

Глава 7. Современные контексты психологической безопасности в медицинской психологии

И.Я. Стоянова, Е.Ю. Брель

Психологическая безопасность в аспекте психического здоровья

Психическое здоровье – одна из наиболее остро обсуждаемых проблем в психиатрии, медицинской психологии, психотерапии и других научных дисциплинах. Многомерность этого явления и разноплановость подходов к его изучению до сих пор не позволяют дать его всеобъемлющего определения, выделить достаточный набор его составляющих, разработать валидные и надежные критерии оценки его уровня. Исследователи рассматривают психическое здоровье либо в рамках патоцентрической (медицинской) модели, включающей отсутствие симптомов и синдромов заболеваний, жалоб и болей, объективных нарушений в функционировании разных систем организма, либо саноцентрической (психологической) модели, когда здоровье определяется с учетом индивидуальных ресурсов и возможностей человека, его способностей к развитию, самореализации и самосовершенствованию.

Отечественные ученые стали рассматривать содержание психического здоровья как динамический процесс психической деятельности, которому свойственны детерминированность психических явлений, гармоническая взаимосвязь между отражением обстоятельств действительности и отношением индивида к ней, адекватность реакций на окружающие социальные, биологические, психические и физические условия благодаря способности контролировать своё поведение, планировать и осуществлять жизнедеятельность в микро- и макросреде (Семке, 2011).

Объем понятия «психическое здоровье» постоянно расширяется, наполняется все большим содержанием, обусловленным раз-

личными психологическими факторами. В современных условиях это сложный системный феномен, включающий характеристики психического равновесия, гармонизацию взаимодействия различных сфер личности – эмоциональной, волевой, познавательной. Нарушения психического равновесия приводят к личностным деградациям, деструкциям, социальной дезадаптации, нарушениям психического здоровья.

В качестве важного критерия психического здоровья обозначается гармония. Эта психологическая характеристика связана с поддержанием активного динамического баланса между человеком и окружающей средой в ситуациях, требующих мобилизации ресурсов личности. Саморегуляция является центральной характеристикой психологически здорового человека как возможность адекватного приспособления как к благоприятным, так и к неблагоприятным воздействиям (Моросанова, Бондаренко, 2015).

С перечисленными выше психологическими характеристиками тесно связано понятие «психологическая безопасность» (далее – ПБ), первые целенаправленные исследования которой в рамках психологической модели датируются серединой XX века.

В представлениях А. Маслоу (Маслоу, 2017), потребность в безопасности и защите – одна из базовых потребностей человека.

В представлениях К. Хорни, главным в развитии ребенка является потребность в безопасности, включая потребность быть любимым, желанным, защищенным от опасностей и враждебности мира. При неудовлетворении этой потребности возникают ощущение страха, чувство беспомощности, которые могут проявить себя как в настоящем, так и в будущем и способствовать нарушениям психического здоровья, усилению невротизации.

Р. Янов-Бульман (2008) рассматривает безопасность в качестве значимого чувства для психически здорового человека. Оно включает три категории базисных убеждений, составляющих ядро субъективного мира человека, отношение к окружающему миру: вера в то, что в мире больше добра, чем зла, убеждение, что мир полон смысла, а также в ценности собственного «Я». Исследователь отмечает, что чувство психологической безопасности, защи-

ценности рождается в детстве, имеет субъективное содержательное наполнение, способствующее психической стабильности человека и его успешности в жизни, а также является важным условием личностного развития. Высокий уровень психологической безопасности способствует личностному росту, усиливает стремление человека к достижению целей.

В настоящее время психологическая безопасность – это отдельное научно-исследовательское направление, в котором изучаются закономерности адекватного отражения опасности и конструктивной регуляции поведения с целью сохранения целостности и стабильности человека, что непосредственно связано с его психическим здоровьем (Соломин и др., 2008).

Психологическая безопасность рассматривается как явление объективное или субъективное, а поведение человека – в пределах «психологического гомеостаза», достигаемого путем приспособления, адаптации к среде (Клочко, Галажинский, 2009). Она проявляется в многообразии аспектов сопротивляемости и жизнестойкости: в переживании своей защищенности (незащищенности), в наличии ресурса сопротивляемости внешним и внутренним деструктивным воздействиям, в конкретных поведенческих актах, способствующих или препятствующих саморазрушению или конструктивному устойчивому развитию (Краснянская, 2006).

О.В. Бубновой и О.В. Куликовой (2015) выделены структурные компоненты психологической безопасности:

1) аффективный (эмоциональная устойчивость к негативным внутренним и внешним воздействиям);

2) когнитивный (общая осведомленность о понятиях «угроза», «опасность», а также способах выхода из подобных ситуаций);

3) поведенческий (способность планировать и осуществлять оградительные меры для самообеспечения психологической безопасности).

Критерии психологической безопасности включают внешние и внутренние факторы. К **внутренним** факторам относятся: функционирование организма и психики в соответствии с нормами;

адекватное ролевое функционирование; защищенность сознания от его изменения против воли человека.

Внешние факторы включают средовые условия, свободные от проявления психологического насилия во взаимодействии, способствующие удовлетворению основных потребностей в личностно-доверительном общении, создающие референтную значимость. В этих исследованиях психологическая безопасность рассматривается с помощью анализа внешних объективных условий, где человек выступает объектом воздействия. Авторы, работающие в данном направлении, концентрируют свое внимание на изучении причин, провоцирующих психологическую незащищенность, уязвимость личности. Объектом изучения в этих работах являются негативные факторы среды, а предметом – информационные, социальные, экологические и другие характеристики среды и условия жизнедеятельности, способные оказывать влияние на психику, сознание, поведение человека, нарушая тем самым его безопасность (Грачев, 2003; Эксакусто, 2011; Баева, 2012). В этом случае особое внимание уделяется характеру внешних угрожающих влияний (негативное информационно-психологическое воздействие, внушение, манипулирование и др.) и их последствиям (нарушение адекватности отражения реальности, психического состояния, снижение адаптивности, социально-ролевого функционирования).

Мишенью психологического воздействия при таком подходе будут факторы риска, несущие психологическую опасность физическому и психическому здоровью человека и нарушающие его психологическую безопасность, их выявление, осмысление и минимизация психического ущерба. Проблемной сферой для специалистов станет классификация возможных микро- и макрофакторов, угрожающих психологической безопасности человека. С другой стороны, подобная классификация невозможна без учета индивидуальности. Одна и та же ситуация может восприниматься неоднозначно не только разными людьми, но и одним человеком, она может оцениваться как безопасная или опасная в различные периоды жизни. При этом достаточно сложно выделить конкретный набор

свойств и качеств личности, безусловно обеспечивающих защищенность человека в различных условиях жизнедеятельности.

Следующий значительный кластер исследований феномена психологической безопасности посвящен изучению аспектов, отражающих взаимосвязи человека с окружающей его действительностью, а также с рассмотрением активной его роли как при восприятии угрозы, так и в совладании с ней. Принцип взаимодействия, идея обратной связи в виде саморегуляции, обеспечивающей устойчивость к условиям внешней среды, позволили увидеть в феномене психологической безопасности результат взаимодействия личности и среды. В этих исследованиях психологическая безопасность рассматривается в качестве динамического процесса перехода системы из состояния опасности в состояние безопасности, что опосредствованно когнитивными, эмоциональными, поведенческими характеристиками.

В данных исследованиях индивидуально-психологические особенности личности рассматриваются как ресурсы адаптации, отождествленные с ресурсами психологического преодоления, имеющими не столько адаптивный, сколько преобразующий характер. При этом подчеркивается ответственность самой личности за свою психологическую безопасность, что личностные ресурсы находятся в ведении самого человека, от него самого зависит уровень их развития. При этом проблема психологической безопасности личности объединяется с задачей ее развития и саморазвития (Александрова, 2011).

В зарубежной литературе в исследованиях этого направления ПБ рассматривается в контексте ответственности и активности личности, как феномен сопротивляемости негативным воздействиям и жизнестойкости (Maddi S., 2004; Ionescu S., 2005; et al.).

Последние тенденции в изучении этого феномена связаны с пониманием психологической безопасности с позиции системного подхода (Клочко, 2008). При этом важнейшей чертой становится междисциплинарный характер проведения исследований, а системная взаимосвязь феномена безопасности и совокупности его подсистем определяется взаимодействием множества элементов, находящихся в отношениях и связях друг с другом, образующих

определенную целостность. Сущность системного подхода применительно к изучению проблем психологической безопасности проявляется прежде всего в том, что деятельность человека рассматривается как открытая динамическая система в совокупности важнейших внутренних и внешних взаимосвязей для нахождения путей оптимизации этой системы и обеспечения психологической безопасности (Зинченко, 2011).

В своей исследовательской и практической работе мы опираемся на определение психологической безопасности как динамической системы, где центром является человек как целостная, активная, рефлексивная, ответственная, способная решать жизненные противоречия сущность, а сама психологическая безопасность рассматривается как состояние, носящее динамический характер как во внутреннем пространстве субъекта, так и в системе «человек – внешняя среда». Такой подход позволяет рассматривать ПБ не столько в аспекте выживания и адаптации, сколько в аспекте самореализации и саморазвития. Взаимодействие человека и среды при системном подходе опосредуется сформированной в результате этого взаимодействия картиной мира, негативное воздействие (опасности, трудности, сложности) действует не напрямую, а лишь «преломляясь» через личностные особенности человека, его представления, социальные установки. Развитие ПБ с помощью психологических практик позволяет рассматривать этот психологический феномен в качестве ресурсной составляющей здоровья человека.

Таким образом, анализ научной литературы позволил установить наличие взаимосвязи между показателями психологической безопасности человека и характеристиками психического здоровья. Результаты этих исследований позволили подтвердить возможность рассмотрения психологической безопасности как фактора психического здоровья.

Направления исследований психологической безопасности в разделах медицинской психологии

В настоящее время в научной литературе накоплен обширный материал по различным аспектам психологической безопасности,

включая информационную, экологическую, безопасность образовательной среды и личностные проявления участников образовательного процесса (Родачин, 2004; Зинченко, 2011; Тарабрина, Быховец, 2011; Свиридова и др., 2011; Рудницкий, 2011; Писарь, Ребрик, 2012; Папоян, Мурадян, 2012; Корытова, Закотнова, 2015; Синякова, Кошкаров, 2015; Сараева и др., 2015; Терехина, 2016). При этом проблема психологической безопасности остается недостаточно разработанной в отношении медико-психологических исследований, направленных на изучение соотношения психологической безопасности и психического здоровья, на развитие психологической безопасности у пациентов в процессе психологической реабилитации (Соловьева, 2016).

Рассматривая психологическую безопасность как категорию медицинской психологии в ее системном представлении, следует отметить, что это интегративный и многомерный феномен:

▶ **процесс**, имеющий динамическую составляющую ПБ, которую возможно развивать в процессе психокоррекционной работы;

▶ **состояние**, обеспечивающее базовую потребность личности. Трансформация психических состояний, обусловленных избыточными негативными эмоциональными переживаниями, является прерогативой в работе медицинского психолога, направленной на повышение ПБ и движение в сторону психического здоровья;

▶ **свойство** личности, характеризующее её защищенность от деструктивных воздействий, внутренний ресурс, который можно изучать и развивать психологическими методами.

Психологическими характеристиками, обеспечивающими психологическую безопасность, являются:

▶ **осмысленность** жизни – наличие осмысленных целей и возможности использования различных способов для их достижения;

▶ **готовность** к трансформациям жизненных трудностей;

▶ **ответственность** и конструктивность мышления;

▶ **открытость** по отношению к миру, людям, себе (Клочко, 2008).

Концепция психологической безопасности и психологическая работа по ее реализации применима для всех разделов клиниче-

ской психологии, включая семейную, кризисную, перинатальную психологию, возрастную клиническую психологию, психологию здоровья. Базируясь на этой концепции, медицинский психолог может расширить предметное поле исследования личностных возможностей человека и с помощью методов психологической помощи способствовать формированию ресурсных составляющих и нового опыта для успешного преодоления жизненных затруднений и восстановления здоровья.

Нет необходимости доказывать значимость семьи в контексте психического здоровья ее членов. Семейные отношения, как правило, являются наиболее важными, значимыми для человека, и этим объясняется их ведущая роль в формировании психических нарушений как у взрослых, так и у детей.

Особенности супружеских отношений, как части семейных отношений, также имеют большое значение для психического благополучия, гармонии, психологической безопасности супругов. При этом важным показателем наряду с ПБ являются позитивный опыт взаимодействия, удовлетворенность ролевым функционированием, удовлетворенность браком.

Супружеские отношения меняются с течением времени, семья проходит разные стадии в своем развитии и периодически встречается с кризисами, которые необходимо преодолевать без значительных потерь, сохранять ресурсы для всего жизненного цикла. И здесь очень важны устойчивое чувство психологической безопасности и уверенность в позитивном преодолении трудностей и совладании с проблемными ситуациями.

Сколько тревог и волнений связано с ожиданием первенца! И в этом случае психолог способствует обретению нового опыта и благополучного деторождения (Магденко, Стоянова, 2012).

Психологическая безопасность для каждого из супругов важна и при становлении родительства, формирования адекватных родительских установок, готовности к родительской роли, и на этапах взросления младших членов семьи. Исследования свидетельствуют о том, что нарушение семейного взаимодействия, эмоциональное дистанцирование между членами семьи, неадекватное распределе-

ние ролевого функционирования, низкие возможности самоорганизации в конечном счете нарушают психологическую безопасность, способствуют распаду семьи и нарушениям психического и психосоматического здоровья (Кулаков, 2003; Костарев, 2017).

Базируясь на принципах медицинской психологии, в работе с семьей можно изучать психологическую безопасность ее членов, выявляя особенности межличностного взаимодействия, психологическую защиту, психологию конфликта, мотивационные составляющие, уровни психологического благополучия и т.п. При этом можно рассматривать параметры психологической безопасности как фактор, необходимый для развития личностных ресурсов и профилактики психического здоровья. Это стратегические задачи медицинских психологов.

В программы тренинговой и консультативной работы с членами семьи и их значимым окружением должна быть включена работа по регуляции поведения и саморегуляции. Развитие психологической безопасности пациентов включает также работу, связанную с формированием позитивного Я-образа, доброжелательности окружающего мира и позитивных отношений между «Я» и окружением. Значимыми контекстами психологической работы является также развитие нового опыта применения стратегий совладания, трансформации стереотипных и неадаптивных реакций в проблемных и нестандартных ситуациях в конструктивные. Совместная психологическая работа направлена на обретение ПБ и саморазвитие. Сохранение психологической безопасности помогает человеку сохранять устойчивость в экстремальных, кризисных ситуациях, справляться с ежедневными стрессовыми обстоятельствами жизни. При создании условий психологической безопасности среды актуализируются возможности личности, повышается уровень толерантности к жизненным трудностям.

Психологическая безопасность и ее нарушения людей старшей возрастной группы тесно связана с понятиями эйджизма и геронтофобии. В одном из определений Р.Н. Батлера эйджизм дефинируется как отражающий глубоко затаенную тревогу некоторых людей, их личностное отвлечение и ощущение неприязни к ста-

реющим людям, болезням, инвалидности, их страх беспомощности, бесполезности и смерти. Бекка Леви определяет эйджизм как дискриминация по возрастному признаку.

Исследования свидетельствуют о том, что в общественном сознании развиваются такие явления, как геронтофобия – страх старости и смерти. Бытовой эйджизм зачастую проявляется в повседневном общении с пожилыми людьми, включающем элементы насилия. Подобное отношение к людям старшей возрастной группы становится причиной нарушения психического здоровья. Многие из них становятся пациентами клиники НИИ психического здоровья Томского научно-исследовательского медицинского центра (далее – НИИПЗ ТНИМЦ).

Для пациентов пожилого возраста с невротическими и депрессивными расстройствами также характерны нарушение психологической безопасности, патогенная установка на процесс старения, нарушение возрастной идентификации, отвержение себя в данном возрасте, избыточность психологической защиты в форме отрицания, «отмежевания» от пожилого возраста на фоне стереотипов и моделей поведения, свойственных пожилым людям.

Повышение уровня психологической безопасности пациентов выступает превентивной мерой, направленной на восстановление психического здоровья и личностных ресурсов у пациентов старшей возрастной группы. В процессе индивидуальной и групповой работы развивается способность к самопониманию, изучаются факторы, снижающие ПБ (наличие ошибочных когнитивных схем, враждебность, условная выгодность болезни, формирование генерализованного представления о негативной реальности, стремление к обесцениванию помощи), а также развивается ресурс сопротивляемости негативным воздействиям.

Представляется, что на базе медицинских учреждений продуктивным является изучение личностных факторов психологической безопасности у пациентов, включая базисные убеждения, уровни личностной и социальной тревожности, защитно-адаптивные стили, антивитальные проявления. Изучение этих характеристик будет способствовать расширению возможностей психологической

помощи пациентам в условиях стационара, а также созданию системы психопрофилактики, направленной на повышение адаптивных возможностей и психологическую безопасность.

Формирование психологической безопасности у пациентов пожилого возраста с учетом вышеобозначенных характеристик осуществляется на базе отделения пограничных состояний НИИПЗ ТНИМЦ. При этом используется мультимодальный подход А. Лазаруса, который дает возможность акцентировать внимание на основных проблемах пациента, требующих решения. Отделяя ощущения от эмоций, различая представления и когниции, исследуя индивидуальное и межличностное поведение в совместной партнерской работе пациента и психолога, данные техники позволяют снизить эмоциональную напряженность, изменить ошибочные представления, способствовать развитию психологической безопасности.

Как уже отмечалось ранее, характеристики психологической безопасности пациентов пограничного спектра нарушений психического здоровья можно развивать в процессе оказания психологической помощи. Данная информация представлена в следующем разделе.

Возможности развития психологической безопасности в контексте психологической реабилитации

Материалы данного раздела подготовлены совместно с медицинским психологом отделения аффективных состояний НИИПЗ ТНИМЦ Н.С. Смирновой (Смирнова и др., 2016).

В начале раздела мы хотим обратить внимание читателей на специфику работы медицинского психолога в психиатрической клинике. Как отмечает С.Л. Соловьева (2016), реабилитация как процесс восстановления психического здоровья имеет свои отличительные особенности в профессиональной деятельности психологов и медицинских работников. Она отмечает, что клинический и немедицинский (психологический) подходы к реабилитации, которая является актуальной для медицины и практического здраво-

охранения, имеют четкие разграничения. И психолог в первую очередь обращается к уникальному психологическому миру личности пациента. Помогая больному адаптироваться к жизни в условиях психического заболевания, психолог как эксперт по психическому здоровью вторгается в субъективную реальность другого человека и воздействует на нее с профессиональных позиций, отражающих доминирующую в науках о психическом здоровье парадигму. Профессиональное воздействие на личность психически больного во многом тенденциозно, поскольку направлено на создание и расширение возможностей для субъективной реальности каждого пациента встраиваться в социальные предписания, ограничения, запреты, формируемые доминирующей в обществе идеологической средой. Личный опыт позволяет специалисту адекватно оценивать жизненные кризисы и микротравмы как обладающие необходимой для выживания человека обучающей силой: если позитивные переживания удовольствия, радости, благополучия позволяют человеку, особенно не задумываясь, принимать решения и действовать в рамках актуального психического статуса, то «негативные» переживания активизируют поиск ресурсов, информации, социальной поддержки, стимулируют личность к развитию и росту.

Актуальность исследования психологической безопасности пациентов, страдающих депрессивными расстройствами, обусловлена высокой распространенностью данных нарушений, необходимостью сохранения психического здоровья и оказанию эффективной психологической помощи с опорой на личностные ресурсы (Мелехин, 2015; Стоянова и др., 2016; Beck, 2008, 2011).

Поскольку психологическая безопасность в своей структуре содержит три основных компонента – аффективный, когнитивный, и поведенческий, то наиболее подходящим методом для ее формирования у больных расстройствами депрессивного спектра, в наших представлениях, является когнитивно-поведенческий подход.

Исследования депрессии в рамках когнитивно-бихевиорального подхода осуществлялись с опорой на концепцию когнитивной уязвимости А. Бека (Бек, Фримен, 2003), которая рассматривает два уровня мыслительных процессов – поверхностный и глубинный.

Первый уровень отвечает за способ переработки информации. При этом избирательная фокусировка внимания на негативных аспектах блокирует адекватную переработку положительных событий в жизни депрессивных пациентов.

Второй уровень – глубинный, свидетельствует о присутствии сложно устроенной системы аффективно-заряженных дисфункциональных убеждений, которых придерживаются пациенты. Дисфункциональные убеждения, или схемы, представляют собой жизненную философию пациента, «систему глубинных установок по отношению к самому себе, миру, людям, задающую основу для переработки текущей информации и стратегий решения проблем». В этой системе фиксирован весь жизненный опыт человека, а особую роль играют детские впечатления и особенности семьи.

Важной особенностью депрессогенных когнитивных схем является недостаток дифференцированности в их содержании, что указывает на их инфантильную природу. Причинами развития базовых посылок депрессии называются следующие:

1) утрата одного из родителей в детстве, в результате чего психологические потери могут интерпретироваться как необратимые и непереносимые травмы;

2) наличие родителя, чья система убеждений актуализирует собственную неполноценность или систему конструктов, состоящую из ригидных, жестких правил;

3) дефицит социальных навыков, негативный опыт общения, отсутствие эмпирической проверки негативного опыта;

4) физический дефект, способствующий формированию «образа Я» как отличного от других, избегание контактов, препятствующих проверке.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) как система психотерапевтических подходов существует уже более 45 лет. Ее основой является тщательно разработанная теоретическая база, которая была сформулирована в процессе длительной работы с большим числом пациентов. На сегодняшний день в мире накоплены результаты сотен исследований, подтверждающие эффективность этого метода при лечении аффективных расстройств.

Метод КПТ создавался для индивидуальной работы с пациентами. Однако уже в 1979 году в классическом руководстве по лечению депрессии А. Беком с соавторами упоминается возможность ее использования в групповой работе.

В 2009 году был разработан и апробирован лечебный протокол групповой КПТ депрессий. Авторы пришли к выводу, что реализация этого метода в формате группы представляет собой уникальную терапевтическую возможность, эффект от которой наступает не только от освоения когнитивных техник, но и усиливается в результате группового терапевтического процесса (Morrison, 2001; Ionescu, 2005; Bieling et al., 2009).

Описывая особенности групповой терапии по формированию психологической безопасности в когнитивно-поведенческой парадигме, следует отметить трудности проведения группы в условиях психиатрического стационара. Клиническая ситуация психиатрического стационара требует модификации традиционного КП подхода в психотерапии, поскольку:

1. Средний срок пребывания пациентов 3–4 недели, следовательно, предполагается значительная смена состава группы, практически в каждой группе есть новые участники.

2. Большинство пациентов стремятся к облегчению своего состояния, а не к личностному росту и пониманию себя.

3. В группе часто присутствуют немотивированные пациенты: психологически неискушенные, без любопытства в отношении себя или не желающие находиться в группе (при назначении врачом).

4. Часто психотерапевты не имеют возможности контролировать процесс составления группы.

5. В группе редко наблюдается сильное чувство сплоченности; у участников мало времени для того, чтобы научиться заботиться друг о друге и начать доверять друг другу.

6. Нет времени на постепенное распознавание тонких межличностных паттернов, на их проработку, также практически нет возможности сосредоточиться на перенесении опыта на ту ситуацию, которая окружает пациента в домашней обстановке.

Постановка цели, созвучной вышеперечисленным условиям, отличается от традиционной групповой когнитивно-поведенческой терапии. Ее можно сформулировать как знакомство с психотерапией, вовлечение депрессивного пациента в процесс психотерапии и как смягчение проблемного поведения депрессивного пациента таким образом, чтобы он снова смог осуществлять жизнедеятельность вне стен клиники.

В психиатрических отделениях существуют несколько эффективных способов помощи депрессивным пациентам: психофармакология, терапия средой, соматическая терапия, индивидуальная психотерапия и т.п. Однако формирование психологической безопасности более эффективно в групповой работе, нежели при других способах психологической помощи. Многие пациенты с депрессивными расстройствами нуждаются в проработке трудностей, которые у них возникают при общении с другими людьми. При этом группа создает уникальную терапевтическую среду, а в фокусе групповой работы по-прежнему находится трансформация искаженных когниций. Позитивные изменения достижимы разными способами: посредством поведенческих экспериментов, изучения фактов, решения задач, проигрывания ролей, мысленного реструктурирования.

К современным подходам из так называемой «третьей волны» КПТ относится Метакогнитивная терапия, или Схема-терапия Дж. Янга. Появление этого направления (*Meta cognitive therapy*) – МКТ – связано с именами оксфордских ученых – Дэвида Кларка и Эдриена Уэллса, создавших базовую модель, которая была разработана для пациентов, страдающих генерализованным тревожным расстройством, а позднее адаптирована для лечения широкого спектра психических заболеваний, в том числе депрессий (Clark et al., 1999; Блешль, 2003).

В отличие от традиционных когнитивных моделей, Метакогнитивная терапия фокусирует внимание не на содержании и смысле автоматических мыслей, а на процессе мышления, на метакогнициях, на «мышлении по поводу мышления» (Артц, Якоб, 2016).

В представлениях создателей МКТ, пациенты, страдающие избыточной тревогой или депрессией, часто жалуются на невозмож-

ность контролировать свое мышление, на навязчивые, повторяющиеся мысли – руминации, которые могут быть связаны с негативным предвосхищением событий, с переживаниями собственных неудач, чрезмерной фиксацией на телесных симптомах. Комплекс шаблонов мышления, связанных с навязчивой фиксацией внимания на негативных аспектах, называется когнитивно-фиксационным синдромом (Cognitive-Attentional Syndrome – CAS), который и является главной мишенью Метакогнитивной терапии. МКТ-терапевты помогают пациентам избавиться от данного синдрома при помощи выявления и изменения метакогнитивных убеждений, обучения способам контроля за направлением мышления.

Схема-терапия (СТ), или схема-ориентированная модель, разработана американским доктором Джеффри Янгом и является интегративным психотерапевтическим подходом, который совмещает в себе идеи КПП, теории привязанности, гештальт-терапии и психодинамического подходов. Данный интегративный подход ориентирован прежде всего на работу с пациентами с хроническими депрессиями, посттравматическими личностными расстройствами, а также расстройствами личности (Young, 1999, 2003).

В своем подходе Дж. Янг продолжил развитие концепции когнитивных «схем», начатой А. Беком, значительно расширив и модифицировав ее. С помощью клинических наблюдений он идентифицировал 18 ранних неадаптивных схем в пяти областях.

Всего в СТ выделено пять базовых потребностей, каждой из которых соответствует ряд ранних неадаптивных схем:

- в надежной привязанности (включая безопасность, понимание, принятие);
- в автономии, компетентности и чувстве идентичности;
- в свободе выражать свои истинные потребности и эмоции;
- в спонтанности и игре;
- в реалистичных ограничениях и самоконтроле.

Дж. Янг определяет психическое здоровье как способность проявлять и удовлетворять свои базовые психологические потребности. Ранние неадаптивные схемы, сформировавшиеся в раннем опыте, как способы презентации этого опыта определяют эмоции,

поведение и характер переработки информации. Это способствует пониманию того, почему пациенты депрессивного спектра фиксированы на негативных, болезненных идеях вопреки очевидному присутствию в жизнедеятельности позитивных факторов. Согласно СТ, негативные представления возникают, когда базовые потребности ребенка не были удовлетворены. В соответствии с этим главная задача – помочь взрослому человеку встретиться со своими потребностями, которые не были удовлетворены в детстве, и способствовать их удовлетворению.

Специфика Схема-терапии по сравнению с традиционной КПТ включает следующие особенности:

- Сфокусированность на переработке воспоминаний о травматическом раннем опыте.
- Интенсивное использование техник воображения для изменения негативных эмоций.
- Концептуализация психотерапевтических отношений как ограниченного родительства (limited reparenting) для создания условий переживания положительного опыта взаимодействия в безопасной среде.
- Опора на модель схема-режимов, которая помогает терапевту и пациенту понять его актуальные проблемы и сформировать набор терапевтических техник.

Кроме ранних неадаптивных схем в основной концептуальный аппарат СТ входит понятие «схема-режимы», обозначающее определенное устойчивое на какой-то промежуток времени эмоциональное состояние, призванное объяснить смену настроения или наличие конфликтных желаний и идей одновременно, таким образом, режимы описывают состояния, вызванные активацией схем.

Модусы схем (схема-режимы) описываются четырьмя основными категориями:

1. «Дисфункциональный ребенок».
2. «Дисфункциональный родитель».
3. «Дисфункциональные копинговые режимы».

С психическим здоровьем связаны два модуса: 1) «Режим счастливого ребенка» и 2) «Режим здорового взрослого».

Для хронической депрессии характерна модель схема-режимов, включающая модус «уязвимый ребенок». Именно с ним связаны особенно сильные негативные эмоции печали, тоски, заброшенности и одиночества. Задача специалиста – преодолеть защитный модус избегания боли и тяжелых чувств, в котором чаще всего находится пациент, и помочь встретиться с этой частью, направляя процесс в трех аспектах:

- 1) разделить оценки себя, которые мало дифференцированы, например часто «плохой» и «печальный» слиты между собой;
- 2) научить выражать свои потребности;
- 3) частично удовлетворить потребности пациента в процессе психотерапии.

Схема-терапия направлена на перестройку соответствующих когнитивных структур путем удовлетворения фрустрированных потребностей, в том числе потребности в безопасности в процессе психотерапии (Бек Фримен, 2003; Холмогорова, 2014) .

Хронификация депрессивных состояний, рекуррентное течение побуждают к использованию новых интегративных форм психотерапии, на основе клинико-психологических и индивидуально-личностных характеристик пациентов с целью повышения эффективности оказываемой помощи. В этом ракурсе осуществлено пилотажное исследование, направленное на выявление уровня психологической безопасности у пациентов, страдающих расстройствами депрессивного спектра. Кроме этого, изучались взаимосвязи основных показателей психологической безопасности, их соотношение с психологическими, терапевтическими и клинико-динамическими особенностями.

Задачи исследования включали подбор инструментария для выявления соотношения между уровнем психологической безопасности и клинико-динамическими показателями, оценку психологической безопасности пациентов с депрессивными расстройствами в зависимости от нозологии, степени тяжести заболевания, выявление мишеней для дифференцированной психотерапии.

Основные критерии включения пациентов в выборку исследования: наличие депрессивной симптоматики, информированное согла-

сие пациента на участие в исследовании, стационарное лечение. Критерии исключения из выборки: органическое поражение ЦНС, зависимость от психоактивных веществ, соматические или неврологические расстройства, связанные с высоким риском развития депрессии, а также отказ пациента от участия в исследовании.

С учетом методологических оснований изучения психологической безопасности, в программу психодиагностики включены следующие методы: Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory (BDI), Шкала безнадежности Бека (Hopelessness Scale, Beck et al., 1974), Шкала самооценки уровня тревожности Спилбергера–Ханина (2002); Шкала базовых убеждений Р. Янов-Бульман (в адаптации О. Кравцовой) (2008), выявляющая восемь категорий убеждений, а также опросник «Ранние неадаптивные схемы» Дж. Янга (YSQ S3R) в адаптации П.М. Касьяник, Е.В. Романовой, (2014); «Индекс жизненного стиля» Плутчека–Келермана в адаптации Л.И. Вассермана, Е.Б. Клубовой (2005).

Оригинальная версия методики Р. Янов-Бульман не предполагает расчет индекса психологической безопасности. Возможность расчета суммарного индекса «Психологическая безопасность» как среднего арифметического от сложения показателей всех восьми субшкал установлена С. А. Богомазом, А. Г. Гладких (2009).

С помощью «Индекса жизненного стиля» исследовался уровень напряженности 8 основных психологических защит, а также их суммарный показатель.

Статистическая обработка данных осуществлялась с применением пакета стандартных программ Statistica for Windows (V.10.0). Из статистических методов использовались: описательная статистика, корреляционный анализ по Спирмену, критерий Манна–Уитни.

В исследовании участвовали 40 пациентов с расстройствами депрессивного спектра непсихотического уровня, получавших лечение и принимавших участие в групповой психотерапии в отделениях НИИ психического здоровья Томского научно-исследовательского медицинского центра. В обследуемой группе преобладали ($p < 0,01$) женщины – 80% ($n=32$). Значение медианы возраста пациентов мужского пола составило 46 лет, женского пола – 44,5 лет.

Анализ семейного положения больных расстройствами депрессивного спектра в обследуемой группе указал на значительный удельный вес (55%) одиноких пациентов. В браке состояли 18 пациентов (45%). В обследуемой выборке преобладали ($p < 0,01$) пациенты с высшим образованием 70% ($n = 28$).

В качестве лекарственной терапии все пациенты получали антидепрессанты различных фармакологических групп.

На первом этапе после проведения психодиагностики осуществлялась оценка взаимосвязей уровня психологической безопасности (как суммарный индекс «Психологическая безопасность») и нозологической принадлежности депрессивного расстройства, степени его тяжести и показателями клинических шкал.

Результаты исследования. Полученные результаты свидетельствуют об отсутствии значимых корреляций между уровнем психологической безопасности и нозологической принадлежностью расстройств депрессивного спектра ($p > 0,05$). При этом обнаружены взаимосвязи между степенью тяжести расстройства и показателями психологической безопасности как в целом ($r = -0,69$; $p < 0,05$), так и по отдельным шкалам: «ценность собственного я» ($r = -0,51$; $p < 0,05$), «степень самоконтроля» ($r = -0,55$; $p < 0,05$). На основании полученных результатов можно утверждать, что чем тяжелее протекает депрессия, тем в большей степени выражено искажение образа «Я», включая переживание бесперспективности, снижение веры в собственные силы, потерю контроля над событиями своей жизни.

Установлена корреляция между уровнем безнадежности и психологической безопасности по шкалам «контролируемость событий в мире» ($r = -0,39$; $p < 0,05$), «осмысленность мира» ($r = -0,64$; $p < 0,05$). Интерпретация этих показателей свидетельствует об убежденности пациентов с низким уровнем безопасности в том, что окружающий мир лишен смысла, события происходят случайно и не подчиняются законам справедливости, не следует доверять никому, так как это небезопасно. Они не верят в возможность изменения жизни к лучшему, ощущают собственную беспомощность.

Анализ данных по опроснику Дж. Янга показал, что у всех пациентов выявлены максимальные характеристики в сферах «разрыв связей и неприятие», а также «сверхбдительность и подавление». При этом отмечается выраженность следующих ранних дезадаптивных схем (степень выраженности больше 50%):

1) «эмоциональная депривированность» (схема, предполагающая невозможность тесной эмоциональной связи с другими (потребности в безопасности, стабильности, защите, надежности никогда не будут удовлетворены));

2) «подавление эмоций» (что проявляется в стремлении контролировать свои чувства и эмоции, избегании чувств стыда и вины);

3) «жесткие стандарты» (в основе схемы – убеждение в том, что должно соответствовать высоким интернализированным стандартам поведения и функционирования, обычно во избежание критики, приводящее к чувству напряженности, невозможности остановиться).

Эти данные совпадают с исследованием Д.В. Труевцева (2011) по выявлению и анализу ранних дезадаптивных схем при разном уровне выраженности депрессии. В результате этого исследования было установлено, что независимо от уровня выраженности при депрессии актуализируются «Подавление эмоций» и «Жесткие стандарты». В дальнейших исследованиях О.А. Сагалковой, Д.В. Труевцева и др. (2014, 2016) по изучению руминации описаны когнитивные паттерны беспомощности, включающие неуверенность, негативную оценку себя, предъявление к себе жестких требований.

Исследование особенностей психологической защиты с помощью ИЖС у пациентов депрессивного спектра разной нозологической представленности позволило обозначить «мишени» психотерапии.

Установлено, что у пациентов с кратковременной депрессивной реакцией отмечается наиболее высокий уровень напряженности защитного механизма «отрицание» по сравнению с другими клиническими группами ($p < 0,05$). Высокий уровень данного защитного механизма указывает на недостаток других защитных механизмов. Соответственно, в психотерапевтические мероприятия следует включить техники, направленные на обучение принятию про-

блемной ситуации как части жизненного опыта, переоценку собственной роли в психотравмирующей ситуации с принятием на себя ответственности и формированием активной позиции в преодолении сложившихся обстоятельств.

У пациентов с пролонгированными депрессивными реакциями наиболее выраженными ($p < 0,05$), по сравнению с другими нозологическими группами, оказались следующие защитные механизмы: «регрессия» – возвращение на более ранние этапы психического развития, «компенсация» – подчеркивание социально одобряемого поведения, «рационализация» – снятие напряжения при помощи логических установок. Также в группе пациентов с пролонгированными депрессивными реакциями выявился наиболее ($p < 0,05$) высокий уровень личностной тревоги по шкале уровня тревожности Спилбергера–Ханина при сравнении с другими нозологическими группами. Повышение тревоги как интегративного показателя уровня безопасности и актуализация комплекса защитных механизмов предполагают комплексную психологическую работу.

У пациентов с депрессивными эпизодами (в рамках единичного эпизода и РДР), по данным Life Style Index, выявлялся более высокий ($p < 0,05$) уровень напряженности двух защитных механизмов, по сравнению с другими нозологическими группами: «замещение» – перенос агрессии с более сильного и значимого на более слабый объект или на себя, а также «проекция» – локус неприятных мыслей и чувств вовне. Данные механизмы усиливают представление о мире как о враждебном и ненадежном. Также у пациентов этой группы определялся более высокий ($p < 0,05$) уровень безнадежности (по шкале безнадежности Бека), чем у пациентов с депрессивными реакциями. Это может свидетельствовать о выраженном пессимизме по поводу своего будущего. Поэтому важной психотерапевтической задачей становится создание максимально безопасной эмпатической среды.

Выводы:

1. У пациентов с депрессивными расстройствами, независимо от нозологической принадлежности, выявляются ранние дезадап-

тивные схемы, включающие эмоциональную депривированность, подавление эмоций, жесткие стандарты.

2. Тяжесть депрессивного расстройства определяет степень психологической безопасности.

3. В процессе психологической работы необходимо учитывать, что уровень напряженности защитных механизмов отличается у пациентов депрессивного спектра различных нозологических групп.

Таким образом, значимыми направлениями психологической работы по формированию психологической безопасности у пациентов депрессивного спектра становятся работа с ранними дезадаптивными схемами, образом «Я», психологическими защитными механизмами. Выявлены психологические характеристики, предрасполагающие к нарушению психологической безопасности. В процессе групповой работы ее участники обретают понимание собственных схем как неконструктивных способов совладания с реальностью. В процессе взаимодействия между психологом и участниками группы возникает потребность в освоении нового опыта, который дает возможность самостоятельно производить нужные когнитивные, аффективные, межличностные и поведенческие изменения в целях профилактики рецидивов в будущем.

Литература

- Александрова Л.А. Адаптация к трудным жизненным ситуациям и психологические ресурсы личности // Личностный потенциал: структура и диагностика / науч. ред. Д.А. Леонтьев. М. : Смысл, 2011. С. 547–578.
- Артц А., Якоб Г. Практическое руководство по схема-терапии. Методы работы с дисфункциональными режимами при личностных расстройствах. М. : Научный мир, 2016. 320 с.
- Баева И.А. Психология безопасности как основа анализа экстремальной ситуации // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. 2012. № 145. С. 6–18.
- Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. СПб. : Питер, 2003. 312 с.
- Беляева П.И. Психологическая безопасность личности младшего школьника и образовательная среда // Психология обучения. 2012. № 8. С. 113–121.

- Блешль Л. Депрессивные расстройства: этиология и анализ условий возникновения // Клиническая психология. 2-е междунар. изд. / под ред. М. Пере, У. Баумана. СПб., 2003. 312 с.
- Богомаз С.А., Гладких А.Г. Психологическая безопасность и ее измерение с помощью Шкалы базисных убеждений // Вестник ТГУ. 2009. № 318. С. 191–195.
- Бубнова О.В., Куликова О.В. Психологическая безопасность личности как условие социальной адаптации молодых специалистов // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 1. С. 20–29.
- Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. СПб. : Изд-во СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. 50 с.
- Грачев Г.В. Личность и общество: информационно-психологическая безопасность и психологическая защита. М. : ПЕР СЭ, 2003. 304 с.
- Зинченко Ю.П. Психология безопасности как социально-системное явление // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2011. № 4. С. 4–11.
- Исследование тревожности (Ч.Д. Спилбергер, адаптация Ю.Л. Ханин) // Диагностика эмоционально-нравственного развития / ред. и сост. И.Б. Дерманова. СПб., 2002. С. 124–126.
- Касьяник П.М., Романова Е.В. Диагностика ранних дезадаптивных схем. СПб. : Изд-во Политехн. ун-та, 2014. 120 с.
- Клочко В.Е. Постнеклассическая наука и проблема объяснения в психологии // Методология и история психологии / Метод психологии. М., 2008. Т. 3, вып. 1. С. 165–178.
- Клочко В.Е., Галажинский Э.В. Психология инновационного поведения. Томск: ТГУ, 2009. 240 с.
- Корытова Г.С., Закотнова Е.Ю. Психологическая безопасность и защищенность образовательной среды: факторы риска, угрозы и условия // Вестник ТГПУ. 2015. № 9 (162). С. 96–102.
- Костарев В.В. Психологические предикторы нарушений психического здоровья у супругов в ситуации развода // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2017. № 3 (96). С. 64–70.
- Краснянская Т.М. Психология самообеспечения безопасности: феноменология, механизмы, стратегии : дис. ... д-ра психол. наук. Таганрог, 2006. 373 с.
- Кулаков С.А. Основы психосоматики. СПб., 2003. 287 с.
- Маслоу А. Мотивация и личность. Ростов н/Д. : Магистр, 2017. 352 с.

- Магденко О.В., Стоянова И.Я. Психологическая помощь беременным женщинам при становлении материнской ролевой идентичности. Новосибирск : Полиграфическая компания И.П. Малыгина, 2012. 212 с.
- Мелехин А.И. Перспективы лечения депрессии в пожилом и старческом возрасте // Научно-практическая конференция «Государственная политика по развитию биомедицинских технологий в области профилактики старения и возраст-зависимых заболеваний» (22 сентября 2015 г.) URL: <http://istina.msu.ru/publications/article/30069518/>
- Моросанова В.И., Бондаренко И.Н. Диагностика саморегуляции человека. М. : Когито-Центр, 2015. 304 с.
- Папоян В.Р., Мурадян Е.Б. Образовательная система с точки зрения обеспечения психологической безопасности личности студента // Сборник конференции НИЦ «Социосфера». 2012. № 21. С. 44–49.
- Писарь О.В., Ребрик Э.Ю. Исследования информационно-психологической безопасности личности в зарубежной и отечественной психологии // Альманах современной науки и образования. 2012. № 2. С. 104–109.
- Практикум по семейной психотерапии / под ред. Э.Г. Эйдемиллера. СПб., 2010. 418 с.
- Родачин В.М. Безопасность как социальное явление // Право и безопасность. 2004. № 4 (13). С. 14–17.
- Рудницкий В.А. Клинические и реабилитационные проблемы экологической психиатрии : дис. ... д-ра мед. наук. Томск, 2011. 340 с.
- Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Стоянова И.Я., Терехина О.В. Социальная тревога в подростковом и юношеском возрасте в контексте психологической безопасности // Вопросы психологии. 2016. № 6. С. 163–176.
- Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Когнитивно-перцептивная избирательность и целевая регуляция психической деятельности в ситуациях персонального оценивания при социальном тревожном расстройстве // Медицинская психология в России. 2014. № 1 (24). URL: <http://mprj.ru>.
- Сараева Н.М., Суханов А.А., Мыскина Э.А. Влияние экологической неблагоприятной среды на психологическую адаптацию человека // Вестник Российского гуманитарного научного фонда. 2015. № 4 (81). С. 150–161.
- Свиридова И.А., Серый А.В., Яницкий М.С. Ценностно-смысловые индикаторы психологического здоровья личности // Проблемы здоровья личности в теоретической и прикладной психологии : материалы

- Междунар. науч.-практ. конф. / под ред. Н.А. Кравцовой. Владивосток : Мор. гос. ун-т им. адм. Г.И. Невельского, 2011. С. 190–197.
- Семке В.Я. Психологическая безопасность в структуре психического здоровья населения, проживающего в условиях риска техногенно-экологической угрозы // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2011. № 1. С. 57–62.
- Синякова М.Г., Кошкаров В.С. Теоретические аспекты изучения проблемы психологической безопасности личности // Техносферная безопасность. 2015. № 3 (8). С. 68–75.
- Смирнова Н.С., Счастный Е.Д., Стоянова И.Я., Лебедева Е.В., Симуткин Г.Г., Суровцева А.К. Технология психофармакологической и когнитивно-поведенческой терапии при расстройствах адаптации депрессивного спектра: Медицинская технология. Томск : Иван Федоров, 2016. 46 с.
- Соловьева С.В. Психологическая реабилитация в психиатрической клинике // Неврологический вестник. 2016. Т. XLVIII, вып. 3. С. 82–87.
- Соломин В.П., Михайлов Л.А., Маликова Т.В., Шатровой О.В. Психологическая безопасность : учеб. пособие. М. : Дрофа, 2008. 284 с.
- Стоянова И.Я., Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Терехина О.В., Чеканова М.О. Личностные факторы риска парасуицидальности (антивитальности) и снижения психологической безопасности студентов в образовательной среде // Сибирский Вестник психиатрии и наркологии. 2016. № 4 (89). С. 112–116.
- Тарабрина Н.В., Быховец Ю.В. Современное состояние психологических исследований террористической угрозы // Медицинская психология в России. 2011. № 5. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 01.12.2014).
- Терехина О.В. Психологическая безопасность как фактор психического здоровья людей, проживающих в условиях риска техногенно-экологической угрозы : автореф. дис. ... канд. психол. наук. Томск, 2016.
- Труевцев Д.В. Ранние неадаптивные схемы при депрессии разной степени тяжести // 25 лет Московскому психологическому обществу: Юбилейный сборник РПО. Т. 2 / отв. ред. Д.Б. Богоявленская, Ю.П. Зинченко. М. : МАКС-Пресс, 2011. С. 22–25.
- Холмогорова А.Б. Схема-терапия Дж. Янга – один из наиболее эффективных методов помощи пациентам с пограничным расстройством личности // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 2. С. 78–87.

- Эксакусто Т.В. Теоретические основы социально-психологической безопасности / под ред. Н.А. Лызь. Таганрог : Изд-во ТТИ ЮФУ, 2011. 244 с.
- Янов-Бульман Р. Шкала базовых убеждений // Психодиагностика толерантности личности / под ред. Г.У. Солдатовой, Л.А. Шайгеровой. М. : Смысл, 2008. 172 с.
- Beck A.T. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates // *Am. J. Psychiatry*. 2008. Vol. 165. P. 1–9.
- Beck A.T., Dozois D.J.A. Cognitive therapy: Current Status and Future Directions. *Ann Rev Med*, 2011.
- Bieling P.J., McCabe R.E., Antony M.M. Cognitive-behavioral Therapy in Groups. New York, NY : Guilford, 2009. 452 p.
- Clark D.A., Beck A.T., Alford B.A. Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression. N.Y. : Wiley, 1999.
- Ionescu S. Psychopathologies etsociete. Tendancesdans le champ de la psychopathologiesociale / S. Ionescu et [eds.] // *Psychopathologies et societe. Traumatismes, evenementset situations de vie*. Paris : editions Vuibert, 2005. P. 7.
- Ionescu S. Psychopathologies etsociete. Tendancesdans le champ de la psychopathologiesociale / S. Ionescu et [eds.] // *Psychopathologies et societe. Traumatismes, evenementset situations de vie*. Paris : editions Vuibert, 2005. P. 7–17.
- Janoff-Bulman R. The world assumptions scale / B.H. Stamm [ed.] // *Measurement of Stress, Trauma and Adaptation*. Lutherville, MD : Sidran Press, 1996.
- Maddi S. Hardiness: an operationalization of Existential Courage // *J. of Humanistic Psychology*. 2004. Vol. 44, № 3. P. 279–298.
- Morrison A.P. Group cognitive therapy: treatment of choice or sub-optimal option? // *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*. 2001. № 29. P. 311–322.
- Young J., Klosko J., Weishaar M. Schema therapy. N.Y. ; London, 2003.
- Young J.E., Brown G. Young Schema Questionnaire (3rded.) / Inj. E. Young, Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Rev. ed. Sarasota, FL : Professional Resource Press, 1999. P. 63–76.