Его нарушение может привести к расстройству сексуальных влечений – гиперсексуальности или гипосексуальности. К этому может привести и нарушение в области таламуса, прозрачной перегородки, гиппокампа. Их нарушения приводят к сексуальной агрессии. Проводились исследования на животных, по результатам которых было выявлено, что структуры гиппокампа и гипоталамус инициируют сексуальное поведение, а структуры, к примеру, цингулярной коры тормозят. И, конечно, их нарушения могут привести к сексуальным расстройствам [8].

У лиц с пораженной гипотелической областью иногда наблюдаются нарушения сексуальных влечений. Степень выраженности дизэнцефального синдрома может повлиять на динамику этих влечений. Дальнейшие исследования показывают, что чаще сексуальные расстройства проявляются у больных с локализацией повреждений в височных долях.

Еще один возможный наследственный фактор, который может являться причиной возникновения парафилий, – шизофрения. Хотя причина ее возникновения до сих пор неизвестна, нередко у больных диагностируется наследственная передача этой болезни, о чем свидетельствует тот факт, что при заболевании обоих родителей существует большая вероятность (61 %), что ребенок также будет болен.

Шизофрения с ее особым восприятием мира и нетипичными эмоциональными реакциями располагает к извращениям, носящим преступный характер (изнасилованиям, совращениям малолетних).

Н.В. Дворянчиков, А.А. Ткаченко, М.Ю. Ипатов обнаруживают, что лица, имеющие сексуальные отклонения и при этом больные шизофренией, имеют огромный спектр искажений полового самосознания, которые начинаются от диспропорции таких черт, как маскулинность или фемининность, и доходят до изменения структур, участвующих в регуляции сексуального поведения [5].

Ю.П. Прокопенко разделил больных шизофренией по критерию проявления сексуальных отклонений на 3 группы.

К 1-му типу он относит больных вялотекущей шизофренией. Такие больные инфантильны, внушаемы, стремятся к привлечению внимания, склонны к экстравагантности. Больные утрачивают способность к сопереживанию, эмоционально обедняются и стремятся к нарушениям общепринятых норм поведения. Такие больные обычно обладают «легкими» сексуальными отклонениями. Это фетишизм, эксгибиционизм, фроттеризм. Но подобные отклонения скрываются, оправдываются принятием алкоголя.

Второй тип самый распространенный. К перечисленным ранее видам парафилий добавляются трансвестизм и транссексуализм, плюаризм, аннулингус.

Последний тип, третий – самый тяжелый. У его представителей присутствуют самые тяжелые формы сексуальных отклонений, такие как зоофилия, некрофилия, а также педофилизм и геронтофилия, при этом со склонностью к причинению мучений и убийству партнера.

У лиц с психическими аномалиями очень часто наблюдается такое заболевание, как олигофрения.

В целом дефект олигофрении состоит в том, что головной мозг недоразвит, кора больших полушарий незрела. Это приводит к недоразвитию почти всех психических функций. У больных отмечается низкий уровень обобщения, примитивность и однообразие эмоций [4]. Поэтому больные олигофренией, не имеющие возможности удовлетворить свои сексуальные желания, прибегают к насилию. Они не ограничивают себя социальными запретами и нормами и выбирают кратчайший путь к удовлетворению своих потребностей – изнасилованию. И предупредить подобные преступления сложно, так как их действия хоть и примитивны, но внезапны. Они не продумывают заранее план преступления и не скрывают следов. Они просто быстро удовлетворяют свои потребности самым коротким путем [9].

Повышенная внушаемость также играет отрицательную роль. Из-за неё олигофрены часто оказываются втянуты в групповые изнасилования.

В проведенном нами исследовании мы установили взаимосвязь между ранней травматизацией и сексуальными парафилиями.

В данном исследовании участвовали 16 мужчин, имеющих аномалии сексуального характера, в возрасте от 20 до 60 лет. Был проведен аналитико-теоретический анализ дел лиц, совершивших преступления сексуального характера.

Обследуемые перенесли ряд факторов ранней травматизации. У всех из них присутствовало аномальное сексуальное поведение. Все они, за исключением больных олигофренией, обладали сексуальными девиациями.

Одним из наиболее частых факторов являлась черепно-мозговая травма, как это показано на рис. 1. В 50 % случаев – родовая, полученная, к примеру, при применении щипцов, как это было у испытуемого Рт2 Ш. Рт6 И. получил свою травму, когда его подвергали процедуре оживления.

У Рт.4 КД причиной органического нарушения мозга была асфиксия. У двух оставшихся обследуемых, Рт.3М и Рт5.К, причиной нарушения являлся ушиб головы, полученный в раннем детстве. Наиболее часто встречающейся парафилией при данном нарушении была педофилия, она встречалась в 66 % случаев. У Рт5 К. ведущей парафилией являлся садизм, но с педофильными объектами. У Рт2. Ш был обнаружен эксгибиционизм.

У всех обследуемых данной группы проблемы с поведением обнаруживались еще в детстве. Испытуемые Рт3 М.6И.5К были с детства очень беспокойными, неуравновешенными, росли замкнутыми, плохо сходились со сверстниками, Рт3 и Рт6 боялись девушек.

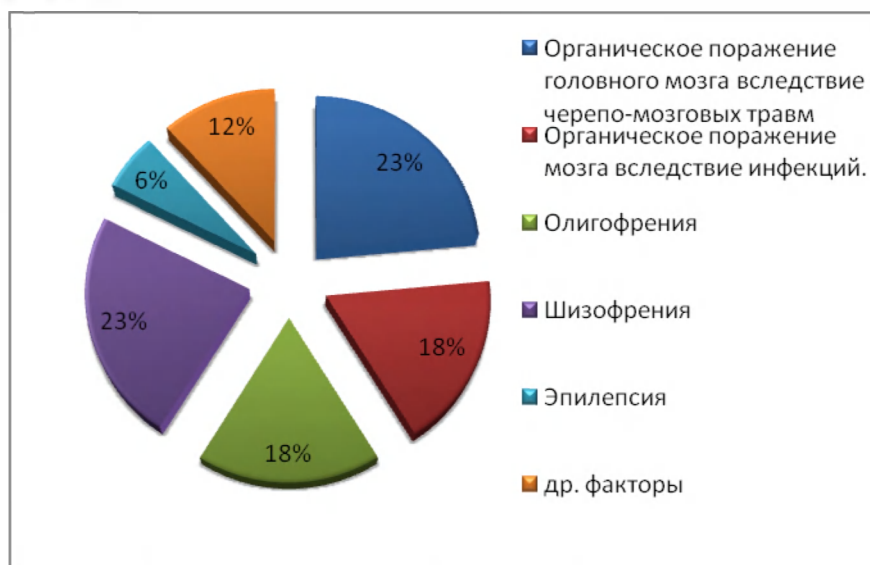


Рис. 1. Распределение факторов ранней травматизации

С той же частотой встречался фактор шизофрении. Он был обнаружен у 23 % обследуемых (см. рис.1). У половины из них ведущей девиацией являлся садизм. У Ш4Г был обнаружен целый спектр – садомазохизм, аутоэротизм, гомосексуальная эфебофилия. С детства этот испытуемый проявлял садистические наклонности. Ему нравилось вешать собак, выбрасывать кошек с балкона, смотреть их внутренности. В детстве был очень обидчивым. Также обследуемый утверждал, что внутри него есть «двенадцатилетнее Я», которое дает ему команды. Много фантазировал, фантазии носили извращенный характер.

У Ш2.Ц был обнаружен фетишизм с садистическими наклонностями. Стоит отметить, что у всех обследуемых в той или иной мере были обнаружены данные тенденции.

У больных олигофренией, которые составляли 18 % от общего количества испытуемых (см. рис.1), не было выявлено ярких парафилий, но у всех было обнаружено нарушение психосексуального развития, что повлекло за собой совершение преступлений сексуального характера. Все они совершили изнасилования девушек, но испытуемый О1.М совершил изнасилование под внушением своего знакомого. О2 Д совершил данное действие сам.

Такой же процентный показатель, 18 %, был среди испытуемых, которые получили органическое поражение мозга вследствие инфекции. У всех обследуемых в раннем детстве были обнаружены множественные инфекционные заболевания, которые и привели к поражению мозга.

У И1.П был обнаружен эпилептиформный синдром из-за перенесенных в раннем детстве инфекционных заболеваний. У остальных присутствовало в раннем детстве множество инфекционных заболеваний, таких как корь, ветрянка, ОРВИ, ангина, краснуха и ветряная оспа.

У всех испытуемых данной группы были обнаружены садистические наклонности, но у И1.П и И2.Ф садизм являлся ведущей парафилией, а у И3 Б была обнаружена гомосексуальная педофилия, но с тенденцией формирования садизма.

В целом наиболее часто встречающейся девиацией был садизм. Как показано на рис. 2, он встречался в 35 % случаев. Второй наиболее встречающейся девиацией была педофилия, 29 %.

Это значит, что при наличии факторов ранней травматизации высока вероятность формирования педофильных и садистических тенденций в поведении. (На рисунке надо исправить слово «садомазохизм». – К.М.

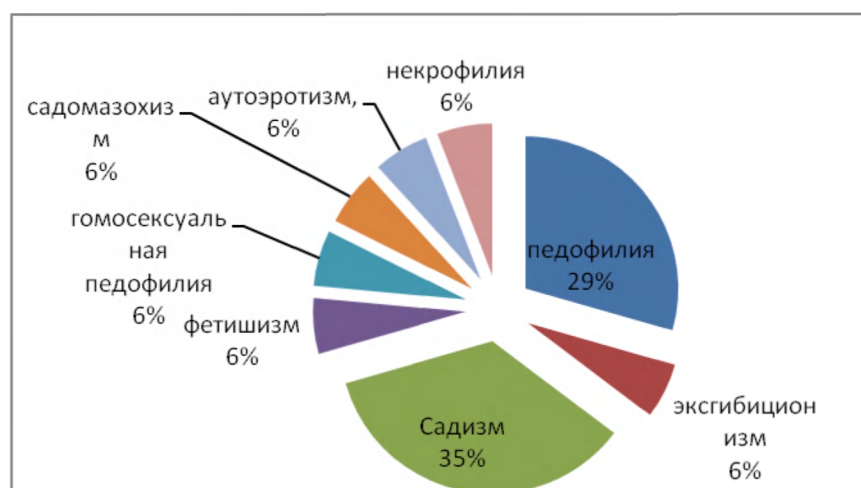


Рис. 2. Распределение сексуальных девиаций в выборке

Все остальные парафилии встречались в равных долях.

Итак, все наши гипотезы подтвердились. У всех испытуемых были найдены как факторы ранней травматизации, так и аномальное сексуальное поведение.

Действительно, наличие ранней травматизации у обследуемых сыграло решающую роль в формировании аномального сексуального поведения у мужчин. Наиболее часто причиной этому служило либо органическое повреждение головного мозга, полученное при родах или в детстве, либо наличие психического заболевания – шизофрения.

Данная работа выявила наличие влияния ранней травматизации на развитие сексуальных отклонений у мужчин. Проведенный анализ теоретических данных дает основание предполагать, что факторы ранней травматизации все же активно влияют на формирование сексуальных девиаций.

Эмпирическое исследование показало, что в обследуемой группе выявлена тенденция к влиянию факторов ранней травматизации на формирование сексуальных девиаций. Но данная область нуждается в активном изучении со стороны ряда специалистов, с использованием методических комплексов для тонкой диагностики влияния травмирующих факторов в ходе формирования сексуальных девиаций. Данная работа лишь описала наиболее известные и подтвержденные факты влияния ранней травматизации. Многие факторы и их влияние еще предстоит изучить.

---

## Литература

1. *Антонян Ю.М., Ткаченко А.А.* Сексуальные преступления. Чикатило и другие. М.: Амальтея, 1993. 320 с.
2. *Антонян Ю.М., Ткаченко А.А., Шостакович К.В.* Криминальная сексология. М.: Спарк, 1999. 464 с.
3. *Аргунова Ю.Н.* Основные показатели насильственной сексуальной преступности // Психиатрия и право / Независимый психиатрический журнал. 2003. № 3. С 25–34.
4. *Васильченко Г.С.* Общая сексопатология. М., : Медицина, 1990. 576 с.
5. *Дворянчиков Н.В., Носов С.С.* Особенности полового самосознания у мужчин, больных шизофренией // Сексология и сексопатология / Российский психиатрический журнал. 2003. № 1. С. 24–31.
6. *Збигнев Л.С.* Судебная сексология / пер. с польск. М.: Юридическая литература, 1991. 336 с.
7. *Каменсков М.Ю.* Механизмы формирования и динамики фиксированных форм аномального сексуального поведения // Российский психиатрический журнал. 2008. № 1. С. 38–46.
8. *Комер Р.* Патопсихология поведения: нарушения и патологии психики / пер. с англ. – изд.4-е, международное. С.-Пб.: Прайм-Еврознак, 2007. 640 с.
9. *Кудрявцев И.А.* Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. М.: Юрид. лит, 1999. 490 с.
10. *Лихт Г.* Сексуальная жизнь в Древней Греции / Пер. с англ. В.В. Федорина. М.: Крон-пресс, 1995. 430 с.
11. *Петина Т.В.* Клинические особенности парафилий у лиц с психоорганическими особенностями: Автореф. дис. канд. мед. наук. М.: Гос.науч. центр соц. и суд. психиатрии им. В.П. Сербского, 1996. 23 с.
12. Статистическая информация. Сведения о деятельности Следственного Комитета Российской Федерации за январь-март 2013 года. 2013. [Электронный ресурс] Систем. требования: Adobe Acrobat Reader. - URL <http://www.sledcom.ru/actual/366622.pdf> (дата обращения: 25.02.2014).
13. *Habermann M.N.; Briken P.; Berner W.; Hill. A.* Sexuelle Tötungsdelikte. Der Nervenarzt, 2008. P. 587–593.

# Factors of early trauma in the development of sexual anomalies in men

*Novoselov M.L., Student, Chair of Legal Psychology and Law, Department of Legal Psychology, Moscow State University of Psychology & Education (novka7@mail.ru)*

*Dvoryanchikov N.V., PhD in Psychology, Dean of the Department of Law Psychology, Professor, Chair of Clinical and Forensic Psychology, Department of Law Psychology, Moscow State University of Psychology & Education (dvorian@gmail.com)*

---

According to the activities of the Investigative Committee of the Russian Federation, in 2013 reports have been published on investigations of sexual offenses (Article 131 and 132 of the Criminal Code) at 10,228 cases. [12]

In 2002, 8117 cases were investigated on these articles. [3] During the decade, the number of such offenses increased by more than 20 percent.

Increasing the number of sexual offenses, their frequency and risk of relapse necessitated studying the problems of people with sexual disorders. But, in spite of numerous studies, currently not all subjects in this sphere have received the same attention. The problem of sexual assault has been relatively recently considered with the use of modern achievements of psychiatry and sexuality. In this regard, the influence of factors such as early trauma is currently still poorly understood.

Our paper is devoted to the study of early trauma factors and their role in the development of sexual anomalies in men. The article contains a review of contemporary Russian and foreign literature on this topic. We also carried out an analytical and theoretical study of cases of subjects who have committed crimes of a sexual nature. This review helped to assess the role of factors of early trauma and showed how these factors can influence the development of various sexual abnormalities. In addition, we revealed the main biologically conditioned factors of early trauma and traced their influence on the development of sexual paraphilias.

**Keywords:** sexual anomalies, early traumatization, deviation, paraphilia.

---

## References

1. Antonjan Ju.M., Tkachenko A.A. Seksual'nye prestuplenija. Chikatilo i drugie. M.: Amal'teja, 1993. 320 s.
2. Antonjan Ju.M., Tkachenko A.A., Shostakovich K.V. Kriminal'naja seksologija. M.: Spark, 1999. 464 s.

3. *Argunova Ju.N.* Osnovnye pokazateli nasil'stvennoj seksual'noj prestupnosti // Psihiatrija i pravo / Nezavisimyj psihiatricheskij zhurnal. 2003. № 3. S 25–34.
4. *Vasil'chenko G.S.* Obshhaja seksopatologija. M., : Medicina, 1990. 576 s.
5. *Dvorjanchikov N.V., Nosov S.S.* Osobennosti polovogo samosoznaniya u muzhchin, bol'nyh shizofreniej // Seksologija i seksopatologija / Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. 2003. № 1. S. 24–31.
6. *Zbignev L.S.* Sudebnaja seksologija / per. s pol'sk. M.: Juridicheskaja literatura, 1991. 336 s.
7. *Kamenskov M.Ju.* Mehanizmy formirovanija i dinamiki fiksirovannyh form anomal'nogo seksual'nogo povedenija // Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. 2008. № 1. S. 38–46.
8. *Komer R.* Patopsihologija povedenija: narusheniya i patologii psihiki / per. s angl. – izd.4-e, mezhdunarodnoe. S.-Pb.: Prajm-Evroznak, 2007. 640 s.
9. *Kudrjavcev I.A.* Kompleksnaja sudebnaja psihologo-psihiatricheskaja jekspertiza. M.: Jurid. lit, 1999. 490 s.
10. *Liht G.* Seksual'naja zhizn' v Drevnej Grecii / Per. s angl. V.V. Fedorina. M.: Kronpress, 1995. 430 s.
11. *Petina T.V.* Klinicheskie osobennosti parafilij u lic s psihoorganicheskimy osobennostjami: Avtoref. dis. kand. med. nauk. M.: Gos.nauch. centr soc. i sud. psihiatrii im. V.P. Serbskogo, 1996. 23 s.
12. Statisticheskaja informacija. Svedeniya o dejatel'nosti Sledstvennogo Komiteta Rossijskoj Federacii za janvar'-mart 2013 goda. 2013. [Jelektronnyj resurs] Sistem. trebovanija: Adobe Acrobat Reader. - URL <http://www.sledcom.ru/actual/366622.pdf> (data obrashhenija: 25.02.2014).
13. *Habermann M.N.; Briken P.; Berner W.; Hill. A.* Sexuelle Tötungsdelikte. Der Nervenarzt, 2008. P. 587–593.



# Использование психологических манипуляций в сфере деятельности религиозных организаций в интернете

*Смирнова Н.С., студент кафедры клинической и судебной психологии факультета юридической психологии Московского городского психолого-педагогического университета (n.smirnova.upk@gmail.com)*

*Дворянчиков Н.В., кандидат психологических наук, декан факультета юридической психологии, профессор кафедры клинической и судебной психологии факультета юридической психологии Московского городского психолого-педагогического университета (dvorian@gmail.com)*

Статья посвящена изучению деятельности нетрадиционных религиозных организаций (НРО) в интернете. Актуальность данной тематики обусловлена частичным смещением активности современных НРО во всемирную сеть: в связи с этим возрастает риск вовлечения в деятельность НРО отдельных граждан. В статье рассмотрены факторы осуществления манипулятивного психологического воздействия. Произведен содержательный анализ текстов 25 статей (объемом от 3 до 19 страниц), предоставляемых НРО на собственных интернет-ресурсах; выполнен сопоставительный анализ полученных результатов. Нами предполагается, что тексты данных статей определенным образом включают в себя техники (специфические методы постепенного установления контроля над сознанием человека) психологического манипулятивного воздействия, направленного на определенные мишени (значимые структуры личности человека). Приведенные данные позволяют в некоторой степени оценить масштабы этого явления, а также дают богатую пищу для размышлений и дальнейшей исследовательской деятельности.

**Ключевые слова:** психологическое манипулирование, мишени и техники психологического воздействия, религиозная организация, деятельность религиозных организаций в интернете.

Для цитаты:

Смирнова Н.С., Дворянчиков Н.В. Использование психологических манипуляций в сфере деятельности религиозных организаций в интернете [Электронный ресурс] // Психология и право psyandlaw.ru. 2014. №2. URL: [http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Smirnova\\_Dvoryanchikov.phtml](http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Smirnova_Dvoryanchikov.phtml) (дата обращения: дд.мм.гггг)

Smirnova N.S., Dvoryanchikov N.V. Using psychological manipulation in the activities of religious organizations on the Internet. *Jelektronnyj resurs «Psihologiya i pravo psyandlaw.ru»*, E-journal «Psychology and law», 2014. no. 2. Available at: [http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Smirnova\\_Dvoryanchikov.phtml](http://psyandlaw.ru/journal/2014/2/Smirnova_Dvoryanchikov.phtml) (Accessed dd.mm.yyyy)

## Введение

В Российской Федерации, как известно, Конституцией установлена свобода вероисповедания. Каждый человек волен исповедовать любую религию, культ, входить в число приверженцев той или иной религиозной организации. Однако результаты такого выбора могут быть самыми разнообразными. Например, принадлежность к деструктивному культу может иметь крайне негативные последствия для человеческой личности, не говоря уже о возможном наступлении некоторых правовых последствий.

Понятия «секта», «харизматический культ», рассматриваемые нами в качестве синонимов, будут заменяться термином «нетрадиционная религиозная организация» (НРО). Поясним выбранную формулировку. Церковь трактуется нами как *традиционное* религиозное объединение в силу того, что во все времена принадлежность к церкви определялась не свободным выбором индивида, а традицией. Фактом своего рождения в той или иной религиозной среде на основе определенного обряда индивид автоматически включается в данную религиозную общность [9].

К секте или харизматическому культу человек не прикреплен от рождения (случаются, конечно, исключения, когда ребенок рождается внутри секты) – именно поэтому нами использован термин «*нетрадиционные* религиозные организации». Отчасти применение термина обуславливается тем, что понятия «секта» и «культ» имеют некоторую уничижительную окраску и изначально настраивают на негативную оценку, поэтому высказывается пожелание употреблять более нейтральные понятия [5, с. 48].

Итак, под НРО будем понимать некое объединение людей, имеющих схожее мировоззрение, созданное для совместного исповедания тех или иных религиозных убеждений и взглядов, а также возможного распространения системы верований.

Очевидно, что любая НРО существует за счет своих последователей, и для расширения сферы влияния ей постоянно требуются все новые и новые приверженцы. Процесс вербовки неопита (*от др.-греч. νεόφυτος — недавно насажденный – новообращенный в ту или иную религию человек*) обычно осуществляется крайне аккуратно и на протяжении долгого времени.

Как правило, подобное манипулятивное психологическое воздействие направлено на «поражение» определенных мишеней и реализуется посредством некоторых техник. *Мишенью* мы будем называть ту или иную высшую психическую функцию или какую-либо сферу психической жизни человека. В качестве *техник* нами будут рассматриваться специфические методы постепенного установления контроля над сознанием человека, системой его внутренних отношений.

Поговорим о *путях реализации* воздействия. Стивен Хассен отмечает: любое нетрадиционное религиозное образование вырастает на почве «основного общества», «основной реальности» [11, с.10]. В настоящее время доступ в интернет стал неотъемлемым атрибутом повседневности суетливого жителя мегаполиса. В связи с этим деятельность НРО частично смешается во всемирную сеть: создается сайт организации, размещаются необходимые материалы. Интернет-ресурс является орудием информационного контроля: предоставляются определенным образом структурированные сведения с целью сформировать положительный образ НРО и ее приверженцев, но не только [2].

Наша работа посвящена изучению манипулятивной деятельности нетрадиционных религиозных организаций в интернете.

Целью исследования явилось изучение механизмов психологического манипулирования поведением людей со стороны религиозных организаций посредством интернет-ресурсов. Основной задачей явился содержательный анализ текстов статей и сопоставление полученных данных. Мы предположили, что тексты статей, содержащиеся в открытом доступе во всемирной сети, включают в себя техники манипулятивного воздействия, которые направлены на достижение определенных мишеней. В результате осуществляется манипулятивное воздействие, имеющее своей целью привлечение в НРО все новых членов.

Для осуществления содержательного анализа текстов нами были выделены данные мишени и техники. Они служат критериями оценки статей.

Таблица 1.

## Принятые обозначения критериев оценки статей

Критерий	Принятое сокращение
Мишени	
<i>Я-концепция</i> : самоидентификация, представления о собственном телесном «Я»	Я1
<i>Мышление</i> : изменение по типу паралогического – снижение критичности, достижение состояния внушаемого конформного доверия	М2
<i>Восприятие</i> : изменение картины мира, реальности, происходящих с личностью перемен	В3
<i>Речь</i> : изменение активного словарного запаса	Р4
<i>Личные интересы</i> : корректируются в соответствии с	Ли5

идеологией НРО	
<i>Социальная жизнь</i> : общий уровень соц. адаптации, активности, связей	Сжб
<i>Ценностно-смысловая сфера</i> : формируется сверхценное отношение к идеям секты	Цсс7
<i>Эмоциональная сфера</i>	Эс8
<i>Мотивационная сфера</i>	Мс9
Физиологическое состояние организма адепта, его психическое здоровье	Данная мишень реализуется косвенн.
Техники	
<i>Самовоздействие</i> : предоставление информации о дыхательных и физических упражнениях	С10
<i>«Обезличивание»</i> : предоставление звукосочетаний (мантр), которые необходимо часто проговаривать; медитации на заданную тему	О11
<i>Дискредитация эмоциональных связей</i> с семьей, родителями, детьми, друзьями и пр.	Д12
<i>Формирование «кармической связи с учителем/гуру»</i>	Фкс13
<i>Изменение смыслового содержания общеупотребительных понятий и представлений</i>	Исоп14
<i>Изменение представлений об окружающем мире</i> : делается упор на дихотомию, формируется база автоматических суждений в рамках идеологии НРО	Ипм15
<i>Изменение представлений о конструктивной деятельности, не связанной с деятельностью секты</i>	Ипд16
<i>Предоставление образцов, «правильных» (поощряемых НРО)</i>	По17

СМЫСЛОВ	
<i>Односторонние дискуссии</i> в текстах статей: осуществляется поиск «единственного» верного решения, ответа и пр.	Од18
<i>Комплексное воздействие на визуальный, аудиальный, кинестетический каналы:</i> предоставление видео/аудио материалов; обращение к образам соответствующих модальностей	Кв19
<i>Изменение ценностно-потребностной иерархии</i>	Ицпи20
<i>Воспитание чувства вины и долга перед сектой – формирование мотивации безоговорочного подчинения руководству</i>	Чвд21
<i>Формирование негативной оценки своего прошлого</i>	Фноп22
<i>Искажение представлений о способах самореализации, достижения благополучия</i>	Ис23
<i>Изменение отношения к социальным институтам (цель – изоляция неопфита)</i>	Иоси24
<i>Скрытые техники, побуждающие распространять идеологию (подмена понятий и пр.)</i>	Ри25
<i>Техники контроля различных аспектов жизнедеятельности – корректируются согласно особенностям идеологии НРО</i>	К26
<i>Единственно верная идеология (если в тексте делается дополнительный акцент на этом)</i>	Еви27

В соответствии с приведенными критериями нами был проведен содержательный анализ статей, взятых непосредственно с сайтов таких НРО как: Церковь сайентологии, Московское общество сознания Кришны, Движение объединения, Церковь христиан веры евангельской и Фалуныгун. В общей

сложности нами было рассмотрено 25 статей (по 5 с каждого из сайтов) объемом от 3 до 19 страниц.

Содержательный анализ статей

Итак, первая НРО – Церковь Сайентологии.

Проанализированные статьи

1. «Что такое сайентология?» (<http://www.scientology.ru/what-is-scientology.html>);
2. «Что происходит в сайентологической церкви?» (<http://www.scientology.ru/faq/inside-a-church-of-scientology/what-goes-scientology-church.html>);
3. «Сайентологические церемонии» (<http://www.scientology.ru/what-is-scientology/scientology-religious-ceremonies.html>);
4. «Сайентология: знание жизни. Принципы Сайентологии» (<http://www.scientology.ru/what-is-scientology/basic-principies-of-scientology/scientology-a-knowledge-of-life.html>);
5. «Сайентологические кредо и кодексы» (<http://www.scientology.ru/what-is-scientology/the-practice-of-scientology.html>).

**Таблица 2.**

Оценка критериев манипулятивного психологического воздействия в статьях, предоставленных на ресурсе Церкви сайентологии (<http://scientology.ru>)

Критерий *	Статья 1	Статья 2	Статья 3	Статья 4	Статья 5	Итого	%**
Я1	3	1	1	5		10	4,6
М2	1	1	2	14	5	23	10,6
В3	1			6	3	10	4,6
Р4	4		3	8	12	27	12,5
Ли5	2				5	7	3,2
Сж6		1		1	5	7	3,2
Цсс7			1		2	3	1,4
Эс8					2	2	0,9
Мс9	4				1	5	2,3

1

С10	1		1		3	5	2,3
О11			1			1	0,5
Д12					3	3	1,4
Фкс13	8	5	3	6	6	28	12,9
Исоп14	3	3	1	2	10	19	8,8
Ипм15	4			3	1	8	3,7
Ипд16					1	1	0,5
По17	4			5	2	11	5,1
Од18			1			1	0,5
Кв19		1			1	2	0,9
Ицпи20			1		3	4	1,9
Чвд21	1				2	3	1,4
Фноп22	3					3	1,4
Ис23	2	1	1	2	1	7	3,2
Иоси24						0	0
Ри25	1		2		6	9	4,2
К26			1		6	7	3,2
Еви27				3	7	10	4,6
Всего:	216						

*\*Принятые обозначения критериев оценки статей см. в табл. 1.*

*\*\* Округленное процентное содержание по отношению к остальным критериям.*

Из приведенных данных (табл. 2) видно, что основное воздействие оказывалось на сферу мышления (10,6 %) и восприятия (4,6 %): в текстах обнаружено множество необоснованных, оценочных, «паралогических» утверждений, таких как «человек изначально хороший», «тело не есть сам человек», «реальность – это то, что существует с твоего согласия» и пр. Также воздействие оказывалось на речевую сферу путем изменения активного речевого словаря (12,5 %): тексты статей пестрят неизвестными терминами иностранного происхождения («одитинг», «аффинити» «клиз», «оверайт», «энтурбуляция» и др.).

Воздействие на я-концепцию (3,7 %) ведется как путем подмены общепотребительных понятий (8,8 %), например, «помочь другим» – значит распространять идеологию, или «применение принципов сайентологии» есть роскошь; так и посредством изменения представлений о способах самореализации и достижения благополучия (3,2 %). Кроме того, используются техники контроля (3,2 %): в тексте достаточное количество директивных заявлений, например, «никогда не бойтесь причинить другому боль, когда вы стоите за справедливое дело», предоставляются готовые шаблоны мышления в виде кодексов. Также активно формируется «кармическая» связь с основоположником «единственно истинного» учения сайентологии (4,6 %).

Вторая НРО – Московское общество сознания Кришны.

Были проанализированы статьи:

1. «Ведическая культура и ее ценности» (<http://www.krishna.ru/culture-and-tradition/9-vedic-culture/21-vedic-culture-and-its-values.html>);
2. «Четыре цели Вед» (<http://www.krishna.ru/culture-and-tradition/9-vedic-culture/22-four-goals-of-the-vedas.html>);
3. «Виды служения Господу Кришне» (<http://www.krishna.ru/culture-and-tradition/philosophy-and-practice/241-practice-of-bhakti-yoga-for-everyone/2141-serving-the-lord-krishna.html>);
4. «Этикет вайшнава и признаки успеха на духовном пути» (<http://www.krishna.ru/culture-and-tradition/9-vedic-culture/26-signs-of-success-on-the-spiritual-path.html>);
5. «Этикет, распорядок дня, правила чистоты» (<http://www.krishna.ru/culture-and-tradition/86-vaishnavism/367-etiquette-rules-cleanliness.html>).

**Таблица 3.**

Оценка критериев манипулятивного психологического воздействия в статьях, предоставленных на ресурсе МОСК (<http://krishna.ru>)

Критерий *	Статья 1	Статья 2	Статья 3	Статья 4	Статья 5	Итого	%**
Я1	1	2	3		1	7	4,4
М2	6	7	2	1	4	20	12,5
В3	1					1	0,6
Р4	5	3	6	7	3	24	15
Ли5			1	2	1	4	2,5
Сж6	1			2		3	1,9



Цсс7	4			1	2	7	4,8
Эс8				1		1	0,6
Мс9						0	0
С10						0	0
О11			2	2	1	5	3,1
Д12			2	7		9	5,7
Фкс13			2	3	2	7	4,8
Исоп14	4	3	1	2		10	6,3
Ипм15	2	1	1	1		5	3,1
Ипд16	3	1	1	1		6	3,8
По17	5			3	5	13	8,1
Од18					1	1	0,6
Кв19			1	1	1	3	1,9
Ицпи20	4			2	2	8	5
Чвд21	1	2				3	1,9
Фноп22	1		1	2		4	2,5
Ис23	2		1	2	1	6	3,8
Иоси24						0	0
Ри25					2	2	1,3
К26	1			3	2	6	3,8
Еви27	1	1		2		4	2,5
Всего:	160						

*\*Принятые обозначения критериев оценки статей см. в табл. 1.*

*\*\* Округленное процентное содержание по отношению к остальным критериям.*

В текстах статей (данные: табл. 3) содержится множество утверждений, влияющих на сферу мышления (12,5 %): воздействие ведется путем изменения смысла общеупотребительных понятий и представлений (6,3 %), например: *смысл жизни – быть счастливым, а счастье есть чистое преданное служение Кришне*, кое

являет собой полнокровное проявление высшего блаженства. Кроме этого на мыслительную сферу влияют предоставляемые изменения представлений о мире (3,1 %), а также предоставление готовых образцов и смыслов – 8,1 %.

Осуществляется воздействие на смысловые составляющие я-концепции (4,4 %), например, «в природе человека поклоняться кому-либо или чему-либо» или «отождествление себя с материальным телом есть ложное самовосприятие»; на сферу социальных отношений индивида: путем применения техник обезличивания – 3,1 %, и дискредитации эмоциональных связей с родными и близкими (5,7 %): тем, кто идет по пути служения господу Кришне, присваивается звание «святого», говорится, что уже само общение с таким человеком способствует духовному прогрессу.

Кроме того, подвергается воздействию ценностно-смысловая сфера (5 %): путем изменения представлений о конструктивной деятельности – 3,8 %; изменения иерархии ценностно-потребностной сферы: духовные потребности ставятся много выше материальных, а верховной целью объявляется освобождение из материальных оков. Активно формируется «кармическая связь» с Кришной (4,8 %): говорится, что Кришна может одарить неопита всем, в чем тот нуждается – так, он может быть отцом (функция защиты и опеки), может быть возлюбленным (обеспечить эмоциональную близость), может быть сыном и т. д.

И, конечно, «обогащается» активный словарный запас читающего (15 %): в рассмотренных текстах часто упоминаются слова, заимствованные из санскрита, например, «дхарма», «брахман», «касты», «тантра-шастра», «асмита», «двеша», «самскара» и пр.; кроме того нередко используются цитаты четверостиший из Бхагавад-Гиты, Упанишад – священных текстов кришнаитов. Сам язык статей своеобразен: отмечается обилие вводящих в заблуждение радикальных обобщений – «всегда», «никогда», «всех» – например, «вайшнав искусен во всем» или «вайшнав всегда добр, никогда не ищет ссор».

Следующая НРО – Движение освобождения.

Нами были проанализированы статьи:

1. «Хорошие и плохие привычки» (<http://www.mirboga.ru/articles/horoshie-i-plohie-privychki>);
2. «Созданные для вечности» (<http://www.mirboga.ru/articles/sozdannye-dlya-vechnosti>);
3. «Сотворенные на радость Богу» (<http://www.mirboga.ru/articles/sotvoryonnye-na-radost-bogu>);
4. «Сердце абсолютного послушания» (<http://www.mirboga.ru/articles/serdce-absolyutnogo-poslushaniya>);
5. «Законы развития» (<http://www.mirboga.ru/articles/zakony-razvitiya>).

Таблица 4.

Оценка критериев манипулятивного психологического воздействия в статьях, предоставленных на ресурсе Движения освобождения (<http://mirboga.ru>)

Критерий*	Статья 1	Статья 2	Статья 3	Статья 4	Статья 5	Итог	%**
Я1	1	1	1	2		5	2,7
М2	9	8	3	5	1	25	13,9
В3	1	2		2		5	2,7
Р4	4	2	1	2		9	4,9
Ли5			1		1	2	1,1
Сж6		2			1	3	1,7
Цсс7	2	2	2	3	1	10	5,4
Эс8	1	2		2		5	2,7
Мс9	2	4		2		8	4,3
С10						0	0
О11		1				1	0,5
Д12		1		1		2	1,1
Фкс13	3	1	3	3	1	11	5,9
Исоп14	4	3	2	3	2	14	7,6
Ипм15		1	3			4	2,7
Ипд16				2		2	1,1
По17	7	2	8	7	4	28	15,1
Од18						0	0
Кв19						0	0
Ицпи20	2	2	2	4	1	11	5,9
Чвд21	5		7	1	3	16	8,6

22	Фноп	4		2	1	1	8	4,3
	Ис23		1	1	2	1	5	,7
24	Иоси						0	0
	Ри25				1	1	2	1,1
	К26	2	2	1	2	1	8	4,3
	Еви2						0	0
	Всего:	185						

*\*Принятые обозначения критериев оценки статей см. в табл.1.*

*\* \* Округленное процентное содержание по отношению к остальным критериям.*

По данным сводной табл. 4, манипулятивное психологическое воздействие ведется в основном на сферу мышления (13,9 %): тексты изобилуют ссылками на Библию, цитатами великих людей (Аристотеля, Авраама Линкольна и других), кои интерпретируются сообразно целям предоставляемой информации. Влияние на данную сферу реализуется посредством трех основных техник: через предоставление правильных образцов и смыслов (15,1 %) – указываются пути к решению всех проблем, в основном это «посвятите себя богу». Нередки апелляции к чувству вины: заявляется, что «человек изначально греховен, в каждом из нас есть место пороку», а также что «частичное послушание – это не послушание»; и чувству долга (8,6 %): «наша прямая обязанность – *возвращать* радость богу». Происходит формирование негативной оценки своего прошлого (4,3 %): обыденные привычки среднестатистического человека объявляются пагубными, не совместимыми с духовным развитием и пр.

Кроме того делается упор на изменение ценностно-потребностной сферы (5,9 %) – на вершине пирамиды потребностей бог, служение богу («Поставь во главу своей жизни Господа, смиришь и доверься ему»). Примечательно, что распространение идеологии (1,1 %) в текстах приравнивается к благородному, отчасти мученическому делу, которое необходимо осуществлять несмотря ни на что, при любых обстоятельствах – «ведь истина на твоей стороне, с тобой бог», даже если ты гоним обществом или отдельными его представителями.

Рассмотрим НРО «церковь Христиан веры евангельской».

Нами были проанализированы следующие статьи:

1. «Христианское единство – это не эмоциональное воздействие или дружеское расположение» (<http://www.hve.ru/resources/sermons/7354-klendennen>)

2. *«Дэвид Вилкерсон: Мишень для зависти сатаны»*  
(<http://www.hve.ru/resources/sermons/7298-2012-10-22-05-44-33>);
3. *«Эдуард Грабовенко: Что отделяет нас от Бога»*  
(<http://www.hve.ru/resources/sermons/8017-edward-grabovenko-what-separates-us-from-god>);
4. *«Андрей Бердышев: Жатва не только урожай, но и огонь»*  
(<http://www.hve.ru/resources/sermons/7395-berdyshev>);
5. *«Андрей Бердышев: Духовная дисциплина»*  
(<http://www.hve.ru/resources/sermons/8643-andrew-berdyshev-spiritual-discipline>).

Таблица 5.

Оценка критериев манипулятивного психологического воздействия в статьях, предоставленных на ресурсе Церкви ХВЕ (<http://hve.ru>)

Критерий *	Статья 1	Статья 2	Статья 3	Статья 4	Статья 5	Итог	%**
Я1	1					1	0,9
М2	4	5	2	1		12	11,1
В3	1	3	1			5	4,6
Р4	1	1	1			3	2,8
Ли5		1			1	2	1,8
Сж6			1		1	2	1,8
Цсс7			1			1	0,9
Эс8			1			1	0,9
Мс9			2		1	3	2,8
С10	1					1	0,9
О11		1				1	0,9
Д12		3	1		2	6	5,5
Фкс13	1	2	2	1		6	5,5
Исоп14	1	2				3	2,8
Ипм15	1	2				3	2,8
Ипд16		3				3	2,8
По17	6	9	3	2	2	22	20,2
Од18						0	0
Кв19	1					1	0,9
Ицпи20	1		1		2	4	3,7
Чвд21	2	5	3	1		11	10,1
Фноп22		1	2		1	4	3,7
Ис23	2	1				3	2,8

Иоси24						0	0
Ри25	1	2	1			4	3,7
К26			3	1		4	3,7
Еви27	1				2	3	2,8
Всего:	109						

*\*Принятые обозначения критериев оценки статей см. в табл. 1.*

*\*\* Округленное процентное содержание по отношению к остальным критериям.*

Основное манипулятивное психологическое воздействие (по данным табл. 5) направлено на сферу мышления (11,1 %) и восприятия (4,6 %) путем предоставления готовых образцов и смыслов – 20,2 %: в качестве иллюстраций к словам авторами приводятся притчи (например, об отделении зерен от плевел), свободно трактуются цитаты из Евангелия.

Кроме того, используются многочисленные метафоры, например: «хищные птицы – это мысли, рожденные адом и пришедшие к вам, чтобы смущать вас». Искусно формируется образ врага («Враг Человеческий») – сатаны, дьявола – который сеет сомнение, «богомерзкие» привычки в души людей.

Авторы статей умело играют на чувствах читателя: вызывая категоричными заявлениями, дихотомически разделяющими все в мире на греховное и чистое, чувство потерянности и страха неминуемой кары за содеянное. Более того, здесь же предоставляются «верные», «работающие» стратегии поведения – велят брать пример с апостолов или поступать так, как Иисус; при этом утверждается, что бояться бога это нормально и даже хорошо, «ибо когда мы развиваем себя в богобоязненности, мы растем духовно».

Также применяются различные техники контроля (3,7 %): строгий диктат (принципы чистоты, к примеру) при постоянном уничтожении «греховного» образа человека, его «мирских» нужд и потребностей. Кроме того, выявлены техники дискредитации эмоциональных отношений с родными и близкими – 5,5 %, сопряженные с постепенным формированием негативной оценки своего прошлого – 3,7 %, и возвращением чувства вины и долга перед НРО – 10,1 %. Догматически утверждается: «нам стоит всегда видеть свою зависимость от господина», добавим, что и от самой Церкви христиан веры евангельской.

И, наконец, последняя НРО – Фалуныгун или Фалуны Дафа.

Нами были проанализированы следующие статьи:

1. «Коротко о Фалуны Дафа» (<http://ru.falundafa.org/introduction.html>);
2. «Что такое ученик Дафа» (<http://ru.minghui.org/articles/2011/11/22/57353.html>);

3. «Что значит «помогать Учителю в Исправлении Законом?»» (<http://ru.minghui.org/articles/2011/6/21/27079.html>);
4. «Будьте бдительны» (<http://ru.minghui.org/articles/2009/8/4/26935.html>);
5. «Будьте еще более усердными» (<http://ru.minghui.org/articles/2010/7/24/26945.html>).

Таблица 6.

Оценка критериев манипулятивного психологического воздействия в статьях, предоставленных на ресурсе Фалуьнгун (<http://ru.falundafa.org>)

Критерий *	Статья 1	Статья 2	Статья 3	Статья 4	Статья 5	Итого	%**
Я1		5			2	7	3,1
М2	2	2			10	14	6,2
В3	2	3	2			7	3,1
Р4	2	7	1	4	1	15	6,6
Ли5	2	3	1	1	1	8	3,5
Сж6				1		1	0,4
Цсс7		3		1		4	1,8
Эс8		5	1		1	7	3,1
Мс9		4		1	3	8	3,5
С10	1					1	0,4
О11					2	2	0,8
Д12		1		1	2	4	1,8
Фкс13	1	7	4	2	7	21	9,3
Исоп14		4		2	2	8	3,5
Ипм15	1	14			7	22	9,7
Ипд16	1	1			3	4	1,8
По17					5	5	2,2
Од18		9	1			10	4,4



Кв19						0	0
Ицпи20	1	4		2		7	3,1
Чвд21		8	1	1	10	20	8,8
Фноп22		3	1	1	2	7	3,1
Ис23		4	1	1	1	7	3,1
Иоси24		1				1	0,4
Ри25		5			4	9	3,9
К26		8		2	10	20	8,8
Еви27	1	4			2	7	3,1
Всего:	227						

*\*Принятые обозначения критериев оценки статей см. в табл. 1.*

*\*\* Округленное процентное содержание по отношению к остальным критериям.*

В проанализированных статьях (см. табл. 6) большое внимание уделено воздействию на я-концепцию (3,1 %) и сферу мышления (6,2 %): постулируется принцип обесценивания существования, заявляется, что «жизнь – это шелуха, а смерть – всего лишь потеря грубой оболочки»; применяются такие категории как «настоящий ты», «иллюзорный мир» и пр. Кроме того, говорится о некоем феномене «открытости мыслей» – мысли якобы выставляются на всеобщее обозрение во вселенной, а о всех порочных мыслях сразу узнает учитель. К слову, такое заявление может привести к серьезным медицинским последствиям для психики человека.

Воздействие на я-концепцию достигается путем изменения представлений о себе «настоящем» (3,1 %): отмечается, что учеником дафа может стать далеко не каждый человек, а лишь группа избранных душ, которые приняли на себя ужасные страдания в прошлых воплощениях и которые пришли, чтобы совершенствоваться под началом учителя и спасти другие «мирские» души. Говорится, что тело каждого человека, а в особенности учеников обременено множеством кармических долгов и каждый человек пребывает в заблуждении – и только идеология Фалунь, а в частности предлагаемый метод исправления законом может способствовать духовному прогрессу.

«Каждый из учеников несет часть вины за все то, что стало плохим» – это не единственная апелляция к чувству вины, содержащаяся в текстах (8,8 %).

Также подвергаются изменению представления о мире в целом (9,7 %): активный словарный запас читающего обогащается множеством новых понятий (6,6 %), таких как энергия «фа», «исправление законом», «вэй дэй», «ученик дафа» и пр., с помощью которых осуществляются многочисленные псевдонаучные спекуляции. Например, объясняются циклы развития вселенной, пути совершенствования ученика дафа.

В текстах содержатся многочисленные послы к формированию устойчивой и прочной кармической связи с гуру – Учителем (9,3 %), который помогает в исправлении законом и от которого зависит духовная эволюция всех учеников. Заявляется, что высшее тело учителя вырабатывает определенную субстанцию («фа»), которую он раздает своим ученикам (тем, кто действительно соблюдает все каноны), – так осуществляются техники контроля различных аспектов жизнедеятельности (8,8 %).

Социум представляется как изначально враждебный, населенный глупыми, деградирующими людьми, некоторые из которых вредят идеологии и именуются «хаотическими демонами зла». Но так как они не осведомлены о методе исправления законом, их непременно надо спасти (техники, побуждающие распространять учение, – 3,9 %), даже если они активно сопротивляются этому, ибо потом, осознав истину, они будут благодарить вас.

На основании вышеописанного нами были сделаны следующие выводы.

Несмотря на различия во взглядах НРО на религию, социум, вселенную и место в ней человека; несмотря на разницу в уровнях интеллектуальной сложности основополагающих учений, различие в тактических методах воздействия, в полученных результатах можно наблюдать интересную картину:

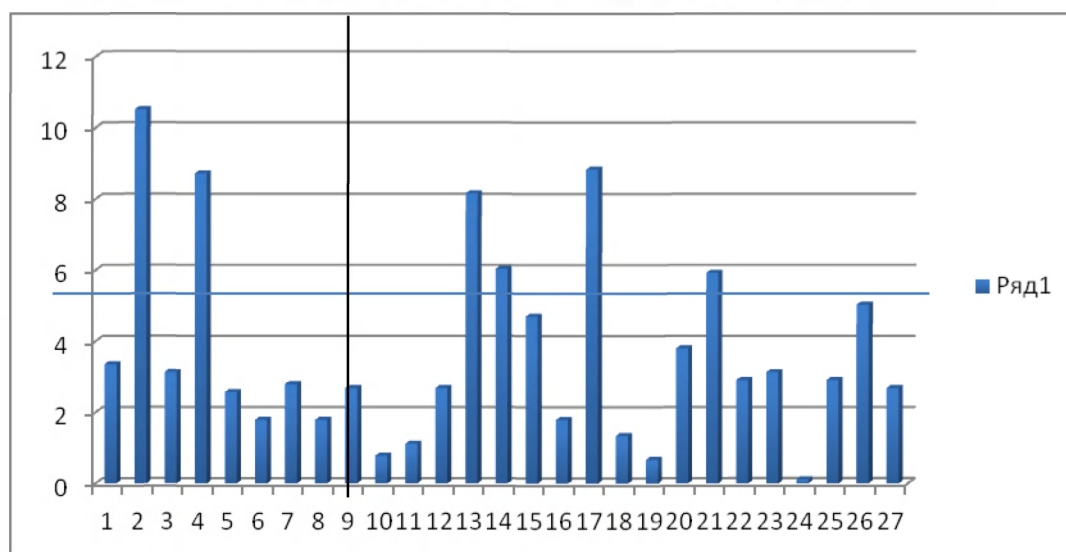


Рисунок. Общее процентное соотношение частоты употребления мишеней и техник по всем НРО

На представленной гистограмме в общем процентном соотношении видно: воздействие, осуществляемое посредством интернет-ресурсов, ведется преимущественно на сферу мышления (2) и на речевую сферу (4), я-концепцию (1) и восприятие (3). Что касается техник осуществляемого воздействия, в большинстве случаев преимущественно используются: формирование кармической связи с гуру (13), предоставление готовых образцов и смыслов (17), техники подмены понятий (14), а также апелляция к чувству вины и возвращение чувства долга перед НРО (21); различные техники контроля (26) и скрытые послы к распространению идеологии (25).

Итак, нами был произведен содержательный анализ статей с пяти сайтов НРО. Полученные данные дают основание утверждать, что посредством активации некоторых мишеней определенными техниками НРО в состоянии осуществлять манипулятивное психологическое воздействие через интернет-ресурсы.

Кроме того, полученный в результате анализа материал являет собой богатую пищу для размышлений: в текстах статей, которые в масштабах всемирной сети представляют собой лишь относительно небольшое скопление информации, обнаружено довольно обширное количество манипулятивных техник, достаточное для того, чтобы задуматься над реальным положением дел, но недостаточное для того, чтобы представить себе возможный «радиус поражения» подобной информацией.

---

## Литература

1. Балагушкин Е.Г. Нетрадиционные религии в современной России. М.: ИФ РАН, 1999. Ч. 1. 151 с.
2. Волков Е.Н. Методы вербовки и контроля сознания в деструктивных культурах // Журнал практического психолога. 1996. № 3. С. 76–82.
3. Дворкин А. Л. Сектоведение. Тоталитарные секты. Опыт систематического исследования. Изд. 3-е, перераб. М.: Изд-во Христианская библиотека, 2006. 554 с.
4. Кантеров И.Я. Современные нетрадиционные религии и культы // История религий / под ред. проф. И.Н. Яблокова. М.: Высшая школа, 2002. Т. 2. 480 с.
5. Конь Р.М. Введение в сектоведение. Нижний Новгород: Нижегородская Духовная семинария, 2008. 496 с.
6. Лифтон Р. Технология «промывки мозгов»: Психология тоталитаризма. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. 576 с.
7. Лири Т., Стюарт М. [и др.] Технологии изменения сознания в деструктивных культурах / под ред. И. Митрофановой. СПб.: Экслибрис, 2002. 224 с.
8. Олейник И.В., Соснин В.А. Тоталитарная секта: как противостоять ее влиянию. М.: Генезис, 2005. 79 с.
9. Основы религиоведения: учебник / под ред. проф. И.Н. Яблокова. М.: Высшая школа, 1998. 368 с.
10. Хассен С. Освобождение от психологического насилия: деструктивные культы, контроль сознания, методы помощи. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. 396 с.
11. Хрюнова В. А. Психологические аспекты манипулятивного воздействия сект с использованием Интернета // Юридическая психология. 2010. № 1. С. 11–13.

# Using psychological manipulation in the activities of religious organizations on the Internet

*Smirnova N.S., student, Chair of clinical and forensic psychology, Department of legal psychology, Moscow State University of Psychology & Education (n.smirnova.upk@gmail.com)*

*Dvoryanchikov N.V., PhD in Psychology, Dean of the Department of Law Psychology, Professor, Chair of Clinical and Forensic Psychology, Department of Law Psychology, Moscow State University of Psychology & Education (dvorian@gmail.com)*

---

The article is devoted to the research of non-traditional religious organizations (NRA) on the Internet. The relevance of this topic is due to the partial displacement of activity of modern NRA worldwide network: in this context, the risk of involvement in the activities of the NRA is growing. The article examines the factors of the psychological manipulation. We performed content analysis of texts of 25 articles (3 to 19 pages long) provided by the NRA on their own Internet resources, carried out a comparative analysis of the results. We assumed that the texts of the articles in a certain way include technologies (specific methods for the gradual establishment of control over the human consciousness) of psychological manipulative influence aimed at certain targets (significant structures of human personality). These data allow to some extent to assess the extent of this phenomenon, as well as provide much information for thought and further research.

**Keywords:** psychological manipulation, targets and methods of psychological manipulation, religious organization, activity of religious organizations on the Internet.

---

## References

1. *Balagushkin E.G.* Netradicionnye religii v sovremennoj Rossii. M.: IF RAN, 1999. Ch. 1. 151 s.
2. *Volkov E.N.* Metody verbovki i kontrolja soznanija v destruktivnyh kul'tah // Zhurnal prakticheskogo psihologa. 1996. № 3. S. 76–82.
3. *Dvorkin A. L.* Sektovedenie. Totalitarnye sekty. Opyt sistematicheskogo issledovanija. Izd. 3-e, pererab. M.: Izd-vo Hristianskaja biblioteka, 2006. 554 s.
4. *Kanterov I.Ja.* Sovremennye netradicionnye religii i kul'ty // Istorija religij / pod red. prof. I.N. Jabloкова. M.: Vysshaja shkola, 2002. T. 2. 480 s.
5. *Kon' R.M.* Vvedenie v sektovedenie. Nizhnij Novgorod: Nizhegorodskaja Duhovnaja seminarija, 2008. 496 s.

6. *Lifton R.* Tehnologija «promyvki mozgov»: Psihologija totalitarizma. SPb.: Prajm-EVROZNAK, 2005. 576 s.
7. *Liri T., Stjuart M. [et al.]* Tehnologii izmenenija soznanija v destruktivnyh kul'tah / pod red. I. Mitrofanovoj. SPb.: Jekslibris, 2002. 224 s.
8. *Olejnijk I.V., Sosnin V.A.* Totalitarnaja sekta: kak protivostojat' ee vlijaniju. M.: Genezis, 2005. 79 s.
9. *Osnovy religiovedenija: uchebnyk / pod red. prof. I.N. Jablokova.* M.: Vysshaja shkola, 1998. 368 s.
10. *Hassen S.* Osvobozhdenie ot psihologicheskogo nasilija: destruktivnye kul'ty, kontrol' soznanija, metody pomoshhi. SPb.: Prajm-EVROZNAK, 2003. 396 s.
11. *Hrjunova V. A.* Psihologicheskie aspekty manipuljativnogo vozdejstvija sekt s ispol'zovaniem Interneta // Juridicheskaja psihologija. 2010. № 1. S. 11–13.