

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

---

**ВЕСТНИК  
ПСИХОТЕРАПИИ**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

*Главный редактор В.Ю. Рыбников*

**№ 42 (47)**

Санкт-Петербург  
2012

### **Редакционная коллегия**

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

### **Редакционный совет**

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

Адрес редакции:

194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11  
Телефон: (812) 513-67-97, 592-35-79

**ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ**

*Научно-практический журнал*

- © Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, 2012
- © Международный институт резервных возможностей человека, 2012

**Nikiforov Russian Centre of Emergency and Radiation  
Medicine, EMERCOM of Russia**

---

**BULLETIN OF  
PSYCHOTHERAPY**

**RESEARCH & CLINICAL PRACTICE JOURNAL**

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

**N 42 (47)**

St. Petersburg  
2012

## **Editorial Board**

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

## **Editorial Council**

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

## **For correspondence:**

11, Pridorozhnaya alley  
194352, St. Petersburg, Russia  
Phone: (812) 513-67-97, 592-35-79

**BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY**

Research & clinical practice journal

## СОДЕРЖАНИЕ

### ПСИХОТЕРАПИЯ И НАРКОЛОГИЯ

<i>Григорьев Г.И., Григорьев С.Г., Мизерене Р.</i> Пятилетняя ремиссия у больных алкоголизмом, пролеченных методом духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока .....	9
<i>Деларю В.В., Горбунов А.А., Юдин С.А.</i> Психотерапевтическая помощь в оценках ее потребителей .....	20

### МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

<i>Алехин А.Н., Сорокин Л.А., Трифонова Е.А., Чернорай А.В.</i> Медико-психологический аспект адаптации пациентов, перенесших инфаркт миокарда: современное состояние проблемы .....	26
<i>Андреева Г.О., Емельянов А.Ю.</i> Лечение комплексного регионального болевого синдрома и его осложнений .....	46
<i>Овсяник О.А., Головихин Е.В.</i> Роль занятий физической культурой с элементами контактных единоборств в психической адаптации женщин после 40 лет .....	51
<i>Тархан А.У., Бабурин И.Н., Белогорцев Д.О., Васильева А.В., Мизинова Е.Б.</i> Нейропсихологические исследования при невротических расстройствах: клиничко-патогенетические и дифференциально-диагностические аспекты .....	61

### ЭКСТРЕМАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

<i>Пряхина М.В., Голуб Я.В.</i> Возможности использования палсинга, светозвуковой и музыкальной стимуляции в коррекции состояний нервно-психической дезадаптации сотрудников ОВД .....	85
<i>Волков Э.В., Мельницкая Т.Б., Чернецкая Е.Д.</i> Оценка профессионально важных качеств у операторов атомных электростанций, влияющих на успешность деятельности .....	95
<i>Колов С.А., Чехлатый Е.И., Шамрей В.К.</i> Влияние особенностей отдельных когнитивных процессов на клиническую картину и эффекты лечения постбоевых стрессовых расстройств .....	101

## НАУКОВЕДЕНИЕ

*Евдокимов В.И., Чехлатый Е.И.*

Анализ диссертаций по специальности 14.01.06 – «Психиатрия» (2000–2011 гг.). Психотерапия пограничных и психических рас- стройств .....	110
Рефераты .....	143
Сведения об авторах .....	151
Информация о журнале .....	155

## CONTENTS

### PSYCHOTHERAPY AND NARCOLOGY

<i>Grigoriev G.I., Grigoriev S.G., Mizerene R.</i> Five-year remission in alcohol abusers treated via spirit-oriented psychotherapy as a healing vow .....	9
<i>Delarue V.V., Gorbunov A.A., Yudin S.A.</i> Psychotherapy assistance as estimated by its users .....	20

### MEDICAL PSYCHOLOGY

<i>Alyokhin A.N., Sorokin L.A., Trifonova E.A., Chernorai A.V.</i> Medical and psychological aspect of adaptation in patients who survived myocardial infarction: current status of the issue .....	26
<i>Andreeva G.O., Emelyanov A.Yu.</i> Treatment of complex regional pain syndrome and its complications ...	46
<i>Ovsyanik O.A., Golovikhin E.V.</i> A role of physical training with elements of contact martial arts in mental adaptation of women over 40 years old .....	51
<i>Tarkhan A.U., Baburin I.N., Belogortsev D.O., Vasileva A.V., Mizinova E.B.</i> Neuropsychological studies in neurotic disorders: clinical-pathogenetic and differential diagnostic aspects .....	61

### EXTREME PSYCHOLOGY

<i>Pryakhina M.V., Golub Ya.V.</i> Pulsing, light-and-sound and musical stimulation for correction of the neuropsychological maladjustment of police officers of the Russian Department of the Interior .....	85
<i>Volkov E.V., Melnitskaya N.B., Chernetskaya E.D.</i> Assessment of traits related to a successful performance in NPP operators .....	95
<i>Kolov S.A., Chekhlaty E.I., Shamrey V.K.</i> Impact of peculiarities of cognitive style on clinical picture and efficiency of treatment for post-combat stress disorders .....	101

## SOCIOLOGY OF SCIENCE

*Evdokimov V.I., Chekhlaty E.I.*

Review of dissertations on specialty 14.01.06 – Psychiatry (2000–2011). Psychiatry of borderline and mental disorders ..... 110

Abstracts ..... 143

Information about authors ..... 151

Information about the Journal ..... 155



# ПСИХОТЕРАПИЯ И НАРКОЛОГИЯ

УДК 615.851 : 616.89

*Г.И. Григорьев, С.Г. Григорьев,  
Р. Мизерене*

## **ПЯТИЛЕТНЯЯ РЕМИССИЯ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ, ПРОЛЕЧЕННЫХ МЕТОДОМ ДУХОВНО ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ФОРМЕ ЦЕЛЕБНОГО ЗАРОКА**

Международный институт резервных возможностей человека;  
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург;  
Психотерапевтический кабинет, Паланга (Литва)

Длительность ремиссии при любом хроническом заболевании является весомым аргументом в оценке эффективности лечебных стандартов, схем, методов, процедур и др. В наркологии длительность ремиссии является важнейшим показателем оказанной помощи больному, в связи, с чем оцениваются различные факторы, влияющие на длительность сохранения ремиссии. В Международном институте резервных возможностей человека (МИРВЧ), основанного в 1988 г., применяется психотерапевтический метод духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарок (ДОР ЦЗ) для лечения больных, зависимых от алкоголя, никотина, азартных игр и наркотических средств. Метод зарегистрирован в Роспатенте патентами на изобретение № 2011374, № 2034575, № 2034576, № 2150938 [7-10]. Ему также посвящены монография «Духовно ориентированная психотерапии патологических зависимостей» [4] и учебные пособия: «Духовно ориентированная психотерапия патологических зависимостей» [2], «Организация и содержание духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей» [6], «Становление и организация духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей» [11].

Эффективность метода изучена, описана и оформлена в многочисленных научных трудах (кандидатских и докторских диссертациях), с учетом влияния разнообразных факторов на длительность годовой, трехлетней и десятилетней ремиссий при лечении больных патологическими зависимостями [1–5]. Однако до сих пор не предпринимались попытки оценить

влияние важного аспекта метода ДОП ЦЗ – церковного зарока на длительность пятилетней ремиссии.

С 1994 г. в психотерапевтическую практику метода ДОП ЦЗ, включающего медицинскую и церковную составляющие, введено существенное организационное изменение: медицинская часть (психотерапевтический сеанс и лечебный зарок) проводилась непосредственно в МИРВЧ, а дача церковного зарока перенесена была в православный храм. Таким образом, лечение стало проводиться раздельно. Наряду с методом психотерапии и врачебным зарокон, с 13.02.1994 по 23.02.2003 г. пациенты могли дать церковный зарок в тот же день в Спасо-Парголовском храме.

Во время проведения психотерапии лечащий врач МИРВЧ сообщал каждому больному об имеющейся возможности дать второй зарок в православном храме. Часть больных, изъявивших желание после медицинского лечения посещать церковь, в сопровождении врача шли в Спасо-Парголовский храм и давали там второй зарок, который получил название церковного. Церковный зарок принимался священником после огласительной беседы о вреде злоупотребления алкоголя и специального молебна, разработанного в Свято-Алекса́ндро-Невском обществе трезвости и милосердия. Зарок в православной церкви больные давали на Кресте и Евангелии после покаяния и личной исповеди. Следует особо подчеркнуть, что посещение церкви было добровольным, организованным сразу после сеанса психотерапии в лечебном учреждении и дачи лечебного зарока перед врачом в институте.

В период с 23.02.2003 по июль 2010 г. место дачи церковного зарока было перенесено в часовню Святых новомучеников и исповедников российских при храме Феодоровской иконы Божией Матери. В связи с удаленностью храма от места проведения медицинского лечения, давать церковный зарок в тот же день оказалось маловозможным, и большинство больных приходили в православный храм через некоторое время.

Для изучения результатов посещения церкви и влияния церковного зарока на длительность воздержания от спиртного в дальнейшем сотрудниками службы информации МИРВЧ был разработан специальный бланк учета церковного зарока. Бланк заполнял сам больной своей рукой, удостоверяя то, что он определенное время обязуется не употреблять алкоголь, и ставил свою подпись. В дальнейшем бланк передавался священнику, принявшему зарок в церкви на Кресте и Евангелии. Священник на указанном бланке писал свою фамилию и верифицировал подписью. После церковной службы указанные бланки передавались в отдел информации

МИРВЧ, архивировались и учитывались в электронной базе о пациентах института.

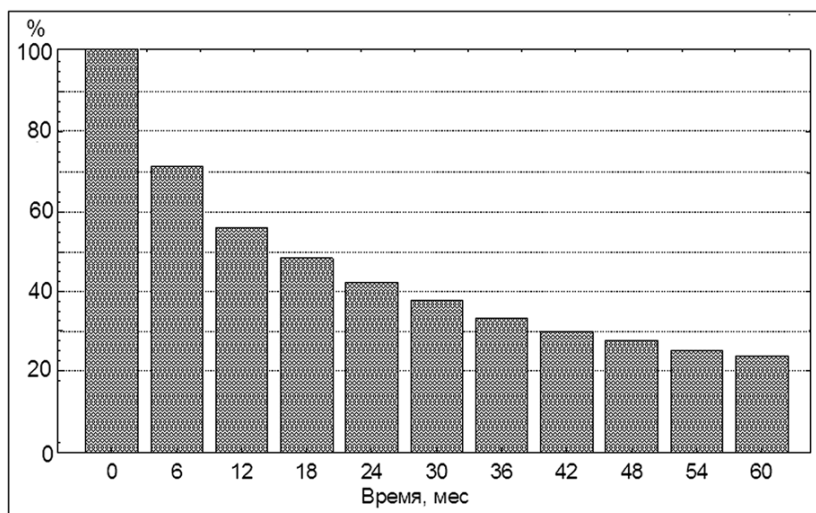
Целью нашей работы является оценка длительности пятилетней ремиссии больных алкоголизмом, пролеченных методом ДОП ЦЗ в период с 13.02.1994 по июль 2006 г. и давших зарок не только у врача, но и в церкви. Катамнестическую группу (с пятилетним сроком наблюдения) составили больные алкоголизмом преимущественно второй стадии заболевания, давшие только лечебный зарок у врача (18 989 человек) (контрольная группа) и больные, которые после лечебного зарока дали дополнительно и церковный зарок в православном храме (3414 человек). Для осуществления этой цели мы использовали математико-статистический метод анализа времени жизни, с помощью которого были рассчитаны динамические характеристики длительности пятилетней ремиссии.

*Характеризуя группу больных, давших только лечебный зарок, следует отметить, что 5366 больных, или 28,3 % от общего количества пациентов, давших только лечебный зарок, за анализируемые 5 лет по различным причинам из-под наблюдения ушли – оказались в группе цензурированных. Уточним, что в группу цензурированных отнесены те пациенты, о которых сведения об их состоянии до определенного времени в МИРВЧ поступали, а затем связь с ними прервалась, и мы не имели основания включать их в группу сохраняющих ремиссию, как равно предположить, что они сорвались и начали употреблять спиртное. Кроме того, в группу цензурированных были включены и те больные, которые сохранили ремиссию более 5 лет – 1840 человек (9,7 %). Максимальная частота цензурированных случаев отмечена в течение первых двух лет наблюдения и составляла от 7,4 до 9,1 % от общего числа пациентов, наблюдавшихся на интервале в течение каждого полугодия. За это время из-под наблюдения в общей сложности ушли 3905 человек.*

11 783 (62 %) человек за время наблюдения ремиссию нарушили. При этом первые годы наблюдения характеризуются наибольшей частотой срывов. За первое полугодие наблюдения частота срывов составила 27,3 % (5183 человек), за второе полугодие – 13 % от числа больных, взятых под наблюдение (2467 человек). За второй год доля таких больных составила 10,4 % (1992 человек).

На рис. 1 представлена функция сохранения ремиссии, рассчитанная и построенная на основе данных о срывах с учетом цензурированных случаев. Из анализа рисунка следует, что ремиссию в течение 1 года сохранили 56,3 % больных алкоголизмом, давших только лечебный зарок в

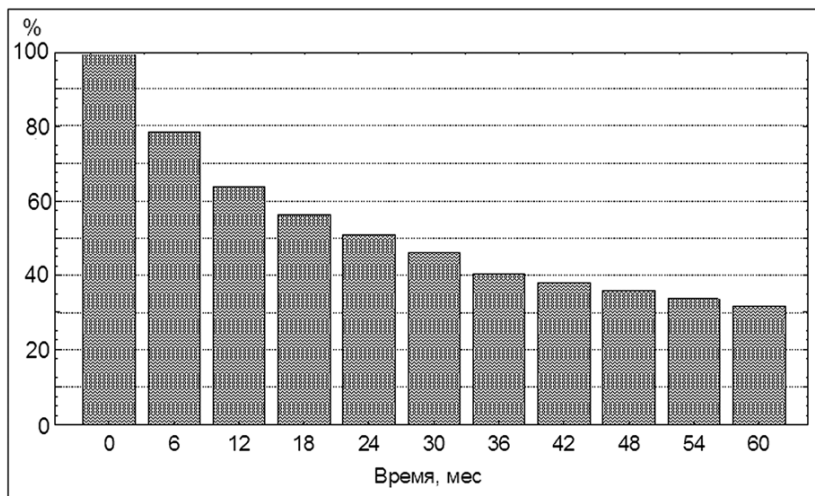
МИРВЧ. Через 2 года состояние ремиссии сохранили 42,2 % пациентов, через 3 – 33,2 %, через 4 – 27,5 %, а через 5 лет – 23,8 %.



*Рис. 1. Функция сохранения состояния пятилетней ремиссии больных алкоголизмом, давших только лечебный зарок*

Таким образом, с учетом больных, реально сохранивших состояние ремиссии и ушедших из-под наблюдения, накопленная частота сохранивших пятилетнюю ремиссию составила 23,8 % (см. рис. 1).

*Динамические характеристики длительности ремиссии у больных, давших после лечебного зарока еще и церковный зарок*, изучались по результатам катамнестического наблюдения 3414 пациентов. На рис. 2 представлена динамика состояния пятилетней ремиссии у больных алкоголизмом, давших лечебный и церковный зароки. Отличительной особенностью рис. 2 от рис. 1 является менее покатая функция снижения пятилетней ремиссии. Из рис. 2 следует, что с наибольшей частотой больные прерывали ремиссию и уходили из-под наблюдения в первые два года наблюдения. Однако обращает на себя внимание тот факт, что годовую ремиссию, с учетом цензурированных случаев, сохранили 63,9 % больных, а двухлетнюю – 50,8 %. К исходу срока наблюдения (5 лет) таких больных оказалось больше – 31,4 % по сравнению с пациентами, давшими только лечебный зарок.



*Рис. 2. Функция сохранения состояния пятилетней ремиссии больных алкоголизмом, давших лечебный и церковный зарок*

Различия функций сохранения пятилетней ремиссии между больными, давшими только лечебный зарок, и больными, которые после лечебно-зарока посчитали необходимым дать еще и церковный зарок в храме, оказались статистически значимыми с высокой степенью надежности – 99,9 % ( $p < 0,001$ ) (рис. 3). При этом более устойчивыми к срывам ремиссии оказались больные, давшие не только лечебный зарок, но дополнительно и церковный зарок. Существенные различия обозначились уже в течение первого полугодия. Из числа больных, давших только лечебный зарок, воздержались от употребления алкоголя 71,3 %, в то время как в числе больных, давших и церковный зарок, доля таких пациентов составила 78,3 %. Этот разрыв, приблизительно в 7 %, сохраняется на протяжении всего срока наблюдения.

Гендерные особенности лечения и формирования ремиссии, роль возраста и установки на трезвость находятся во главе угла при анализе эффективности действенности любого метода лечения в наркологии. Влияние пола, возраста и установки на трезвость на длительность ремиссии у больных алкоголизмом, давших только лечебный зарок, изучена и описана в научных публикациях сотрудников МИРВЧ. Именно поэтому эти факторы оказались в поле нашего анализа при оценке пятилетней ремиссии у больных алкоголизмом, давших не только лечебный, но и церковный зарок.

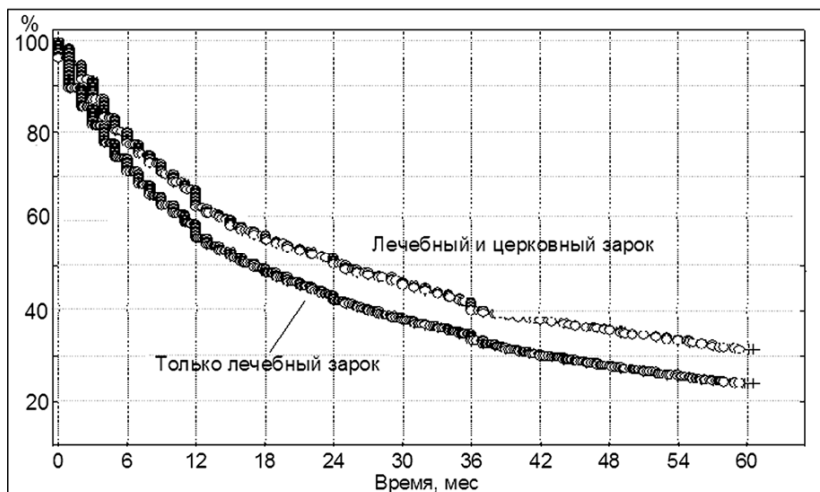


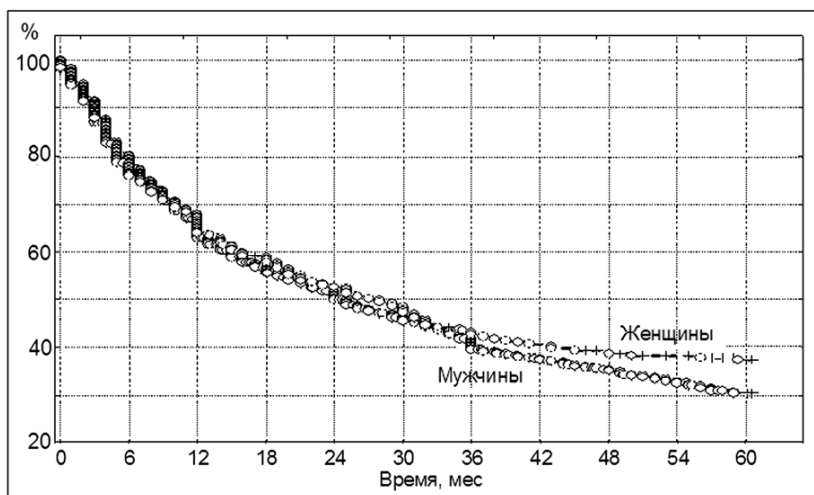
Рис. 3. Функции сохранения пятилетней ремиссии больными, давшими только лечебный зарок и церковный зарок в православном храме после лечебного

С целью оценки эффективности лечения алкоголизма у мужчин и женщин, в различных возрастных группах, с различными сроками зарока в группах больных, давших после лечебного еще и церковный зарок, вся ка-тамнестическая группа этих больных разделена на несколько групп (см. таблицу). Различия в числе анализируемых данных обусловлены отсутствием этих данных у некоторых пациентов.

*Группы пациентов, давших лечебный и церковный зарок*

Группа	Характеристика группы	Количество, n (%)
1-я	Гендерная:	
А	мужчины	2856 (83,7)
Б	женщины	558 (16,3)
2-я	Возрастная:	
А	младшая (до 40 лет)	1608 (47,2)
Б	средняя (женщины – 40–55 лет, мужчины – 40–60 лет)	1642 (48,1)
В	старшая (женщины – 56 лет и старше, мужчины – 61 год и старше)	161 (4,7)
3-я	Срок избранного зарока:	
А	малый (1 год)	517 (15,3)
Б	средний (от 1 года до 5 лет)	1638 (48,6)
В	большой (более 5 лет, в т.ч. 10, 15 и даже 25 лет)	305 (9,1)
Г	на всю жизнь	908 (27,0)

Влияние гендерного признака на длительность пятилетней ремиссии представлено на рис. 4, из которого следует, что в течение первых трех лет наблюдения существенных различий в частоте сохранения ремиссии как мужчинами, так и женщинами не обнаружено. Однако уже к исходу первого года наблюдения определилась явная тенденция преобладания доли женщин, сохранивших состояние ремиссии, над долей таких мужчин (64,2 и 62,3 % соответственно). К исходу второго года наблюдения разрыв между долями женщин и мужчин, сохранивших ремиссию, увеличился и составил около 3 % (51,5 и 48,5 %). На третьем году наблюдения различия стали нарастать более интенсивно, и к завершению пятилетнего срока наблюдения этот разрыв составил более 7 %: доля сохранивших ремиссию женщин составила 37,6 %, а мужчин – 30,5 %. В целом же за весь период наблюдения различия в функциях сохранения ремиссии для мужчин и для женщин оказались статистически значимыми ( $p < 0,01$ ).

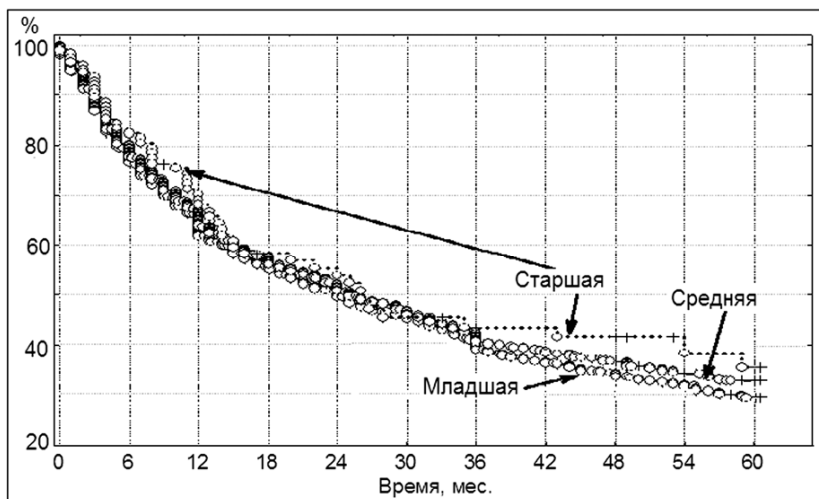


*Рис. 4. Функции сохранения пятилетней ремиссии в зависимости от пола больных, давших два зарка*

Роль возраста больных в становлении и длительности ремиссии продемонстрирована на рис. 5. Начиная с первого полугодия с наибольшей интенсивностью нарушали зарок пациенты младшей группы (22,5 %), затем следовали пациенты средней возрастной группы (21,4 %). Наибольшей устойчивостью в воздержании от употребления алкоголя оказались представители старшей группы. Из их числа нарушили зарок 16,4 %. Такая

тенденция прослеживалась на протяжении практически всего периода наблюдения, за исключением долей пациентов, сохранивших состояние ремиссии в течение двух с половиной лет (30 месяцев). К этому времени больные всех трех групп нарушили зарок практически с одинаковой частотой – около 55 %.

В дальнейшем динамика повторилась. Более интенсивно нарушали зарок представители младшей возрастной группы, затем – средней и, наконец, старшей. К исходу пятилетнего срока наблюдения, с учетом тех случаев, когда больные из-под наблюдения уходили, состояние ремиссии сохранили 29,7 % больных младшей возрастной группы, 33,3 % – средней группы и 34,4 % – старшей.

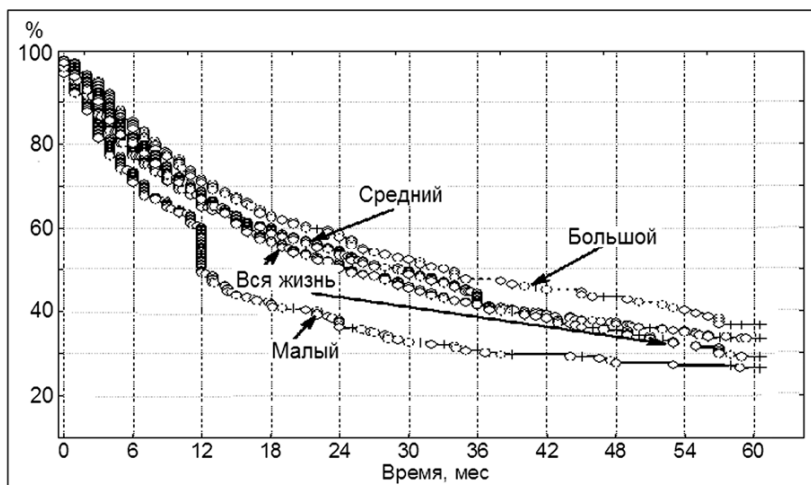


*Рис. 5. Функции сохранения пятилетней ремиссии в зависимости от группы возраста больных, давших два зарока*

На оценку установки на трезвость, а в конечном счете, и на успешность лечения, характеризующую длительностью сохранения ремиссии, существенное влияние оказывает тот срок, на который больные патологическим зависимостями, и алкоголизмом в частности, дают зарок. Результаты расчетов функций сохранения состояния ремиссии в группах больных, избравших разные сроки церковного зарока, приведены на рис. 6. Минимальную настойчивость в соблюдении трезвого образа жизни продемонстрировали больные с малыми сроками зарока. Хотя, с другой стороны, это



совершенно объяснимо, ведь они, сомневаясь в эффективности врачебной помощи и метода лечения, избирали срок зарок только на 1 год. Около 50 % больных этой группы прерывали зарок в течение года. В дальнейшем интенсивность срывов существенно снизилась (часть их продлила зарок на разные сроки), и пятилетнюю ремиссию все же сохранили 26,1 % больных с малыми сроками зарока.



*Рис. 6. Функции сохранения пятилетней ремиссии больными, давшими два зарока, в зависимости от срока церковного зарока*

Близкие по форме и содержанию функции сохранения ремиссии продемонстрировали больные, давшие зароки на средние сроки и на всю жизнь. К завершению срока наблюдения из числа пациентов со средними сроками зарока сохранили состояние ремиссии 33,3 %, а из числа пациентов, давших зарок на всю жизнь, пятилетнюю ремиссию сохранили 29,6 % пациентов.

Достоверно отличалась от ранее перечисленных групп группа больных, давших зарок на большие сроки (более пяти лет). Преимущество в частоте сохранения ремиссии пациентами этой группы наблюдается уже в первые полгода – 84,7 %, что на 3 % больше, чем в группе пациентов, давших зарок на всю жизнь, на 6,9 % больше, чем в группе со средними сроками, и на 13,9 % больше, чем в группе с минимальными сроками зарока. К завершению срока наблюдения в состоянии ремиссии находились 37,0 % больных, давших зарок на большие сроки.

Таким образом, дача церковного зорока, наряду с демонстрацией повышенной мотивации к лечению от алкогольной зависимости, обеспечивает и более высокое качество лечения, проявляющееся более высокой частотой формирования ремиссии в первые периоды после лечения и сохранения устойчивой ремиссии в дальнейшем.

Наглядно роль и степень влияния дачи двух зороков на вероятность сохранения состояния ремиссии в двух возрастных группах (среднего и старшего возраста), избравших средний срок церковного зорока и церковный зорок на всю жизнь, представлены на рис. 7.

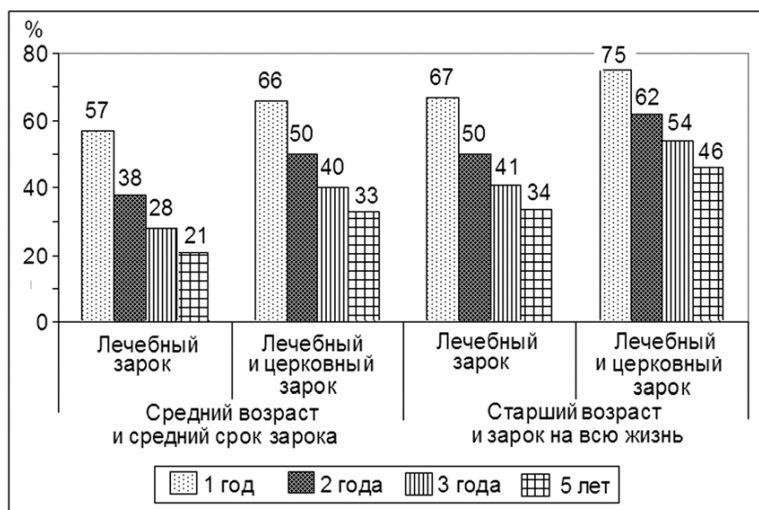


Рис. 7. Роль возраста, срока зорока и объема, оказанной помощи в формировании пятилетней ремиссии

### Литература

1. Болт В.В. Оценка кризисно-реабилитационной помощи в форме стрессовой психотерапии и прогноз длительности ремиссии при патологических зависимостях : автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.В. Болт. – СПб., 2004. – 21 с.
2. Григорьев Г.И. Духовно ориентированная психотерапия патологических зависимостей : учеб. пособие / Г.И. Григорьев ; Междунар. ин-т резерв. возможностей человека, С.-Петерб. мед. акад. последиплом. образования. – СПб., 2006. – 139 с.

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

4. Духовно ориентированная психотерапия патологических зависимостей : [монография / Г.И. Григорьев, А.А. Александров, Г.И. Алексеев и др.] ; под. ред. Г.И. Григорьева ; С.-Петерб. мед. акад. последиплом. образования, Междунар. ин-т резерв. возможностей человека, О-во трезвости и милосердия [и др.]. – СПб. : ИИЦ ВМедА, 2008. – 504 с.

5. Мизерене Р.В. Оценка и прогноз длительности ремиссии при лечении алкоголизма методом эмоционально-эстетической психотерапии : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Р.В. Мизерене. – СПб., 2000. – 24 с.

6. Организация и содержание духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей : учеб. пособие / Г.И. Григорьев, С.Г. Григорьев, Л.П. Кузнецов [и др.] ; Междунар. ин-т резерв. возможностей человека, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова, С.-Петерб. мед. акад. последиплом. образования. – СПб., 2007. – 281 с.

7. Пат. 2011374 Рос. Федерация, МПК<sup>5</sup> А61Н 39/04; А61М 21/00. Способ лечения хронического алкоголизма / Григорьев Г.И. – № 93021766/14 ; заявл. 26.04.1993 ; опубл. 30.04.1994, Бюл. 8.

8. Пат. 2034575 Рос. Федерация, МПК<sup>6</sup> А61М 21/00; А61Н 39/04. Способ лечения ожирения / Григорьев Г.И., Иванов И.А., Мизерене Р.В. – № 93050571/14 ; заявл. 18.11.1993 ; опубл. 10.05.1995, Бюл. 13.

9. Пат. 2034576 Рос. Федерация, МПК<sup>6</sup> А61М 21/00; А61Н 39/00. Способ лечения алкогольной, никотиновой и наркотической зависимости / Григорьев Г.И. – № 93050572/14 ; заявл. 18.11.1993 ; опубл. 10.05.1995, Бюл. 13.

10. Пат. 2150938 Рос. Федерация, МПК<sup>7</sup> А61К 31/00, 31/33, 31/445; А61М 21/00. Способ лечения опийной наркомании / Григорьев Г.И., Бажин А.А., Краснова Э.И., Краснов А.М. – № 97101216/14 ; заявл. 15.01.1997 ; опубл. 20.06.2000, Бюл. 17.

11. Становление и организация духовно ориентированной психотерапии патологических зависимостей : учеб. пособие / Г.И. Григорьев, С.Г. Григорьев, В.Ф. Зверев [и др.]. – СПб., 2007. – 298 с.

## ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ОЦЕНКАХ ЕЕ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ

Волгоградский государственный медицинский университет

### *Введение*

Движение за демократические права во второй половине XX в., массовое распространение и утверждение в общественном сознании населения западных стран либерально-демократических идей об индивидуальных правах и свободах способствовали принятию «Хельсинкской декларации прав человека» (1964 г., пересмотренной в 1996 г.), которая акцентирует свободу выбора и уважение к независимости человеческой личности. Вследствие этого по-новому, именно с позиций прав человека, стали восприниматься права больного и взаимоотношения в системе «врач – пациент».

В последние годы мнение пациентов о качестве лечебного процесса приобретает все большее значение: именно этой оценке ВОЗ уделяет особое внимание при характеристике медицинской услуги надлежащего качества [5].

Цель исследования – выяснить мнения о психотерапии и оказании психотерапевтической помощи у лиц, которым она ранее проводилась.

### *Материалы и методы*

В 2010 г. среди обратившихся в муниципальные поликлиники г. Волгограда граждан выявлено 106 человек, которые в последние 2-3 года получали психотерапевтическую помощь в частных психотерапевтических кабинетах или в муниципальных медицинских учреждениях общесоматической направленности (гнездовые выборки).

Для изучения их мнений о психотерапии и оказанной психотерапевтической помощи с учетом принятых к анкетированию в социологии требований [9] разработали анкету из 10 закрытых вопросов/утверждений, с помощью которой провели анонимное анкетирование потребителей психотерапевтической помощи. В возрасте до 40 лет было 47 респондентов (44,3 %), 40 лет и старше – 59 (55,7 %); мужчин – 41 (38,7 %), женщин – 65 (61,3 %). Среднее и среднее специальное образование имели 49 человек (46,2 %), высшее – 57 (53,8 %).

Поскольку анкетировались потребители психотерапевтической помощи (причем анонимно, как это предполагают правила социологии), то они не могли знать точно свой диагноз по МКБ-10 и применявшиеся методики психотерапии (или конкретно в каких направлениях работал с ними психотерапевт).

### ***Результаты и их анализ***

Полученные результаты анкетирования приведены в таблице (см.). В целом, оценки потребителей психотерапевтической помощи были пессимистическими и свидетельствовали о явно недостаточном ее оказании населению, что, представляется, связано в первую очередь с ограниченным количеством специалистов и психотерапевтических кабинетов/отделений даже в крупном промышленном городе с населением в 1 млн 40 тыс. человек. Так, на 1-е утверждение только 13,2 % респондентов показали, что психотерапевтическая помощь оказывается населению в полном объеме. Статистически значимое большинство респондентов считало, что она оказывается в недостаточном объеме и практически не включена в перечень медицинских услуг, соответственно при  $p < 0,001$  и  $p < 0,01$ . При этом статистически достоверного влияния на позицию по данному утверждению возрастного, гендерного и образовательного факторов не выявлено.

#### *Психотерапевтическая помощь в оценках ее потребителей*

Утверждение	n (%)
1. Психотерапевтическая помощь в настоящее время оказывается населению: а) в должном объеме б) в недостаточном объеме в) практически не оказывается г) затрудняюсь ответить	14 (13,2) 45 (42,5) 33 (33,1) 14 (13,2)
2. Психотерапевтическая помощь показана: а) примерно 10–15 % населения б) примерно 3–5 % населения в) примерно 1 % населения г) если нет психических нарушений, то только отдельным людям д) только лицам, у которых есть психические заболевания е) затрудняюсь ответить	53 (50,0) 15 (14,1) 11 (10,4) 12 (11,3) 7 (6,6) 8 (7,6)
3. В чем заключается деятельность врача-психотерапевта, Вы: а) хорошо себе представляете б) частично представляете в) вообще не представляете	59 (55,7) 43 (40,6) 4 (3,7)
4. С утверждением, что «психотерапевт – это тот же психиатр», Вы: а) согласны б) скорее согласны, чем не согласны в) скорее не согласны, чем согласны г) не согласны	15 (14,2) 14 (13,2) 25 (23,6) 52 (49,0)

Утверждение	n (%)
5. Вы предпочитаете, что бы психотерапевтом был(а): а) мужчина б) женщина в) это не имеет значения	34 (32,0) 27 (25,5) 45 (42,5)
6. Вы предпочитает, чтобы психотерапевтические занятия носили: а) групповой характер б) индивидуальный характер в) это не имеет значения	20 (18,9) 71 (67,0) 15 (14,1)
7. На курс психотерапевтического лечения Вы потратили (готовы потратить), руб.: а) до 700 б) 700–1750 в) 1750–3500 г) более 3500 д) тратить деньги на данный вид лечения не стоит е) затрудняюсь ответить	11 (10,4) 16 (15,1) 20 (18,9) 19 (17,9) 6 (5,7) 34 (32,0)
8. Назначенный курс психотерапии Вы: а) прошли полностью б) не полностью, частично в) проходите в настоящее время	33 (31,1) 69 (65,1) 4 (3,8)
9. Если назначенный курс психотерапии Вы прошли не полностью, то почему (возможно несколько ответов, n = 69): а) не было времени, появились другие дела и т. п. б) это потребовало слишком больших материальных затрат в) этот метод лечения не очень эффективен (без него вполне можно обойтись) г) не нашел контакт с психотерапевтом д) боялся(лась), что об этом узнают окружающие е) другое	31 (44,9) 11 (15,9) 23 (33,3) 5 (7,2) 14 (20,3) 9 (13,0)
10. Полученной психотерапевтической помощью Вы: а) полностью удовлетворены б) скорее удовлетворены, чем не удовлетворены в) скорее не удовлетворены, чем удовлетворены г) не удовлетворены	31 (29,2) 45 (42,5) 20 (18,9) 10 (9,4)

В то же время 50 % респондентов ответили, что в психотерапевтической помощи могут нуждаться примерно 10–15 % населения. По сравнению с другими вариантами выбора, этот показатель значимый ( $p < 0,001$ ). В целом полученные результаты соответствуют мнению специалистов [6]. Чаще всего такой ответ давали лица с высшим образованием (59,6 %) и женщины (58,6 %), реже – лица со средним или средним специальным образованием (38,8 %) и мужчины (36,8 %) ( $p < 0,05$ ).

Ответы на 3-е утверждение не выявили, насколько хорошо респонденты представляют деятельность врача-психотерапевта, но в то же время статистически значимое ( $p < 0,01$ ) количество лиц показало, что, в отличие

от психиатра, психотерапевт должен использовать иные методы оказания медицинской помощи. Настораживает также факт, что около 28 % респондентов разделяют точку зрения о том, что «психотерапевт – это тот же психиатр». К психиатрам и психиатрии в российском обществе традиционно настроено негативно-отрицательное отношение [3, 4, 7, 8]. В специальной литературе отмечается, что к моменту обращения к психотерапевту у пациента чаще всего имеется сложившееся ограниченное либо искаженное мнение о том, в чем должна состоять психотерапия и чего с ее помощью можно добиться [1, 2], однако то, что подобные представления остались более чем у  $\frac{1}{4}$  лиц, получивших данный вид медицинской помощи, свидетельствует не столько о формальных проблемах коммуникации «психотерапевта и пациента», сколько о недостаточно эффективной реализации психотерапевтического процесса психотерапевтом.

Что касается предпочтений потребителей психотерапевтической помощи, то для большинства лиц пол психотерапевта не имел значения, например  $\frac{1}{4}$  из них предпочла, чтобы психотерапевтом была женщина;  $\frac{1}{3}$  – предпочла видеть психотерапевтом мужчину.

Групповые занятия, которые более эффективны, чем индивидуальные [6], предпочли всего 18,9 % потребителей психотерапевтической помощи, в то время как индивидуальные – 67 %. Исходя из полученных результатов, представляется правомерным считать, что врачи-психотерапевты преимущественно настроены на индивидуальные занятия и проводят именно их. Статистически достоверного влияния возраста, пола и образовательного уровня у потребителей на предпочтение групповых или индивидуальных занятий не выявлено.

В настоящее время психотерапевтическая помощь для подавляющего большинства населения носит платный характер, и ее надо оплачивать в полном объеме. При эмпирически сложившейся в городе средней цены одного сеанса в 500–750 рублей пройти курс психотерапии из 4–6 сеансов могли бы только 17,9 % респондентов. Лица с высшим образованием чаще платили данные суммы, чем имеющие среднее или среднее специальное образование (соответственно 24,6 и 10,2 %;  $p < 0,05$ ). Низкий уровень жизни респондентов и, как следствие, стремление ограничивать количество сеансов по материальным соображениям фактически снижают эффективность психотерапевтического лечения.

Отмеченная закономерность – стремление ограничить лечение – получила подтверждение и при ответах на 8-е утверждение. Оказалось, что статистически большее количество ( $p < 0,01$ ) респондентов прошли бы курс

психотерапевтического лечения не полностью, частично. Чаще всего ( $p < 0,05$ ) курс назначенного лечения проходили полностью лица с высшим образованием, статистически достоверного влияния других факторов (возраста и пола) не выявлено.

Естественно, особый интерес представляли бы ответы потребителей психотерапевтической помощи на 9-й вопрос – о том, почему назначенный курс психотерапии они прошли не полностью (на этот вопрос можно было дать несколько ответов). Однако ответы не выявили какую-либо одну значимую причину.

Большинство респондентов (71,7 %) в целом были полностью удовлетворены или скорее удовлетворены, чем не удовлетворены психотерапевтической помощью. Чаще это были женщины и лица с высшим образованием.

### *Заключение*

Таким образом, у значительной части лиц, получавших психотерапевтическую помощь, имеются относительно нее искаженные представления, характерные для массового сознания населения. Это, в частности, способствует тому, что  $\frac{2}{3}$  пациентов, обратившихся за психотерапевтической помощью, не полностью проходят назначенный курс лечения, что, в свою очередь, снижает результативность проводимого лечения и способствует отрицательным оценкам его эффективности. Представляется правомерным считать, что одной из причин этого является недостаточно квалифицированно оказываемая психотерапевтическая помощь.

### *Литература*

1. *Вайнер И.* Основы психотерапии / И. Вайнер. – 2-е изд. – СПб. [и др.] : Питер, 2002. – 288 с.
2. *Гарфилд С.* Практика краткосрочной психотерапии / С. Гарфилд. – 2-е изд. СПб. [и др.] : Питер, 2002. – 256 с.
3. *Гурович И.Я.* О программе борьбы со стигмой, связанной с шизофренией / И.Я. Гурович, Е.М. Кирьянова // Соц. и клинич. психиатрия. – 1999. – Т. 9, вып. 3. – С. 5–8.
4. *Москвитина У.С.* Представление о психических расстройствах и отношении к психиатрии населения средней полосы России (на материале Белгородской области) / У.С. Москвитина, В.А. Руженков // Вестн. новых мед. технологий. – 2010. – № 1. – С. 74–75.



5. Принципы обеспечения качества: отчет о совещании ВОЗ. – Женева, 1994. – 45 с.

6. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд., перераб. и доп. – СПб. [и др.] : Питер, 2006. – 944 с.

7. *Трушелев С.А.* Обсуждение вопросов психиатрической помощи в Совете Федерации / С.А. Трушелев // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2009. – Т. 109, № 9. – С. 109.

8. *Ястребов В.С.* Социальные образы психиатрии / В.С. Ястребов, С.А. Трушелев // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2009. – Т. 109, № 6. – С. 65–68.

9. *Ядов В.А.* Стратегия социологического исследования. Описание, объяснение, понимание социальной реальности / В.А. Ядов. – 3-е изд., испр. – М.: Омега-Л, 2007. – 567 с.

# МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.9 : 616.127-005.8

*А.Н. Алёхин, Л.А. Сорокин,  
Е.А. Трифонова, А.В. Чернорай*

## **МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ \***

Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена;  
Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы, Санкт-Петербург;  
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический  
институт им. В.М. Бехтерева

### ***Введение***

Включение мероприятий по коррекции психологических факторов риска рецидива и дезадаптации больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), в настоящее время признается важной предпосылкой эффективности лечебного и реабилитационного процессов [1, 22, 45, 55]. Очевидно, что это обусловлено психотравмирующим характером витальной угрозы и резким изменением жизненных перспектив при ИМ, способствующих развитию расстройств психической адаптации, негативным влиянием этих расстройств на течение заболевания и прогноз, зависимостью результатов лечения от отношения пациента к болезни, его готовности следовать медицинским рекомендациям.

Проблема психосоматических-соматопсихических соотношений при ишемической болезни сердца исследована весьма глубоко как в связи с высокой распространенностью данного заболевания, так и в связи с тем, что именно при патологии сердечно-сосудистой системы эти соотношения являют себя наиболее отчетливо [18]. В то же время литература, посвященная данному вопросу, отражает его преимущественно клинко-психопатологическое видение, при котором на первый план выступают феномены нервно-психических расстройств, психопатологических синдромов и патохарактерологических отклонений. Значительно меньше внимания уделяется особенностям переживания личностью ситуации болезни

---

\* Статья подготовлена при поддержке гранта Президента РФ МК-2076.2012.6

и лечения, закономерностям адаптации к изменившимся обстоятельствам жизни – то есть психологическому аспекту проблемы. А вместе с тем именно апелляция к личности является ключевым принципом реабилитации и именно на основе знаний о способах взаимодействия личности с психотравмирующей ситуацией и о динамике переживания осуществляется психологическая помощь каждому конкретному пациенту.

Вышеизложенное определило цель настоящего аналитического обзора литературы: систематизация данных научных исследований, отражающих различные этапы формирования условий развития ИМ и адаптации личности к ситуации болезни.

### ***Основное содержание***

*Преморбидные психологические факторы риска у больных, перенесших ИМ: «типичный» пациент с ИМ.* Опыт клиницистов и эмпирические исследования свидетельствуют о том, что пациенты с ИМ – это группа, сформированная неслучайно не только по биомедицинским, но и по психосоциальным характеристикам, которые, безусловно, оказывают влияние и на процесс адаптации пациента к заболеванию. Эти характеристики, по сути – факторы риска, взаимосвязаны, но условно могут быть систематизованы следующим образом:

- традиционные поведенческие факторы риска (курение, дезадаптивные стереотипы питания, гиподинамия и др.);
- эмоциональные и личностные факторы риска (склонность к переживанию определенных эмоциональных состояний, аффективные нарушения, устойчивые социальные формы поведения);
- ситуационные факторы риска (стрессогенные ситуации, социальный контекст).

В отношении традиционных поведенческих факторов риска ИМ следует отметить, что в их формировании ведущая роль отводится системе устойчивых представлений личности, касающихся образа жизни. В ряде исследований показано прогностическое значение таких психологических конструктов, как информированность о мерах профилактики, количество препятствий к соблюдению норм здорового образа жизни, способность к планированию и самоконтролю, субъективная оценка положительных и отрицательных сторон медицинских рекомендаций, а также личной способности их выполнять, представление о социальной желательности профилактического поведения, о риске неблагоприятных последствий невыполнения медицинских рекомендаций, о мере личного влияния и влияния

внешних обстоятельств на состояние здоровья (локус контроля здоровья/болезни) [50]. Безусловно, сам факт ИМ способен привести существенные коррективы в систему представлений, однако данные о недостаточной приверженности пациентов медицинским рекомендациям в постинфарктный период [23] свидетельствуют, что в значительной мере когнитивные детерминанты недостаточной заботы о здоровье сохраняют свою актуальность. Помимо этих очевидных факторов риска ИМ внимание исследователей привлекают личностные механизмы формирования предрасположенности к заболеваниям сердца.

Следует отметить, что поиск психологических факторов патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний, включая ИМ, – область исследований, имеющая весьма глубокие корни в ортодоксальной психосоматике, ведущей начало от работ З. Фрейда. Попытки описать «коронарную личность» характерны для классиков психоаналитически ориентированной психосоматической медицины [47]. При всем разнообразии подходов авторы сходятся в описании общего в поведении и внутриличностных конфликтах пациентов с ИБС – присутствие настойчивых агрессивных импульсов, блокируемых тревогой и социальной нормативностью. Ведущим психологическим аспектом симптомообразования, соответственно, выступает хроническое подавление гнева.

В дальнейшем развитии данной области исследований значительную роль сыграли разработки американских кардиологов М. Friedman и R. Rosenman. В 1960-е гг. ими был выделен и описан паттерн поведения, независимо от других известных фактов риска двукратно повышающий вероятность развития ишемической болезни сердца, – так называемый поведенческий тип А, характеризующийся разнообразными проявлениями сверхвовлеченности в работу (или другую деятельность), амбициозности, соревновательности, нетерпеливости, агрессивности, стремления к доминированию [17]. В дальнейшем в структуре этого поведенческого стереотипа был выделен психологический конструкт враждебности, которая рассматривается как комплекс устойчивых антагонистических установок по отношению к окружающим [8]. В исследованиях было показано, что выраженные черты враждебности в среднем в 2 раза повышают риск развития ИМ вне зависимости от других известных факторов риска [28].

Среди опосредующих данную зависимость факторов выделяют, с одной стороны, сочетание враждебности с традиционными поведенческими факторами риска (курение, алкоголизация, «нездоровое» питание и т.д.), с другой стороны, комплекс характеристик, отражающих стрессовую

нагрузку и особенности стрессовых реакций, в частности повышенный уровень стресса, обусловленный межличностной напряженностью, склонность к переживанию чувства гнева, патогенные эффекты катехоламинов и глюкокортикоидов на фоне нейроэндокринной гиперреактивности в стрессовых ситуациях [24, 41].

Роль стресса и негативных эмоций в провокации обострений заболеваний сердца хорошо известна из практического житейского опыта. Она получает подтверждение и в научных работах [16, 21]. Проведя систематический обзор исследований (за 1970–2004 гг.) поведенческих и эмоциональных триггеров острого коронарного синдрома, P.C. Strike, A. Steptoe [62] заключают, что в настоящее время есть адекватные эмпирические основания для вывода о роли эмоционального стресса, переживания гнева и чрезмерного волнения в провокации острого коронарного синдрома и внезапной сердечной смерти у лиц с неблагоприятными предрасполагающими факторами (сердечно-сосудистыми заболеваниями).

В нескольких исследованиях с использованием дневниковых самоотчетов об эмоциональном состоянии в течение дня и за 15 минут – 2 часа до приступа было показано, что острый коронарный синдром чаще развивается на фоне переживания гнева [62]. Аффектам гнева отводится ведущая роль в случае эмоциогенной провокации ИМ, однако важными также признаются любые варианты эмоционального перенапряжения. Эпидемиологические данные свидетельствуют о резком возрастании госпитализаций в связи с ИМ в дни стихийных бедствий, террористических актов, в утренние часы понедельников, в дни значимых спортивных состязаний (обострения сердечно-сосудистых заболеваний чаще наблюдаются у болельщиков проигравшей стороны) [62].

В рамках мультицентрового исследования INTERHEART [25], охватившего 24 767 человека – жителей 52 стран, было установлено, что лица, перенесшие первый ИМ, в сравнении с контрольной группой, ретроспективно в 1,5 раза чаще отмечают периоды значительной напряженности на работе и дома, а также в 2 раза – хронический стресс. Весьма показательны также результаты мультицентрового исследования «Determinants of Myocardial Infarction Onset Study». По результатам опроса 1985 пациентов, госпитализированных в связи с ИМ, было установлено, что в течение предшествовавших ИМ 6 мес 13,6 % больных потеряли близкого человека, причем у 7 % (19 из 270) этих пациентов утрата произошла в день развития ИМ. При сравнительном анализе было установлено, что риск ИМ в день потери

близкого человека повышен в 21,1 раза и постепенно снижается с каждым последующим днем [60].

Таким образом, период, предшествующий развитию ИМ, нередко отягощен психотравмирующими событиями. Их патогенное влияние усиливают недостаточность социальной поддержки, социальная изоляция, депрессивные состояния, рассматриваемые как самостоятельные факторы риска ИМ, а также отмеченные выше эмоциональная возбудимость и склонность к восприятию событий и поведения других людей как угрожающих [6, 61].

Обобщая, можно заключить, что среди пациентов, перенесших ИМ, относительно более высока вероятность встретить лиц:

- с несформированной мотивацией к поддержанию здорового образа жизни;
- перенесших острую психотравму;
- испытывающих хронический стресс (в профессиональной деятельности, семейной жизни, повседневной активности);
- с депрессивным состоянием;
- испытывающих недостаточность социальной поддержки либо одиноких;
- с чертами враждебности и склонностью к доминированию, обуславливающих трудности установления и поддержания доверительных отношений.

Очевидно, что как личностные черты и установки, так и стрессогенные обстоятельства жизни пациента могут сохранять свою актуальность в постинфарктный период, влияя на формирование отношения пациента к болезни и лечению и особенности процесса адаптации к изменившимся жизненным обстоятельствам.

*Психическая адаптация в раннем постинфарктном периоде: личностные реакции пациентов на болезнь и госпитализацию.* Исследования свидетельствуют, что ИМ – значительное испытание для адаптационных возможностей личности. В клиничко-психопатологическом аспекте у пациентов выявляются расстройства адаптации тревожного, депрессивного либо смешанного тревожно-депрессивного характера [3, 9]. Эти расстройства достоверно чаще встречаются у женщин, в старших возрастных группах, а также у пациентов с низким социально-экономическим статусом.

В раннем постинфарктном периоде симптомы тревоги характерны для 70–80 % пациентов, а клинически значимые тревожные состояния, по разным оценкам, для 17–60 %. Максимальная выраженность тревоги при-

ходится на первые 12 ч с момента развития ИМ, отражая эмоциональную реакцию на жизнеугрожающую ситуацию, однако в дальнейшем, несмотря на деактуализацию угрозы, стойкая тревога в течение года после перенесенного ИМ сохраняется у 20–25 % [3, 48].

Симптомы расстройств депрессивного спектра выявляются, по данным разных авторов, у 10–65 % пациентов, госпитализированных по поводу ИМ, при этом до 22 % из них имеют клинически оформленное депрессивное расстройство [3].

В психологическом отношении большинство пациентов, перенесших ИМ, характеризуется высокой эмоциональной вовлеченностью в ситуацию болезни, сниженным фоном настроения с доминированием навязчивых опасений и страхов, чувства подавленности, трудностями принятия факта болезни [4, 12]. Такие реакции наиболее вероятны в тех случаях, когда ИМ оказывается первым проявлением ИБС, сопровождается выраженным болевым синдромом, при наличии неоднократных коронарных катастроф в анамнезе, при наступлении инвалидности в среднем возрасте (до 65 лет), осложненном течении ИМ [7]. Наибольшее психотравмирующее воздействие на больных в подостром периоде ИМ оказывают такие кардиологические проявления, как болевой синдром, снижение переносимости физических нагрузок, обширность ИМ, аритмии, другие осложнения ИМ и их неблагоприятная динамика [4].

Высокая актуальность для пациентов физического дискомфорта и тревожная оценка перспективы нередко сочетаются с недостаточной оформленностью когнитивного компонента отношения к болезни – низкой осведомленностью о сути заболевания и рекомендуемом образе жизни, противоречивостью оценок тяжести состояния, перспектив, защитным игнорированием отдельных медицинских сведений, общей растерянностью. Так, например, по результатам опроса пациентов, проходящих стационарную реабилитацию, А.Д. Куимов и соавт. [23] отмечают общую низкую информированность пациентов о болезни, в особенности в отношении поведения при стрессовой ситуации и значимости контроля биохимических показателей крови. Только треть пациентов осведомлены о необходимости вызова скорой медицинской помощи при приступе загрудинных болей, продолжающихся более 20 минут; о принципах здорового питания и рекомендуемой физической нагрузки информирована половина пациентов. Чаще всего среди причин развития ИМ пациенты указывают перенапряжение на работе, курение, волнения, малоподвижный образ жизни, при этом

наиболее упоминаемыми являются относительно менее традиционные факторы риска, связанные со стрессом [37].

Гипо- или анозогностические реакции, проявляющиеся отрицанием факта болезни либо преуменьшением тяжести состояния, выявляются лишь у незначительного числа пациентов [12], но и при гипернозогностических реакциях типичным является несогласованность в установках пациентов, неустойчивость мотивации к соблюдению медицинских рекомендаций на фоне общей эмоциональной нестабильности. Так, например, несмотря на преобладание адаптивных стратегий совладания со стрессом у пациентов, перенесших ИМ, эти стратегии отражают преимущественно усилия по изменению отношения к ситуации и эмоциональной саморегуляции, в поведенческом же аспекте адаптивные тенденции выражены в значительно меньшей мере [4].

Ряд авторов подчеркивает высокую напряженность у пациентов механизмов психологической защиты, определяющих искаженное восприятие болезни вне зависимости от уровня информированности. Весьма интересны в связи с этим результаты британского исследования, проведенного в 1970-е гг. Н.С. Стоог и соавт. [29]. Обследовав 345 мужчин в возрасте 30–60 лет, перенесших первый ИМ, авторы установили, что 20 % пациентов перед выпиской (то есть через 3 недели пребывания в стационаре) отрицают факт сердечного приступа. У таких пациентов была выявлена общая тенденция к игнорированию информации, касающейся жизнеугрожающих состояний, в частности они чаще отрицали, что среди их знакомых или родственников есть те, кто страдает заболеваниями сердца, были склонны преуменьшать соматические жалобы и чаще планировали скорейшее возвращение к трудовой активности, признавая при этом возможность несоблюдения медицинских рекомендаций.

В личностном отношении такие пациенты чаще отрицали у себя наличие социально неодобряемых характерологических особенностей (эгоцентризм, раздражительность, вспыльчивость и т. п.), а также каких-либо трудностей или конфликтов в супружеских отношениях. В дальнейших исследованиях были выделены специфические компоненты гипонозогнозии – отрицание факта болезни, отрицание ее последствий, отрицание эмоциональной реакции на заболевание и др. Большинство исследователей рассматривает такие гипонозогностические тенденции как способ преодоления тревоги в актуальной остро-психотравмирующей ситуации [30, 31]. Косвенно это подтверждают данные I. Fukunishi и соавт. [39], которые установили, что у пациентов в подостром периоде ИМ более выражены трудно-



сти в вербализации эмоций и чувств (алекситимия), нежели у пациентов в отдаленном постинфарктном периоде.

Значительная роль в формировании условий для адаптации пациента к болезни отводится поддержке со стороны ближайшего окружения. Известно, что близкие пациентов/пациенток, перенесших ИМ, испытывают значительный дистресс и чувство беспомощности, в большинстве случаев превышающий таковые у самих пациентов [49]. При этом тревога и подавленность супруги/супруга, ограничивая их способность оказывать поддержку, негативно сказывается на процессе адаптации пациентов к болезни, определяя пессимистическую оценку перспективы и возрастающую неудовлетворенность супружескими взаимоотношениями. Обеспокоенность и чувство вины может формировать у ближайшего окружения гиперпекающий стиль взаимодействия с пациентом.

Так, например, С. Boutin-Foster [27], опросив 59 пациентов, госпитализированных в связи с острым коронарным синдромом, систематизировала наиболее типичные проявления «проблематичной» поддержки, оказываемой родственниками больных, описав их в контексте известных следствий благих намерений: чрезмерно частные телефонные звонки, избыточная эмоциональность и тревожность близких в связи с болезнью, «непрощенные советы и предложения», «абстрактные» советы, попытки полностью ограничить активность пациента. Данные относительно последствий гиперпеки со стороны близких в постинфарктный период весьма противоречивы: есть свидетельства как негативного влияния чрезмерной заботы на эмоциональное состояние и социальную реадaptацию пациентов [27], так и существенной пользы в отношении медицинского и психологического прогноза [58], что, по-видимому, указывает на сложность личностных механизмов оказания и принятия помощи.

В целом, проведенные исследования позволяют заключить, что:

– в подостром периоде ИМ происходит значительное напряжение защитно-приспособительных механизмов личности, что проявляется в развитии тревожно-депрессивных состояний либо игнорировании потенциально психотравмирующих аспектов ситуации;

– в раннем постинфарктном периоде пациенты преимущественно не способны интегрировать опыт болезни в систему отношений, что проявляется противоречивостью в отношении к заболеванию и будущему;

– процесс психологической адаптации к болезни пациентов, перенесших ИМ, облегчает оптимистически поддерживающая позиция ближайшего социального окружения.

*Психическая адаптация в отдаленном постинфарктном периоде: жизнь после ИМ.* Известно, что вне зависимости от объективных последствий для физического и социального функционирования в отдаленном ка-тамнестическом периоде, опыт перенесенного ИМ продолжает сказываться на качестве жизни личности, хотя в целом его динамика в постинфарктный период имеет положительный характер [15, 20, 35, 36].

В 1-й год после перенесенного ИМ у трети пациентов наблюдается существенное ограничение круга социальных контактов и социальной активности [42]; далеко не все пациенты, перенесшие ИМ, возвращаются к профессиональной деятельности, а реадаптация тех, кто продолжает работать, может сопровождаться эмоциональным перенапряжением [15, 54].

В целом, процесс реадаптации протекает с большими трудностями при осложненном ИМ [20]. Группу риска также составляют женщины: у них отмечается менее выраженная положительная динамика качества жизни в постинфарктный период, меньшая вероятность возвращения к профессиональной деятельности, большая интенсивность тревожно-депрессивных проявлений на всех стадиях восстановительного периода [33]. Женщины при этом используют более разнообразные стратегии преодоления стресса болезни, но чаще, чем мужчины, стремятся не обременять близких своими проблемами со здоровьем, более склонны переживать внутриличностный конфликт между настойчивой потребностью в поддержке и боязнью стать обузой для близких. Мужчины, в целом, легче принимают помощь супруги, более ориентированы на внутрисемейную поддержку, скорейшее возвращение к физической активности и профессиональной деятельности [43].

А.Б. Хадзегова и соавт. [20] отмечают неравномерную динамику изменения качества жизни в постинфарктный период: через 3 мес от начала заболевания качество жизни пациентов снижено главным образом за счет физических ограничений, необходимости лечения и возможного уменьшения доходов, в то время как в более отдаленной перспективе (спустя 1 год) на фоне улучшения физических возможности актуализируются трудности, связанные с ограничением в межличностных контактах.

В клинко-психопатологическом аспекте симптомы тревоги и депрессии выявляются соответственно у 80 и 70 % пациентов, состоящих на диспансерном учете после перенесенного ИМ, клинически значимые депрессивные расстройства выявляются у 22,5 %, расстройства адаптации – у 27,5 % [11]. Переживание внезапного интенсивного стресса в момент обострения способно провоцировать развитие в отдаленном периоде по-

сттравматического стрессового расстройства, проявляющегося неконтролируемым оживлением аффективно-насыщенного травматического опыта, нарушениями сна, явлениями дереализации на фоне сниженного эмоционального фона. Согласно результатам обзора M.L. Gander и R. von Känel [40], средневзвешенный показатель распространенности посттравматического стрессового расстройства у пациентов, перенесших ИМ, составляет 14,7 %.

По мере деактуализации травматического опыта обострения заболевания все большее значение приобретают поведенческие факторы риска повторного ИМ [14]. По данным ряда исследований, более 50 % куривших на момент возникновения ИМ пациентов продолжают курить в постгоспитальный период [13, 44, 52, 59], причем риск возобновления табакокурения увеличивается в долгосрочной перспективе. Так, например, по данным лонгитюдного израильского исследования, включившего 768 курящих пациентов, перенесших ИМ, спустя 1–2 года после ИМ продолжали курить 41 % куривших ранее пациентов, спустя 5 лет – 56 %, а спустя 10–13 лет – 65 % [44]. Чаще не бросают курить после перенесенного ИМ более молодые пациенты, пациенты с более выраженной зависимостью от табакокурения, не подвергавшиеся хирургическому лечению, а также с более ограниченным кругом социальных контактов [26].

По результатам беседы и анализа 208 амбулаторных карт мужчин и женщин в возрасте 45–75 лет, перенесших ИМ (давностью от 1 мес до 1 года), было установлено, что каждый четвертый пациент из наблюдающихся в кардиодиспансере и каждый второй – в поликлинике не придерживаются диетического режима; соответственно 47 и 35,2 % не выполняют рекомендованные физические нагрузки; более половины мужчин продолжают курить [13]. В отдаленном катамнезе, спустя 10–13 лет после первого ИМ, не соблюдают рекомендации относительно диеты 64 %, относительно физической активности 56 % [34]. По результатам международного исследования «Aspirin underutilization and compliance in Cardiovascular diseases Treatment», спустя в среднем 2 года после перенесенного ИМ 41 % пациентов нарушают рекомендации по профилактическому приему ацетилсалициловой кислоты [5].

Таким образом, в отдаленном постинфарктном периоде пациенты характеризуются, с одной стороны, эмоциональными нарушениями вследствие психотравмирующего опыта болезни, ее физических и социальных осложнений, а с другой стороны, постепенным снижением мотивации к соблюдению медицинских рекомендаций, что позволяет предположить

трудности конструктивной интеграции опыта болезни в систему личностных отношений.

*Психосоциальные факторы в формировании прогноза при ИМ.* В исследованиях, направленных на оценку роли психосоциальных характеристик в формировании прогноза при ИМ, было установлено закономерное сходство факторов риска его развития и рецидива. Наибольшей воспроизводимостью обладают данные, отражающие влияние на качество жизни и медицинский прогноз психопатологических (депрессия, тревога) и социально-психологических (социальная поддержка) характеристик. Несколько менее однозначны результаты исследования личностных предикторов.

Согласно обзору 29 исследований за последние 25 лет, А. Meijer и соавт. [53] заключают, что есть весьма убедительные свидетельства того, что вне зависимости от других известных факторов риска депрессия в 1,6–2,7 раз повышает вероятность неблагоприятных исходов (постинфарктных осложнений и смерти) в среднесрочной перспективе (в среднем 2 года). Выраженная тревога и посттравматическое стрессовое расстройство также являются фактором риска осложнений в раннем и отдаленном постинфарктном периоде [38, 40].

По данным метааналитического исследования, пациенты с депрессивными проявлениями и клинически значимыми депрессивными расстройствами даже при отсутствии физических ограничений чаще завершают профессиональную активность после перенесенного ИМ, что может способствовать нарушению социальной адаптации и ипохондризации [51].

Социальная изоляция (ограниченный круг или низкая частота социальных контактов) и недостаточность социальной поддержки связаны с 2–3-кратно повышенным риском постинфарктных осложнений и смерти в постинфарктный период (как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе), при этом социальная поддержка способна нивелировать негативное влияние депрессии и стресса на медицинский прогноз [46]. У пациентов, использующих разнообразные источники социальной поддержки и получавших адекватную помощь от близких в период госпитализации, отмечается более выраженная положительная динамика качества жизни в течение последующего года [42]. Согласно данным проспективного швейцарского исследования, включившего 222 мужчины с ИМ в возрасте 30–60 лет, факторами риска неблагоприятного медицинского прогноза (спустя 1 год) являлись отсутствие стабильных партнерских отношений, высокий уровень профессиональной нагрузки, наличие разнообразных хронических неспецифических соматических жалоб [56].

Исследования, отражающие роль личностных характеристик в динамике постинфарктного состояния, указывают на то, что их влияние, в отличие от психопатологических и социально-психологических факторов, прогнозируемо преимущественно на относительно менее отдаленный ка-тамнез (до 3 лет). По данным О.И. Боевой [2], полученным при лонгитюдном обследовании 228 пациентов с постинфарктным кардиосклерозом, в 2-летней перспективе наименее благоприятен медицинский прогноз у пациентов с истероидным личностным типом, проявляющимся чертами демонстративности, аффективности, эгоцентризма и инфантильности. О.Л. Барбараш и соавт. [10] установили, что поведение типа А связано с неблагоприятным годовым прогнозом у мужчин до 65 лет, перенесших ИМ.

В исследовании Е. Martens и соавт. [63] было показано, что пациенты с личностным типом D, характеризующимся сочетанием негативной аффективности и склонности подавлять эмоции в социально значимых ситуациях, подвергаются в два раза более высокому риску постинфарктных осложнений, повторного ИМ и смерти вне зависимости от других известных факторов риска, включая депрессию (при среднем ка-тамнезе 1,8 года). Близкие результаты были получены и в отношении неблагоприятных последствий враждебности [28].

Весьма противоречивые данные получены в исследованиях, раскрывающих прогностическое значение личностной реакции на заболевание. Известно, что любые варианты нарушения психической адаптации в постинфарктный период позволяют предположить дальнейшую неблагоприятную динамику качества жизни пациента [12]. Вместе с тем, в отдельных исследованиях показано [19], что приверженность медицинским рекомендациям в постгоспитальном периоде (спустя 1 год) наиболее характерна для пациенток с тревожным и сенситивным типами отношения к болезни, проявляющимися множественными опасениями, тревожной оценкой перспективы, избыточной чувствительностью к мнению окружающих в связи с болезнью.

По данным проспективной оценки, тенденция к отрицанию болезни или недооценке ее тяжести в раннем постинфарктном периоде определяет меньшую вероятность участия пациентов в программах реабилитации [30], а также склонность откладывать обращение за медицинской помощью при тревожных сердечных симптомах [57]. В то же время есть свидетельства более благоприятного медицинского и психосоциального прогноза у пациентов с гипонозогнозией [32], а также отсутствия различий в медицинском

прогнозе у пациентов, отрицающих и признающих болезнь и ее последствия [31].

Таким образом, прогнозирование качества адаптации и риска осложнений у пациентов, перенесших ИМ, на основании личностных особенностей и даже отношения к болезни в настоящее время является недостаточно разработанной медико-психологической проблемой. В проспективном исследовании С. Welin и соавт. [64], включившем 275 пациентов, вообще было установлено, что большинство личностных и социальных факторов (семейное положение, образование, уровень профессиональных нагрузок, характер супружеских отношений, тревога, степень удовлетворенности финансовым положением, раздражительность, наличие значимых событий, склонность к подавлению гнева, поведение типа А, локус контроля здоровья) полностью теряют свое прогностическое значение при катамнезе 10 лет, а среди значимых остаются лишь выраженность депрессивных симптомов и уровень социальной поддержки.

Вышеизложенное позволяет заключить, что:

– психосоциальные факторы риска развития ИМ в постинфарктный период способны выступать в качестве предикторов осложнений и повторных коронарных катастроф;

– вероятны различные способы и варианты адаптации личности к ситуации болезни с разной психологической динамикой в постгоспитальном периоде, что объясняет неоднозначность результатов оценки влияния отношения к болезни на прогноз в постинфарктный период;

– с увеличением длительности катамнеза прогностическая ценность личностных характеристик пациентов, перенесших ИМ, снижается, но сохраняют свое неблагоприятное прогностическое значение отдельные психопатологические (депрессия) и социально-психологические (уровень социальной поддержки) характеристики.

### ***Заключение***

Настоящее исследование было направлено на систематизацию данных о закономерностях психологической адаптации пациентов, перенесших ИМ. Анализ литературы показал, что в раннем постинфарктном периоде у всех пациентов отмечаются признаки расстройств адаптации с преобладанием тревоги, а в дальнейшем адекватное отношение к болезни формируется не более чем у 30 %.

На всех этапах постинфарктного периода среди пациентов выделяются две полярные группы: эмоционально сверхвовлеченные в ситуацию

болезни и отрицающие либо недооценивающие ее серьезность и последствия, при этом для обеих групп характерна недостаточная осведомленности о сути заболевания и лечения. По данным исследований, в динамике ишемической болезни сердца и постинфарктного периода существенную роль играет стабильный, но относительно ограниченный круг факторов: психопатологические состояния, отдельные характеристики социальной поддержки и личности (прежде всего враждебность и склонность к переживанию чувства гнева). У мужчин выявляются несколько более выраженные психосоматические зависимости, а у женщин – в целом более выраженные нарушения качества жизни.

Следует отметить, что, раскрывая существенные особенности адаптации больных, перенесших ИМ, современные исследования выводят на первый план преимущественно «негативный» аспект этого процесса, являемый разнообразными нарушениями и отклонениями. Вне поля зрения исследований оказываются актуальные возможности и способы конструктивного преодоления пациентами психотравмирующей ситуации болезни. Возможно, именно этим объясняются противоречия в работах, освещающих проблему отношения к болезни, неоднозначные данные о «пользе» и «вреде» гипнозотознозий, а также гиперопекающего стиля взаимодействия с пациентом его ближайшего окружения. Данные противоречия усугубляются недостаточно ясной границей между психологической и клинкопсихопатологической квалификацией эмоционального состояния и личностных реакций пациентов.

Остается недостаточно исследованным вопрос о том, насколько разнообразны пути приспособления пациентов к ситуации болезни в рамках выделенных относительно обобщенных вариантов адаптации, чем обусловлено отсутствие существенной динамики в отношении к болезни при повторных ИМ. Изучение данных особенностей позволило бы не только расширить представления о субъективной стороне переживания психотравмирующей ситуации болезни, значимые для установления контакта и эффективного взаимодействия с пациентами, но и обосновать дифференцированный подход в психологическом сопровождении лечебно-реабилитационного процесса в системе оказания специализированной помощи пациентам, перенесшим ИМ.

### *Литература*

1. *Аронов Д.М.* Методология реабилитации больных инфарктом миокарда: первый (госпитальный) этап / Д.М. Аронов // Сердце. – 2003. – Т. 2. – № 2. – С. 62–67.
2. *Боева О.И.* Структура личности и прогноз после перенесенного инфаркта миокарда / О.И. Боева // Клинич. медицина. – 2006. – Т. 84, № 7. – С. 17–20.
3. *Васюк Ю.А.* Депрессия, тревога и инфаркт миокарда: все только начинается / Ю.А. Васюк, А.В. Лебедев // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2007. – Ч. I. – № 3. – С. 41–51; Ч. II. – № 4. – С. 39–45.
4. *Габбасова Э.Р.* Роль кардиологических факторов в развитии расстройств адаптации и нозогенных личностных реакций у больных, перенесших инфаркт миокарда : автореф. ... канд. мед. наук / Э.Р. Габбасова [Оренбур. гос. мед. акад.]. – Оренбург, 2009. – 24 с.
5. *Горбунов В.М.* Проблемы приверженности больных, перенесших инфаркт миокарда, профилактическому приему ацетилсалициловой кислоты. Результаты исследования АСТ / В.М. Горбунов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2010. – № 9 (5). – С. 1–7.
6. Депрессия и риск возникновения инфаркта миокарда / И.В. Гагулин, А.В. Гафарова, В.В. Гафаров [и др.] // Мир науки, культуры, образования. – 2009. – № 5 (17) – С. 208–210.
7. *Добровольский А.В.* Клинические особенности ишемической болезни сердца и внутренняя картина болезни / А.В. Добровольский // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2000. – Т. 100, № 1. – С. 23–27.
8. *Ениколопов С.Н.* Психология враждебности в медицине и психиатрии / С.Н. Ениколопов // Современная терапия психич. расстройств. – 2007. – № 1. – С. 231–246.
9. Ишемическая болезнь сердца и внутренняя картина болезни (к проблеме патогенеза нозогенных реакций) – кардиологические аспекты / А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин, М.Ю. Дробижев [и др.] // Психокardiология. – М. : Мед. информ. аг-во, 2005. – С. 266–284.
10. Клиническая и прогностическая значимость типа коронарного поведения А у больных инфарктом миокарда пожилого и старческого возраста / О.Л. Барбараш, Е.А. Шаф, Н.Б. Лебедева, Н.И. Тарасов // Дальневост. мед. журн. – 2006. – № 4. – С. 8–10.



11. *Корнетов Н.А.* Депрессивные расстройства у пациентов, перенесших инфаркт миокарда / Н.А. Корнетов, Е.В. Лебедева // Психиатрия и психофармакология. – 2003. – № 5. – С. 10–15.

12. *Корниенко В.Н.* Клинико-терапевтическая динамика нозогенных реакций при инфаркте миокарда / В.Н. Корниенко // Воен.-мед. журн. – 2008. – № 5. – С. 55–56.

13. *Нестеров Ю.И.* Оценка эффективности вторичной профилактики инфаркта миокарда в первичном звене здравоохранения / Ю.И. Нестеров, С.А. Макаров, О.С. Крестова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2010. – № 5. – С. 12–17.

14. Оценка эффективности вторичной профилактики у больных, перенесших острые коронарные синдромы, на отдаленном этапе / И.Б. Рыжикова, Н.В. Погосова, И.Е. Колтунов [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. – Т. 8, № 7. – С. 59–63.

15. *Петрова М.М.* Качество жизни мужчин, перенесших инфаркт миокарда / М.М. Петрова, Т.А. Айвазян, С.А. Фандюхин // Кардиология. – 2000. – № 2. – С. 65–66.

16. *Погосова Г.В.* Признание значимости психоэмоционального стресса в качестве сердечно-сосудистого фактора риска первого порядка / Г.В. Погосова // Кардиология. – 2007. – № 2. – С. 65–72.

17. *Положенцев С.Д.* Поведенческий фактор риска ишемической болезни сердца (тип А) / С.Д. Положенцев, Д. А. Руднев – Л. : Наука, 1990. – 171 с.

18. *Смулевич А.Б.* Психокardiология / А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин // Психич. расстройства в общ. медицине. – 2007. – № 4. – С. 4–9.

19. *Строкова Е.В.* Влияние внутренней картины болезни, копинг-стратегий и самоотношения пациенток, перенесших инфаркт миокарда, на регулярность и приверженность к длительной терапии ишемической болезни сердца / Е.В. Строкова, Е.А. Наумова, Ю.Г. Шварц // Современ. исслед. соц. пробл. [Электронный ресурс]. – 2012 – № 1 (9). – URL: <http://sisp.nkras.ru/issues/2012/1/stroкова.pdf> (дата обращения 10.02.12).

20. *Хадзегова А.Б.* Динамика психологического статуса и качества жизни больных инфарктом миокарда в зависимости от тяжести течения постинфарктного периода / А.Б. Хадзегова, Т.А. Айвазян, В.П. Померанцев // Кардиология – 1997. – № 1 – С. 68–71.

21. *Шарбаро В.И.* Роль психосоциальных факторов риска возникновения и прогрессирования ишемической болезни сердца / В.И. Шарба-

ро, Ю.В. Женчевская, Т.М. Иванов // Клинич. медицина. – 2011. – Т. 89, № 6. – С. 22–26.

22. *Шхвацабая И.К.* Реабилитация больных ишемической болезнью сердца / И.К. Шхвацабая, Д.М. Аронов, В.П. Зайцев. – М. : Медицина, 1978. – 318 с.

23. Эффективность обучения в школе для больных, перенесших инфаркт миокарда, на стационарном этапе реабилитации / А.Д. Куимов, О.А. Филиппова, Т.В. Петрова, Н.Г. Ложкина // Сиб. мед. журн. – 2011. – Т. 26, № 1. – Вып 1. – С. 98–102.

24. Anger, Hostility, and the Heart / A.W. Siegman & T.W. Smith (Ed.) – New Jersey Hove : London ; Lawrence Erlbaum Associates, Publishers : Hillsdale, 1994. – 285 p.

25. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study / A. Rosengren, S. Hawken, S. Ounpuu [et al.] ; INTERHEART investigators // Lancet. – 2004. – Vol. 364, N 9438. – P. 953–962.

26. *Berkel van T.F.* Characteristics of smokers and long-term changes in smoking behavior in consecutive patients with myocardial infarction / T.F. van Berkel, M.J. van der Vlugt, H. Boersma // Prev Med. – 2000. – Vol. 31, N 6. – P. 732–741.

27. *Boutin-Foster C.* In spite of good intentions: patients' perspectives on problematic social support interactions / C. Boutin-Foster // Health and Quality of Life Outcomes. – 2005. – Vol. 3. – P. 52.

28. *Chida Y.* The association of anger and hostility with future coronary heart disease: a meta-analytic review of prospective evidence / Y. Chida, A. Steptoe // J. Am. Coll. Cardiol. – 2009. – Vol. 53, N 11. – P. 936–946.

29. *Croog S.H.* Denial among male heart patients. An empirical study / S.H. Croog, D.S. Shapiro, S. Levine // Psychosom Med. – 1971. – Vol. 33, N 5. – P. 385–397.

30. Denial in patients with a first-time myocardial infarction: relations to pre-hospital delay and attendance to a cardiac rehabilitation programme / U. Stenström, A.K. Nilsson, C. Stridh [et al.] // Eur. J. Cardiovasc Prev. Rehabil. – 2005. – Vol. 12, N 6. – P. 568–571.

31. Denial mechanisms in myocardial infarction: their relations with psychological variables and short-term outcome / L.G. Esteve, M. Valdés, N. Riesco [et al.] // J. Psychosom Res. – 1992. – Vol. 36, N 5. – P. 491–496.

32. Denial predicts favorable outcome in unstable angina pectoris / J.L. Levenson, R. Kay, J. Monteferrante, M.V. Herman // *Psychosom Med.* – 1984. – Vol. 46, N 1. – P. 25–32.
33. Differences in patient-reported processes and outcomes between men and women with myocardial infarction / K.E. Covinsky, M.M. Chren, D.L. Harper [et al.] // *J. Gen. Intern. Med.* – 2000. – Vol. 15, N 3. – P. 169–174.
34. *Drory Y.* [Clinical outcome and psychosocial adjustment 10–13 years after a first acute myocardial infarction: preliminary findings : Abstract]] / Y. Drory, Y. Gerber // *Harefuah.* – 2009. – Vol. 148, N 10. – P. 688–693, 734.
35. *Drory Y.* Israeli Study Group on First Acute Myocardial Infarction. Long-term mental health of men after a first acute myocardial infarction / Y. Drory, S. Kravetz, G. Hirschberger // *Arch. Phys. Med. Rehabil.* – 2002. – Vol. 83, N 3. – P. 352–359.
36. *Drory Y.* Israeli Study Group on First Acute Myocardial Infarction. Long-term mental health of women after a first acute myocardial infarction / Y. Drory, S. Kravetz, G. Hirschberger // *Arch. Phys. Med. Rehabil.* – 2003. – Vol. 84, N 10. – P. 1492–1498.
37. *Fielding R.* Patients' beliefs regarding the causes of myocardial infarction: Implications for information giving and compliance / R. Fielding // *Patient Education and Counseling.* – 1987. – Vol. 9, N 2. – P. 121–134.
38. *Frasure-Smith N.* The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: is it more than depression? / N. Frasure-Smith, F. Lesperance, M. Talajic // *Health Psychol.* – 1995. – Vol. 14. – P. 388–398.
39. *Fukunishi I.* Alexithymia and defense mechanisms in myocardial infarction / I. Fukunishi, Y. Numata, M. Hattori // *Psychol Rep.* – 1994. – Vol. 75, N 1. – Pt 1. – P. 219–223.
40. *Gander M.L.* Myocardial infarction and post-traumatic stress disorder: frequency, outcome, and atherosclerotic mechanisms / M.L. Gander, R. von Känel // *Eur. J. Cardiovasc Prev. Rehabil.* – 2006. – Vol. 13, N 2. – P. 165–172.
41. Hostility and Increased Risk of Mortality and Acute Myocardial Infarction: The Mediating Role of Behavioral Risk Factors / S.A. Everson, J. Kauhanen, G.A. Kaplan [et al.] // *Am. J. Epidemiol.* – 1997. – Vol. 146, N 2. – P. 142–152.
42. *Kristofferzon M.L.* Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction / M-L. Kristofferzon, R. Löfmark, M. Carlsson // *J. Adv. Nurs.* – 2005. – Vol. 52. – P. 113–124.

43. *Kristofferzon M.L.* Myocardial infarction: gender differences in coping and social support / M.L. Kristofferzon, R. Löfmark, M. Carlsson // *J. Adv. Nurs.* – 2003. – Vol. 44, N 4. – P. 360–374.
44. Long-term predictors of smoking cessation in a cohort of myocardial infarction survivors: a longitudinal study / Y. Gerber, N. Koren-Morag, V. Myers [et al.] ; Israel Study Group on First Acute Myocardial Infarction // *Eur. J. Cardiovasc Prev. Rehabil.* – 2011. – Vol. 18, N 3. – P. 533–541.
45. Mixed treatment comparison meta-analysis of complex interventions: psychological interventions in coronary heart disease / N.J. Welton, D.M. Caldwell, E. Adamopoulos, K. Vedhara // *Am. J. Epidemiol.* – 2009. – Vol. 169, N 9. – P. 1158–1165.
46. *Mookadam F.* Systematic overview: social support and its relationship to morbidity and mortality after acute myocardial infarction / Mookadam F., Arthur H. // *Arch. Intern. Med.* – 2004. – Vol. 164, N 14. – P. 1514–1518.
47. *Mordkoff A.M.* The Coronary Personality: A Critique / A.M. Mordkoff, O.A. Parsons // *Psychosomatic Medicine.* – 1967. – Vol. 29. – P. 1–14.
48. *Moser D.K.* «The Rust of Life» : Impact of Anxiety on Cardiac Patients / D.K. Moser // *Am. J. Crit. Care.* – 2007. – Vol. 16, N 4. – P. 361–369.
49. *Moser D.K.* Role of spousal anxiety and depression in patients' psychosocial recovery after a cardiac event / D.K. Moser, K. Dracup // *Psychosom Med.* – 2004. – Vol. 66, N 4. – P. 527–532.
50. *Noar S.M.* Health behavior theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: Are we moving in the right direction? / S.M. Noar, R.S. Zimmerman // *Health Education Research.* – 2005. – Vol. 20. – P. 275–290.
51. *O'Neil A.* Depression as a predictor of work resumption following myocardial infarction (MI): a review of recent research evidence / A. O'Neil, K. Sanderson, B. Oldenburg // *Health Qual Life Outcomes.* – 2010. – Vol. 8. – P. 95.
52. Predictors of smoking cessation after a myocardial infarction: the role of institutional smoking cessation programs in improving success / N. Dawood, V. Vaccarino, K.J. Reid [et al.] ; PREMIER Registr Investigators // *Arch. Intern. Med.* – 2008. – Vol. 168, N 18. – P. 1961–1967.
53. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis of 25 years of research / A. Meijer, H.J. Conradi, E.H. Bos [et al.] // *Gen. Hosp. Psychiatry.* – 2011. – Vol. 33, N 3. – P. 203–216.

54. Psychologic Distress in Postmyocardial Infarction Patients Who Have Returned to Work / C. Brisson, R. Leblanc, R. Bourbonnais [et al.] // *Psychosomatic Medicine*. – 2005. – Vol. 67, N 1. – P. 59–63.

55. Psychosocial components of cardiac recovery and rehabilitation attendance / K.M. King, D.P. Humen, H.L. Smith [et al.] // *Heart*. – 2001. – Vol. 85. – P. 290–294.

56. Psychosocial factors predict medical outcome following a first myocardial infarction. Working Group on Cardiac Rehabilitation of the Swiss Society of Cardiology / A. Hoffmann, D. Pfiffner, R. Hornung, H. Niederhauser // *Coron. Artery Dis.* – 1995. – Vol. 6, N 2. – P. 147–152.

57. Reducing delay in seeking treatment by patients with acute coronary syndrome and stroke: a scientific statement from the American Heart Association Council on cardiovascular nursing and stroke council / D.K. Moser, L.P. Kimble, M.J. Alberts [et al.] // *Circulation*. – 2006. – Vol. 114, N 2. – P. 168–182.

58. *Riegel B.J.* Contributors to cardiac invalidism after acute myocardial infarction / B.J. Riegel // *Coron. Artery Dis.* – 1993. – Vol. 4, N 2. – P. 215–220.

59. *Rigotti N.A.* Smoking cessation interventions for hospitalized smokers: a systematic review / N.A. Rigotti, M.R. Munafo, L.F. Stead // *Arch. Intern. Med.* – 2008. – Vol. 168, N 18. – P. 1950–1960.

60. Risk of acute myocardial infarction after the death of a significant person in one's life: the Determinants of Myocardial Infarction Onset Study / E. Mostofsky, M. Maclure, J.B. Sherwood [et al.] // *Circulation*. – 2012. – Vol. 125, N 3. – P. 491–496.

61. Social networks as predictors of ischemic heart disease, cancer, stroke and hypertension: incidence, survival and mortality / T.M. Vogt, J.P. Mullooly, D. Ernst [et al.] // *J. of Clinical Epidemiology*. – 1992. – Vol. 45. – P. 659–666.

62. *Strike P.C.* Behavioral and emotional triggers of acute coronary syndromes: a systematic review and critique / P.C. Strike, A. Steptoe // *Psychosom Med.* – 2005. – Vol. 67, N 2. – P. 179–186.

63. Type D personality predicts clinical events after myocardial infarction, above and beyond disease severity and depression / E.J. Martens, F. Mols, M.M. Burg, J. Denollet // *J. Clin. Psychiatry*. – 2010. – Vol. 71, N 6. – P. 778–783.

64. *Welin C.* Independent importance of psychosocial factors for prognosis after myocardial infarction / C. Welin, G. Lappas, L. Wilhelmsen // *J. Intern. Med.* – 2000. – Vol. 247, N 6. – P. 629–639.

## ЛЕЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО РЕГИОНАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

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

### *Введение*

Проблема хронической боли является одним из фундаментальных вопросов медицины. Комплексный региональный болевой синдром (КРБС I типа) или рефлекторная симпатическая дистрофия (М 89.0 по МКБ-10) как компонент этой проблемы в современных условиях приобретает особое значение. По данным разных авторов, им страдают от 6 до 16 % населения; примерно 10 % больных, поступающих в специализированные клиники по лечению боли, имеют КРБС I типа [7]. Клиническая картина этого заболевания характеризуется стойкими жгучими, выраженными болями с гиперестезией, гиперпатией, аллодинией; вегетативными и дистрофическими нарушениями. Во II, III стадиях боль приобретает постоянный и интенсивный характер, наблюдаются изменения личности больного в виде тревожно-депрессивных и ипохондрических расстройств, иногда с суицидальными тенденциями [6].

Состояние дистресса, усугубление психологического конфликта, декомпенсация эмоционально-личностных расстройств всегда приводят к интенсификации и/или генерализации боли. Понимание характера и специфики эмоционально-психических расстройств и последующее эффективное лечение зависят от комплексной оценки социальной, психологической и биологической составляющих стресса и его последствий для анализа психического здоровья [4, 10]. Эмоциональные расстройства значительно ухудшают прогноз заболевания и требуют целенаправленного лечения.

### *Материалы и методы*

Провели обследование и лечение 32 пациентов с КРБС: 27 пациентов с КРБС I типа и 5 пациентов с КРБС II типа. В группе обследуемых было 9 мужчин, 21 женщина, средний возраст составил  $(41,5 \pm 11,6)$  лет; длительность течения заболевания – от 2 до 12 мес.

Диагноз выставлялся на основании клинических данных, неврологического осмотра, подтверждался с помощью данных электронейрогра-

фии (ЭНМГ), рентгенологического исследования, магнитно-резонансной томографии (МРТ). Оценка выраженности болевого синдрома проводилась по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ) [13], нейропатической боли – по опроснику DN4 [11]. Для оценки нарушений эмоциональной сферы применяли опросник Спилбергера–Ханина [9] (выраженность тревожности) и опросник Монтгомери–Асберга (MADRS, оценка депрессивных расстройств) [12]. Оценку клинических данных, выраженности болевого синдрома, оценку эмоциональной сферы проводили до лечения и в период лечения (через 4 и 8 недель).

Всем пациентам проводили комплексную медикаментозную терапию с применением анальгетиков, нестероидных противовоспалительных, сосудистых, антихолинэстеразных препаратов, антидепрессантов, позитивной психотерапии, а также физиотерапию и лечебную физкультуру в сочетании с курсом иглотерапии.

Этиопатогенетическая общность алгий и депрессивных нарушений, позволяет применять метод акупунктуры как для лечения заболеваний периферической нервной системы, так и собственно депрессий. Можно выделить периферический, сегментарный и супрасегментарный уровни ответной реакции на акупунктурное воздействие: повышается порог возбудимости болевых рецепторов, угнетается проведение ноцицептивных импульсов по афферентным путям, повышается активность центральной противоболевой системы, изменяется субъективная оценка болевых ощущений [3, 5, 8]. Таким образом, иглотерапия оказывает влияние на основные звенья патогенеза, нормализуя регуляторные процессы, устраняя боль и корректируя эмоциональное состояние, что способствует устранению эмоциональных проявлений [1, 2].

Акупунктурный рецепт составлялся индивидуально, в зависимости от клинических проявлений. Применяли воздействие на точки каналов, траектории которых проходят в зоне повреждения, а также точки чудесных сосудов (ЧС) Ян-вэй-май, Ян-цзяо-май, Ду-май. Курс иглорефлексотерапии (ИРТ) состоял из 10–12 процедур, с рекомендацией проведения повторного курса через 1 мес.

Статистическую обработку результатов исследований проводили с использованием пакета пакет Statistica for Windows, а также блока статистической обработки данных табличного редактора Excel. Результаты исследования проверили на нормальность распределения с использованием теста Wilcoxon для определения зависимых парных выборок. В тексте статьи приведены показатели средних арифметических величин и среднего

квадратического отклонения ( $\sigma$ ). Заключение о статистической значимости давалось при уровне вероятности ошибочного значения ( $p$ ) не менее 0,05.

### ***Результаты и их обсуждение***

У всех пациентов ведущей жалобой являлись жгучие, интенсивные боли в поврежденной руке или ноге. Также больные предъявляли жалобы на скованность сустава, усиление болей при движении в поврежденном суставе, онемение в пострадавшей руке или ноге. При неврологическом осмотре были выявлены чувствительные расстройства (боли, гиперестезия, аллодиния, снижение поверхностной и глубокой чувствительности); вегетативно-трофические нарушения (изменение окраски кожных покровов, нарушение потоотделения, гипертрихоз); в меньшей степени двигательные нарушения (слабость сгибателей и разгибателей пальцев кисти, стопы, контрактуры суставов). По данным ЭНМГ, у больных с КРБС II типа имелись признаки смешанной невропатии (преимущественно аксонопатии, в меньшей степени миелінопатии) чувствительных и двигательных волокон.

Средний уровень боли по ВАШ составил ( $8, 1 \pm 1,0$ ) баллов, по опроснику DN4 – ( $6, 2 \pm 1,1$ ) баллов (см. таблицу). В эмоционально-личностной сфере были выявлены нарушения тревожного и депрессивного характера. Тревожные расстройства отмечались у 28 (87,5 %) больных. Значения реактивной тревожности в ( $50,8 \pm 2,7$ ) баллов отмечались у 24 (75 %) больных, показатели уровня личностной тревожности в ( $49,8 \pm 2,4$ ) баллов были у 28 (87,5 %) больных. Депрессивные нарушения распознаны у 21 (65,6 %) больных: малый депрессивный эпизод был у 17 (53,1 %) пациентов со средним баллом по MADRS ( $19,8 \pm 2,1$ ), умеренные нарушения – у 3 (9,4 %) пациентов со средним баллом по MADRS ( $26,2 \pm 0,6$ ).

*Динамика боли и психофизиологических показателей у больных с комплексным региональным болевым синдромом, балл ( $M \pm \sigma$ )*

Показатель	Период		
	до лечения	через 4 нед	через 8 нед
Уровень боли по ВАШ	$8,1 \pm 1,0$	$4,7 \pm 1,3^*$	$2,5 \pm 1,5^*$
Уровень боли по DN4	$6,2 \pm 1,1$	$3,3 \pm 0,7^*$	$1,6 \pm 0,7^*$
Реактивная тревожность	$50,8 \pm 2,7$	$41,1 \pm 3,4^*$	$41,1 \pm 4,0^*$
Личностная тревожность	$49,8 \pm 2,4$	$43,7 \pm 2,6^*$	$39,1 \pm 2,4^*$
Общий балл по шкале MADRS	$21,1 \pm 3,4$	$17,1 \pm 3,3^*$	$14,7 \pm 3,4^*$

\* Различия между показателями до и после лечения  $p < 0,05$ .



В результате лечения наблюдалась выраженная положительная динамика в виде улучшения неврологического статуса, уменьшения или полного купирования болевого синдрома, частичного или полного восстановления чувствительности, двигательных, вегетативно-трофических изменений; улучшение эмоционального статуса. Результаты обследования до и после лечения представлены в таблице. Боль была купирована у 9 (28,1 %) больных; значительно уменьшилась – у 21 (65,6 %) больного, достоверно не изменилась – у 2 (6,3 %) больных.

Нормализация показателей РТ и ЛТ была отмечена у 11 больных, уменьшение РТ и ЛТ отмечалось у 6 больных, у 2 больных уровень тревожности не изменился. Депрессивные расстройства были купированы у 6 (28,5 %) больных, у 13 (61, %) больных они стали менее выраженными, у 2 (9,5 %) больных степень выраженности депрессивных нарушений осталась прежней. Средние показатели выраженности депрессии по шкале MADRS после лечения достоверно уменьшились (см. таблицу).

### ***Заключение***

В хронической стадии комплексного регионального болевого синдрома эмоциональные нарушения тревожного спектра выявляются у 87,5 % больных, депрессивные расстройства – у 65,6 % больных, что требует целенаправленной коррекции. Включение иглотерапии в комплексное лечение комплексного регионального болевого синдрома позволяет улучшить результаты, добиться купирования или выраженного уменьшения болевого синдрома, восстановления вегетативно-трофических изменений, оптимизации показателей эмоциональной сферы.

### ***Литература***

1. *Андреева Г.О.* Комплексная терапия алгических форм диабетической полиневропатии // Г.О. Андреева, И.Н. Барсуков, А.Ю. Тарасов // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2010. – № 1. – С. 43–45.
2. *Андреева Г.О.* Комплексная терапия больных с хроническими болевыми радикулопатиями // Г.О. Андреева, А.Ю. Емельянов / Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2012. – № 1. – С. 22–25.
3. *Василенко А.М.* Нейроэндокриноиммунология боли и рефлексотерапия / А.М. Василенко // Рефлексотерапия. – 2004. – № 1 (08). – С. 7–19.

4. *Евдокимов В.И.* Психологические механизмы генезиса негативных эмоциональных состояний в деятельности сотрудников Государственной противопожарной службы МЧС России / В.И. Евдокимов, В.Л. Маришук, Т.И. Шевченко // Мед-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2007. – № 2. – С. 46–54.

5. *Игнатов Ю.Д.* Акупунктурная аналгезия: экспериментально-клинические аспекты / Ю.Д. Игнатов, А.Т. Качан, Ю.Н. Васильев. – Л. : Наука, 1990. – 256 с.

6. *Одинак М. М.* Заболевания и травмы периферической нервной системы: руководство для врачей / М.М. Одинак, С.А. Живолупов. – СПб. : СпецЛит, 2009. – 367 с.

7. *Попп Д.А.* Руководство по неврологии ; пер. с англ. / Д.А. Попп, Э.М. Дэшайе ; под ред. Н. Н. Яхно. – М. : Гэотар-Мед, 2012. – 688 с.

8. Табеева Д.М. Биологические основы иглотерапии // Руководство по иглорефлексотерапии : учеб. пособие / Д.М. Табеева. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Фаир-Пресс, 2006. – С. 77–144.

9. *Ханин Ю.Л.* Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера / Ю.Л. Ханин. – Л. : ЛНИИ ФК. 1976. – 18 с.

10. *Шамрей В. К.* Отдаленные последствия боевого стресса с позиции биопсихосоциального подхода / В.К. Шамрей, С.А. Колов, Б.В. Дрига // Вестн. психотерапии. – 2011. – № 38 (43). – С. 104–110.

11. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnosis questionnaire (DN4) / D. Bouhassira, N. Attal, H. Alchaar [et al.] // Pain. – 2005. – Vol. 114, N 1/2. – P. 29–36.

12. *Montgomery S.A.* A new depression scale designed to be sensitive to change / S.A. Montgomery, M. Asberg / Br. J. Psychiatry. – 1979. – Vol. 134. – P. 382–389.

13. Visual analogue scale (VAS) / Scales and scores in neurology. Quantification of neurological deficits in research and practice // H. Masur, K. Papke, S. Althoff [et al.]. – Thieme Stuttgart : New York, 2004. – P. 2–4.

## **РОЛЬ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ С ЭЛЕМЕНТАМИ КОНТАКТНЫХ ЕДИНОБОРСТВ В ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ 40 ЛЕТ\***

Ульяновский государственный университет;  
Центр спортивной подготовки спортивной команды ЮГРЫ, Ханты-Мансийск

### ***Введение***

Кардинальная перестройка современного общества требует новых, современных подходов к проблеме психической адаптации взрослых людей, родившихся и выросших в рамках абсолютно другой, советской ментальности, и учета их специфических особенностей. В частности, женщины в возрасте 40–60 лет, принадлежащие к группе взрослых и находящихся во втором периоде зрелости, испытывают не только социальные адаптационные проблемы, связанные со сменой ментальности и изменением ролевого репертуара, но и физиологические трудности, связанные с гормональной перестройкой организма.

Проблемы, с которыми сталкивается женщина в этот период жизни, с одной стороны, являются типичными, а с другой – воспринимаются как кризисные. Изменение образа «Я» в зрелости требует их адаптации с помощью психофизиологических и поведенческих перестроек. В этом возрасте у женщин происходит осознание и принятие изменившегося психологического пространства своей семьи (развод, взрослые дети и эффект пустого гнезда), освоение новых семейных ролей и переосмысление пройденного. Женщина сталкивается с проблемой определения своего места в системе социальных отношений (часто женщина этого возраста переживает феномен кухонного бунта, серьезно задумывается о своем профессиональном развитии и карьере). Для женщины – это определенный стресс, негативно влияющий на жизнедеятельность и понижающий ее адаптивность. Следовательно, данная категория женщин нуждается в специальной адаптационной программе, направленной на восстановление утраченных социальных связей и улучшение их психологического и физиологического состояния.

Установлено, что с возрастом существенно изменяется физическое состояние, физические качества и двигательные навыки человека. Проис-

---

\* Печатается при поддержке РГНФ, проект 11-16-73001а/В.

ходят значительные изменения и в координации движений: снижается точность их выполнения, замедляются темп, подвижность, уменьшается быстрота реакции, падает скорость освоения новых двигательных действий [7]. Существенно изменяется функциональная активность мозга, снижается лабильность многих его структур. Отмечается, что возбудимость отдельных нервных центров с возрастом изменяется неравномерно, в результате чего сглаживаются различия в возбудимости различных отделов мозга, возникает изовозбудимость, т. е. разница в возбудимости между наиболее и наименее возбудимыми ядрами уменьшается. Это приводит к нарушению интегративной деятельности мозга, способствует возникновению неадекватных реакций, неврозов, снижению памяти, внимания, психомоторной активности, изменению высшей нервной деятельности [10]

Интенсивность инволюционных изменений повышается после 45-летнего возраста, приобретая наибольшую выраженность после 50 лет. У женщин прогрессивно снижается содержание эстрадиола и прогестерона, а концентрация тестостерона возрастает. Вместе с тем концентрация гонадотропных гормонов гипофиза – фолликулостимулирующего и лютеинизирующего – с возрастом увеличивается, что является компенсаторным механизмом, направленным на поддержание функции половых желез [6]. Этот возрастной период женщин сопряжен с климактерическим периодом – переходным периодом в жизни женщины от репродуктивной фазы жизни к старости.

Возрастные изменения в этот период нередко начинаются с появления нарушений в деятельности центральной нервной и сердечно-сосудистой систем. Это выражается в первую очередь в ослаблении памяти, появлении различных неврозов, отмечается дискоординация движений, ухудшается способность к освоению новых двигательных навыков, происходит снижение физической и в отдельных случаях умственной работоспособности, причем нередко можно наблюдать депрессивное, угнетенное нервно-психическое состояние, нарушаются сердечный ритм и работа органов пищеварения, ослабевает мышечный тонус [7].

Достаточно актуальный вопрос занимают возрастные изменения в скелетных мышцах, суставах, что характеризуется изменением двигательной активности, ухудшению проявлений физических качеств. Сопровождаются эти изменения атрофией мышц, замещением мышечных волокон соединительной тканью, уменьшением кровоснабжения, ухудшением метаболических процессов в организме человека. Возрастные изменения позвонков и истончение межпозвонковых дисков приводят к развитию ос-

теохондрозов с корешковым синдромом. В суставах отмечаются деструктивные изменения хряща, огрубление синовиальной сумки, уменьшение синовиальной жидкости и снижение эластичности связок – это способствует возникновению артритов, артрозов, уменьшению подвижности в суставах, появлению суставных болей, надрыву (разрыву) связок.

Функциональные возможности сердечно-сосудистой системы с возрастом так же понижаются. Это обусловлено уменьшением сократительной способности миокарда и ухудшением его кровоснабжения, ослаблением роли нервных механизмов регуляции и повышением гуморальных. Все эти изменения усугубляются ограничением двигательной активности, нерациональным питанием, вредными привычками, стрессами, загрязнением окружающей среды [5].

Установлено, что при наступлении климактерического периода у женщин значительно чаще нарушается ритм сердечных сокращений и существенно уменьшается диапазон работы сердца. Таким образом, описанная возрастная перестройка системы гемодинамики значительно ограничивает адаптационные возможности физиологических систем организма.

Ведущим механизмом возрастных сдвигов целостного организма являются изменения нейрогуморальной регуляции. Они определяют изменения мышления, психики, памяти, эмоций, работоспособности, репродуктивной способности, регуляции гомеостаза [6].

Для второго периода зрелого возраста человека в большей степени характерна стабильность индивидуального развития. Но уже в этом возрастном периоде все отчетливее начинает проявляться снижение компенсаторно-приспособительных возможностей организма. К тому же у человека в современном обществе после достижения зрелого возраста существенно снижается уровень произвольной двигательной активности. А это приводит к значительному понижению толерантности к изменениям окружающей среды, стрессовым ситуациям. Следовательно, одним из средств адаптации женщин 40–60 лет является физическая культура.

Учитывая гендерную специфику женщин и морфофункциональный статус (фемининный, маскулинный и андрогенный) [1], мы предположили, что занятия физической культурой в рамках адаптационной программы для данной возрастной категории должны быть максимально приближены к гендеру женщины. В связи с этим нами была применена программа психической адаптации у женщин с маскулинным морфофункциональным статусом средствами физической культуры с применением контактно-ударных единоборств, разработанная Е.В. Головихиным.

### *Материалы и методы*

Маскулинные женщины были отобраны при помощи полоролевого опросника С. Бем [4]. Экспериментальную группу (ЭГ) составили 56 женщин в возрасте 45–55 лет, имеющих климактерические расстройства, находящихся в состоянии развода не более 5 лет и имеющих взрослых детей. В качестве контрольной группы (КГ) обследованы 56 женщин в возрасте 40–47 лет, не имеющих климактерического синдрома (КС), живущих в браке и имеющих взрослых детей, но не посещающих секцию физической культуры. Группы женщин были обследованы гинекологами Симбирского клиничко-диагностического центра «Богатырь» (г. Ульяновск), и дальнейший медицинский патронаж женщин проводился медицинскими работниками клинического центра.

С целью оптимизации психофизиологического состояния женщин ЭГ разработана программа проведения занятий по контактным единоборствам. Занятия проводили в спортивном зале в течение 1 года с частотой 2–3 раза в неделю и продолжительностью 45 мин. Вся программа проводилась под патронажем медицинских работников клинического центра. Для каждой женщины составляли специальный индивидуальный протокол/анкету, в который были внесены данные, отражающие условия жизни, особенности протекания климактерического периода, психофизиологическое состояние. Выбор физической активности женщинами был сделан в связи с тем, что женщины имели желание (чаще всего с детства) научиться драться и «постоять за себя при случае». Таким образом, кроме физической подготовки, реализовывалась мечта детства и юности, что может рассматриваться как «вторичная» выгода».

Весь тренировочный процесс включал в себя три этапа (табл. 1), которые отличались друг от друга как частными задачами, так и особенностями методики. Женщины постепенно осваивали приемы ударных контактных единоборств и улучшали свои физические характеристики. Занятия проводили в зале для ударных контактных единоборств, оборудованном матами, специальными боксерскими грушами и др.

1. *Этап начального разучивания контактных ударных единоборств.* Цель – сформировать основы техники изучаемого движения и добиться его выполнения в общих чертах. Представления о технике формировались в результате объяснения технического действия тренером, восприятия показываемых движений, просмотра наглядных пособий, анализа собственных мышечных и других ощущений, возникающих при первых попытках выполнения движений, наблюдений за действиями других занимающихся.

Все это создавало ориентировочную основу, без которой невозможно освоение техники действия.

Двигательные действия разучивались по частям упражнения и в целом. На первом этапе разучивания действий применялись подводящие упражнения в условиях, облегчающих выполнение движений. Как правило, обучение начиналось с ведущего звена техники.

*Таблица 1*  
*Модельные характеристики многолетней поэтапной подготовки*

Содержание этапа	Этап											
	1-й			2-й				3-й				
	Примерный период спортивной оздоровительной подготовки, мес											
	3			4				5				
Продолжительность урока, мин	30–60	60–70	60–70	70–80	75–90	80–90	90–100	100–120	120–130	120–130	130–140	130–140
Количество тренировочных уроков в неделю	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	
Объем часов в месячном цикле	8–12	12–14	12–14	16–20	20–24	24–32	до 32	32–40	40–50	40–50	50–60	60 и более
Объем часов в годичном цикле	312	312	312	до 416	520	до 624	728	до 926	до 1144	до 1248	до 1456	до 1456
Соотношение средств СФП / ОФП, %	40–60	40–60	50–50	50–50	60–40	60–40	65–35	65–35	70–30	70–30	75–25	75–25
Структурное соотношение, ТП, %	35	35	30	25	30	25	20	25	20	25	20	20
ССП, %	25	25	30	35	30	35	40	35	40	35	35	35
ФП, %	30	20	18	22	12	15	17	20	15	12	18	18
ОФП, %	20	20	22	18	18	25	23	20	25	18	27	27
Спортивные личностные достижения	Освоение техники движений единоборств											

ОФП – общая физическая подготовка, СФП – специальная физическая подготовка; ТП – теоретическая подготовка; ССП – совместная спортивная подготовка (спаринг).

2. *Этап углубленного разучивания приемов контактных ударных единоборств.* Цель – сформировать полноценное двигательное умение. На этом этапе использовался метод целостного исполнения действия, была применена зрительная, звуковая и двигательная наглядность, направленная на создание ощущений правильного исполнения деталей техники. Метод словесного воздействия менял свои формы, ведущими становились анализ и разбор техники действий, беседа. Такой подход позволял более углуб-

ленно познать технику изучаемых действий. На этом этапе использовался комплекс разнообразных средств:

1) упражнения для укрепления мышечной системы и всего организма с учетом особенностей изучаемого двигательного действия;

2) подводящие упражнения, которые подготавливают к освоению основного действия путем его целостной имитации либо частичного воспроизведения в упрощенной форме;

3) длительность применения подводящих упражнений зависит от сложности разучиваемого двигательного действия и подготовленности занимающихся.

3. *Этап закрепления и дальнейшего совершенствования техники контактных ударных единоборств.* Цель – двигательное умение перевести в навык, обладающий возможностью его целевого использования. На этом этапе увеличивалось количество повторений в обычных и новых, непривычных условиях, что позволяло вырабатывать гибкий навык. Однако в зависимости от особенностей навыка (гимнастический, игровой и др.) определялось целесообразное соотношение простых и вариативных повторений упражнения.

При организации процесса обучения в спортивных видах единоборств (табл. 2) мы руководствовались основными дидактическими принципами:

– последовательного обучения от простого к сложному, с учетом должной скорости перемещения тела и его частей во времени и пространстве при активном единоборстве;

– соответствия темпа и длительности движений целям подготовки и задачам безопасности учебного процесса с соблюдением определенного уровня мышечного напряжения и расслабления;

– строжайшего соблюдения безопасности процесса обучения, требующего акцентирования внимания на мероприятиях, направленных на обеспечение безопасности обучаемых.

В тренировочном процессе женщины также имели возможность снять эмоциональное напряжение и излишнюю агрессию через отработку техники ударных контактных единоборств на тренажерах и в спарринге.

Субъективный статус женщин до и после эксперимента исследовали по методике Т.В. Дембо – С.Я. Рубинштейн [8], по шкалам: ум, здоровье, характер, счастье, удовлетворенность личной жизнью и сексуальная удовлетворенность. Для простоты восприятия показатель самооценки нами был искусственно увеличен в 100 раз, таким образом, идеальная самооценка соответствовала 100 баллам.



Таблица 2  
Тематический учебный план подготовки на год СОГ, acad. ч

№	Вид подготовки	Месяц												Всего за год
		сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь	январь	февраль	март	апрель	Май	Июнь	Июль	август	
1.	Теория	3	3	2		3	2	1		1	2			17
<b>2. ОФП</b>														
2.1.	Гибкость	6	4	3	3	1	2	3	3	3	2	4	6	40
2.2.	Ловкость	6	3	3	3	3	3	3	3	4	2	3	6	40
2.3.	Быстрота	5	2	2	2	4	3	2	2	2	2	2	2	30
2.4.	Сила	1	2	1	2	1	1	2	2	1	2	2	3	20
2.5.	Выносливость	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	3	4	20
	Итого ОФП	19	13	10	12	9	10	11	12	11	9	12	21	150
3.	СФП			3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
4.	Техника	4	6	7	6	7	6	7	7	7	8	8	2	75
5.	Специальные подготовительные упражнения		2	2	2	2	2	2	2	2	2			20
6.	Контрольные нормативы соревнования	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1		20
	Практические занятия	23	23	24	26	23	24	25	26	25	24	26	26	295
	Всего	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	312

Изучение эмоциональной сферы провели с помощью 8-цветового теста М. Люшера и шкалы Юрьева–Филимоненко, показывающей адаптивность, тревожность, психическую напряженность, психическую утомляемость и наличие эмоционального стресса [9].

В процессе выполнения работы данные заносились в электронную таблицу (MSExcel 7.0), формируя таким образом массив для статистического анализа.

### **Результаты и их анализ**

Динамика показателей у женщин по методике Т.В. Дембо – С.Я. Рубинштейн представлена в табл. 3. Стрессорными факторами для женщин ЭГ являлись распад семьи и патология протекания климактерического периода, в результате чего они имеют сниженные самооценки практически во всех сферах жизнедеятельности.

Таблица 3

Показатели самооценки у женщин по методике  
Т.В. Дембо – С.Я. Рубинштейн, балл ( $M \pm m$ )

Шкала	Группа, период эксперимента					
	ЭГ			КГ		
	в начале	в конце	p <	в начале	в конце	p <
Ум	60,7 ± 3,3	68,7 ± 3,3	–	60,2 ± 4,9	57,3 ± 4,3	–
Здоровье	33,5 ± 5,7	43,5 ± 5,7	–	58,0 ± 4,9	58,0 ± 4,9	–
Характер	74,0 ± 4,7	77,0 ± 3,7	–	68,3 ± 4,7	68,3 ± 4,1	–
Счастье	13,6 ± 5,7	43,6 ± 5,1	0,001	43,8 ± 5,0	44,8 ± 3,2	–
Личная жизнь	13,8 ± 2,2	36,8 ± 7,2	0,001	47,3 ± 5,0	37,3 ± 4,8	–
Секс	22,6 ± 4,3	33,6 ± 7,3	–	30,2 ± 6,8	32,2 ± 5,8	–
Общая оценка	36,4 ± 4,3	50,5 ± 5,4	0,05	51,3 ± 5,2	49,7 ± 4,5	–

Статистически значимые различия у женщин в ЭГ в процессе педагогического эксперимента обнаружались по шкалам «счастье» и «личная жизнь». По шкале «ум» в ЭГ данные улучшились и превысили показатели средней самооценки в КГ, которая понизилась незначительно за экспериментальный период, однако необходимо констатировать недостаточную достоверность различий. Важно заметить, что по шкалам «характер», «секс», «здоровье» у женщин из КГ мы не обнаружили существенных статистически достоверных изменений.

Нами были выявлены статистически значимые различия фоновых результатов у женщин ЭГ, по сравнению с КГ, по тесту Люшера при помощи шкалы Юрьева–Филимоненко по шкалам «психическая утомляемость», «психическая напряженность» и «эмоциональный стресс» (табл. 4).

Таблица 4

Показатели эмоциональной сферы личности у женщин, балл ( $M \pm m$ )

Шкала	Группа					
	ЭГ			КГ		
	в начале	в конце	p <	в начале	в конце	p <
Психическая утомляемость	8,1 ± 0,7	4,2 ± 1,1	0,01	7,7 ± 1,0	7,9 ± 1,2	–
Психическая тревожность	7,2 ± 0,8	5,2 ± 0,7	–	4,6 ± 0,2	4,5 ± 0,4	–
Психическая напряженность	9,0 ± 0,7	4,4 ± 0,9	0,001	1,7 ± 0,9	3,7 ± 2,9	–
Эмоциональный стресс	10,4 ± 0,2	8,4 ± 0,2	0,001	7,2 ± 1,2	7,1 ± 0,5	–
Адаптация к среде	12,5 ± 1,6	7,5 ± 1,4	0,05	7,6 ± 3,3	7,8 ± 2,1	–

В результате занятий по карате у женщин ЭГ снизились психическая утомляемость и психическая напряженность почти в 2 раза, в то время как у женщин КГ она незначительно увеличилась. У женщин ЭГ уменьшились также показатели эмоционального стресса. При этом в КГ за этот период не произошло статистически достоверных изменений по выделенным параметрам.

В результате эксперимента нами были получены следующие результаты: регулярные занятия физическими упражнениями с применением контактных ударных единоборств позволили повысить общую самооценку женщин нашей ЭГ, а также улучшить эмоциональное самочувствие и адаптацию женщин.

### ***Заключение***

Таким образом, разработанная программа занятий физической культурой с применением элементов ударных контактных единоборств у женщин с маскулинным морфофункциональным статусом и климактерическими расстройствами, находящихся в стадии неустойчивых семейных отношений и развода, способствуют оптимизации психического состояния, общего физического и соматического самочувствия.

### ***Литература***

1. *Берн Ш.* Гендерная психология / Ш. Берн. – СПб. : М., 2001. – 200 с.
2. *Быстров В.М.* Исследование возрастных изменений и методики развития скоростно-силовых качеств у лиц женского пола в процессе онтогенеза : автореф. дис. ... канд. пед. наук / В.М. Быстров ; [Всерос. науч.-исслед. ин-т физ. культуры и спорта]. – М., 1973. – 27 с.
3. *Жигалова Я.В.* Проектирование комплексных оздоровительных фитнес-программ для женщин 30–50-летнего возраста : автореф. дис. ... канд. пед. наук / Я.В. Жигалова ; [Всерос. науч.-исслед. ин-т физ. культуры и спорта]. – М., 2003 – 28 с.
4. *Ильин Е.П.* Пол и гендер / Е.П. Ильин. – СПб. [и др.] : Питер, 2010 – 688 с.
5. *Карпеева Н.В.* Физиологическая характеристика влияния силовых упражнений на организм женщин репродуктивного возраста : автореф. дис. ... канд. пед. наук / Карпеева Н.М. ; [Рязан. гос. ун-т]. – Рязань, 1999. – 32 с.

6. *Лихачев О.Е.* Мотивы занятий оздоровительной физической культурой женщин 35–45 лет / О.Е. Лихачев, И.М. Лавриненко // Учен. записки С.-Петерб. ун-та им. П.Ф. Лесгафта. – 2008. – № 11 (45). – С. 56–59.

7. *Максимова Е.Д.* Технология применения локальных силовых упражнений в оздоровительной физической культуре женщин 2-го зрелого возраста : автореф. дис. ... канд. пед. наук / Е.Д. Максимова. – М., 2004. – 27 с.

8. Рабочая книга практического психолога: технология эффективной профессиональной деятельности : пособие для специалистов, работающих с персоналом / под. ред. А.А. Дергача. – М. : Красная площадь, 1996. – 356 с.

9. *Филимоненко Ю.И.* Экспресс-методика для оценки эффективности аутотренинга и прогноза успешности деятельности человека / Ю.И. Филимоненко, А.И. Юрьев, В.М. Нестеров // Личность и деятельность. – Л. : ЛГУ, 1982. – С. 52–57.

10. *Фролькнс В.В.* Экспериментальные пути продления жизни / В.В. Фролькнс, Х.К. Мурадян. – Л. : Наука, 1988. – 248 с.

**НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ  
ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ: КЛИНИКО-  
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-  
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ**

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

***Введение***

Актуальность изучения состояния высших психических функций при невротических расстройствах связана с предположением о возможной роли органической мозговой недостаточности в формировании их клинической картины и динамики.

Активный интерес к этой проблеме возник на фоне повышенного внимания к биологическим механизмам психических заболеваний и пограничных состояний в 90-х гг. прошлого века. Важное значение имело появление к этому времени ряда сенсibilизированных и стандартизованных нейропсихологических методов, значительно расширивших диагностические возможности нейропсихологического исследования и обусловивших его экспансию за пределы традиционной сферы применения (в клинике очаговых поражений головного мозга). С помощью нейропсихологических методов выявлены структурно-функциональные мозговые изменения при шизофрении, аффективных психозах, алкогольной зависимости [12, 15, 23, 28].

В частности, появилась методика для выявления мягкой неврологической симптоматики при посттравматических стрессовых расстройствах (ПТСР), включавшая в себя и нейропсихологические методики [33]. На ее базе и на основе стандартизованного набора диагностических нейропсихологических методик [7] разработана стандартизованная нейропсихологическая методика для выявления минимальной мозговой дефицитарности (ММД) у больных алкогольной зависимостью, основанная на статистическом подходе к оценке состояния высших психических функций (ВПФ), в которой использовались в основном сенсibilизированные тесты. Выявляемая с ее помощью нейропсихологическая симптоматика отражает не только наличие, но и выраженность и характер ММД, даже при ее минимальных уровнях. Таким образом, эта методика является надежным инст-

рументом для выявления и оценки ММД, т. е. индикатором наличия и степени органического поражения головного мозга (ОПГМ) [21, 20].

Если ранее большее внимание уделялось психологическим механизмам этиопатогенеза пограничных расстройств, то исследования последних десятилетий показали возможную роль в этом процессе такого фактора, как наличие преморбидной мозговой дефицитарности. Перенесенные травмы и заболевания головного мозга нередко не проявляются клинически в последующей жизни, оставляя после себя только легкую неполноценность поврежденных функциональных мозговых структур. Однако в дальнейшем, под воздействием неблагоприятных (декомпенсирующих) факторов (интоксикации, психические травмы и др.), такая латентная преморбидная ММД может оказать негативное влияние на течение основного заболевания, утяжеляя его, вызывая хронизацию.

У таких лиц алкогольная зависимость протекает более злокачественно, быстрее формируется психоорганический синдром, выражены неврозоподобные, в том числе эмоциональные расстройства, сложнее структура алкогольной анозогнозии [20–25]. У лиц, перенесших тяжелые психические травмы чаще возникают ПТСР, при магнитно-резонансной томографии у них обнаруживаются признаки преморбидного органического поражения головного мозга [32–34].

Имеются указания на возможную роль органической церебральной недостаточности в возникновении и хронизации невротических расстройств, а также в случаях так называемой «психотерапевтической резистентности» [1, 2, 5, 8, 10, 13, 14, 17, 27, 30]. В частности, установлена существенная роль наличия, типа и выраженности ММД, характера функциональной межполушарной асимметрии головного мозга (ФМПАГМ) среди факторов, обуславливающих тяжесть заболевания у больных с невротическими расстройствами. При нейропсихологическом исследовании у них выявлена высокая частота ММД (75 %) с преобладанием двусторонних ее проявлений, с преимущественными нарушениями музыкального гнозиса, внимания, слухоречевой и зрительной памяти, динамического и конструктивного праксиса. В целом нейропсихологическая симптоматика была стертой и носила диффузный характер. При неврастении частота, обширность и выраженность нейропсихологической симптоматики выше, чем при других невротических расстройствах. Максимальные уровни невротичности, соматических и ряда психопатологических нарушений (истерические, психастенические, невротическая дереализация и навязчивости), алекситимия установлены при правосторонней ММД и правополушарном

типе ФМПАГМ. Отмечена тенденция к преобладанию смешанного типа ММД с большей частотой и выраженностью левополушарной нейропсихологической симптоматики при остром их течении и к нарастанию частоты ММД по мере хронизации невротических расстройств, большая частота и выраженность правополушарной нейропсихологической симптоматики при невротическом развитии. Наблюдается параллелизм связей одноименных типов ММД и ФМПАГМ с основными клиническими характеристиками невротических расстройств: если правосторонние типы особенно неблагоприятны, то левосторонние в этом плане более благоприятны. Относительная независимость этих двух показателей друг от друга указывает, что связь между ними носит не явный, а скорее функциональный характер. Однако целенаправленного анализа роли ММД, ОПГМ (по клинико-анамнестическим данным и результатам аппаратурных исследований) и типа ФМПАГМ в хронизации заболевания, возможностей нейропсихологического метода в дифференциальной диагностике невротических и неврозоподобных расстройств при резидуально-органических поражениях головного мозга не проводилось. Нейропсихологическое исследование хотя и включало в себя ряд сенсibilизированных тестов, но не представляло цельной стандартизированной методики, отсутствовали нормативные нейропсихологические данные, что несколько снижало его ценность [10, 26].

Нейропсихологические исследования при невротических расстройствах, в том числе для определения ФМПАГМ, единичны [5, 10, 14, 16, 18, 26]. Значение дифференциальной диагностики невротических и неврозоподобных расстройств, раннего выявления факторов, способствующих хронизации заболевания, возрастает в связи с уменьшением числа так называемых «чистых» невротических расстройств. Проведение дифференциальной диагностики уже на ранних их стадиях, ставшее возможным, в частности, благодаря использованию стандартизированной нейропсихологической методики для выявления ММД, может повысить эффективность терапии, снизить риск перехода острого состояния в затяжное [3, 8, 15, 16, 26].

Основная цель настоящей работы – изучение роли ММД и особенностей ФМПАГМ в хронизации невротических расстройств, а также возможностей нейропсихологических методов исследования в дифференциальной диагностике невротических и неврозоподобных расстройств.

Важной задачей являлось также изучение связей нейропсихологических показателей (в том числе типов ММД и ФМПАГМ) с основными клиническими характеристиками заболевания (длительность, состояние при поступлении и выписке, его динамика, основные клинические синдромы).

### *Материал и методы*

Использовалась стандартизированная нейропсихологическая методика для выявления ММД, включающая в себя 42 теста, позволяющих обнаружить дефицитарность различных функциональных структур левого и правого полушарий головного мозга и сгруппированных по топикодиагностическому принципу, т. е. по преимущественной локализации выявляемых с их помощью поражений. Тесты направлены на исследование различных видов слухового и зрительного гнозиса, праксиса и памяти, сенсорной интеграции, речи, письма и чтения. Особенностью методики является последовательное использование системы количественных и качественных критериев выполнения отдельных заданий.

Для оценки нарушений по каждому тесту использовалась 4-балльная шкала (0 – нет нарушений; 1 – легкие; 2 – умеренные; 3 – выраженные нарушения). Такая количественная оценка данных позволяет не только выявить топикодиагностическое значение нарушений выполнения отдельных тестов, но и оценить характер, структуру и выраженность ММД, обнаруживаемой у испытуемых и у разных групп.

Учитывая неравномерное количество тестов, направленных на выявление расстройств различных функций и, особенно, патологии левого и правого полушарий головного мозга для определения иерархии этих расстройств (нейропсихологического профиля) используются специальные относительные показатели. Относительная выраженность нарушений каждой функции является результатом деления суммы баллов по всем тестам, направленным на исследование данной функции, на количество этих тестов. Интегральным обобщенным показателем выраженности ММД является относительная выраженность нейропсихологической симптоматики в целом, которая рассчитывается как результат деления суммарной оценки нарушений по всем тестам в баллах на 42 (общее количество тестов). Для оценки выраженности двусторонней, правосторонней и левосторонней симптоматики применяются обобщенные относительные показатели, полученные в результате деления суммарной оценки в баллах для соответствующей группы тестов на общее количество этих тестов. Для определения преобладающей стороны поражения высчитывается асимметрия нейропсихологической симптоматики – разность относительной выраженности лево- и правополушарной симптоматики.

Полный перечень применявшихся тестов, подробные инструкции, критерии оценки выполнения каждого из них и правила подсчета обоб-



ценных показателей, а также указания по индивидуальной диагностике приведены в методических рекомендациях [21].

Тип ФМПАГМ исследовался с помощью двух методик – «Третий лишний» и «Классификация», разработанных специально для экспресс-диагностики левополушарного (логически-категориального) либо правополушарного (образно-функционального) способов решения испытуемым интеллектуальных задач. В первой из них испытуемому предлагается вычеркнуть в каждой из 12 групп слов, включающих три существительных, «лишнее» слово. Анализируется характер связи между двумя оставшимися словами, которая может быть категориальной или функциональной. Во второй методике испытуемый должен разложить 16 карточек со словами на 4 группы по 4 слова, причем возможны два варианта группировки – по категориальным и по функциональным признакам. По результатам обеих методик выделяются испытуемые с преобладанием лево- или правополушарного способов решения, а также лица, использующие обе стратегии – С тип. Данная методика основана на общепринятых представлениях о логических, абстрактных, дедуктивных возможностях левого полушария головного мозга и эмпирических, конкретных, индуктивных возможностях правого полушария, подтвержденных экспериментально [4, 6, 9, 19, 29].

Анализировались три группы показателей:

- 1) биологические и социальные: пол, возраст, образование;
- 2) клинические: стадия и длительность заболевания, степень невротических расстройств при поступлении и выписке (по 7-балльной шкале) и динамика состояния (по 4-балльной шкале: 1 – состояние не изменилось, 2 – незначительно улучшилось, 3 – значительно улучшилось, 4 – улучшилось очень сильно); наличие указаний на ОПГМ по клинико-anamnestическим (наличие в анамнезе черепно-мозговых травм с сотрясением головного мозга, болевого и цефалгического синдромов, судорожных проявлений и заикания в детском возрасте) и аппаратурным показателям; наличие в клинической картине в качестве ведущих синдромов тревожно-фобического, депрессивного, обсессивно-компульсивного, астенического, ипохондрического;

- 3) нейропсихологические показатели: относительная выраженность нарушений отдельных высших психических функций; относительная выраженность нарушений по обобщенным показателям (нейропсихологической симптоматики в целом, левосторонней, правосторонней, двусторонней нейропсихологической симптоматики и асимметрии); тип ММД (отсутствие, левосторонняя, правосторонняя, двусторонняя); тип ФМПАГМ

(левополушарный, правополушарный, смешанный); выраженность признаков левополушарного типа как более тонкий показатель ФМПАГМ (0 – правополушарный, 1 – преобладание правополушарного, 2 – смешанный, 3 – преобладание левополушарного, 4 – левополушарный тип).

Достоверность различий средних величин экспериментальных показателей (по отдельным функциям и по обобщенным показателям) между группами испытуемых оценивалась по *t*-критерию Стьюдента. Взаимосвязь этих показателей с основными клиническими признаками заболевания, с возрастом и образованием изучалась с помощью корреляционного анализа (по Пирсону).

Иерархия относительной выраженности нарушений исследованных функций (нейропсихологические профили) в разных группах испытуемых сравнивалась с помощью ранговой корреляции (критерий Спирмена). Для сравнения кривых распределения частот испытуемых с наличием либо отсутствием указаний на ОПГМ, разными стадиями, типами ФМПАГМ и ММД, невротическими и невротоподобными расстройствами использовалась информационная статистика 2I, основанная на мере дивергенции между несколькими генеральными совокупностями [11].

Описанной методикой обследованы 144 больных невротическими и невротоподобными расстройствами (61 мужчина и 83 женщины) без коморбидной патологии (в том числе без ОПГМ с выраженной неврологической симптоматикой), находившихся на стационарном лечении в отделении неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. Наличие легкой неврологической симптоматики в виде недостаточности черепно-мозговых нервов, асимметрии рефлексов не являлось критерием исключения. Возраст больных – от 18 до 54 лет (средний – 35,3 года), длительность заболевания – от 1 мес до 15 лет. Все больные обследовались на ранних этапах госпитализации, до начала активной фармакотерапии. По результатам комплексного анализа клинико-anamnestических данных и аппаратурных исследований больные были разделены на 2 группы:

1-я – без указаний на ОПГМ (90 больных без коморбидной патологии со стороны головного мозга; средний возраст – 34,5 года);

2-я – с указаниями на ОПГМ (54 пациента; средний возраст – 36,8 года).

По стадии (типу течения) заболевания были выделены также 2 группы:

А – с острым невротическим расстройством (46 больных с длительностью заболевания от 1 мес до 1 года, средний возраст – 32,3 года);

Б – с затяжным невротическим расстройством (98 пациентов с длительностью заболевания 1 год и более; средний возраст – 37,8 года).

На следующем этапе из общего массива были выделены 135 человек. Клинический диагноз невротического или неврозоподобного расстройства ставили при наличии клинико-анамнестических и клинико-лабораторных данных. При диагностике невротических расстройств обязательным являлось соблюдение принципов «негативной» и «позитивной» их диагностики [13]. Из собственно невротических расстройств исключались неврозоподобные состояния, в основе которых лежит резидуально-церебральная патология разной степени выраженности, возникшая в связи с нарушениями процесса внутриутробного развития или перенесенными заболеваниями (нейроинфекции, травмы головного мозга и др.).

В результате по характеру заболевания эти больные были распределены на 2 группы:

I – невротические расстройства психогенной природы – 100 больных (средний возраст – 34,5 года);

II – неврозоподобные расстройства органического характера – 35 испытуемых (средний возраст – 36,8 года).

Нормативные данные получены на 51 здоровом испытуемом (25 мужчин и 26 женщин) в возрасте от 15 до 63 лет (средний 31,1 года), без черепно-мозговых травм и заболеваний головного мозга в анамнезе и не страдающих невротическими и неврозоподобными расстройствами (средняя общая невротичность по диагностическому симптоматическому опроснику Е. Александровича 4,08, при норме до 4,0) [31].

### ***Результаты исследования***

Как видно из табл. 1, у больных с невротическими расстройствами отмечаются достоверные нарушения большинства исследованных функций (слухоречевой и зрительной памяти, динамического, конструктивного и идеомоторного праксиса, пространственного, пальцевого, слухового и лицевого гнозиса). Со стороны системы речи у некоторых испытуемых отмечаются только элементы дисфазии при повторении скороговорок, нарушений письма и чтения не обнаружено.

У всех групп больных, как и у здоровых испытуемых, на 1-2-е место выступают нарушения пространственного гнозиса и слухоречевой памяти (табл. 1, 2). В целом иерархия нарушений отдельных высших психических функций у разных групп испытуемых (как больных, так и здоровых) почти

полностью совпадает (коэффициент ранговой корреляции Спирмена от +0,76 до +0,97 для разных пар профилей;  $p < 0,01-0,001$ ).

Таблица 1  
Состояние высших психических функций, балл ( $M \pm t$ )

Функция	Группа		p <
	здоровые	больные с невротическими расстройствами	
Динамический праксис	0,43 ± 0,03	0,58 ± 0,02	0,01
Сенсорная интеграция	0,28 ± 0,03	0,32 ± 0,07	–
Моторный праксис	0,21 ± 0,04	0,27 ± 0,04	–
Идеомоторный праксис	0,03 ± 0,02	0,17 ± 0,04	0,01
Конструктивный праксис	0,24 ± 0,02	0,33 ± 0,01	0,01
Пальцевой гнозис	0,06 ± 0,03	0,19 ± 0,06	0,01
Пространственный гнозис	0,57 ± 0,06	0,93 ± 0,03	0,01
Слуховой гнозис	0,28 ± 0,08	0,43 ± 0,06	0,01
Слухоречевая память	0,51 ± 0,03	0,70 ± 0,02	0,01
Зрительная память	0,15 ± 0,03	0,52 ± 0,04	0,01
Зрительный гнозис	0,33 ± 0,09	0,47 ± 0,08	–
Лицевой гнозис	0,19 ± 0,07	0,35 ± 0,04	0,01
Речь, письмо, чтение	0,15 ± 0,04	0,21 ± 0,03	–

Таблица 2  
Состояние высших психических функций у больных с невротическими расстройствами

Функция	Невротическое расстройство			
	острое	затяжное	без ОПГМ	с ОПГМ
Динамический праксис	0,44 ± 0,03	0,61 ± 0,03**	0,49 ± 0,03	0,68 ± 0,04###
Сенсорная интеграция	0,29 ± 0,04	0,34 ± 0,05	0,29 ± 0,03	0,37 ± 0,07
Моторный праксис	0,25 ± 0,05	0,31 ± 0,07	0,22 ± 0,06	0,33 ± 0,03#
Идеомоторный праксис	0,11 ± 0,04	0,25 ± 0,02*	0,07 ± 0,05	0,26 ± 0,03###
Конструктивный праксис	0,24 ± 0,03	0,37 ± 0,04*	0,23 ± 0,01	0,42 ± 0,02###
Пальцевой гнозис	0,15 ± 0,05	0,21 ± 0,07	0,13 ± 0,03	0,25 ± 0,09#
Пространственный гнозис	0,69 ± 0,08	1,07 ± 0,04**	0,69 ± 0,03	1,18 ± 0,02###
Слуховой гнозис	0,38 ± 0,04	0,57 ± 0,04**	0,29 ± 0,03	0,58 ± 0,07###
Слухоречевая память	0,58 ± 0,03	0,84 ± 0,07**	0,54 ± 0,03	0,87 ± 0,07###
Зрительная память	0,43 ± 0,03	0,76 ± 0,05**	0,20 ± 0,03	0,85 ± 0,17###
Зрительный гнозис	0,33 ± 0,06	0,54 ± 0,02**	0,34 ± 0,09	0,61 ± 0,09###
Лицевой гнозис	0,31 ± 0,01	0,43 ± 0,02**	0,22 ± 0,03	0,49 ± 0,06###
Речь, письмо, чтение	0,17 ± 0,03	0,26 ± 0,03*	0,17 ± 0,01	0,25 ± 0,06

Курсивом обозначены значения средних величин, достоверно отличающиеся от соответствующих данных у здоровых лиц.

Различия показателей у больных в стадиях течения заболевания: \* –  $p < 0,05$ , \*\* –  $p < 0,01$ .

Различия показателей у больных с наличием ОПГМ: # –  $p < 0,05$ , ### –  $p < 0,01$ .

Эти данные свидетельствуют скорее о количественном, чем качественном характере выявленных нарушений: нейропсихологический профиль больных с невротическими расстройствами характеризуется не столько его деформацией, сколько приподнятостью (более выраженной при наличии указаний на ОПГМ и при затяжном течении невротического расстройства) по сравнению с нормативным (рис. 1, 2).

Все обобщенные показатели у больных с невротическими расстройствами (особенно с указаниями на ОПГМ) также оказались значительно хуже, чем у здоровых (табл. 3).

*Зависимость от стадии заболевания.* Данные табл. 2 свидетельствуют о более выраженных нарушениях большинства высших психических функций у больных с затяжными невротическими расстройствами (т. е. диффузной ММД) по сравнению с острыми (у которых они наблюдаются только по 4 функциям – зрительная память, лицевой и пальцевой гнозис, идеомоторный праксис, связанным с затылочными, левотеменными и прав височными отделами коры).

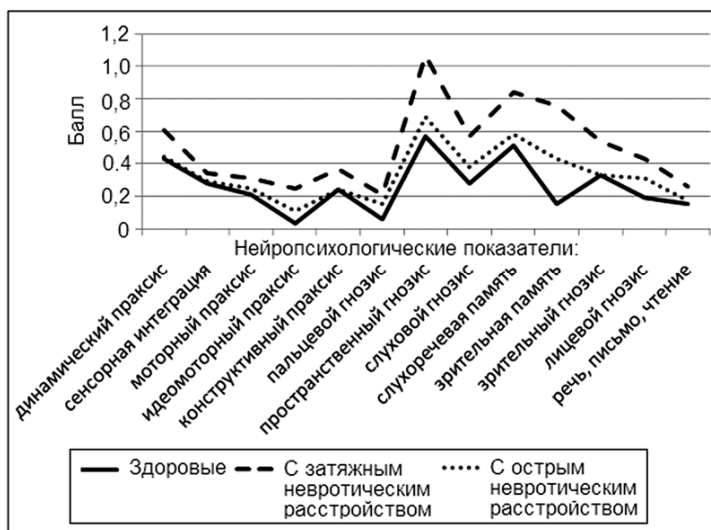


Рис. 1. Нейропсихологические профили здоровых лиц, больных с острыми и затяжными невротическими расстройствами

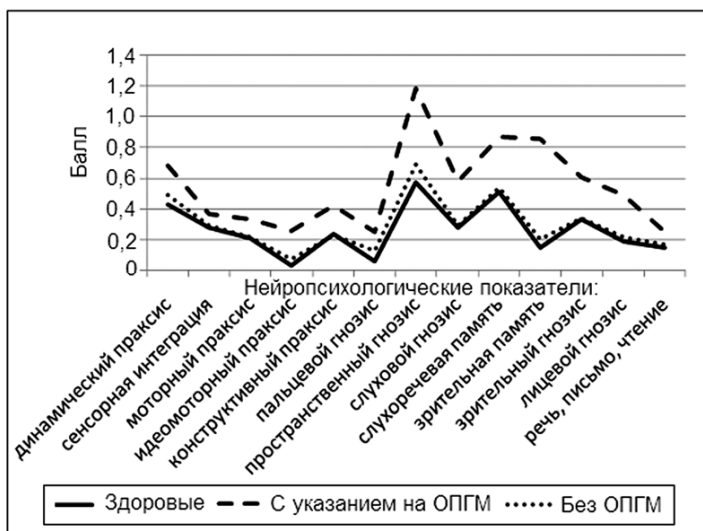


Рис. 2. Нейропсихологические профили здоровых лиц, больных с невротическими расстройствами без ОПГМ и с указаниями на ОПГМ

Таблица 3  
Обобщенные нейропсихологические показатели у здоровых лиц и больных с невротическими расстройствами, балл ( $M \pm t$ )

Нейропсихологический показатель	Группа		p <
	здоровые	больные	
Относительная выраженность	0,31 ± 0,01	<b>0,57 ± 0,02</b>	0,01
Относительная выраженность двусторонней симптоматики	0,33 ± 0,05	<b>0,51 ± 0,03</b>	0,01
Относительная выраженность правосторонней симптоматики	0,23 ± 0,02	<b>0,59 ± 0,02</b>	0,01
Относительная выраженность левосторонней симптоматики	<u>0,33 ± 0,01</u>	<b><u>0,79 ± 0,02</u></b>	0,01
Асимметрия	0,10 ± 0,02	<b>0,20 ± 0,01</b>	0,01

Здесь и в табл. 4 и 9:

– жирным курсивом выделены значения средних, достоверно ( $p \leq 0,01$ ) отличающиеся от соответствующих величин у здоровых лиц;

– подчеркнуты значения относительной выраженности левосторонней нейропсихологической симптоматики, достоверно отличающиеся от соответствующих значений правосторонней нейропсихологической симптоматики ( $p \leq 0,01$ ).

Различия между группами максимальны для пространственного гнозиса, слухоречевой и зрительной памяти, динамического праксиса, зрительного предметного и лицевого гнозиса. Все обобщенные показатели у больных с затяжными невротическими расстройствами также значительно выше, чем у больных с острыми. При затяжных расстройствах относительная выраженность левосторонней нейропсихологической симптоматики и, особенно, правосторонней нейропсихологической симптоматики максимальна среди всех групп испытуемых, а асимметрия нейропсихологической симптоматики значительно ниже, чем при острых, за счет более высокой относительной выраженности правосторонней нейропсихологической симптоматики (и соответственно меньшего преобладания над ней левосторонней нейропсихологической симптоматики) в этой группе (табл. 4).

Таблица 4

Обобщенные нейропсихологические показатели у больных с невротическими расстройствами, балл ( $M \pm m$ )

Нейропсихологический показатель	Невротическое расстройство			
	острое	затяжное	без ОПГМ	с ОПГМ
Относительная выраженность	<b><math>0,49 \pm 0,02</math></b>	<b><math>0,69 \pm 0,04^{**}</math></b>	<b><math>0,48 \pm 0,01</math></b>	<b><math>0,71 \pm 0,02^{###}</math></b>
Относительная выраженность двусторонней симптоматики	$0,40 \pm 0,02$	<b><math>0,64 \pm 0,04^{**}</math></b>	$0,38 \pm 0,05$	<b><math>0,77 \pm 0,04^{###}</math></b>
Относительная выраженность правосторонней симптоматики	<b><math>0,38 \pm 0,02</math></b>	<b><math>0,82 \pm 0,03^{**}</math></b>	<b><math>0,44 \pm 0,02</math></b>	<b><math>0,74 \pm 0,03^{###}</math></b>
Относительная выраженность левосторонней симптоматики	<b><u><math>0,59 \pm 0,08</math></u></b>	<b><u><math>0,96 \pm 0,07^{**}</math></u></b>	<b><u><math>0,63 \pm 0,01</math></u></b>	<b><u><math>0,97 \pm 0,03^{###}</math></u></b>
Асимметрия	<b><math>0,21 \pm 0,01</math></b>	<b><math>0,14 \pm 0,02^{**}</math></b>	<b><math>0,19 \pm 0,02</math></b>	<b><math>0,23 \pm 0,02^{###}</math></b>

\*\* Различия показателей у больных в стадиях течения заболевания при  $p < 0,01$ .

### Различия показателей у больных с наличием ОПГМ при  $p < 0,01$ .

Отмечается достоверная положительная корреляция стадии заболевания с наличием указаний на ОПГМ ( $r = +0,79$ ;  $p < 0,001$ ). Относительная выраженность нарушений всех исследованных функций и, особенно, обобщенные показатели (за исключением асимметрии), в первую очередь относительная выраженность нейропсихологической симптоматики в целом и левосторонней нейропсихологической симптоматики, достоверно положительно коррелируют с длительностью и, соответственно, со стадией заболевания ( $r = 0,25-0,87$ ;  $p < 0,001$ ).

*Зависимость от наличия указаний на ОПГМ.* Преобладание доли лиц без ОПГМ среди больных с острым невротическим расстройством более выражено, чем у больных с затяжным течением (67,4 и 60,2 % соответст-

венно). Среди больных с ОПГМ преобладание лиц с затяжным течением более заметно, чем среди больных без ОПГМ (72,2 и 65,6 % соответственно). Однако по критерию 2I разница в распределении частот недостоверна.

У больных без ОПГМ нейропсихологические расстройства слабо выражены (многие из них обнаруживаются лишь в затрудненных условиях) и затрагивают только 5 функций (пространственный и пальцевый гнозис, слухоречевая память, динамический и идеомоторный праксис), т. е. преобладает дисфункция височно-теменных отделов левого полушария и лобных долей.

У больных с указаниями на ОПГМ они касаются практически всех функций (за исключением сенсорной интеграции) и носят диффузный характер. Различия между группами также достоверны по всем функциям, за тем же исключением. По обобщенным показателям различия между этими группами высоко достоверны, за исключением асимметрии нейропсихологической симптоматики (см. табл. 4).

Эти результаты подтверждаются высоко достоверной положительной корреляцией относительной выраженности нарушений всех исследованных функций с наличием указаний на ОПГМ как по клинико-анамнестическим данным, так и по результатам комплексного анализа ( $r = 0,25-0,45$ ;  $p < 0,01-0,001$ ). Наиболее тесные связи с обобщенными нейропсихологическими показателями (за исключением асимметрии):  $r = 0,43-0,93$ ;  $p < 0,001$ ).

*Зависимость от типа ММД и показателей ФМПАГМ.* Доля лиц с отсутствием ММД среди больных с затяжным невротическим расстройством ниже, чем среди больных с острым (17,3 и 26,1 % соответственно), а с правосторонней ММД, напротив, выше (43,9 и 34,8% соответственно). Вместе с тем, различие кривых распределения частот типов ММД в зависимости от стадии заболевания по критерию 2I не является достоверным.

У всех групп испытуемых, включая здоровых, выявлено достоверное преобладание относительной выраженности левосторонней над правосторонней нейропсихологической симптоматикой (асимметрия) (табл. 4–6). Однако, как отмечено выше, при затяжных невротических расстройствах эта асимметрия значительно меньше, чем при острых, что связано с максимальной относительной выраженностью правосторонней нейропсихологической симптоматики в этой группе. Асимметрия нейропсихологической симптоматики отрицательно коррелирует со стадией и длительностью заболевания ( $r = -0,38-0,41$ ;  $p < 0,05$ ).



Как видно из табл. 5, среди больных с невротическими расстройствами преобладают лица с правополушарным типом ФМПАГМ, а смешанный тип встречается крайне редко (2 %). В основном это различие за счет больных с затяжным течением, у которых частота правополушарного типа в 2,4 раза превышает частоту левополушарного, тогда как при остром невротическом расстройстве оба типа встречаются с одинаковой частотой. Различие кривых распределения частот типов ФМПАГМ в зависимости от стадии заболевания по критерию 2I статистически достоверно ( $p < 0,05$ ). У здоровых испытуемых распределение по типам относительно равномерно.

Таблица 5

*Тип ФМПА головного мозга у здоровых и больных с невротическим расстройством*

Группа	Тип ФМПАГМ, n (%)			Всего
	правополушарный	смешанный	левополушарный	
Здоровые	14 (27,5)	19 (37,2)	18 (35,3)	51
Невротические расстройства	91 (63,2)	3 (2,1)	50 (34,7)	144
● острые	23 (50,0)	1 (2,2)	22 (47,8)	46
● затяжные	68 (69,4)	2 (2,0)	28 (28,6)	98

Относительная выраженность нейропсихологической симптоматики (по обобщенным показателям) и большинства клинических признаков при правополушарном типе ФМПАГМ выше, чем при левополушарном. Эта разница достоверна для относительной выраженности нейропсихологической симптоматики в целом (при правополушарном типе в 2 раза выше, чем при левополушарном), стадии и длительности заболевания, наличия депрессивного синдрома. В табл. 6 приводятся только значения средних значений, по которым имеются достоверные отличия между группами. Таким образом, выраженность ММД, длительность заболевания, частота затяжного течения и депрессивного синдрома при правополушарном типе ФМПАГМ выше, чем при левополушарном.

Выраженность признаков левополушарного типа ФМПАГМ отрицательно коррелирует с относительной выраженностью нейропсихологической симптоматики в целом ( $r = -0,33$ ), нарушениями идеомоторного и конструктивного праксиса, пространственного гнозиса ( $r = -0,34, -0,32$  и  $-0,28$ ;  $p \leq 0,05$ ), т. е. нейропсихологические расстройства, связанные с левотемной дисфункцией, при этом типе менее выражены.

Таблица 6

*Обобщенные нейропсихологические и клинические показатели  
у больных с невротическими расстройствами, балл ( $M \pm m$ )*

Нейропсихологический и клинический показатель	Тип ФМПАГМ		p <
	правополушарный	левополушарный	
Относительная выраженность нейропсихологической симптоматики	0,97 ± 0,01	0,43 ± 0,02	0,01
Стадия заболевания	1,97 ± 0,02	1,82 ± 0,06	0,05
Длительность заболевания	1,84 ± 0,04	1,76 ± 0,03	0,05
Депрессивный синдром	1,98 ± 0,01	1,87 ± 0,07	0,05

*Зависимость от ведущих клинических синдромов.* Выявляются достоверные положительные корреляционные связи между наличием тревожно-фобического синдрома и относительной выраженностью нарушений динамического, моторного и конструктивного праксиса, депрессивного синдрома – динамического праксиса, обсессивно-компульсивного – динамического и идеомоторного праксиса, астенического – динамического, моторного и идеомоторного праксиса, а также НПС в целом, ипохондрического – сенсорной интеграции, идеомоторного и конструктивного праксиса ( $r = 0,28-0,37$ ;  $p < 0,01-0,001$ ). Таким образом, с наличием этих синдромов связаны расстройства всех видов праксиса, в первую очередь динамического (при ипохондрическом синдроме присоединяется связь и с расстройствами сенсорной интеграции), т. е. дисфункция лобных и теменных, в первую очередь левосторонних структур. Отмечается достоверная положительная корреляция наличия астенического синдрома с общей выраженностью нейропсихологической симптоматики ( $r = 0,34$ ;  $p < 0,001$ ) и с выраженностью признаков левополушарного типа ФМПАГМ ( $r = 0,29$ ;  $p < 0,001$ ). Депрессивный синдром более выражен у больных с правополушарным типом (см. табл. 6).

*Зависимость от состояния больных.* Средние показатели состояния больных при поступлении существенно не отличались в зависимости от данных за ОПГМ и стадии заболевания. Однако при выписке у больных с указаниями на ОПГМ степень невротических расстройств значительно выше, чем у больных без ОПГМ; при затяжном невротическом расстройстве она также существенно выше, чем при остром. Отмечающаяся в результате стационарного лечения положительная динамика состояния у пациентов с указаниями на ОПГМ менее выражена, чем у больных без таковых; а у испытуемых с затяжными невротическими расстройствами меньше, чем при остром течении (табл. 7).

Таблица 7

Состояние больных с невротическими расстройствами  
(степень расстройств), балл ( $M \pm m$ )

Период лечения	Невротическое расстройство				$p \leq 0,01$
	острое	затяжное	без ОПГМ	с ОПГМ	
	1	2	3	4	
При поступлении	4,89 ± 0,07	4,71 ± 0,08	4,73 ± 0,04	4,93 ± 0,15	–
При выписке	1,93 ± 0,09	3,91 ± 0,12	2,11 ± 0,05	3,97 ± 0,07	1/2, 1/4
Динамика	3,53 ± 0,11	2,74 ± 0,04	3,15 ± 0,05	2,89 ± 0,03	1/2, 1/4

Корреляционный анализ показал достоверную прямую зависимость степени расстройств при поступлении и выписке от относительной выраженности нарушений всех видов праксиса, пространственного гнозиса и слухоречевой памяти (лобных и левосторонних теменно-височных функций) ( $r = 0,28-0,35$ ;  $p < 0,01-0,001$ ), а также от всех обобщенных нейропсихологических показателей (за исключением асимметрии) ( $r = 0,43-0,93$ ;  $p < 0,001$ ). Динамика состояния отрицательно коррелировала с теми же показателями, кроме относительной выраженности нарушений слухоречевой памяти ( $r = -0,28-0,71$ ;  $p < 0,01-0,001$ ).

*Зависимость от биологических и социальных показателей.* У здоровых испытуемых относительной выраженности нарушений конструктивного праксиса более выражена у мужчин ( $r = -0,33$ ;  $p \leq 0,05$ ), пространственного гнозиса – у женщин ( $r = 0,46$ ;  $p \leq 0,01$ ). Отмечается также корреляция относительной выраженности нарушений идеомоторного праксиса ( $r = 0,33$ ;  $p \leq 0,05$ ), слухового гнозиса ( $r = -0,29$ ;  $p \leq 0,05$ ) и зрительной памяти ( $r = 0,38$ ;  $p \leq 0,01$ ) с возрастом. Зависимости от показателей ФМПАГМ не выявлено. Не обнаружено также зависимости обобщенных НП показателей от пола, возраста, образования и показателей ФМПАГМ.

У больных с невротическими расстройствами выявляется достоверная положительная корреляция с возрастом относительной выраженности НПС, ЛНПС, нарушений идеомоторного праксиса, пространственного гнозиса, зрительной и слухоречевой памяти – височных и левотеменных функций ( $r = 0,28-0,31$ ;  $p \leq 0,05$ ). Последний показатель также положительно коррелирует с уровнем образования ( $r = 0,28$ ). Нарушения динамического и идеомоторного праксиса, пространственного гнозиса более выражены у женщин ( $r = 0,29, 0,32$  и  $0,30$ ;  $p \leq 0,05$  соответственно). Как и у здоровых, зависимости показателей асимметрии ММД и ФМПАГМ от пола, возраста и образования не наблюдается.

*Зависимость от характера расстройств.* У больных с неврозоподобными состояниями нарушения большинства исследованных высших психических функций более выражены и диффузны по сравнению с невротическими расстройствами, при которых они затрагивают затылочные, левотемные и правовисочные функции. Различия между группами максимальны для пространственного гнозиса, слухоречевой и зрительной памяти, динамического праксиса, слухового, зрительного предметного и лицевого гнозиса (табл. 8, рис. 3).

Таблица 8

*Состояние высших психических функций у больных с невротическими и неврозоподобными расстройствами, балл ( $M \pm t$ )*

Функция	Группа больных		p <
	с невротическими расстройствами	с неврозоподобными расстройствами	
Динамический праксис	0,47 ± 0,04	<b>0,64 ± 0,03</b>	0,01
Сенсорная интеграция	0,31 ± 0,04	0,37 ± 0,05	
Моторный праксис	0,27 ± 0,06	0,37 ± 0,07	
Идеомоторный праксис	0,14 ± 0,03	<b>0,26 ± 0,04</b>	0,05
Конструктивный праксис	0,29 ± 0,07	<b>0,45 ± 0,03</b>	0,05
Пальцевой гнозис	0,15 ± 0,02	<b>0,21 ± 0,02</b>	
Пространственный гнозис	0,81 ± 0,07	<b>1,09 ± 0,07</b>	0,01
Слуховой гнозис	0,34 ± 0,09	<b>0,58 ± 0,08</b>	0,01
Слухоречевая память	0,63 ± 0,06	<b>0,83 ± 0,07</b>	0,01
Зрительная память	<b>0,42 ± 0,03</b>	<b>0,72 ± 0,03</b>	0,01
Зрительный предметный гнозис	0,38 ± 0,07	<b>0,54 ± 0,03</b>	0,01
Лицевой гнозис	<b>0,32 ± 0,03</b>	<b>0,45 ± 0,02</b>	0,01
Речь, письмо, чтение	0,17 ± 0,03	0,24 ± 0,03	0,05

Курсивом выделены значения средних показателей, достоверно отличающиеся от соответствующих значений у здоровых лиц при  $p < 0,05$ ; жирным курсивом – при  $p < 0,01$ .

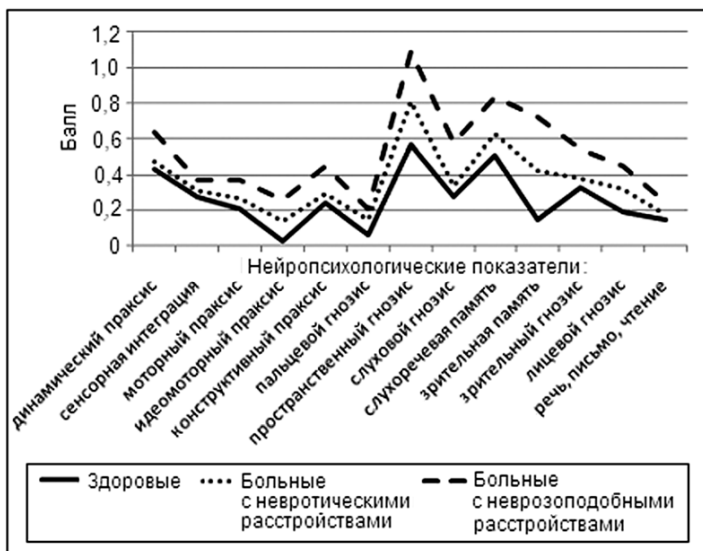


Рис. 3. Нейропсихологические профили у здоровых лиц, больных с невротическими и невротизоподобными расстройствами

При сравнении больных с невротическими и невротизоподобными расстройствами все обобщенные показатели последних также оказываются значительно выше. У обеих групп испытуемых относительная выраженность левосторонней нейропсихологической симптоматики достоверно преобладает над правосторонней. Однако при невротизоподобных расстройствах эта асимметрия значительно меньше, чем при невротических расстройствах, за счет максимальной относительной выраженности правосторонней нейропсихологической симптоматики в этой группе (и соответственно меньшего преобладания над ней левосторонней) (табл. 9).

Среди больных с невротизоподобными расстройствами лиц без мозговой дефицитарности меньше, чем среди больных с невротическими расстройствами (17,3 и 26,1 % соответственно), а с правосторонней ММД, напротив, больше (43,9 и 34,8 % соответственно). Вместе с тем, различие кривых распределения частот типов ММД в зависимости от диагноза по критерию 21 недостоверно.

При невротических расстройствах преобладают лица с правополушарным типом ФМПАГМ (65 %), а смешанный тип встречается только в 2 % случаев, тогда как при невротизоподобных расстройствах лево- и право-

полушарный типы ФМПАГМ встречаются одинаково часто (51 и 46 % соответственно).

Таблица 9

*Средние нейропсихологические показатели у больных с невротическими и неврозоподобными расстройствами, балл ( $M \pm m$ )*

Нейропсихологический показатель	Группа больных		p <
	с невротическими расстройствами	с неврозоподобными расстройствами	
Относительная выраженность нейропсихологической симптоматики	<b><i>0,48 ± 0,03</i></b>	<b><i>0,70 ± 0,03</i></b>	0,01
Относительная выраженность двусторонней симптоматики	0,39 ± 0,02	<b><i>0,63 ± 0,03</i></b>	0,01
Относительная выраженность правосторонней симптоматики	<b><i>0,39 ± 0,03</i></b>	<b><i>0,84 ± 0,03</i></b>	0,01
Относительная выраженность левосторонней симптоматики	<b><u><i>0,60 ± 0,06</i></u></b>	<b><u><i>0,97 ± 0,07</i></u></b>	0,01
Асимметрия нейропсихологической симптоматики	<b><i>0,21 ± 0,01</i></b>	<b><i>0,15 ± 0,02</i></b>	0,01

### ***Обсуждение результатов***

Комплексный анализ данных (сравнение средних показателей, корреляционный анализ) указывает на большую частоту и выраженность расстройств высших психических функций у больных с указаниями на ОПГМ и в затяжной стадии невротического расстройства (по сравнению с пациентами без ОПГМ и в острой стадии заболевания), а также у больных с неврозоподобными состояниями резидуально-органического происхождения. У этих пациентов нарушения затрагивают большинство исследованных функций и все обобщенные показатели, т. е. носят диффузный характер. Выявленные нарушения отдельных функций не укладываются в рамки каких-либо четко очерченных нейропсихологических синдромов, а представляют собой их элементы. Сопоставление нейропсихологических профилей (иерархии нарушений) разных групп испытуемых свидетельствует скорее о количественном, чем о качественном их различии, – профили больных соответствуют профилю здоровых лиц, отличаясь от него приподнятостью (более выраженной при наличии указаний на ОПГМ и затяжных неврозах, а также при неврозоподобных расстройствах), особенно относительно пиков нормативного профиля. Максимально выражены расстройства функций левых теменно-височных, а также лобных отделов коры головного мозга – пространственного гнозиса, слухоречевой памяти. Далее следуют расстройства динамического праксиса и зрительной памяти.

ти, причем у больных с ОПГМ, затяжными неврозами и неврозоподобными расстройствами последние выходят на 3-е место, оттесняя нарушения динамического праксиса на 4-е. Таким образом, у этих групп испытуемых на одно из первых мест выступает дефицитарность функций правой височной доли.

Эти данные подтверждаются положительной корреляцией обобщенных нейропсихологических показателей и относительной выраженностью нарушений ряда функций с наличием клиничко-анамнестических признаков ММД и, особенно, с длительностью заболевания. Описывается прямая связь расстройств некоторых функций с основными ведущими клиническими синдромами невротических расстройств – тревожно-фобическим, депрессивным, обсессивно-компульсивным, ипохондрическим, астеническим (при последнем отмечается зависимость и от общей относительной выраженности нейропсихологической симптоматики, т. е. от уровня ММД).

Выявлена прямая зависимость степени невротических расстройств при поступлении и выписке от относительной выраженности нарушений по всем обобщенным нейропсихологическим показателям и по ряду отдельных функций. Отмечается относительная терапевтическая резистентность больных с указаниями на ОПГМ и с затяжными невротическими расстройствами – положительная динамика состояния в результате стационарного лечения у них значительно ниже, чем у пациентов без ОПГМ и с острыми невротическими расстройствами, она находится в обратной зависимости от выраженности нейропсихологической симптоматики.

Интегративным показателем уровня ММД является относительная выраженность нейропсихологической симптоматики в целом. Выраженность левосторонней симптоматики у исследованных больных преобладает над выраженностью правосторонней, хотя частота правостороннего типа ММД у больных с затяжными невротическими и неврозоподобными расстройствами несколько больше, а асимметрия нейропсихологической симптоматики значительно меньше, чем у больных с невротическими расстройствами, особенно с острыми. Для больных с невротическими расстройствами характерно выраженное преобладание лиц с правополушарным типом ФМПАГМ, что указывает на превалирование у них образно-функционального мышления над логически-категориальным. У пациентов с этим типом отмечается большая длительность заболевания и более частый депрессивный синдром, тогда как наличие астенического синдрома положительно коррелирует с выраженностью признаков левополушарного

типа. Возможно, зависимость астенического синдрома от левополушарного типа ФМПАГМ и от выраженности ММД обусловлена тем, что снижение функциональных возможностей мозговых структур при этом типе сопровождается более выраженным снижением энергетического потенциала коры головного мозга (КГМ). При правополушарном типе ФМПАГМ и выраженной ММД, затрагивающей в том числе и ведущее в эмоциональном отношении (и определяющее когнитивный стиль таких испытуемых) правое полушарие, возможны депрессивные проявления.

Связь между латерализацией мозговых функций и клиническими проявлениями при невротических расстройствах интерпретируется скорее в рамках моделей способа познания (когнитивного стиля) и особенностей межполушарного взаимодействия, чем модели латерализованного дефицита. Высказывается предположение, что за этими факторами (ММД, тип ФМПАГМ) стоит общий биологический радикал, внешним проявлением которого является определенный когнитивный стиль. У больных с правополушарным типом ФМПАГМ правая гемисфера более уязвима и под влиянием различных неблагоприятных факторов у них быстрее развивается декомпенсация как на нейропсихологическом уровне (в виде преобладания правосторонней ММД над левосторонней), так и на клиническом и психологическом уровнях (в виде повышения соматизации и алекситимии). Исходя из установленного наиболее клинически и прогностически неблагоприятного значения для больных с невротическими расстройствами правополушарного типа ФМПАГМ, особенно в сочетании с алекситимией, следует рекомендовать психотерапевтические и психопрофилактические мероприятия, направленные на снижение алекситимии и активацию левополушарной стратегии поведения (когнитивного стиля), как наиболее эффективные в этом случае [26].

Таким образом, результаты настоящего исследования подтверждают высказанное ранее [16, 10] предположение о том, что наличие указаний на ОПГМ и правополушарный тип ФМПАГМ являются существенными факторами возникновения и хронизации невротических расстройств (т. е. факторами риска). Выраженную ММД (свидетельствующую о наличии ОПГМ), выявляемую нейропсихологическими методами, как и правополушарный тип ФМПАГМ, можно рассматривать как прогностически неблагоприятные показатели, обуславливающие относительную терапевтическую резистентность больных и переход острого невротического расстройства в затяжное. Наличие более выраженной нейропсихологической симптоматики является существенным диагностическим признаком при



выявлении неврозоподобных расстройств, связанных с резидуально-органическим поражением головного мозга, тогда как правополушарный тип ФМПАГМ характерен для невротических расстройств психогенной природы.

### ***Выводы***

1. С помощью стандартизованной нейропсихологической методики у больных с невротическими расстройствами выявляется ММД в виде нарушений большинства исследованных функций диффузного характера, более выраженных при затяжных невротических расстройствах, при наличии указаний на ОПГМ и при неврозоподобных расстройствах.

2. Эти нарушения носят скорее количественный, чем качественный характер, проявляясь в приподнятости нейропсихологического профиля больных с невротическими расстройствами (более выраженной при затяжном течении и указаниях на ОПГМ) над нормативным, особенно в области его пиков.

3. Максимально выражена недостаточность функций височных, лобных и левотеменных отделов коры (пространственный гнозис, динамический праксис, слухоречевая и зрительная память).

4. Выраженность расстройств ряда функций связана, кроме наличия ОПГМ и стадии заболевания, с его длительностью, наличием клинико-анамнестических признаков ММД и ведущих клинических синдромов.

5. Установлена связь тяжести состояния больных при поступлении, выписке и его динамики с указаниями на ОПГМ, стадией невротического расстройства и выраженностью ММД.

6. Приведенные данные свидетельствуют о существенной роли ММД в переходе расстройства из острого в затяжное, в развитии основных клинических синдромов заболевания, тяжести состояния и его терапевтической резистентности.

7. Большая частота и выраженность правосторонних типов ММД и ФМПАГМ при затяжных невротических расстройствах по сравнению с острыми указывают на неблагоприятное значение этих факторов для хронизации невротического расстройства.

8. Используемая стандартизованная нейропсихологическая методика является достаточно чувствительным и надежным инструментом исследования центральных мозговых механизмов невротических расстройств, в первую очередь для выявления ММД при невротических и неврозоподобных расстройствах.

### *Литература*

1. *Аббков В.А.* Патоморфоз невротозов : автореф. дис ... д-ра мед. наук / В.А. Аббков. – СПб., 1992. – 39 с.
2. *Айропетянц М.Г.* Невротозы в эксперименте и клинике / М.Г. Айропетянц, А.М. Вейн. – М.: Наука, 1982. – 272 с.
3. *Александровский Ю.А.* Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский. – М. : Медицина, 2000. – 496 с.
4. *Баллонов Л.Я.* Слух и речь доминантного и недоминантного полушарий / Л.Я. Баллонов, В.Л. Деглин. – Л., 1976. – 220 с.
5. *Бобкова В.В.* Соотношение между различными функциональными системами мозга у больных невротическими состояниями / В.В. Бобкова // Нейропсихологические исследования в неврологии, нейрохирургии и психиатрии: сб. науч. тр. Науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева. – Л., 1981. – Т. 97. – С. 100–102.
6. *Брагина Н.Н.* Функциональные асимметрии человека / Н.Н. Брагина, Т.А. Доброхотова. – М.: Медицина, 1981. – 288 с.
7. *Вассерман Л.И.* Методы нейропсихологической диагностики : практ. руководство / Л.И. Вассерман, С.А. Дорофеева, Я.А. Меерсон. – СПб., 1997. – 360 с.
8. *Вейн А.М.* Неврологические и клиничко-функциональные аспекты невротозов у человека / А.М. Вейн // Невротозы в эксперименте и клинике / М.Г. Айропетянц, А.М. Вейн. – М. : Наука, 1982. – С. 124–241.
9. *Деглин В.Л.* Решение силлогизмов в условиях проходящего угнетения правого или левого полушария мозга / В.Л. Деглин, Т.В. Черниговская // Физиология человека. – 1990. – Т. 16, № 5. – С. 21–28.
10. *Дорофеева С.А.* Мозговая дефицитарность и функциональная межполушарная асимметрия головного мозга у больных невротозами / С.А. Дорофеева, А.Г. Кондинский, А.У. Тархан // Обзор. психиатрии и мед. психологии. – 1994. – № 3. – С. 126–128.
11. *Закс Л.* Статистическое оценивание / Л. Закс. – М., 1976. – 598 с.
12. *Значение комплексного обследования в системе восстановительного лечения больных аффективными психозами / М.В. Иванов, С.В. Ткаченко, М.А. Акименко, Н.А. Аносов // Диагностика и реабилитация в психиатрии : сб. науч. тр. Науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева. – Л., 1993. – Т. 133. – С. 81–91.*
13. *Карвасарский Б.Д.* Невротозы / Б.Д. Карвасарский. – М. : Медицина, 1990. – 576 с.

14. *Кульгавин Л.М.* Исследование функциональной асимметрии мозга при невротозах в связи с задачами терапии и прогноза : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.М. Кульгавин. – Л., 1989. – 26 с.

15. Лечение невротических расстройств в условиях полипрофессиональной бригады в период социально-экономических перемен: методические рекомендации / Т.А. Караваева, Б.Д. Карвасарский, А.А. Ващенко [и др.] ; С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. – СПб., 2010. – 24 с.

16. О значении мозговой дефицитарности и функциональной межполушарной асимметрии головного мозга при невротических расстройствах и их психотерапии / Д.О. Белогорцев, А.Г. Кондинский, Р.К. Назыров [и др.] // Психич. здоровье. – 2010. – № 10. – С. 9–14.

17. *Попов Е.М.* Об участии резидуального органического поражения мозга в формировании невротических симптомов / Е.М. Попов // Третий всерос. съезд невропатологов и психиатров : тез. докл. – М., 1974. – Т. 2. – С. 335–337.

18. Роль минимальной мозговой дефицитарности и особенностей функциональной межполушарной асимметрии головного мозга в дифференциальной диагностике невротических и невротоподобных расстройств / В.А. Абабков, Д.О. Белогорцев, А.В. Васильева [и др.] // Психич. здоровье. – 2010. – № 8. – С. 8–13.

19. *Спрингер С.* Левый мозг, правый мозг / С. Спрингер, Г. Дейч. – М. : Мир, 1983. – 256 с.

20. *Тархан А.У.* Возможности нейропсихологического метода исследования в клинике алкоголизма / А. У. Тархан // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2009 – № 11. – С. 69–75.

21. *Тархан А.У.* Нейропсихологическая диагностика минимальной мозговой дефицитарности у больных с алкогольной зависимостью: методические рекомендации / А.У. Тархан ; С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. – СПб., 2008. – 60 с.

22. *Тархан А.У.* Нейропсихология эмоциональных расстройств при алкогольной зависимости / А.У. Тархан // Обозр. психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 2009. – № 1. – С. 77–83.

23. *Тархан А.У.* Особенности нарушений высших психических функций при алкогольной зависимости и их прогностическое значение / А.У. Тархан // Вопр. наркологии. – 2001. – № 4. – С. 60–67.

24. *Тархан А.У.* Роль дефицитарности левого и правого полушарий головного мозга в развитии алкогольной анозогнозии / А.У. Тархан // *Вопр. наркологии.* – 2007. – № 6. – С. 15–21.

25. *Тархан А.У.* Роль минимальной мозговой дефицитарности в развитии неврозоподобных расстройств при алкогольной зависимости / А.У. Тархан // *Психич. здоровье.* – 2011. – № 7. – С. 79–86.

26. *Тархан А.У.* Роль мозговой дефицитарности, особенностей функциональной межполушарной асимметрии головного мозга и алекситимии при невротических расстройствах / А.У. Тархан, С.А. Дорофеева, А.Г. Кондинский // *Вестн. психотерапии.* – 2003. – № 9(14). – С. 116–130.

27. *Ташлыков А.В.* Внутренняя картина болезни при неврозах и ее значение для терапии и прогноза : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Ташлыков А.В. – Л., 1986. – 26 с.

28. *Ткаченко С.В.* Нейропсихологический анализ дефекта при шизофрении и аффективных психозах / С.В. Ткаченко // *Шизофренический дефект (диагностика, патогенез, лечение): сб. науч. тр. Науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева.* – СПб., 1991. – Т. 130. – С. 95–124.

29. *Черниговская Т.В.* Метафорическое и силлогическое мышление как проявление функциональной асимметрии мозга / Т.В. Черниговская, В.Л. Деглин // *Ученые зап. Тартуского гос. университета.* – Тарту, 1986. – Вып. 19 : Труды по знаковым системам. – С. 68–84.

30. *Шкловский В.М.* Заикание / В.М. Шкловский. – М., 1994. – 284 с.

31. *Kwestionariusze objawowe «S» I «O» – narzeczcia sluzace do diagnozy i opisue zaburzen nerwicowych / J.W. Aleksandrowicz, K. Bierzynski, J. Filipiak [et al.] // Psychoterapia (Krakow).* – 1981. – XXXVII. – S. 11–27.

32. *Neurologic soft signs in chronic posttraumatic stress disorder / T.V. Gurvits, M.W. Gilbertson, N.B. Lasko [et al.] // Arch. gen. psychiatry.* – 2000. – Vol. 57. – P. 181–186.

33. *Neurological status of Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder / T.V. Gurvits, N.B. Lasko, S.C. Schachter [et al.] // J. Neuropsychiatry Cl. Neurosci.* – 1993. – № 5. – P. 183–188.

34. *Subtle neurologic compromise as a vulnerability factor for combat-related posttraumatic stress disorder / T.V. Gurvits, L.J. Metzger, N.B. Lasko [et al.] // Arch. gen. psychiatry.* – 2006. – Vol. 63. – P. 571–576.

# ЭКСТРЕМАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 615.851

*М.В. Пряхина, Я.В. Голуб*

## **ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПАЛСИНГА, СВЕТОЗВУКОВОЙ И МУЗЫКАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В КОРРЕКЦИИ СОСТОЯНИЙ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ СОТРУДНИКОВ ОВД \***

Санкт-Петербургский университет МВД России;  
Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт  
физической культуры

Большое значение в сохранении здоровья и работоспособности специалистов правоохранительной системы имеет деятельность психологов по оценке и коррекции последствий профессионального стресса. Социальная и экономическая «цена» последствий профессионального стресса сотрудников правоохранительной системы очень высока. Связанное со стрессом девиантное поведение сотрудников органов внутренних дел (ОВД) в сочетании с состояниями дезадаптации и пограничными нервно-психическими расстройствами является серьезным препятствием к достойному выполнению ими своих профессиональных обязанностей по обеспечению порядка и внутренней безопасности в стране. Нарушения межличностного взаимодействия сотрудников ОВД с гражданским населением выступают существенным фактором формирования общей морально-политической атмосферы в стране.

Можно говорить о том, что проблема профессионального стресса сотрудников МВД России, будучи по содержанию медико-психологической, по своей причинности социально-психологической, по исходам и значимости является социальной проблемой, и ее решение влияет на состояние общества в целом.

По данным исследования, проведенного в 2003–2005 гг. на базе Управления вневедомственной охраны при ГУВД по Санкт-Петербургу и Ленинградской обл., у 26,9 % из обследованных 9305 сотрудников была

---

\* Представленные результаты исследования являются предварительными. Безусловно, авторские психокоррекционные методики нуждаются более детальной объективизации психофизиологического состояния пациентов. – *Примеч. ред.*

отмечена непатологическая психическая дезадаптация, у 8,8 % – патологическая психическая адаптация, а вероятно болезненное состояние было зафиксировано у 9,7 % респондентов [1].

В исследовании, проведенном А.П. Шиховой в 2006–2008 гг., установлено, что более чем у  $\frac{1}{3}$  обследованных сотрудников специализированных подразделений дознания ОВД ГУВД по Санкт-Петербургу и Ленинградской обл. наблюдаются психологические детерминанты профессионального выгорания, которое на поведенческом уровне проявляется в редукации выполнения профессиональных обязанностей и неадекватного (или экономного) эмоционального реагирования, личностной отстраненности, неудовлетворенности собой [13].

В 2010–2011 гг. И.Ю. Кобозевым обследованы руководители ОВД среднего звена из 50 регионов России. Низкая интенсивность профессионального стресса наблюдалась у 23 % от общего числа обследованных руководителей, в то время как количество руководителей с высокой и средней интенсивностью профессионального стресса составило 85 % [5].

Данные этих исследований указывают на высокий уровень стрессорных воздействий, которым подвергаются сотрудники органов внутренних дел в ходе повседневной жизнедеятельности. Все это объясняет достаточно широкую распространенность среди работников правоохранительных органов различных психогенных расстройств, состояний нервно-психической дезадаптации, являющихся следствием высокой интенсивности профессионального стресса [8].

В ходе проведенных исследований при апробации комплексных реабилитационных программ было доказано, что состояния нервно-психической дезадаптации, возникающие под воздействием стрессорных факторов, могут быть успешно скорректированы современными психокоррекционными методами и не приводить к утрате сотрудниками ОВД трудоспособности в рамках их основной профессиональной деятельности [9].

Одними из основных психокоррекционных методов в этих программах являлись метод телесно-ориентированной коррекции – палсинг (холистический массаж), светозвуковая стимуляция (СЗС) и музыкотерапия. Палсинг (pulsing с англ. – пульсация) не является массажем в привычном понимании этого слова, в нем нет интенсивных растираний и разминаний. Руки создают плавный ритм покачиваний, волнами проходящих по всему телу и сообщающих ему такую расслабленность и безмятежность, которой можно достичь только в теплой воде. Темп покачиваний соответствует пульсу внутриутробного малыша (120–160 уд./мин). Считается, что нега-

тивные психические состояния способствуют напряжению мышц, возникновению мышечных «блоков». Палсинг позволяет организму мягко «растворить созданные зажимы» [10, 12].

По мнению автора палсинга Т. Браунинг, лежащие в основе метода техники раскачивания и вибрации вызывают резонанс тканей и клеток организма. Метод обладает сильным релаксационным и саморегулирующим действием и показал свою эффективность при лечении различных психогенных расстройств [11]. Авторы зафиксировали в ходе проведения сеансов холистического массажа новое функциональное состояние человека, которое отражается в своеобразном ЭЭГ-паттерне (длительное трехкратное обнуление показателей биоэлектрической активности мозга одновременно по всем отведениям) и интерпретируется ими как процесс самоорганизации нашего организма.

В системе МВД России имеется специфика отношений к психологам, связанная с тем, что у сотрудников сохраняется опасение, что данные, которые получает психолог, могут стать известны вышестоящим руководителям и повлиять на ход их службы и карьерный рост. В таких условиях работы использование методов телесно-ориентированной коррекции для поддержания психического здоровья и работоспособности сотрудников без вербальных психотехник становится незаменимым [7].

Светозвуковая стимуляция используется в практике работы психологов ОВД с 1980-х гг. Из аппаратного оснащения в ОВД МВД России известны такие аппараты, как «Вояджер» («NovaPro», США) и отечественный прибор «ТММ Мираж» (Визард). Использование специальных режимов работы прибора Визард позволяет эффективно использовать его для:

- 1) достижения глубокой релаксации;
- 2) развития образного мышления, что повышает эффективность деятельности за счет улучшения способности воспринимать и анализировать ситуацию в целом;
- 3) снижения избыточного мышечного напряжения, что улучшает точностные движения и координационную способность при выполнении движений (стрельба, управление автомобилем и т.п.);
- 4) повышения стресс-устойчивости при использовании АВС в сочетании со специальными аудиозаписями с «формулами цели»;
- 5) устранения психологических проблем;
- 6) усиления альфа-ритма – в этом состоянии отмечается успешная деятельность, например съем ЭЭГ у спортсменов-каратистов на тренировках в момент разбивания кирпичей рукой показал, что успешное действие

совершается, когда на ЭЭГ доминирует альфа-ритм. При неэффективном действии (кирпичи остаются неразбитыми) на ЭЭГ наблюдаются признаки гиперактивации – доминируют бета-волны;

7) нормализации сна;

8) ускорения восстановительных процессов за счет нормализации кровообращения и дыхания, улучшения микроциркуляции и релаксации, замедления катаболических процессов [3].

В коррекции состояний нервно-психической дезадаптации сотрудников ОВД мы использовали также музыкальную стимуляцию. О влиянии музыки на состояние человека известно с античных времен. Термин «музыкотерапия» имеет греко-латинское происхождение и в переводе означает «исцеление музыкой». Существует много определений этого понятия, одно из которых рассматривает музыкальное воздействие как средство профилактики, реабилитации, повышения резервных возможностей организма.

В настоящее время в музыкотерапии оформилось несколько школ, ориентированных на идеи психорезонанса необходимых переживаний (шведская школа), создание каталогов лечебных музыкальных произведений разных жанров и стилей с учетом стимулирующего или успокаивающего лечебного действия (американская школа), интеграцию музыки, пения, танца для профилактики болезней (итальянская школа), создание каталогов лечебных музыкальных произведений при лечении хронических заболеваний, интеграцию слова, живописи и музыки для повышения резервных возможностей организма (российская школа) и др.

В нашем исследовании мы использовали музыку хрустальных чаш Т. Винковского и В. Никитина.

### ***Организация и методы исследования***

Исследование по изучению влияния палсинга, СЗС и музыки в различных сочетаниях на психофизиологическое состояние сотрудников ОВД проводилось в 2011 г. на базе отдела МВД по Приозерскому р-ну Ленинградской обл.

Исследование осуществлялось с использованием психологических и психофизиологических методов. В начале исследования в ходе скрининга были выявлены сотрудники (15 человек) с высокой интенсивностью стресса и нарушениями нервно-психической адаптации. При проведении скрининга использовались опросник В.А. Винокура и тест нервно-психической адаптации И.Н. Гурвича [2, 4].



Входная и выходная диагностика состояния сотрудников, принявших участие в проведении коррекционных мероприятий, осуществлялась с помощью программно-аппаратного комплекса психофизиологических тестов (ПАКПФ-02). В диагностическом комплексе исследовали следующие параметры: реакцию на движущийся объект (РДО), время простой сенсомоторной реакции на свет (ПСМР), подвижность нервных процессов, время сложной сенсомоторной реакции (ССМР), время работы с КЧТ (красно-черные таблицы), удельное время удержания кнопки при ТТ (теппинг-тест), объем зрительного восприятия, воспроизводимые временные интервалы.

Во время коррекционных мероприятий в качестве одного из объективных индикаторов использовались методы анализа биоэлектрической активности мозга. Регистрация и анализ ЭЭГ проводились на 10-канальном электроэнцефалографе «Нейроскоп» (Биола) с помощью прилагаемого к нему пакета программного обеспечения. Спектральный анализ ЭЭГ проводился с расчетом средних значений спектральной плотности мощности (СПМ) в четырех стандартных диапазонах: дельта (1–4 Гц), тета (4–7 Гц), альфа (7–12 Гц), бета (12–31 Гц). Параллельно с записью ЭЭГ по завершении сеанса пациентам были заданы вопросы о их состоянии и пережитых ощущениях.

### ***Результаты и их анализ***

В связи с тем что объем выборки небольшой, а исходные параметры обладают выраженными индивидуальными различиями, нами применялся метод анализа динамики направленности изменений изучаемых психофизиологических показателей.

При анализе полученных данных (см. таблицу) выявлено, что все используемые методики – как в комбинации, так и по отдельности – оказывают нормализующее воздействие на баланс процессов возбуждения–торможения после курсового воздействия; вместе с тем после однократных сеансов отмечено преобладание процессов торможения при использовании палсинга и палсинга в сочетании с музыкой, что свидетельствует о целесообразности использования этих методик у пациентов с исходным доминированием процессов возбуждения.

Сочетание палсинга с СЗС и музыкой приводило к небольшому доминированию процессов возбуждения, что, вероятно, связано с вовлечением большего числа сенсорных входов и свидетельствует о возможности применения таких сочетаний у пациентов с исходным доминированием процессов торможения.

*Результаты регистрации психофизиологических показателей в динамике  
курсового использования коррекционных мероприятий*

Методика	РДО		Время ПСМР		Время ССМР		Подвижность нервных процессов		Время работы с КЧТ		Объем зрительного восприятия		Воспроизведение временных интервалов		Удельное время удержания кнопки при ПТ		
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	
	Палсинг	Т	Н	+	-	0	0	-	+	-	0	0	0	0	Н	Н	-
Музыка	Н	Н	0	0	0	0	0	+	-	0	0	0	0	Н	0	0	-
СЗС	Н	Н	0	-	-	--	0	++	0	+	0	+	0	Н	0	0	-
Палсинг + музыка	Т	Н	0	0	0	-	-	+	-	0	0	0	0	Н	-	-	-
Палсинг + СЗС	В	Н	0	0	0	-	-	+	0	0	0	+	0	Н	0	--	--
Палсинг + СЗС + музыка	В	Н	0	-	0	--	0	++	0	+	+	++	0	Н	-	--	--

1 – после сеанса, 2 – после курса, Т – торможение, В – возбуждение,  
Н – нормализация, «+» – увеличение, «-» – уменьшение, 0 – без динамики.

Среди используемых методик при курсовом использовании наиболее выраженное влияние на улучшение процессов дифференцировочного торможения оказывает СЗС – как в самостоятельно, так и в сочетании с палсингом. Также палсинг и СЗС при курсовом применении способствуют снижению времени простой сенсомоторной реакции.

Все используемые методики – как по отдельности, так и в различном сочетании – при курсовом применении повышают подвижность нервных процессов, причем этот эффект больше выражен при сочетанном использовании всех изучаемых методик.

Способность к переключению внимания после однократных сеансов несколько снижается при использовании палсинга в сочетании с музыкой, что, вероятно, связано с выраженным релаксирующим воздействием. После курсового применения способность к переключению внимания повышается, равно как и объем кратковременного зрительного восприятия при использовании сочетания всех трех методик.

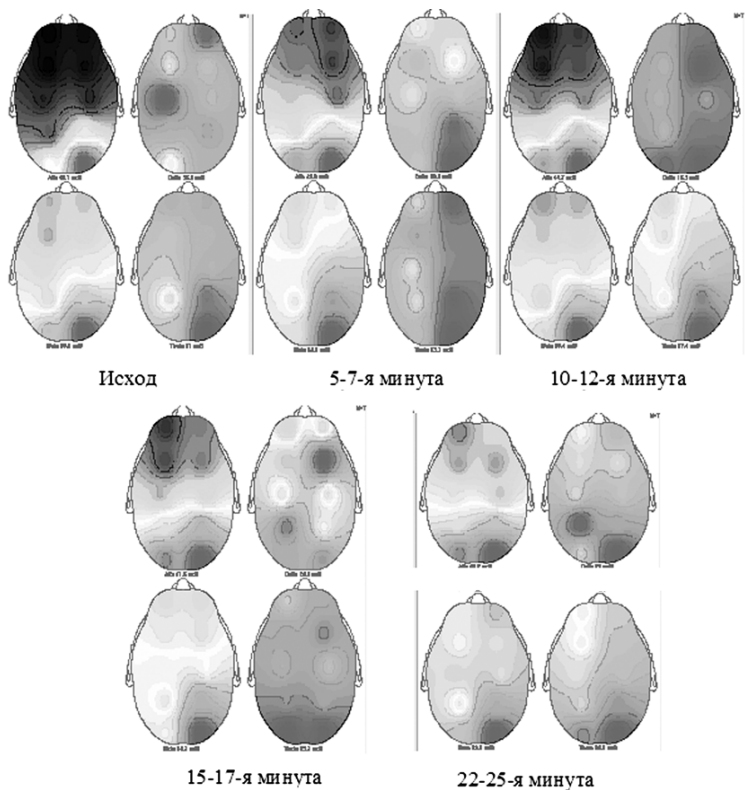
Также следует отметить нормализацию воспроизводимого временного интервала при курсовом использовании всех методик, что косвенно свидетельствует о снижении уровня тревожности.

При курсовом применении изучаемых методик по отдельности и в различном сочетании наблюдается тенденция к увеличению времени релаксации мышц в структуре циклического двигательного акта.

Таким образом, на основании выявленных тенденций изменения психофизиологических показателей при проведении процедур можно сделать вывод о повышении эффективности деятельности после их курсового применения.

В фоновой ЭЭГ (см. рисунок) наблюдалась полиморфная активность относительно низкой амплитуды с наличием альфа-, бета-, тета- и дельта-волн. Релаксация приводила к усилению медленно-волновой активности и сопровождалась формированием фокусов тета- и дельта-ритма, наряду с сохранением альфа-ритма, что, по-видимому, обусловлено применением СЗС. Наиболее типичной их локализацией являлись, как правило, проекция передних лобных долей, однако в целом ряде случаев отсутствовал закономерный характер даже у одного и того же обследуемого при повторных процессах. По мере проведения процедуры происходило увеличение медленно-волновой активности и перемещение ее фокусов, при этом исходная локализация фокусов, по-видимому, являлась своеобразной «точкой входа» в подсознание и определяла специфику переживаний в данном сеансе [6].

Наиболее типичным в первые 5–10 мин было перемещение зоны дельта-ритма (темные зоны рисунка) из лобных долей в теменные и далее в затылочные. На 10–20-й минутах сеансов, как правило, наблюдался максимум медленно-волновой активности в дельта- и тета-диапазоне. У части пациентов формировался мощный и обширный фокус дельта- и тета-ритма, локализующийся в области правого полушария.



*Динамика ЭЭГ при проведении сочетанных сеансов (палсинг, музыка и ССЗ)*

Анализируя в целом динамику электрической активности головного мозга при проведении процедур, можно отметить следующие характерные изменения: постепенное увеличение мощности тета- и дельта-ритма при сохраненных ритмах бодрствования (альфа- и бета-ритма). Пациенты отмечают при этом активизацию относительно поверхностных пластов памяти. Нередко эмоциональные переживания являются незнакомыми и неожиданными, но имеют окраску «уже виденного» (deja vu).

Отсутствие «зататчиков» контекста и полноценная релаксация позволяет процессу развиваться по своим внутренним законам, и маршрут смещения фокусов электрической активности приобретает при этом более или менее закономерный и присущий данному конкретному пациенту характер.

При описании своих состояний во время сеанса сотрудники чаще всего использовали такие определения, как «потеря контроля», «защищенность», «уверенность», «спокойствие», «провалы», «перемещение в пространстве», «потеря ощущения своего тела», «слияние со вселенной». После сеанса сотрудники ОВД чувствовали себя отдохнувшими, отмечали, что у них повысился тонус, улучшилось эмоциональное состояние, появилась уверенность в своих силах. У одного сотрудника сеансы психологической коррекции актуализировали травматический опыт, полученный во время боевых действий в Чечне. Это потребовало дальнейшей психотерапевтической работы с сотрудником, которая позволила отреагировать, осмыслить, принять и позитивно интегрировать в настоящую жизнь полученный травматический опыт.

### *Заключение*

Выявленная динамика изменений психофизиологических показателей свидетельствует о позитивном влиянии используемого комплекса психокоррекционных методик на функциональное состояние организма человека.

Полученные результаты, на наш взгляд, могут представлять большой научный и практический интерес, так как дают стимул для разработки новых программ психопрофилактики, психокоррекции и психореабилитации в рамках психологического обеспечения оперативно-служебной деятельности сотрудников МВД России. Исследования по объективизации психофизиологического состояния после проведения психокоррекционных методик следует продолжить.

### *Литература*

1. Антонова Н.А. Социально-психологические факторы нервно-психической дезадаптации сотрудников силовых структур : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Н.А. Антонова. – СПб., 2009. – 24 с.
2. Винокур В.А. Опросник ОПРВ (отношение к работе и профессиональное «выгорание») / В.А. Винокур. – СПб., 2009. – 24 с.
3. Голуб Я.В. Свето-звуковая стимуляция и психотренинг в спорте / Я.В. Голуб, О.М. Шелков, А.К. Дроздовский. – СПб., 2010. – 92 с.
4. Гурвич И.Н. Социальная психология здоровья / И.Н. Гурвич. – СПб., 1999. – 114 с.
5. Кобозев И.Ю. Профессиональный стресс руководителей органов внутренних дел и его психопрофилактика : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Кобозев И.Ю. – СПб., 2011. – 22 с.

6. *Козлов В.В.* Итоги исследования связного дыхания / В.В. Козлов. – URL: <http://www.zi-kozlov.ru/articles/1188-breathereasearch>.

7. *Пряхина М.В.* Телесно-ориентированная терапия в коррекции посттравматических состояний сотрудников ОВД / М.В. Пряхина // Социально-правовые и психологические основы деятельности органов внутренних дел: проблемы теории и практики : тез. докл. – СПб. : С.-Петербург. ун-т МВД России, 2002. – С. 45-47.

8. *Пряхина М.В.* Влияние внутриорганизмических источников стресса на нервно-психическую адаптацию сотрудников органов внутренних дел / М.В. Пряхина // Вестн. С.-Петербург. ун-та МВД России. – 2010. – № 3 (47). – С. 34-39.

9. *Пряхина М.В.* Профессиональный стресс руководителей органов внутренних дел и его психопрофилактика / М.В. Пряхина, И.Ю. Кобозев. – СПб., 2001. – 157 с.

10. *Тимошенко Г.* Работа с телом в психотерапии / Г. Тимошенко, Е. Леоненко. – М., 2006. – 480 с.

11. *Федорова Г.М.* Отодвигая черту / Г.М. Федорова, В.Б. Бажурина // Мир медицины. – 1998. – № 9/10. – С. 77–79.

12. *Федорова Г.* Холистический массаж / Г. Федорова, В. Бажурина. – СПб., 2001. – 186 с.

13. *Шихова А.П.* Профессиональный стресс в деятельности сотрудников специализированных подразделений дознания органов внутренних дел : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Шихова А.П. – СПб., 2009. – 24 с.

## **ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНО ВАЖНЫХ КАЧЕСТВ У ОПЕРАТОРОВ АТОМНЫХ ЭЛЕКТРОСТАНЦИЙ, ВЛИЯЮЩИХ НА УСПЕШНОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Обнинский научно-исследовательский центр «Прогноз»,  
Обнинск, Калужская обл.

### ***Введение***

Безопасность и надежность работы атомных электростанций (далее – АЭС) обуславливает не только безаварийная работа оборудования, но эффективная и успешная работа персонала АЭС. Управление человеком-оператором сложными техническими энергетическими комплексами предполагает наличие у него не только профессиональных знаний, но и профессионально важных психологических качеств (ПВК), которые обеспечивают успешность его профессиональной деятельности.

Специфика работы специалистов ядерно-опасных объектов заключается в их высокой ответственности за каждое решение, в необходимости постоянно иметь представление о ходе управляемых процессов и быть готовым к точным и своевременным действиям, так как цена их ошибок слишком велика. Система взаимоотношений и взаимодействия людей, создающих и обслуживающих технику, имеющую повышенный фактор риска, выводит проблему роли человека в обеспечении безопасности и надежности такой техники на уровень глобальных проблем.

Большая роль в управлении энергетическими комплексами возложена на персонал блочного щита управления, в том числе на ведущего инженера по управлению реактором (ВИУР). ВИУР осуществляет оперативное управление ядерным реактором и его технологическими системами, обеспечивает работу реакторной установки и вспомогательного оборудования в соответствии с регламентом и эксплуатационными инструкциями. Широкое применение на современных АЭС комплексной автоматизации кардинально изменило характер труда и информационную структуру деятельности оперативных специалистов. Это привело к повышению требований к ПВК специалистов и надежности их профессиональной деятельности, особенно в сложных экстремальных условиях.

Целью настоящего исследования является оценка степени сформированности ПВК ВИУР с различным уровнем успешности профессиональной

деятельности для разработки индивидуально-ориентированных программ, направленных на улучшение определенных ПВК.

### ***Материал и методы***

Обследовали 22 ВИУР, в возрасте от 30 до 48 лет и со стажем работы от 6 мес до 18 лет. Исследование было проведено в 2010 г. на двух АЭС. Выделены ПВК у ВИУР на основании профессиографического анализа, который проводился совместно со специалистами Обнинского научно-исследовательского центра «Прогноз» (ОНИЦ «Прогноз» под руководством В.Н. Абрамовой) и Научно-практического центра «Прогноз-Петербург» (НПЦ «Прогноз-Петербург» под руководством И.В. Волковой). В результате профессиографического анализа экспертами были выделены ПВК ВИУР, представленные в табл. 1 [1, 2].

*Таблица 1*

*ПВК, обеспечивающие успешность профессиональной деятельности ВИУР*

Шифр	ПВК	Определение
A1	Коммуникативность	Слышит и понимает информацию, которую передает партнер, передает информацию точно, своевременно и в полном объеме
A2	Умение работать в команде	Согласовывает свою работу с коллегами, работает на командные цели, ориентируется на принятые в коллективе нормы, требования поведения; отсутствие конфликтности, доброжелательность
A3	Аналитичность мышления	Анализирует информацию, сопоставляет информацию, устанавливает причинно-следственные связи, выделяет существенные признаки информации
A4	Стрессоустойчивость, устойчивость к монотонной, однообразной работе	Действует собранно, четко и конструктивно в критических ситуациях и в ситуациях неопределенности
A5	Благоразумие и осторожность	Предусматривает возможную опасность, прогнозирует нежелательные последствия своих действий
A6	Дисциплинированность, исполнительность	Следует инструкциям, правилам, установленной последовательности операций, старательно исполняет поручения
A7	Ответственность	Добросовестно выполняет свои обязанности, отвечает за свои поступки
A8	Работоспособность и самоконтроль	Длительно сохраняет высокую работоспособность
A9	Эффективность в принятии решений	Быстро принимает правильные решения в условиях дефицита времени, оценивает последствия принимаемых решений, оперативно оценивает обстановку



Шифр	ПВК	Определение
A10	Преданность идеям организации, принятие норм и ценностей организации, приоритет безопасности в работе	Осознает ответственность за безопасность работы, проявляет требовательность к другим и лично выполняет правила безопасности
A11	Стремление к профессиональному росту	Совершенствует профессиональные знания, занимается самообразованием в профессии
A12	Профессиональная квалификация и компетентность	Уровень профессиональной квалификации и компетентности

С помощью экспертной оценки определялись степень развития ПВК по 5-балльной шкале у ВИУР и уровень их профессионального (должностного) соответствия (далее – УДС) по 9-балльной шкале [3, 4]. В качестве экспертов выступали инструкторы учебно-тренировочных центров/учебно-тренировочных пунктов, психологи, участвующие в противоаварийных тренировках на полномасштабном тренажере и непосредственные руководители ВИУР, имеющие опыт работы в должности не менее 3 лет и хорошо знающие оцениваемых. Экспертная оценка каждого оператора проводилась не менее тремя экспертами.

На основе анализа характера распределения экспертных оценок были разработаны критерии успешности профессиональной деятельности, соответствующие одному из двух уровней. Каждый из названных уровней определяется на основании интегральных критериев (УДС, ПВК), представленных в табл. 2.

*Таблица 2*  
*Критерии успешности профессиональной деятельности ВИУР, балл*

Уровень успешности	УДС	Уровень развития ПВК
Высокий	7–9	3,7–5,0
Средний	1–6	1,0-3,6

Для оценки различий (сходства) сформированности основных ПВК в группах ВИУР с различным УДС, был применен непараметрический критерий Манна–Уитни.

### ***Результаты и обсуждение***

На основании результатов экспертной оценки УДС ВИУР были выделены две группы операторов: 1-я (n = 8) – высокий уровень УДС; 2-я (n = 14) – средний уровень УДС (табл. 3).

*Таблица 3*  
*Степень развития ПВК в группах ВИУР, балл (M ± m)*

Шифр ПВК (см. табл. 1)	Группа ВИУР		p <
	1-я	2-я	
A1	3,5 ± 0,1	3,0 ± 0,1	0,05
A2	3,5 ± 0,1	3,2 ± 0,1	–
A3	3,7 ± 0,1	3,7 ± 0,1	–
A4	3,7 ± 0,1	3,3 ± 0,2	–
A5	4,1 ± 0,2	3,7 ± 0,1	0,05
A6	4,0 ± 0,2	3,7 ± 0,1	–
A7	4,0 ± 0,2	3,5 ± 0,1	0,05
A8	3,7 ± 0,1	3,5 ± 0,1	–
A9	3,8 ± 0,2	3,5 ± 0,1	–
A10	3,7 ± 0,1	3,5 ± 0,1	–
A11	3,5 ± 0,2	3,5 ± 0,1	–
A12	4,0 ± 0,1	3,5 ± 0,1	0,05
Итого, % от общего количества различий			33

Как следует из данных, представленных в табл. 3, между УДС и уровнем развития ПВК (кроме А11 «стремление к профессиональному росту» и А3 «аналитичность мышления») существует прямо пропорциональная зависимость, то есть с оптимизацией уровня развития ПВК повышается и уровень успешности профессиональной деятельности ВИУР. Интересно отметить, что достоверные различия в группах ВИУР были выявлены по следующим ПВК (до 33 %): А1 «коммуникативность», А5 «благоразумие и осторожность», А7 «ответственность», А12 «профессиональная квалификация и компетентность».

Далее была проведена сравнительная оценка успешности профессиональной деятельности ВИУР в зависимости от стажа работы в должности. Результаты анализа показали, что в 1-й группе операторов преобладают ВИУР со стажем работы 5 лет и более, во 2-й группе – со стажем работы 1–2 года (табл. 4).

С целью обеспечения безаварийной и надежной эксплуатации сложными техническими энергетическими комплексами необходимо формировать высоко успешных операторов. Критерием успешности является степень развития ПВК более 3,7 баллов (табл. 5).

*Таблица 4*  
*Распределение ВИУР с различным стажем работы*

Группа ВИУР	Группа ВИУР по стажу работы, лет		
	1–2	3–4	5 лет и более
1-я	1	2	5
2-я	11	2	1
Общая	12	4	6

*Таблица 5*  
*Перечень ПВК, нуждающихся в профессиональном развитии у ВИУР, балл*

Группа ВИУР	Шифр ПВК											
	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12
1-я	3,5	3,5	–	–	–	–	–	–	–	–	3,5	–
2-я	3,0	3,2	–	3,3	–	–	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5

По данным исследования, во 2-й группе нуждаются в развитии следующие ПВК (см. табл. 5): A1 «коммуникативность», A2 «умение работать в команде», A4 «стрессоустойчивость, устойчивость к монотонной, однообразной работе», A5 «благоразумие и осторожность», A7 «ответственность», A8 «работоспособность и самоконтроль», A9 «эффективность в принятии решений», A10 «преданность идеям организации, принятие норм и ценностей организации, приоритет безопасности в работе», A11 «стремление к профессиональному росту», A12 «профессиональная квалификация и компетентность», что свидетельствует о недостаточно высоких умениях вести оперативные переговоры, передавать информацию, согласовывать свою работу с коллегами, работать на командные цели. Отсюда вытекает вероятность возникновения ошибок при межличностном взаимодействии во время выполнении профессиональных задач.

В 1-й группе ВИУР также выявлены качества, которые нуждаются в развитии (см. табл. 5): A1 «коммуникативность», A2 «умение работать в команде», A11 «стремление к профессиональному росту». Снижение такого ПВК, как «стремление к профессиональному росту», связано со своеобразной недооценкой значимости новых профессиональных знаний, завышенной самооценкой за счет приобретенного опыта, так как в группе операторов с высоким уровнем успешности преобладают ВИУР с критическим стажем работы в должности 5 лет и более.

### **Выводы**

1. В группе операторов с высоким уровнем успешности отмечаются более развитые ПВК. Достоверные различия (до 33 %) были выявлены по следующим качествам: А1 «коммуникативность», А5 «благоразумие и осторожность», А7 «ответственность», А12 «профессиональная квалификация и компетентность».

2. Для группы ВИУР с высоким УДС характерна прямо пропорциональная зависимость от стажа работы, а для ВИУР со средним уровнем успешности характерна обратно пропорциональная зависимость от стажа работы.

3. В системе психологической подготовки оперативного персонала необходимо разрабатывать индивидуально-ориентированные программы, направленные на развитие ПВК операторов. Учет результатов оценки ПВК повышает эффективность реализации индивидуально-ориентированных программ, которые должны включать следующие мероприятия: индивидуальное консультирование, занятия, тренинги и другие методы по развитию ПВК.

### **Литература**

1. *Абрамова В.Н.* Организационная психология, организационная культура и культура безопасности в атомной энергетике / В.Н. Абрамова. – М. ; Обнинск : ИГ-СОЦИН, 2009. – 260 с.

2. *Абрамова В.Н.* Успешность профессиональной деятельности персонала атомных станций – концептуальные вопросы / В.Н. Абрамова, С.П. Аксиненко. – Обнинск : ИГ-СОЦИН, 2007.– 204 с. – (Тр. психол. службы в атом. энергетике и пром-сти ; т. 3).

3. *Абрамова В.Н.* Психологические особенности долгосрочного прогнозирования профессионального развития личности руководителей-операторов атомных станций / В.Н. Абрамова, Т.Б. Мельницкая, В.И. Седин. – Обнинск : Изд-во ОНИЦ «Прогноз», 2002. – 238 с. – (Тр. психол. службы в атом. энергетике и пром-сти ; т. 1).

4. *Седин В.И.* Психологическая объективизация аттестационных характеристик и уровня должностного соответствия офицеров командного профиля деятельности / В.И. Седин ; Воен.-мор. инж. ин-т. – СПб., 2003. – 100 с.

## **ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ОТДЕЛЬНЫХ КОГНИТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ НА КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ И ЭФФЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТБОЕВЫХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ**

Волгоградский областной клинический госпиталь ветеранов войн;  
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева;  
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

### ***Введение***

Данные о когнитивных изменениях у комбатантов в отдаленном периоде боевого стресса представляют существенный научный и практический интерес как с позиции патогенного значения, так и эффективности лечения. Клиницисты отмечают специфические нарушения памяти в психопатологической картине постстрессовых расстройств, которые характеризуются расхождением между затрудненным произвольным припоминанием травматических событий диссоциативной природы и легко возникающими произвольными воспоминаниями об этом [9].

Существующие же психологические когнитивно-поведенческие теории возникновения и развития посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) сосредоточиваются либо на изменении у индивидуума в результате травмы восприятия и оценки произошедших катастрофических событий и их последствий [10], либо системы убеждений в отношении себя и окружающего мира, в этих рамках выраженность ПТСР зависит от отсутствия чувства безопасности, так как такой индивид конструирует свой жизненный опыт, основываясь на имплицитной внутренней структуре, включающей в себя убеждение о враждебности и опасности внешнего мира, представление о собственном «Я» как слабом и незащищенном [7, 11]. Представления индивида, сквозь призму которых воспринимаются события окружающего мира, влияют и на проявления различных симптомов возникшего заболевания. Так, высокая интенсивность гнева у комбатантов может быть объяснена наличием негативных установок по отношению к другим людям (враждебность–параноидность), а склонность подавлять открытое проявление гнева – особыми установками относительно приемлемости и целесообразности проявлений агрессии в межличностных отношениях [1].

Представления о зависимости характера и выраженности психопатологических симптомов от когнитивной составляющей личности комбатантов (в рамках модели возникновения стресса, где ключевыми являются индивидуальные отличия, а не сила боевых или других стрессоров), имеют большое значение для создания психологических способов коррекции возникающих расстройств. Необходимо отметить, что теоретические построения когнитивных моделей ПТСР имеют слабое экспериментальное подтверждение, статистическую доказательную базу. Применительно к комбатантам в российских источниках эта тема освещена недостаточно, хотя имеет большое научно-практическое значение.

Цель работы – выявить особенности некоторых когнитивных процессов у комбатантов и восприятия ими окружающей действительности, а также провести анализ их влияния на симптомы боевого посттравматического расстройства, эмоциональные и поведенческие расстройства.

### ***Материалы и методы***

Для реализации цели с добровольного согласия обследовали 440 комбатантов, средний возраст ( $40,0 \pm 0,4$ ) лет, разделенных для целей исследования на группы:

1-ю ( $n = 83$ ), средний возраст ( $39,7 \pm 0,9$ ) года – с максимальной выраженностью симптомов ПТСР;

2-ю ( $n = 357$ ), средний возраст ( $40,1 \pm 0,5$ ) года – с субклиническими проявлениями ПТСР.

Использовался традиционный клиничко-anamnestический метод, с целью объективизации клинических данных, а также количественного учета психопатологических признаков и поведенческих нарушений применялся экспериментально-психологический метод:

– качественные изменения посттравматической памяти и восприятия (деперсонализационные) изучались на основании соответствующих субшкал: восприятие окружающей действительности (ДПВОС) и памяти (ДППАМ) модифицированной оценочной градуированной шкала деперсонализации Нуллера-Генкиной [6];

– наличие симптомов и уровня ПТСР с помощью «Миссисипской шкалы посттравматических стрессовых реакций (военный вариант)» (ПТСР) [8];

– базовые убеждения были оценены на основе оригинальной методики количественного стандартизированного интервью для диагностики дисфункциональных убеждений [4], с выделением в их структуре субшкал

(групп установок) «Враждебной агрессивности», «Социальной несостоятельности», «Личностная беспомощность», «Партнерской дисгармонии»;

– проявления агрессивного поведения измерялись с помощью «Шкалы агрессивного поведения»<sup>1</sup> [3];

– для оценки аффективного состояния испытуемых были использованы: оригинальная клиническая шкала «Многомерной оценки гнева» [5], опросник депрессии А. Векс [8], «Шкала оценки уровня реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ)» Спилбергера–Ханина [2].

Анализ данных проводился статистическим пакетом SPSS-17, достоверность различий оценивалась U-критерием Mann–Whitney. Для уточнения всех взаимосвязей клинических, поведенческих и когнитивных показателей был проведен корреляционный анализ с помощью коэффициента Pearson между различными значимыми факторами, связанными с ПТСР, а также многофакторный и однофакторный дисперсионный анализ.

### **Результаты и их обсуждение**

*Особенности восприятия окружающего мира в отдаленном периоде боевого стресса.* В 1-й группе, по сравнению со 2-й, было больше чем в 2 раза комбатантов с эмоционально болезненным восприятием окружающей действительности, что соответствует на клиническом уровне симптому гипертельности из критериев ПТСР (рис. 1, п. 1).



*Рис. 1. Сравнительная характеристика восприятия окружающего мира*  
Оценка восприятия: 1 – остро-эмоциональное, повышено болезненное; 2 – притупленное, как сквозь пленку, мутное стекло; 3 – обычное; 4 – плоское, фрагментарное, «мертвое».

<sup>1</sup> На методику получен патент на изобретение РФ № 2400140 «Способ оценки агрессивного поведения» (2009 г.).

При этом в 1-й группе было также больше комбатантов, у которых восприятие стало плоским и фрагментарным (рис. 1, п. 4), т. е. с деперсонализационным «обеднением и обесцениванием» окружающего мира. Таким образом, в 1-й группе комбатанты отличались выраженной поляризованностью восприятия – от гипергнозии до агнозии. Во 2-й группе в преобладающем количестве случаев выявлен промежуточный вариант незначительного притупления восприятия (см. рис. 1).

*Особенности посттравматической памяти комбатантов.* Полученные данные (рис. 2) показали, что признаки ПТСР взаимосвязаны с нарушениями памяти, в 1-й группе их более чем в 2 раза больше, но отличаются они не только по выраженности дисмнезий, но и по структуре мнестических постбоевых нарушений. Деперсонализационная эмоциональная насыщенность воспоминаний, которая практически идентична симптому непроизвольных воспоминаний, или *flashbacks*, из ПТСР, встречался у незначительного количества комбатантов в обеих группах (см. рис. 2, п. 4), хотя часто специалистами этот симптом описывается как патогномоничный для ПТСР. В 1-й группе значительно преобладала деперсонализационная амнезия, субъективное ощущение полного отсутствия памяти.

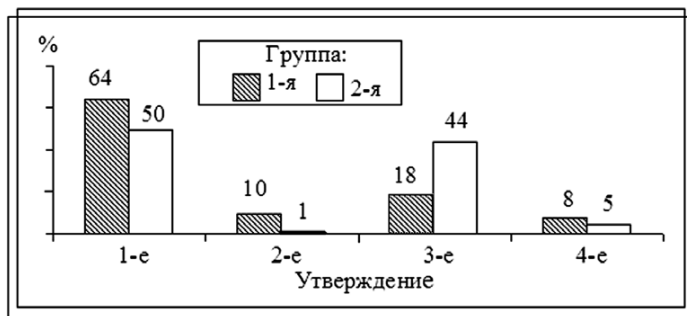


Рис. 2. Сравнительная характеристика особенностей памяти у комбатантов. Оценка ощущений: 1 – полное отсутствие памяти; 2 – значительное снижение памяти; 3 – отсутствие нарушений памяти; 4 – сильная эмоциональная насыщенность воспоминаний.

*Особенности базовых дисфункциональных убеждений в отдаленном периоде постбоевых стрессовых расстройств.* Во 2-й группе в структуре базовых негативных установок доминировали убеждения в своей социальной несостоятельности, отражавших, с одной стороны, неэффективность ветерана в решении обычных социальных проблем на работе и в семье, с



другой – обозначали его мнение о недоброжелательности и опасности внешнего социума, в котором он не может найти поддержки, а также и враждебной агрессии (табл. 1). В 1-й преобладала шкала враждебной агрессии, отразившей негативное, подозрительное отношение комбатантов к окружающим с выраженной агрессией. Полагаем, что эта недоверчивость достигла силы, сравнимой с параноидной настроенностью.

*Таблица 1*

*Клинические, поведенческие и когнитивные показатели  
у различных групп комбатантов, балл (M ± σ)*

Параметр	Группа			p <sub>1-2</sub> <
	Общая	1-я	2-я	
Враждебная агрессивность	7,1 ± 5,3	10,5 ± 6,0	6,3 ± 4,8	0,001
Социальная несостоятельность	7,6 ± 4,8	10,3 ± 5,5	6,9 ± 4,4	0,001
Личностная беспомощность	5,5 ± 4,2	9,2 ± 5,0	4,6 ± 3,5	0,001
Партнерская дисгармония	2,1 ± 2,1	3,3 ± 2,6	1,8 ± 1,9	0,001
Общий показатель дисфункциональных убеждений	22,2 ± 14,0	33,2 ± 16,4	19,7 ± 12,0	0,001
Деперсонализационная память	1,01 ± 1,07	1,29 ± 1,0	0,95 ± 0,06	0,05
Деперсонализационное восприятие	0,04 ± 0,75	0,0 ± 1,0	0,04 ± 0,04	0,01
Гнев	53,5 ± 13,3	68,3 ± 15,3	50,1 ± 10,1	0,001
Депрессия	11,8 ± 9,2	21,6 ± 10,3	9,4 ± 7,1	0,001
Реактивная тревога	32,9 ± 8,2	41,1 ± 8,5	31,0 ± 6,9	0,001
Личностная тревога	44,8 ± 10,1	55,5 ± 8,7	42,3 ± 8,7	0,001
Агрессивное поведение	44,5 ± 32,7	64,6 ± 36,0	39,7 ± 27,8	0,001
ПТСР	79,9 ± 17,1	106,2 ± 8,7	72,9 ± 11,6	0,001

Также в 1-й группе комбатантов значительно усилилось, практически в 2 раза, действие показателя личностной несостоятельности, представлений о собственном «Я» как о слабом, некомпетентном и низкой интрнальности.

Эта шкала практически сравнялась по выраженности с параметрами враждебной агрессивности и социальной несостоятельности (они увеличиваются соответственно только на 40 и 33 %). Для уточнения характера взаимоотношений был проведен корреляционный анализ между когнитивными и клиническими параметрами, который показал наличие достоверных прямых взаимосвязей между показателями дисфункциональных убеждений и психопатологическими симптомами, эмоциями и поведением: общий показатель дисфункциональных убеждений с агрессивным поведением

ем ( $r = 0,41$ ), с ПТСР ( $r = 0,47$ ), с гневом ( $r = 0,49$ ). Дисмнезия достоверно коррелировала только с патологическим гневом деперсонализационной памяти ( $r = 0,32$ ), возможно, как эмоциональная реакция на непровольные, тягостные травматические воспоминания; слабо коррелировала с признаками ПТСР ( $r = 0,27$ ), все при  $p < 0,01$ . С поведенческими расстройствами достоверных корреляций выявлено не было.

Для сравнения силы воздействия различных факторов дисфункциональных убеждений (независимые переменные) на зависимые переменные агрессивного поведения – депрессии, реактивной и личностной тревожности, гнева – был проведен многомерный дисперсионный анализ (MANOVA). В качестве показателя силы влияния фактора на зависимую переменную использован параметр  $\eta^2$ , характеризующий долю (в %) влияния каждого рассматриваемого фактора на каждую из зависимых переменных в общей многомерной модели рассмотренных величин. Этот анализ выявил, что различные группы (факторы) убеждений по-разному воздействуют на психопатологическую картину постбоевых стрессовых расстройств (табл. 2).

Таблица 2

*Сила воздействия негативных установок на эмоциональные и поведенческие параметры у комбатантов*

Субшкала дисфункциональных убеждений		Депрессия	Реактивная тревога	Личностная тревога	Гнев	Агрессивное поведение
Враждебная агрессивность	$\eta^2$	0,03	0,12	0,12	0,15	0,09
	%	3,33	11,79	11,67	15,22	9,31
	$p <$	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001
Социальная несостоятельность	$\eta^2$	0,04	0,06	0,05	0,08	0,05
	%	4,32	6,24	4,63	8,24	4,88
	$p <$	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001
Личностная беспомощность	$\eta^2$	0,06	0,15	0,15	0,22	0,06
	%	5,82	5,19	4,92	22,08	6,48
	$p <$	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001
Партнерская дисгармония	$\eta^2$	0,03	0,15	0,14	0,1	0,07
	%	4,04	14,61	14,37	10,04	7,34
	$p <$	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001

Первый фактор «Враждебная агрессивность» оказывал наибольшее, по сравнению со всеми остальными, влияние на агрессивное поведение комбатантов. Фактор «Личностная беспомощность» с наибольшей силой

воздействовал на эмоциональные нарушения – гнев, личностную и реактивную тревогу, а также депрессию. Таким образом, определенные убеждения способствуют реализации дезадаптивных поведенческих паттернов, другие же – ухудшению эмоционального статуса. В 1-й группе значительно возрастал удельный вес убеждений, взаимосвязанных с эмоциональной нестабильностью, что с усилением враждебно-агрессивных, способствующих реализации агрессивного поведения значительно повышало риск деструктивного, социально опасного поведения комбатантов.

Для более тонкого анализа взаимоотношений между уровнями базовых негативных установок и динамикой клинических симптомов у комбатантов был проведен одномерный двухфакторный дисперсионный анализ, где за зависимую переменную приняли уровень ПТСР в данной выборке участников войн, за независимую переменную – показатели двух факторов, влияющих на изменение показателей ПТСР: 1-й – степень выраженности базовых дисфункциональных убеждений на трех уровнях, выделенных на основе среднеквадратичного отклонения: низком (менее 0,36 балла), среднем (0,36–0,62 балла) и высоком (более 0,62 балла), 2-й – прохождение лечебно-реабилитационного процесса (рис. 3). Чем ниже были показатели дисфункциональных убеждений, тем меньше выраженность симптомов ПТСР ( $F = 47,73$  при  $p < 0,001$ , сила  $\eta^2 = 0,05$ ). Влияние 2-го фактора, проведенного лечения, на ПТСР было также значительным ( $F = 20,35$  при  $p < 0,01$  и сила  $\eta^2 = 0,06$ ).

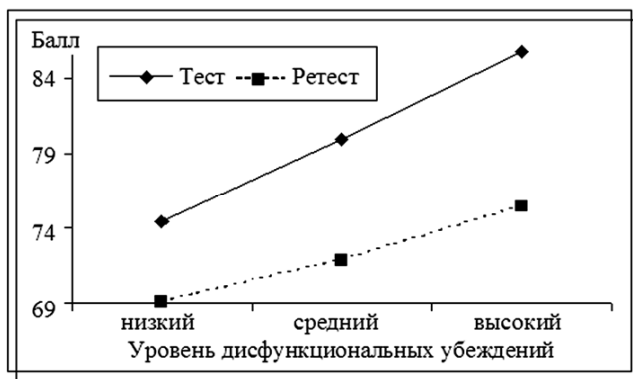


Рис. 3. Динамика симптомов ПТСР в зависимости от уровня дисфункциональных убеждений

Таким образом, коррекция и снижение уровня базовых дисфункциональных убеждений приводило к снижению психопатологической симптоматики и являлось одним из условий клинического улучшения при постбоевых стрессовых расстройствах.

### **Заключение**

Описанные особенности постбоевых травматических когнитивных процессов у комбатантов приводят к фрагментарному (антихолистическому) восприятию ими действительности, из окружающего они выбирают только те моменты, которые подтверждают их позицию (недоверчиво-параноидную, агрессивную, экстернализованную), дестабилизируют их эмоциональное состояние, а также способствуют реализации асоциального агрессивного поведения. Все это поддерживает действие психологического механизма «самосбывающегося пророчества», диктуя комбатанту определенные способы поведения, которые вновь и вновь подкрепляются его результатами, создавая порочный круг между дисфункциональным познавательным процессом, поведением и социальными реакциями общества.

Дисфункциональные базовые убеждения и установки могут быть наиболее доступной для коррекционного психологического вмешательства целью, которая способна разорвать этот порочный круг, приводя не только к улучшению клинического состояния, но и к психосоциальной адаптации. Специалистам в своей практической деятельности с комбатантами следует учитывать изменения когнитивных процессов. Полученные по методике определения дисфункциональных убеждений данные можно использовать как для прогнозирования асоциального поведения комбатантов, так и для определения целей мишеней при проведении психокоррекционных и лечебно-реабилитационных мероприятий.

### **Литература**

1. *Гаранян Н.Г.* Враждебность как личностный фактор депрессии и тревоги / Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова, Т.Ю. Юдеева // Психология: современные направления междисциплинарных исследований : материалы науч. конф., посвящ. памяти чл.-кор. РАН А.В. Брушлинского / под ред. А.Л. Журавлева, Н.В. Тарабриной. – М., 2003. – С. 100–114.

2. *Клиническая психология : учебник / под ред. Б.Д. Карвасарского.* – СПб. [и др.] : Питер, 2002. – 960 с.

3. *Колов С.А.* Агрессивное поведение участников боевых действий / С.А. Колов, А.В. Остапенко // Психическое здоровье. – 2010. – № 3 (46). – С. 25–31.

4. *Колов С.А.* Факторный анализ дизадаптивных личностных установок ветеранов боевых действий / С.А. Колов, А.В. Остапенко // Клиническая персонология в медицинской и социальной практике : тез. докл. межрегион. науч.-практ. конф. – Томск, 2010. – С. 81–84.

5. *Колов С.А.* Экспериментально-психологическая и клиническая оценка состояния гнева у ветеранов боевых действий / С.А. Колов, А.В. Остапенко // Вестн. С.-Петерб. ун-та. Сер. 11 : Медицина. – 2010. – Вып. 1. – С. 69–76.

6. *Нуллер Ю.Л.* Аффективные психозы / Ю.Л. Нуллер, И.Н. Михаленко. – Л. : Медицина, 1988. – 264 с.

7. *Падун М.А.* Когнитивно-личностные аспекты переживания травматического стресса / М.А. Падун, Н.В. Тарабрина // Психол. журн. – 2004. – № 5. – С. 5–15.

8. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1 : Теория и методы / Н.В. Тарабрина [и др.]. – М., 2007. – 208 с.

9. *Холмогорова А.Б.* Психологическая помощь людям, пережившим травматический стресс / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян. – М. : Юнеско. МГППУ, 2006. – 112 с

10. *Ehlers A.* A cognitive model of posttraumatic stress disorder / A. Ehlers, D. Clark // Behaviour Research and Therapy. – 2000. – Vol. 38. – P. 319–345.

11. *Janoff-Bulman R.* Rebuilding shattered assumption after traumatic life events: Coping process and outcomes/ R. Janoff-Bulman // Coping: the psychology of what works / ed. C.R. Snyder. – N.Y. : Oxford University Press, 1998. – P. 305–323.

## НАУКОВЕДЕНИЕ

УДК 616.89 : 615.851 : 159.9

*В.И. Евдокимов, Е.И. Чехлатый*

### **АНАЛИЗ ДИССЕРТАЦИЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 14.01.06 – «ПСИХИАТРИЯ» (2000–2011 гг.), ПСИХОТЕРАПИЯ ПОГРАНИЧНЫХ И ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины  
им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург;  
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический  
институт им. В.М. Бехтерева

Диссертация (лат. «dissertatio» – рассуждение, исследование) – вид индивидуального исследовательского труда, который представляется для публичной защиты в диссертационном совете с целью получения ученой степени кандидата или доктора наук.

В 2010 г. в России действовали 356 диссертационных советов по медицинским наукам, в том числе 345 докторских и 11 кандидатских. В 2000–2010 гг. ежегодно в них представлялись по  $(4670 \pm 160)$  медицинских диссертаций, в том числе докторских – по  $(700 \pm 30)$ . Докторские диссертации составили 14,9 %, а соотношение докторских и кандидатских и работ – 1 : 5,7. На рис. 1 изображена динамика количества медицинских диссертационных работ, представленных в диссертационные советы России.

Полиномиальный ряд динамики количества медицинских диссертаций в России при невысоком коэффициенте детерминации ( $R^2 = 0,64$ ) и со статистической значимостью ( $p < 0,001$ ) напоминает пологую инвертированную U-кривую с максимальными значениями показателей в 2005–2006 гг. (см. рис. 1).

Номенклатура специальностей научных работников (ред. 2009 г.) [5] относит психиатрию в группу специальностей 14.01.00 – «Клиническая медицина» с шифром 14.01.06. В номенклатурах до 2009 г. специальность имела шифр 14.00.18.



Рис. 1. Динамика количества медицинских диссертаций, рассмотренных в диссертационных советах России (2000–2011 гг.) [3, 11]

Паспорт специальности [6]. *Психиатрия* – специальность клинической медицины, изучающая клинические, социально-психологические и биологические основы психических заболеваний, их клинические проявления, патогенез, лечение, профилактику и реабилитацию психических больных. Области (направлениями) исследований психиатрии являются:

1. Общие патогенетические основы психической патологии;
2. Общая психопатология;
3. Частная психиатрия;
4. Клиника, диагностика, терапия психических расстройств и реабилитация психически больных;
5. Социальные и правовые основы психиатрии;
6. Эпидемиология психических заболеваний;
7. Организация психиатрической помощи. Профилактика психических расстройств.

Отрасль наук: медицинские науки.

ВАК Минобрнауки РФ разрешает принимать к рассмотрению диссертации по специальности 14.01.06 – «Психиатрия» 8 докторским и 1 кандидатскому диссертационному совету (табл. 1).

Для анализа потока диссертационных работ по специальности 14.01.06 (14.00.18) – «Психиатрия» за 2000–2011 гг. использовали государственный библиографический указатель «Летопись авторефератов диссертаций», который выходит в свет ежемесячно, электронные каталоги Российской государственной библиотеки (РГБ) [11], Российской националь-

ной библиотеки (РНБ) [10] и Центральной научной медицинский библиотеки (ЦНМБ) [8].

Указанные библиотеки входят в состав учреждений реферативно-библиографического обслуживания Государственной системы научной и технической информации, ведут учет и хранение обязательных экземпляров печатной продукции, в том числе авторефератов диссертаций. Кроме того, согласно Приложению 5 «Положения о совете ...» [7], они включены в список обязательной рассылки авторефератов диссертаций.

*Таблица 1*

*Учреждения, при котором созданы диссертационные советы по специальности 14.01.06 – «Психиатрия» [9]*

Шифр совета	Название учреждения, при котором создан диссертационный совет
Д 208.040.07	Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Д 001.030.01	Научно-исследовательский институт психического здоровья Сибирского отделения Российской академии медицинских наук
Д 001.028.01	Научный центр психического здоровья Российской академии медицинских наук
Д 208.093.01	Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева
Д 208.041.05	Московский государственный медико-стоматологический университет
К 730.001.04	Кыргызско-Российский славянский университет
Д 215.002.04	Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
Д 208.044.01	Московский научно-исследовательский институт психиатрии
Д 208.024.01	Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского

Из 56 060 медицинских диссертаций, рассмотренных в диссертационных советах России в 2000–2011 гг., изучили 1449 работ по специальности 14.01.06 – «Психиатрия». Динамика количества этих диссертаций представлена на рис. 2. Полиномиальный ряд динамики количества диссертаций при коэффициенте детерминации ( $R^2 = 0,76$ ) и со статистической значимостью ( $p < 0,001$ ) напоминает пологую инвертируемую U-кривую с максимальными значениями в 2004–2005 гг. В последние годы отмечается уменьшение количества рассматриваемых диссертационных работ. Аналогичная тенденция



просматривается и динамике общего количества медицинских работ в России (см. рис. 1).

Динамика количества относительных показателей (2000 г. = 100 %) медицинских диссертаций в России и работ по специальности 14.01.06 – «Психиатрия» представлена на рис. 3. Сопряженность кривых, изображенных на рис. 3, статистически значимая ( $r = 0,74$ ;  $p < 0,05$ ). Можно полагать, что диссертационные исследования по психиатрии отражают общую тенденцию развития медицинских научных знаний в России.

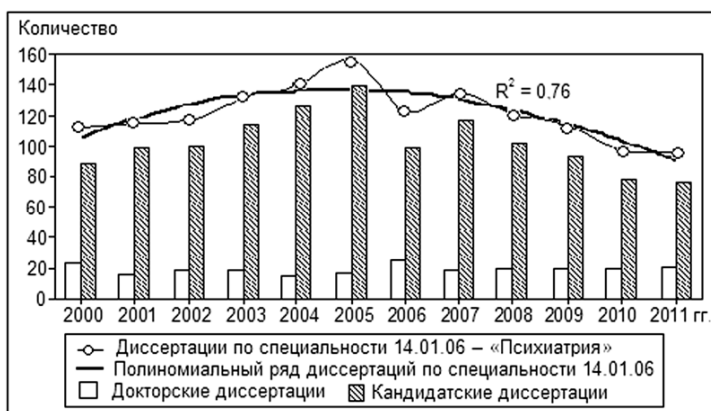


Рис. 2. Динамика количества диссертаций по специальности 14.01.06 – «Психиатрия»

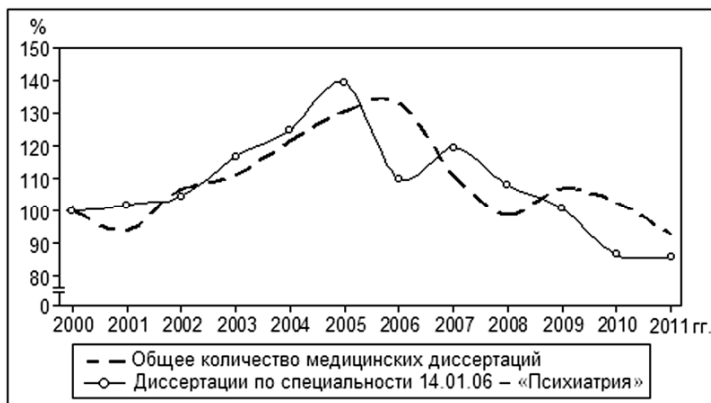


Рис. 3. Динамика количества относительных показателей диссертаций (2000 г. = 100 %)

В среднем диссертационные работы по специальности 14.01.06 – «Психиатрия» в 2000–2010 гг. составляли около 2,6 % от общего количества медицинских диссертаций в России. На рис. 4 представлена динамика вклада диссертаций по психиатрии. Полиномиальный ряд вклада диссертаций показывает некоторое его уменьшение в последнее время.

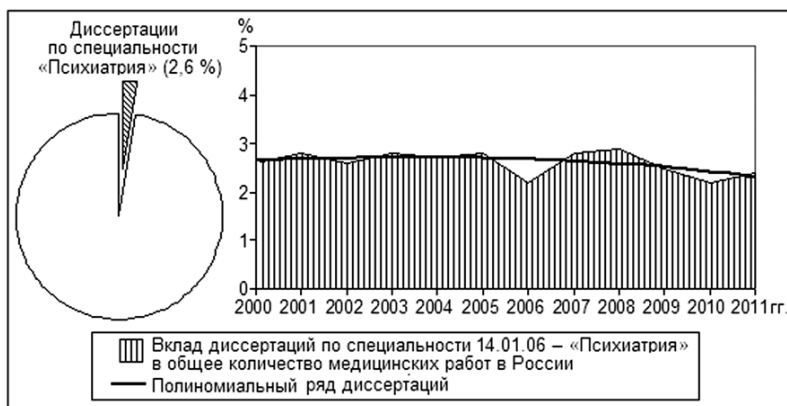


Рис. 4. Динамика вклада количества диссертаций по специальности 14.01.06 – «Психиатрия» в общий массив медицинских диссертаций

По специальности 14.01.06 – «Психиатрия» в 2000–2011 гг. рассматривались в диссертационных советах по (121 ± 5) работ, в том числе по (19 ± 1) – докторских и (102 ± 5) – кандидатских. В среднем докторские диссертации составили 15,9 %, а соотношение докторских и кандидатских было 1 : 5,3, что несколько больше ( $p > 0,05$ ), чем в общем массиве всех медицинских диссертаций за аналогичный период исследования. Вклад докторских диссертаций в динамику структуры работ по специальности 14.01.06 – «Психиатрия» представлен на рис. 5.

Следует также отметить, что в последние годы в диссертационных исследованиях по психиатрии отмечается увеличение докторских работ, что характеризует фундаментальную проработку проблем исследования. В общем массиве всех диссертаций в России и в отраслевых медицинских имеется тенденция уменьшения количества докторских диссертаций [1, 4].

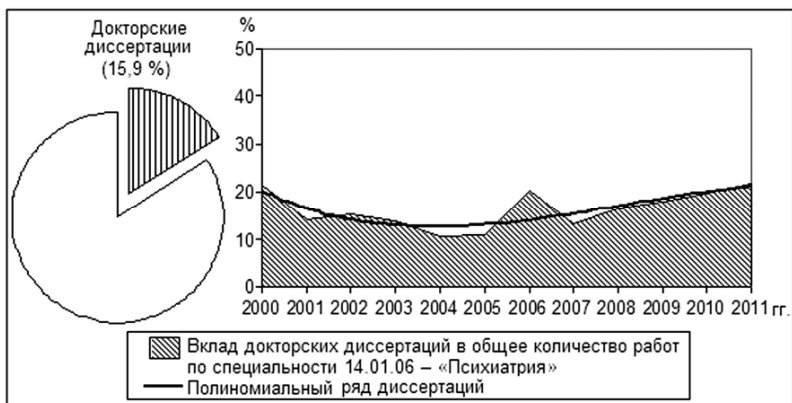


Рис. 5. Вклад количества докторских диссертаций в динамику структуры работ по специальности 14.01.06 – «Психиатрия»

32 % диссертационных работ по психиатрии были подготовлены на стыке наук (по двум специальностям). Структура вторых специальностей по обобщенным группам представлена на рис. 6. Само собой разумеется, что большинство вторых специальностей были по клинической медицине (59,2 %). Подробные сведения о вторых специальностях диссертаций по психиатрии представлены в табл. 2.

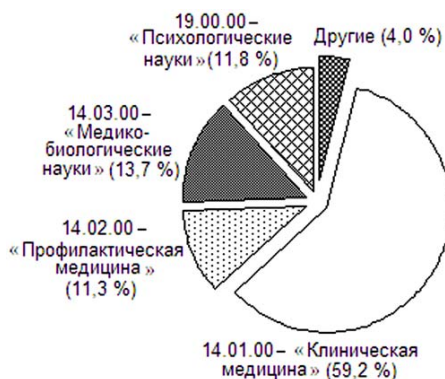


Рис. 6. Структура вторых специальностей у диссертаций по психиатрии, выполненных на стыке наук

Таблица 2

Вторые специальности диссертаций по психиатрии,  
выполненных на стыке наук

Шифр		Название специальности	Количество	
старый	новый		n	%
03.00.04	03.01.04	Биохимия	8	1,7
03.00.15	03.02.07	Генетика	1	0,2
03.00.13	03.03.01	Физиология	9	1,9
05.26.02	05.26.02	Безопасность в чрезвычайных ситуациях	1	0,2
–	14.01.00	<i>Клиническая медицина</i>	266	59,2
14.00.01	14.01.01	Акушерство и гинекология	11	2,4
14.00.03	14.01.02	Эндокринология	6	1,3
14.00.05	14.01.04	Внутренние болезни	20	4,3
14.00.06	14.01.05	Кардиология	21	4,5
14.00.08	14.01.07	Глазные болезни	1	0,2
14.00.09	14.01.08	Педиатрия	10	2,1
14.00.10	14.01.09	Инфекционные болезни	3	0,6
14.00.11	14.01.10	Кожные и венерические болезни	7	1,5
14.00.13	14.01.11	Нервные болезни	35	7,6
14.00.14	14.01.12	Онкология	9	1,9
14.00.19	14.01.13	Лучевая диагностика, лучевая терапия	3	0,6
14.00.21	14.01.14	Стоматология	2	0,4
14.00.22	14.01.15	Травматология и ортопедия	3	0,6
14.00.26	14.01.16	Фтизиатрия	1	0,2
14.00.27	14.01.17	Хирургия	6	1,3
14.00.28	14.01.18	Нейрохирургия	3	0,6
14.00.37	14.01.20	Анестезиология и реаниматология	2	0,4
14.00.29	14.01.21	Гематология и переливание крови	1	0,2
14.00.39	14.01.22	Ревматология	1	0,2
14.00.40	14.01.23	Урология	2	0,4
14.00.43	14.01.25	Пульмонология	4	0,9
14.00.44	14.01.26	Сердечно-сосудистая хирургия	1	0,2
14.00.45	14.01.27	Наркология	119	25,5
14.00.47	14.01.28	Гастроэнтерология	4	0,9
14.00.48	14.01.29	Нефрология	2	0,4
–	14.02.00	<i>Профилактическая медицина</i>	52	11,3
14.00.07	14.02.01	Гигиена	4	0,8
14.00.33	14.02.03	Общественное здоровье и здравоохранение	39	8,5
–	14.02.05	Социология медицины	1	0,2
14.00.54	14.02.06	Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация	8	1,7

Шифр		Название специальности	Количество	
старый	новый		n	%
–	14.03.00	<i>Медико-биологические науки</i>	64	13,7
14.00.15	14.03.02	Патологическая анатомия	1	0,2
14.00.16	14.03.03	Патологическая физиология	17	3,6
14.00.20	14.03.04	Токсикология	4	0,9
14.00.25	14.03.06	Фармакология, клиническая фармакология	31	6,6
14.00.36	14.03.09	Клиническая иммунология, аллергология	6	1,3
14.00.51	14.03.11	Восстановительная медицина, спортивная медицина, курортология и физиотерапия	5	11,3
		<i>Психологические науки</i>	55	11,8
19.00.02	19.00.02	Психофизиология	6	1,3
19.00.04	19.00.04	Медицинская психология	49	10,5

Структура количества диссертационных работ по направлениям (областям) исследований паспорта специальности 14.01.06 – «Психиатрия» представлена на рис. 7. У около 16 % диссертаций содержание представляло несколько направлений исследований. Эти данные были учтены при подсчете структуры. Необычно мало оказалось работ по 1-му направлению (немногим более 0,2 %), поэтому при дальнейшем анализе они не принимались во внимание. Как и следовало ожидать, максимальное количество работ (72,3 %) были подготовлены по клинике, диагностике, терапии психических расстройств и их реабилитации (4-е направление). 12,7 % работ отражали социальные и правовые основы психиатрии (5-е направление).



Рис. 7. Структура количества диссертаций по направлениям исследований паспорта специальности 14.01.06 – «Психиатрия»

На рис. 8 представлена динамика структуры диссертаций по специальности 14.01.06 – «Психиатрия». Усредненный ряд диссертаций по 7-му направлению приближается к прямой горизонтальной линии, по 5-му и 6-му – показывает незначительное увеличение количества работ, по 2-му – отмечается явное уменьшение, по 4-му – напоминает усредненный ряд общего массива диссертаций.

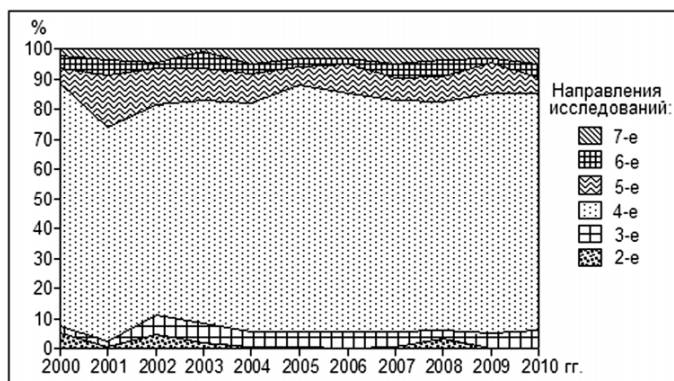


Рис. 8. Структура динамики количества диссертаций по направлениям исследований паспорта специальности 14.01.06 – «Психиатрия»

Структура диссертации 4-го направления относительно общего количества диссертаций по специальности 14.01.06 – «Психиатрия» представлена на рис. 9. Диссертации, в которых исследовались проблемы невротических и пограничных расстройств, составили соответственно 8,1 и 11,5 %.

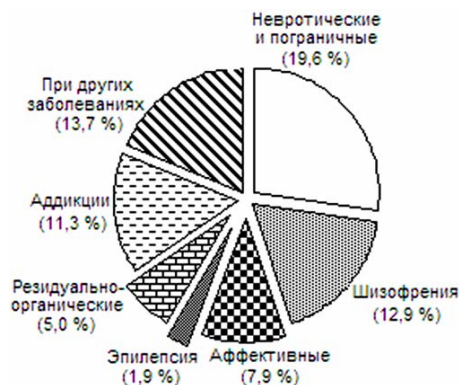


Рис. 9. Структура диссертаций 4-го направления исследований

В предыдущей статье настоящего журнала [1] представлен анализ диссертационных работ в России, в которых были раскрыты вопросы психотерапии и психологической коррекции. Проблемы психотерапии и психологической коррекции содержались в 10,6 % работ по специальности 14.01.06 – «Психиатрия». Обобщенные сведения об этих диссертациях представлены на рис. 10.

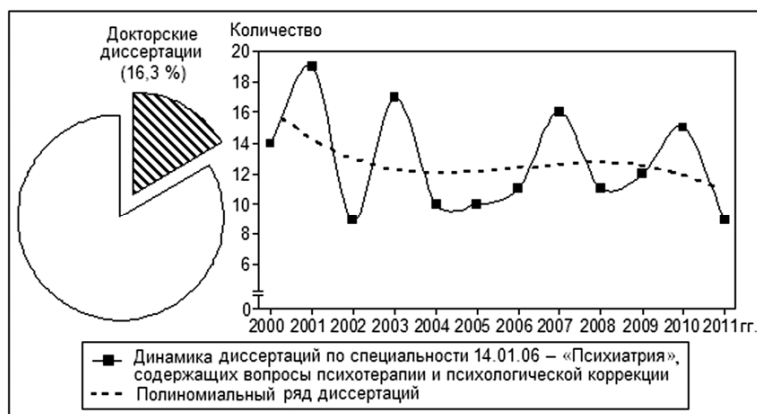


Рис. 10. Динамики количества диссертаций по специальности 14.01.06 – «Психиатрия», содержащих вопросы психотерапии и психокоррекции

Проблемы психотерапии и психологической коррекции ежегодно содержались в  $(13 \pm 1)$  диссертации по психиатрии. Докторских диссертаций было 16,3 %, а соотношение докторских и кандидатских – 1 : 5,2. Полиномиальный ряд диссертаций по психотерапии показывает их снижение и отличается от усредненного ряда общего количества диссертаций по специальности 14.01.06 – «Психиатрия» (см. рис. 2). Соответственно и сопряженность полиномиальных кривых, изображенных на рис. 2 и 10, низкая ( $r = 0,1$ ;  $p > 0,05$ ). Полагаем, что при всех положительных тенденциях, прослеживающихся в последние годы в психотерапевтическом сообществе, проведение диссертационных исследований еще не в полной степени отражает потребности медицины и общества.

Библиографический список (см. ниже) сгруппировал библиографические записи 153 авторефератов диссертаций, содержащих вопросы психотерапии и психологической коррекции, по специальности 14.01.06 (14.00.18) «Психиатрия», представленных в диссертационные советы России в 2000–2011 гг. Библиографическое описание приведено по ГОСТу

7.1-2003. В библиографическую запись в зоне ответственности (после ко-сой линии) включены фамилии, имена и отчества авторов и организации, в которых были подготовлены диссертации, или учреждения, при которых созданы диссертационные советы.

1. **Агасарян Э.Г.** Интегративная психотерапия в комплексном лечении панических расстройств : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.06 <Психиатрия> / Эмма Георгиевна Агасарян ; [Моск. гос. мед.-сто-матол. ун-т]. – М., 2010. – 24 с. Библиогр.: 8 назв.

2. **Агибалова Т.В.** Психотерапия больных алкоголизмом с различными типами характера : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.45 <Наркология> : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Татьяна Васильевна Агибалова ; [Науч.-исслед. ин-т наркологии]. – М., 2001. – 20 с. Библиогр.: 5 назв.

3. **Бабин С.М.** Психотерапия в системе лечения и реабилитации психических больных : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> : спец. 19.00.04 <Мед. психология> / Сергей Михайлович Бабин ; [Оренбург. обл. клинич. психиатр. больница № 2, С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 2006. – 55 с. Библиогр.: 35 назв.

4. **Бабкина О.Ю.** Методы психотерапии в комплексном лечении больных бронхиальной астмой и другими аллергическими заболеваниями : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.25 <Пульмонология> : спец. 14.01.06 <Психиатрия> / Ольга Юрьевна Бабкина ; [С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. И.П. Павлова]. – СПб., 2010. – 19 с. Библиогр.: 14 назв.

5. **Басов А.Н.** Особенности клиники, терапии и превенции основных форм невротических расстройств в модели транзактного анализа : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Александр Николаевич Басов ; [Новокуз. гос. ин-т усоверш. врачей, Науч.-исслед. ин-т психич. здоровья Томск. науч. центра Сиб. отд-ния Рос. акад. мед. наук]. – Томск, 2004. – 22 с. Библиогр.: 18 назв.

6. **Бекетов Ю.А.** Дифференцированная индивидуальная психотерапия тревожных расстройств на основании параметров познавательной сферы пациентов : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> : спец. 19.00.04 <Мед. психология> / Юрий Александрович Бекетов ; [Моск. мед. акад. им. И.М. Сеченова]. – М., 2003. – 21 с. Библиогр.: 6 назв.

7. **Белокрылов И.В.** Личностно ориентированная психотерапия наркологических больных: (клиническое и психодинамическое исследование) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.45 <Наркология> : спец. 14.00.18 <Психиат-



рия> / Игорь Владленович Белокрылов ; [Нац. науч. центр наркологии]. – М., 2006. – 42 с. Библиогр.: 14 назв.

8. **Боева А.В.** Клинические и социально-психологические характеристики суицидентов и методы краткосрочной кризисной психотерапии: (на материале общемедицинской лечебной сети) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Алевтина Викторовна Боева ; [Белгор. гос. ун-т, Гос. науч. центр соц. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского]. – М., 2004. – 23 с. Библиогр.: 6 назв.

9. **Божко С.А.** Нелекарственная терапия невротических депрессий : автореф. дис. ... канд. мед. наук. : спец. 14.00.51 <Восстанов. медицина, спорт. медицина, курортология и физиотерапия> : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Семен Андреевич Божко ; [Рос. науч. центр восстанов. медицины и курортологии]. – М., 2003. – 25 с. Библиогр.: 6 назв.

10. **Борисов И.В.** Экзистенциальная психотерапия (логотерапия) депрессивных реакций на стресс и дистимий : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Борисов Игорь Вадимович ; [С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 2001. – 25 с. Библиогр.: 5 назв.

11. **Бундало Н.Л.** Лечение хронических невротических и соматоформных расстройств трансактно-тренинговой методикой : автореф. дис. ... канд. мед. наук. : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Наталья Леонидовна Бундало ; [Новосиб. гос. мед. акад.]. – Новосибирск, 2001. – 21 с. Библиогр.: 7 назв.

12. **Бундало Н.Л.** Посттравматическое стрессовое расстройство: (клиника, динамика, факторы риска, психотерапия) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> : спец. 19.00.04 <Мед. психология> / Наталья Леонидовна Бундало ; [Краснояр. гос. мед. акад. им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 2008. – 52 с. Библиогр.: 63 назв.

13. **Бурно А.М.** Дифференцированная когнитивно-поведенческая терапия обсессивно-компульсивных расстройств : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Антон Маркович Бурно ; [Рос. мед. акад. последиплом. образования, Моск. науч.-исслед. ин-т психиатрии]. – М., 2001. – 23 с. Библиогр.: 6 назв.

14. **Вазагаева Т.И.** Качество и стойкость при применении антидепрессантов и трансперсональной психотерапии у больных с депрессивными расстройствами : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.06 <Психиатрия> / Тамара Иродионовна Вазагаева ; [Гос. науч. центр соц. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского]. – М., 2010. – 21 с. Библиогр.: 4 назв.

15. **Васильева А.В.** Становление отечественной психотерапии в качестве самостоятельной медицинской дисциплины во второй половине XX века : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Анна Владимировна Васильева ; [С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 2004. – 25 с. Библиогр.: 5 назв.

16. **Великолуг А.Н.** Психотерапевтические аспекты реабилитации и паллиативной помощи онкологическим больным : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.14 <Онкология> : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Александр Николаевич Великолуг ; [Моск. науч.-исслед. онкол. ин-т им. П.А. Герцена]. – Архангельск, 2000. – 42 с. Библиогр.: 48 назв.

17. **Волгина Т.А.** Оценка эффективности сочетанной фармакологической и интегративной групповой психотерапии в лечении ипохондрического расстройства : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.06 <Психиатрия> / Татьяна Александровна Волгина ; [Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т]. – М., 2011. – 24 с. Библиогр.: 6 назв.

18. **Волкова Е.В.** Патоморфоз пограничных психических расстройств у больных, перенесших оперативное лечение язвенной и желчнокаменной болезни, их психотерапевтическая коррекция : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Екатерина Валентиновна Волкова ; [Моск. мед. акад. им. И.М. Сеченова, Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т]. – М., 2007. – 21 с. Библиогр.: 7 назв.

19. **Володин Б.Ю.** Психосоматические взаимоотношения и психотерапевтическая коррекция у больных раком молочной железы и опухолевой патологией тела матки : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Борис Юрьевич Володин ; [Рязан. гос. мед. ун-т им. И.П. Павлова]. – М., 2008. – 48 с. Библиогр.: 52 назв.

20. **Володина О.В.** Тревожные невротические расстройства у мужчин с ишемической болезнью сердца и некоторые немедикаментозные подходы в их лечении : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Ольга Владимировна Володина ; [Воронеж. гос. мед. акад. им. Н.Н. Бурденко, Гос. науч. центр соц. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского]. – М., 2004. – 25 с. Библиогр.: 8 назв.

21. **Гайворонская Е.Б.** Психотерапия в комплексном лечении ювенильных маточных кровотечений : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Елена Борисовна Гайворонская ; [С.-Петербург. гос. педиатр. мед. акад., С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 2001. – 21 с. Библиогр.: 7 назв.

22. **Галимов Р.К.** Динамика тревожно-депрессивных расстройств в процессе лечения методом гипнотерапии больных, страдающих различными формами очаговой алопеции : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.06 <Психиатрия> / Ринат Камильевич Галимов ; [Башкир. гос. мед. ун-т, Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т]. – М., 2011. – 22 с. Библиогр.: 7 назв.

23. **Гарданова Ж.Р.** Пограничные психические расстройства у женщин с бесплодием в программе экстракорпорального оплодотворения и их психотерапевтическая коррекция : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> : спец. 14.00.01 <Акушерство и гинекология> / Жанна Робертовна Гарданова ; [Науч. центр акушерства, гинекологии и перинатологии, Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т]. – М., 2007. – 34 с. Библиогр.: 31 назв.

24. **Голенищенко А.В.** Психотерапия больных шизофренией в условиях стационара: методы влияния на формирование адаптивных механизмов копинг-поведения и психологической защиты : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Андрей Викторович Голенищенко ; [Оренбург. гос. мед. акад.]. – Оренбург, 2007. – 26 с. Библиогр.: 11 назв.

25. **Головизнина О.Л.** Клинико-психологическая дифференциация больных с психогенными (непсихотическими) депрессиями в аспекте психотерапии и реабилитации : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Ольга Леонидовна Головизнина ; [Гос. науч. центр соц. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского]. – М., 2005. – 22 с. Библиогр.: 5 назв.

26. **Гончаров М.А.** Эмоциональные отношения и их роль во взаимодействии психотерапевта и пациента : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Максим Александрович Гончаров ; [С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 2003. – 24 с. Библиогр.: 5 назв.

27. **Данилова Н.А.** Нервно-психические особенности и психотерапевтические мероприятия у женщин со злокачественными новообразованиями репродуктивной сферы : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.14 <Онкология> : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Найля Аскарровна Данилова ; [Башкир. гос. мед. ун-т]. – Уфа, 2002. – 22 с. Библиогр.: 5 назв.

28. **Дмитриева М.Ю.** Комплексный метод лечения атопического дерматита, ограниченного нейродермита и экземы с использованием биологической обратной связи : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.11 <Кож. и венер. болезни> : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Марианна Юрьевна Дмитриева ; [Новосиб. гос. мед. акад.]. – Новосибирск, 2003. – 13 с.

29. **Дьячкова-Рехтина Н.Н.** Алекситимия и тревога у женщин, перенесших инфаркт миокарда: психофизиологические методы коррекции : автореф.

дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Нелля Николаевна Дьячкова-Рехтина ; [Новосиб. гос. мед. ун-т]. – Новосибирск, 2007. – 22 с. Библиогр.: 14 назв.

30. **Ермаков А.А.** Влияние средовых психотерапевтических факторов на динамику длительно текущих психических расстройств : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Андрей Анатольевич Ермаков ; [Новосиб. гос. мед. акад.]. – Новосибирск, 2005. – 22 с. Библиогр.: 5 назв.

31. **Ермаков А.В.** Иппотерапия в коррекции состояния детей, больных детским церебральным параличом, гипердинамическим синдромом и логоневрозом : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Алексей Вячеславович Ермаков ; [Нижегор. гос. мед. акад.]. – М., 2001. – 21 с. Библиогр.: 8 назв.

32. **Жарикова А.А.** Интегративная танцевально-двигательная психотерапия в системе лечебно-реабилитационных мер для больных с соматоформными расстройствами : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.06 <Психиатрия> / Анна Андреевна Жарикова ; [Гос. науч. центр соц. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского]. – М., 2010. – 16 с. Библиогр.: 6 назв.

33. **Занозин А.В.** Клинико-эпидемиологические и психопрофилактические аспекты нервной анорексии : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Андрей Владимирович Занозин ; [Рос. ун-т дружбы народов]. – М., 2002. – 14 с. Библиогр.: 4 назв.

34. **Захаров Р.И.** Особенности психических расстройств при гестозах: (клиника, психотерапевтическая коррекция, профилактика) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Роман Иванович Захаров ; [Новосиб. гос. мед. акад.]. – Новосибирск, 2001. – 17 с. Библиогр.: 6 назв.

35. **Зданович А.А.** Оценка эффективности психотерапии при пограничных нервно-психических расстройствах у лиц с резидуально-органической недостаточностью центральной нервной системы : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Алексей Анатольевич Зданович ; [Науч.-исслед. ин-т психич. здоровья Томск. науч. центра Сиб. отд-ния Рос. акад. мед. наук]. – Томск, 2006. – 22 с. Библиогр.: 11 назв.

36. **Зубарева О.В.** Клинические особенности психических расстройств при стрессе, вызванном травмой опорно-двигательного аппарата и роль психотерапии в их лечении : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> : спец. 14.00.22 <Травматология и ортопедия> / Ольга Викторовна Зубарева ; [Науч.-исслед. ин-т скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т]. – М., 2006. – 27 с. Библиогр.: 13 назв.

37. **Иговская А.С.** Терапия творческим самовыражением пациентов со специфическими расстройствами личности с преобладанием ипохондрии : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.06 <Психиатрия> / Анна Станиславовна Иговская ; [Рос. мед. акад. последиплом. образования, Моск. науч.-исслед. ин-т психиатрии]. – М., 2011. – 23 с. Библиогр.: 7 назв.

38. **Ионов О.А.** Арт-терапия в комплексной реабилитации психически больных : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Ионов Олег Александрович ; [Гос. науч. центр соц. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского]. – М., 2004. – 27 с. Библиогр.: 6 назв.

39. **Искандирова А.Б.** Состояния психической дезадаптации, их особенности и психотерапевтическая коррекция у спасателей МЧС России : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 05.26.02 <Безопасность в чрезв. ситуациях> : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Арина Байсункаровна Искандирова ; [Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины МЧС России, Рос. гос. мед. ун-т]. – СПб., 2004. – 26 с. Библиогр.: 6 назв.

40. **Исполатова Е.Н.** Ранние воспоминания личности как объект психотерапевтического воздействия у взрослых с психическими нарушениями : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Исполатова Елена Николаевна ; [Новосиб. гос. мед. акад.]. – Новосибирск, 2000. – 23 с. Библиогр.: 6 назв.

41. **Калмыкова И.Ю.** Психотерапевтическое повышение качества психической жизни больных шизофренией с переживанием своей неполноценности : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.06 <Психиатрия> / Инга Юрьевна Калмыкова ; [Рос. мед. акад. последиплом. образования, Моск. науч.-исслед. ин-т психиатрии]. – М., 2010. – 24 с. Библиогр.: 7 назв.

42. **Капилетти С.Г.** Применение транскраниальной магнитной стимуляции и плазмафереза в терапии депрессивных и обсессивно-компульсивных расстройств : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Софья Гариевна Капилетти ; [Моск. науч.-исслед. ин-т психиатрии]. – М., 2003. – 20 с. Библиогр.: 17 назв.

43. **Караваяева Т.А.** Индивидуально-психологические, социальные и образовательные факторы, определяющие общую профессиональную стратегию врача-психотерапевта : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Татьяна Артуровна Караваяева ; [С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 2003. – 27 с. Библиогр.: 6 назв.

44. **Караваяева Т.А.** Патоморфоз невротических расстройств, их психотерапия и ее правовое регулирование : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.01.06 <Психиатрия> : спец. 14.01.06 <Мед. психология> / Татьяна Артуровна

Караваева ; [С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 2011. – 57 с. Библиогр.: 46 назв.

45. **Караськова Е.А.** Тревожные расстройства в генезе нарушений ритма сердца и организация психотерапии в аритмологических центрах : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Евгения Александровна Караськова ; [Новосиб. гос. мед. ун-т, Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т]. – М., 2009. – 17 с. Библиогр.: 4 назв.

46. **Карауш И.С.** Ранние формы невротических расстройств: (клинико-динамические, социально-психологические характеристики и цветовые модели) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Ирина Сергеевна Карауш ; [Науч.-исслед. ин-т психич. здоровья Томск. науч. центра Сиб. отд-ния Рос. акад. мед. наук]. – Томск, 2008. – 22 с. Библиогр.: 14 назв.

47. **Кириллов И.О.** Супервизия в позитивной психотерапии : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Иван Олегович Кириллов ; [С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 2002. – 27 с. Библиогр.: 7 назв.

48. **Кирюхина М.В.** Психические расстройства у больных артериальной гипертензией и их психотерапевтическая коррекция : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 19.00.04 <Мед. психология> : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Марина Васильевна Кирюхина ; [Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т]. – М., 2006. – 23 с. Библиогр.: 7 назв.

49. **Клементьева И.С.** Психотерапия обсессивно-компульсивных расстройств с учетом клинических и личностно-психологических характеристик : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 19.00.04 <Мед. психология> : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Ирина Сергеевна Клементьева ; [Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т]. М., 2008. – 23 с. Библиогр.: 6 назв.

50. **Ковпак Д.В.** Клинико-психологические характеристики больных агорафобией и социофобией в процессе интегративной когнитивно-поведенческой психотерапии : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Дмитрий Викторович Ковпак ; [С.-Петербург. мед. акад. последиплом. образования, Гор. психиатр. больница № 7 им. И.П. Павлова (клиника неврозов), С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 2005. – 25 с. Библиогр.: 10 назв.

51. **Колесников И.А.** Невротические депрессивные расстройства и семейное функционирование у беременных женщин (в связи с задачами психотерапии) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.06 <Психиатрия> : спец. 19.00.04 <Мед. психология> / Игорь Александрович Колесников ; [С.-Петербург.

мед. акад. последиплом. образования, С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 2010. – 26 с. Библиогр.: 9 назв.

52. **Колчин А.И.** Клинико-динамические и нейрофизиологические особенности невротических тревожно-депрессивных расстройств в условиях трансперсональной психотерапии : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.06 <Психиатрия> / Анатолий Иванович Колчин ; [Читин. гос. мед. акад., Науч.-исслед. ин-т психич. здоровья Томск. науч. центра Сиб. отд-ния Рос. акад. мед. наук]. – Томск, 2010. – 23 с. Библиогр.: 8 назв.

53. **Коновалова Е.М.** Роль психосексуальной сферы больных шизофренией в процессе комбинированного лечения психотерапией и психофармакотерапией : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.06 <Психиатрия> / Елена Михайловна Коновалова ; [С.-Петерб. мед. акад. последиплом. образования, С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 2010. – 26 с. Библиогр.: 9 назв.

54. **Конопатов В.А.** Методы краткосрочной психотерапии больных с клиническими вариантами дистимии : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Владимир Анатольевич Конопатов ; [Гор. психиатр. больница № 7 им. И.П. Павлова (клиника невроза), С.-Петерб. мед. акад. последиплом. образования]. – СПб., 2003. – 26 с. Библиогр.: 4 назв.

55. **Корнетов А.Н.** Депрессивные расстройства вне психиатрической сети: (распространенность, клинико-динамические и психологические закономерности, фармако- и психотерапия) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.01.06 <Психиатрия> : спец. 19.00.04 <Мед. психология> / Александр Николаевич Корнетов ; [Сиб. гос. мед. ун-т, Науч.-исслед. ин-т психич. здоровья Томск. науч. центра Сиб. отд-ния Рос. акад. мед. наук]. – Томск, 2010. – 50 с. Библиогр.: 50 назв.

56. **Королев А.К.** Деятельность амбулаторного психотерапевтического центра: организационные, клинико-эпидемиологические, психотерапевтические и экспериментально-психологические исследования : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> : спец. 19.00.04 <Мед. психология> / Александр Константинович Королев ; [С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 2008. – 26 с. Библиогр.: 3 назв.

57. **Костюк Г.П.** Система психопрофилактической работы в Военно-морском флоте : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> : спец. 14.00.33 <Обществ. здоровье и здравоохранение> / Георгий Петрович Костюк ; [Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова]. – СПб., 2008. – 44 с. – (Для служеб. пользования). Библиогр.: 49 назв.

58. **Кралья О.В.** Клиническая типология, реабилитация и психопрофилактика нозогенных пограничных психических расстройств у лиц с сочетанной травмой : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Олег Викторович Кралья ; [Омск. гос. мед. акад., Науч.-исслед. ин-т психич. здоровья Томск. науч. центра Сиб. отд-ния Рос. акад. мед. наук]. – Томск, 2009. – 26 с. Библиогр.: 16 назв.

59. **Кремлева О.В.** Психотерапия в реабилитации больных ревматоидным артритом (с позиций биопсихосоц. подхода) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 19.00.04 <Мед. психология> : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Ольга Владимировна Кремлева ; [С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 2007. – 47 с. Библиогр.: 35 назв.

60. **Кузнецова Л.А.** Исследование эффективности биоповеденческой терапии в лечении больных рассеянным склерозом : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> : спец. 14.00.13 <Нервные болезни> / Лариса Александровна Кузнецова ; [Науч.-исслед. ин-т молекуляр. биологии и биофизики Сиб. отд-ния Рос. акад. мед. наук, Новосибир. гос. мед. ун-т]. – Новосибирск, 2007. – 22 с. Библиогр.: 12 назв.

61. **Кунпан О.В.** Патогенетическая и конституционально-ориентированная профилактика транзиторных ишемических атак у лиц с эссенциальной артериальной гипертензией : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.05 <Внутрен. болезни> : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Оксана Васильевна Кунпан ; [Ставроп. гос. мед. акад.]. – Ставрополь, 2003. – 22 с. Библиогр.: 10 назв.

62. **Куприянова И.Е.** Клинико-патогенетические закономерности терапии невротических состояний : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Ирина Евгеньевна Куприянова; [Науч.-исслед. ин-т психич. здоровья Томск. науч. центра Сиб. отд-ния Рос. акад. мед. наук]. – Томск, 2002. – 42 с. Библиогр.: 59 назв.

63. **Кучер Е.О.** Проблема комплайенса у больных с рекуррентным депрессивным расстройством : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Евгения Олеговна Кучер ; [С.-Петерб. гос. ун-т, С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 2009. – 26 с. Библиогр.: 8 назв.

64. **Кылосов А.В.** Метод вербальной мифологизации личности при лечении больных невротическими расстройствами : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 19.00.04 <Мед. психология> : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Александр Васильевич Кылосов ; [Пермск. гос. мед. акад., Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т]. – М., 2006. – 30 с. Библиогр.: 12 назв.



65. **Ларионова В.С.** Состояние соматического и психического здоровья инвалидов и создание социотерапевтической среды в реабилитационном центре для инвалидов : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.33 <Обществ. здоровье и здравоохранение> : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Вера Соферовна Ларионова ; [Федер. науч.-практ. центр мед.-соц. экспертизы и реабилитации инвалидов]. – М., 2002. – 32 с. Библиогр.: 5 назв.

66. **Лутова Н.Б.** Специфика взаимодействия комбинированной психофармакотерапии и психотерапии в лечении психозов : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Наталия Борисовна Лутова ; [С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 2001. – 26 с. Библиогр.: 8 назв.

67. **Макашева В.А.** Музыкаотерапия в комплексной терапии детей с нарушениями психического развития : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Валентина Анатольевна Макашева ; [Новосиб. гос. мед. акад., Новосибир. гос. консерватория]. – Новосибирск, 2001. – 15 с. Библиогр. 10 назв.

68. **Маковенко С.В.** Интерперсональная психотерапия больных с пролонгированными депрессивными реакциями : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Сергей Васильевич Маковенко ; [Больница восстанов. лечения г. Омска, С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 2000. – 18 с. Библиогр.: 4 назв.

69. **Махновская Л.В.** Терапия творческим самовыражением пациентов с шизотипическим расстройством с преобладанием деперсонализационных проявлений : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Людмила Васильевна Махновская ; [Рос. мед. акад. последиплом. образования, Моск. науч.-исслед. ин-т психиатрии]. – М., 2003. – 21 с. Библиогр.: 5 назв.

70. **Медведев С.Э.** Особенности аналитико-системной семейной психотерапии и динамика психопатологических, адаптационных и семейных показателей у больных параноидной шизофренией : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Сергей Эрнстович Медведев ; [С.-Петерб. мед. акад. последиплом. образования, С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 2009. – 24 с. Библиогр.: 9 назв.

71. **Мизерене Р.В.** Оценка и прогноз длительности ремиссии при лечении алкоголизма методом эмоционально-эстетической психотерапии : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> : спец. 14.00.45 <Наркология> / Рута Вацлавовна Мизерене ; [Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова]. – СПб., 2000. – 24 с. Библиогр.: 6 назв.

72. **Миронова Н.В.** Нежелательные явления антидепрессивной фармако-терапии и клинической трансперсональной психотерапии у больных с непсихотическими депрессивными расстройствами : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Наталья Валентиновна Миронова ; [Гос. науч. центр. соц. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского]. – М., 2007. – 19 с. Библиогр.: 8 назв.

73. **Миткевич В.А.** Психофизиологическое обоснование выбора метода арттерапии при невротических расстройствах у детей : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 19.00.02 <Психофизиология> : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Владимир Анатольевич Миткевич ; [Сев. гос. мед. ун-т]. – Архангельск, 2001. – 18 с.

74. **Михайлов А.Н.** Применение динамической саморегуляции в лечении и реабилитации больных с пограничными психическими расстройствами : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Андрей Николаевич Михайлов ; [Гос. науч. центр соц. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского]. – М., 2004. – 20 с. Библиогр.: 6 назв.

75. **Михалев С.В.** Краткосрочная клинически ориентированная мультимодальная психотерапия посттравматического стрессового расстройства у лиц опасных профессий : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 19.00.04 <Мед. психология> : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Сергей Владимирович Михалев ; [Рос. мед. акад. последиплом. образования, Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т]. – М., 2007. – 24 с. Библиогр.: 6 назв.

76. **Миченко А.В.** Атопический дерматит: аспекты психосоматических расстройств, их классификация и комплексная терапия : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.11 <Кож. и венер. болезни> : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Анна Валентиновна Миченко ; [Моск. мед. акад. им. И.М. Сеченова]. – М., 2009. – 24 с. Библиогр.: 6 назв.

77. **Мищук Ю.Е.** Особенности клиники и подходов к лечению тревожно-депрессивных расстройств у женщин, больных раком молочной железы, перенесших мастэктомию : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Юлия Евгеньевна Мищук ; [Воронеж. гос. мед. акад. им. Н.Н. Бурденко, Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т]. – М., 2008. – 22 с. Библиогр.: 13 назв.

78. **Муравский С.П.** Психотерапевтические технологии при лечении психосоматических расстройств в практике врача сельской амбулатории : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Сергей Петрович Муравский ; [Психотерапевт. каб. санатория «Красноярское Загорье», Науч.-исслед. ин-т психич. здоровья Томск. науч. центра Сиб. отд-ния Рос. акад. мед. наук]. – Томск, 2000. – 20 с. Библиогр.: 5 назв.

79. **Мурзина Т.Ф.** Методологические и организационно-методические основы психотерапии детей-инвалидов в стационарных учреждениях социальной защиты : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.54 <Мед.-соц. экспертиза и мед.-соц. реабилитация> : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Татьяна Феоктистовна Мурзина ; [Федер. бюро мед.-соц. экспертизы]. – М., 2006. – 49 с. Библиогр.: 64 назв.

80. **Мухамадиев Д.М.** Социокультуральные особенности, клинико-психопатологическая характеристика и медико-социальная реабилитация репатриированных таджикских женщин-беженок : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Даврон Мансурович Мухамадиев ; [Таджик. гос. мед. ун-т им. Абуали ибни Сино, Гос. науч. центр. соц. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского]. – М., 2003. – 54 с. Библиогр.: 3 назв.

81. **Мухаметзянова Г.Р.** Терапия творческим самовыражением больных шизотипическим расстройством, осложненным алкогольной зависимостью : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.06 <Психиатрия> / Гузель Ринатовна Мухаметзянова ; [Наркол. диспансер Центр. район. больницы (Туймаз. р-н, Респ. Башкортостан), Рос. мед. акад. последиплом. образования, Моск. науч.-исслед. ин-т психиатрии]. – М., 2010. – 27 с. Библиогр.: 6 назв.

82. **Мышляев С.А.** Использование методов эфферентной терапии в комплексном лечении органических психических расстройств у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Сергей Александрович Мышляев ; [Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова]. – СПб., 2001. – 20 с. Библиогр.: 7 назв.

83. **Мялковская О.В.** Роль и место телефона «горячая линия» в системе оказания неотложной психолого-психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Ольга Валериановна Мялковская ; [Гос. науч. центр соц. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского]. – М., 2005. – 27 с. Библиогр.: 6 назв.

84. **Набиуллина Р.Р.** Дифференцированная психотерапия психических нарушений у больных артериальной гипертензией с различной генетической детерминированностью : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> : спец. 14.00.06 <Кардиология> / Римма Рафаэльевна Набиуллина ; [Гос. науч. центр соц. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского]. – М., 2006. – 35 с. Библиогр.: 43 назв.

85. **Низова А.В.** Лечение больных психогенными депрессиями с использованием метода биологической обратной связи (БОС) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Алина Владимировна Низова ; [Гос. науч.

центр соц. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского]. – М., 2006. – 18 с. Библиогр.: 6 назв.

86. **Николаев Е.Л.** Система лечения и реабилитации ликвидаторов аварии на ЧАЭС, страдающих психическими расстройствами : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Евгений Львович Николаев ; [Чуваш. гос. ун-т им. И.Н. Ульянова, Казан. гос. мед. ун-т]. – Казань, 2000. – 20 с. Библиогр.: 19 назв.

87. **Новиков В.Э.** Психосоциальная реабилитация больных шизофренией на отдаленных этапах течения заболевания : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Вадим Эдуардович Новиков ; [Кемеров. обл. клинич. психиатр. больница, Науч.-исслед. ин-т психич. здоровья Томск. науч. центра Сиб. отд-ния Рос. акад. мед. наук]. – Томск, 2005. – 21 с. Библиогр.: 5 назв.

88. **Овчинников А.А.** Диссоциативная модель формирования психических и поведенческих расстройств в результате употребления алкоголя: (психиатрическая коморбидность, клинико-феноменологический, клинико-психологический, психокоррекционный и реабилитационный аспект) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> : спец. 14.00.45 <Наркология> / Анатолий Александрович Овчинников ; [Новосиб. гос. мед. ун-т, Науч.-исслед. ин-т психич. здоровья Томск. науч. центра Сиб. отд-ния Рос. акад. мед. наук]. – Томск, 2008. – 47 с. Библиогр.: 36 назв.

89. **Овчинникова И.В.** Клинико-реабилитационный аспект пограничных состояний у женщин в дисфункциональных (аддиктивных) семьях : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.06 <Психиатрия> / Инна Владимировна Овчинникова ; [Тюмен. гос. мед. акад., Науч.-исслед. ин-т психич. здоровья Томск. науч. центра Сиб. отд-ния Рос. акад. мед. наук]. – Томск, 2010. – 25 с. Библиогр.: 9 назв.

90. **Осипова С.А.** Влияние психосоциальных стрессоров на формирование невротических депрессий: (саногенетические аспекты) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> : спец. 19.00.04 <Мед. психология> / Светлана Анатольевна Осипова ; [С.-Петерб. мед. акад. последиплом. образования, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова]. – СПб., 2008. – 24 с. Библиогр.: 17 назв.

91. **Остапец Е.А.** Клинико-динамическая характеристика психических расстройств у детей с врожденными аномалиями (пороками развития) системы кровообращения: диагностика, психотерапия, профилактика : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.06 <Психиатрия> / Елена Аркадьевна Остапец ; [Гос. науч. центр соц. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского]. – , 2011. – 20 с. Библиогр.: 8 назв.

92. **Павлова М.С.** Расстройства адаптации у вынужденных мигрантов: клинические особенности, комплексная программа терапии и реабилитации : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Мария Сергеевна Павлова ; [Гос. науч. центр соц. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского]. – М., 2000. – 24 с. Библиогр.: 4 назв.

93. **Пантелеева Л.Ю.** Комплексная мультидисциплинарная психосоциальная помощь семьям, имеющим родственника страдающего шизофренией: адаптация методики ассертивного лечения к условиям Кыргызстана : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 / Лилия Юрьевна Пантелеева ; [Кыргыз.-Рос. славян. ун-т им. В.Н. Ельцина]. – Бишкек, 2009. – 22 с. Библиогр.: 6 назв.

94. **Панченко Е.А.** Расстройства психической адаптации у лиц, занимающихся предпринимательской деятельностью: (распространенность, клиника, лечение и профилактика) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Панченко Елена Александровна ; [Дальневост. гос. мед. ун-т]. – Хабаровск, 2002. – 33 с. Библиогр.: 4 назв.

95. **Панченко Е.А.** Транскультуральные аспекты психотерапии суицидального поведения : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Евгения Анатольевна Панченко ; [Ижев. гос. мед. акад., Науч.-исслед. ин-т психич. здоровья Томск. науч. центра Сиб. отд-ния Рос. акад. мед. наук]. – Томск, 2003. – 22 с. Библиогр.: 15 назв.

96. **Пеконици А.В.** Аутогенная тренировка в комплексном лечении психосоматических расстройств у подростков с бронхиальной астмой : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 <Психиатрия> / Александр Вячеславович Пеконици ; [Гос. науч. центр соц. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского]. – М., 2005. – 28 с. Библиогр.: 3 назв.

97. **Петухов О.И.** Психические расстройства у больных артериальной гипертонией и их терапевтическая коррекция : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> : спец. 14.00.06 <Кардиология> / Олег Игоревич Петухов ; [Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т]. – Казань, 2002. – 23 с. Библиогр.: 3 назв.

98. **Пинаева Е.В.** Пограничная эртомания (аспекты клиники и терапии) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Екатерина Владимировна Пинаева ; [Науч. центр психич. здоровья Рос. акад. мед. наук]. – М., 2001. – 23 с. Библиогр.: 4 назв.

99. **Платонов Д.Г.** Клинико-патогенетические механизмы, лечение и профилактика аффективных расстройств невротического уровня : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Дмитрий Геннадьевич Платонов ; [Кемер. обл. клинич. психиатр. больница, Науч.-исслед. ин-т психич. здоровья

Томск. науч. центра Сиб. отд-ния Рос. акад. мед. наук]. – Томск, 2004. – 24 с. Библиогр.: 6 назв.

100. **Погорелова Л.Л.** Пограничные психические расстройства и их психокоррекция у работниц текстильного производства : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Лилия Леонидовна Погорелова ; [Моск. гос. мед. акад. им. И.М. Сеченова]. – М., 2001. – 20 с. Библиогр.: 2 назв.

101. **Полухова Е.В.** Коррекция аффективных расстройств у женщин с тяжелыми формами предменструального синдрома : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.01 <Акушерство и гинекология> : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Елена Владимировна Полухова ; [Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т]. – М., 2001. – 26 с. Библиогр.: 7 назв.

102. **Полянина Д.А.** Роль психотерапии в лечении больных с ожоговой травмой : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> : спец. 14.00.27 <Хирургия> / Дарья Анатольевна Полянина ; [Науч.-исслед. ин-т скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т]. – М., 2007. – 26 с. Библиогр.: 12 назв.

103. **Пономарева Н.А.** Сравнительная эффективность методов купирования героинового абстинентного синдрома : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> : спец. 14.00.45 <Наркология> / Наталия Александровна Пономарева ; [Моск. науч.-исслед. ин-т психиатрии]. – М., 2003. – 22 с. Библиогр.: 3 назв.

104. **Потапов О.В.** Психотерапия и реабилитация шахтеров с пограничными психическими расстройствами в условиях социальной дезадаптации : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Олег Владимирович Потапов ; [С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 2001. – 23 с. Библиогр.: 10 назв.

105. **Преснякова А.В.** Клинико-психологические характеристики больных с затяжными депрессиями невротического уровня и методы их коррекции : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.06 <Психиатрия> : спец. 19.00.04 <Мед. психология> / Анна Владимировна Преснякова ; [Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т]. – М., 2010. – 25 с. Библиогр.: 5 назв.

106. **Приленская А.В.** Пограничные нервно-психические нарушения у пациентов с зависимым пищевым поведением: (клинико-реабилитационный аспект) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Анна Владимировна Приленская ; [Науч.-исслед. ин-т психич. здоровья Томск. науч. центра Сиб. отд-ния Рос. акад. мед. наук]. – Томск, 2009. – 25 с. Библиогр.: 12 назв.

107. **Прокопьев А.А.** Психопатологическая и социально-психологическая оценка факторов риска школьной дезадаптации на основе клинико-психологической игровой диагностической методики : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Анатолий Алексеевич Прокопьев ; [Урал. гос. мед. акад., Челяб. мед. акад.]. – Челябинск, 2000. – 22 с. Библиогр.: 10 назв.

108. **Прудникова Ю.А.** Распространенность, клинические проявления и психотерапия депрессивных расстройств у пожилых в условиях центра социального обслуживания : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Юлия Александровна Прудникова ; [Сиб. гос. мед. ун-т, Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т]. – М., 2009. – 25 с. Библиогр.: 11 назв.

109. **Раева Т.В.** Психические расстройства в дерматологической клинике: (клинико-патогенетические, социально-психологические и реабилитационные аспекты) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Татьяна Викторовна Раева ; [Тюмен. мед. акад., Науч.-исслед. ин-т психич. здоровья Томск. науч. центра Сиб. отд-ния Рос. акад. мед. наук]. – Томск, 2006. – 48 с. Библиогр.: 46 назв.

110. **Раевская О.Ю.** Клинико-психологическое исследование самосознания больных эпилепсией в связи с вопросами реабилитации и социальной адаптации : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Ольга Юрьевна Раевская ; [Ставроп. гос. мед. акад., Ставроп. краевой клинич. психиатр. больница, С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева]. – Ставрополь, 2005. – 20 с. Библиогр.: 8 назв.

111. **Райзман Е.М.** Психические расстройства и субъективный телесный опыт (методология, клиника, терапия) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Евгений Маркович Райзман ; [Сиб. гос. мед. ун-т, Науч.-исслед. ин-т психич. здоровья Томск. науч. центра Сиб. отд-ния Рос. акад. мед. наук]. – Томск, 2003. – 50 с. Библиогр.: 19 назв.

112. **Ремесло М.Б.** Клинико-лингвистические характеристики больных неврозами и их динамика в процессе психотерапии : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Марина Борисовна Ремесло ; [С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 2007. – 25 с. Библиогр.: 6 назв.

113. **Ржевская Н.К.** Криминальная агрессия лиц с умственной отсталостью: (структура, факторы риска, первичная психопрофилактика) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Наталья Константиновна Ржевская ; [Белгор. гос. ун-т, Белгор. обл. клинич. психоневрол. больница, Гос. науч.

центр соц. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского]. – М., 2007. – 16 с. Библиогр.: 8 назв.

114. **Рычкова Л.С.** Клиническая типология школьной дезадаптации у детей с легкой умственной отсталостью: (клинико-психопатол. и соц.-психол. аспекты) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Лидия Сергеевна Рычкова ; [Урал. гос. мед. акад. доп. образования, Южно-Урал. гос. ун-т (г. Челябинск), Науч.-исслед. ин-т психич. здоровья Томск. науч. центра Сиб. отд-ния Рос. акад. мед. наук]. – Томск, 2003. – 42 с. Библиогр.: 45 назв.

115. **Салмина-Хвостова О.И.** Расстройства пищевого поведения при ожирении: (эпидемиологический, клинико-динамический, превентивный, реабилитационный аспекты) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Ольга Ивановна Салмина-Хвостова ; [Новокузнец. гос. ин-т усоверш. врачей, Науч.-исслед. ин-т психич. здоровья Томск. науч. центра Сиб. отд-ния Рос. акад. мед. наук]. – Томск, 2008. – 42 с. Библиогр.: 46 назв.

116. **Сандомирский М.Е.** Состояние психической адаптации в условиях хронического психоэмоционального стресса в связи с личностно-типологическими характеристиками : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Марк Евгеньевич Сандомирский ; [Рос. мед. акад. последиплом. образования]. – Оренбург, 2001. – 28 с. Библиогр.: 18 назв.

117. **Секунда Ю.И.** Паническое расстройство у женщин: клинико-психопатологический аспект, коморбидность, факторы риска, лечение : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.13 <Нервные болезни> : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Юлия Ивановна Секунда ; [Иркут. гос. ин-т усоверш. врачей]. – Иркутск, 2007. – 22 с. Библиогр.: 17 назв.

118. **Санников С.В.** Клиника и терапия расстройств поведения у подростков из неполных семей : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Сергей Витальевич Санников ; [Урал. гос. мед. акад., Оренбург. гос. мед. акад.]. – Оренбург, 2004. – 22 с. Библиогр.: 14 назв.

119. **Сергеева Л.С.** Телесно-ориентированные методы в системе психотерапии больных с затяжными формами неврозов : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Лариса Сергеевна Сергеева ; [С.-Петерб. мед. акад. последиплом. образования]. – СПб., 2001. – 21 с. Библиогр.: 6 назв.

120. **Слабинский В.Ю.** Реактивные расстройства у пострадавших от землетрясения и их психотерапия : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Владимир Юрьевич Слабинский ; [Владивост. гос. мед. ун-т, Дальневост. фил. Науч.-исслед. ин-та психич. здоровья Томск. науч. центра Сиб. отд-ния Рос. акад. мед. наук]. – СПб., 2002. – 21 с. Библиогр.: 11 назв.



121. **Смирнова Д.А.** Клинические и психолингвистические характеристики легких депрессий : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.06 <Психиатрия> / Дарья Александровна Смирнова ; [Самар. гос. мед. ун-т, Моск. науч.-исслед. ин-т психиатрии]. – М., 2010. – 25 с. Библиогр.: 30 назв.

122. **Смирнова Л.В.** Посттравматические стрессовые расстройства у военнослужащих: (клиника, коморбидные состояния, факторы риска, терапия) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Ляна Викторовна Смирнова ; [Курск. гос. мед. ун-т, Мед. отд. УВД Курск. обл., Науч.-исслед. ин-т психич. здоровья Томск. науч. центра Сиб. отд-ния Рос. акад. мед. наук]. – Томск, 2003. – 27 с. Библиогр.: 14 назв.

123. **Смолова В.П.** Телесно-ориентированная психотерапия психосоматических заболеваний сердечно-сосудистого профиля в условиях военного санатория : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Валентина Павловна Смолова ; [Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова]. – СПб., 2000. – 20 с. Библиогр.: 5 назв.

124. **Собенникова В.В.** Клинико-психопатологические и терапевтические аспекты патологической соматизированной реакции горя : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.06 <Психиатрия> / Вероника Васильевна Собенникова ; [Иркут. гос. мед. ун-т, Науч.-исслед. ин-т психич. здоровья Томск. науч. центра Сиб. отд-ния Рос. акад. мед. наук]. – Томск, 2010. – 24 с. Библиогр.: 15 назв.

125. **Солоненко А.В.** Клинико-психологические аспекты межличностных отношений в семьях с первым психотическим эпизодом и эффективность семейной психотерапии в повышении уровня социального функционирования пациентов : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> : спец. 19.00.04 <Мед. психология> / Андрей Владимирович Солоненко ; [Кубан. гос. мед. ун-т, Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т]. – М., 2009. – 44 с. Библиогр.: 26 назв.

126. **Спикина А.А.** Клинико-экспериментальная оценка роли тренингов когнитивного дефицита в комплексной терапии шизофрении : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.06 <Психиатрия> / Анна Александровна Спикина ; [Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И.И. Мечникова, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова]. – СПб., 2011. – 27 с. Библиогр.: 23 назв.

127. **Старичков Д.А.** Особенности первичного психиатрического интервью с больными параноидной шизофренией: (клинико-коммуникативный аспект) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Дмитрий Алексеевич Старичков ; [Новосиб. гос. мед. акад.]. – Новосибирск, 2005. – 18 с. Библиогр.: 8 назв.

128. **Старкова С.В.** Особенности психофизического состояния женщин, занимающихся в оздоровительных группах : автореф. дис. ... канд. мед. наук :

спец. 14.00.12 <Лечеб. физкультура и спорт. медицина> : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Светлана Викторовна Старкова ; [С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И.П. Павлова]. – СПб., 2000. – 19 с. Библиогр.: 3 назв.

129. **Строганов А.Е.** Метод эпической терапии и его применение в лечении невротических расстройств : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Александр Евгеньевич Строганов ; [Новосиб. гос. мед. акад]. – Новосибирск, 2002. – 22 с. Библиогр.: 6 назв.

130. **Строганов А.Е.** Методология и клиничко-психологические механизмы трансдраматической терапии : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> : спец. 19.00.04 <Мед. психология> / Александр Евгеньевич Строганов ; [Алтайск. гос. мед. ун-т, С.-Петерб. науч. -исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 2007. – 54 с. Библиогр.: 20 назв.

131. **Сухаревская И.Н.** Комплексная оценка функционального состояния больных и эффективности психотерапевтического лечения непсихотических форм депрессий : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 03.03.01 <Физиология> : спец. 14.01.06 <Психиатрия> / Ирина Николаевна Сухаревская ; [Кубан. гос. мед. ун-т]. – Краснодар, 2011. – 24 с. Библиогр.: 7 назв.

132. **Тарицина Т.А.** Психотерапевтическая коррекция психических нарушений у женщин в климактерическом периоде : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 19.00.04 <Мед. психология> : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Татьяна Анатольевна Тарицина ; [Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т]. – М., 2006. – 24 с. Библиогр.: 9 назв.

133. **Третьяк Л.Л.** Гештальт-подход в патогенетической психотерапии психогенных депрессий невротического уровня : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Леонид Леонидович Третьяк ; [С.-Петерб. мед. акад. последиплом. образования, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова]. – СПб., 2007. – 20 с. Библиогр.: 14 назв.

134. **Третьяков А.Ю.** Значение феномена преодоления болезни при ряде психосоматических заболеваний в терапевтической клинике : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.05 <Внутрен. болезни> : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Андрей Юрьевич Третьяков ; [Белгород. гос. ун-т, Моск. мед. акад. им. И.М. Сеченова]. – М., 2009. – 47 с. Библиогр.: 43 назв.

135. **Трубецкая Е.А.** Комплексное лечение атопического дерматита с использованием методики краткосрочной многофакторной психотерапии : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.11 <Кож. и венер. болезни> : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Елена Александровна Трубецкая ; [Центр. науч.-исслед. кож.-венерол. ин-т, Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т]. – М., 2003. – 24 с. Библиогр.: 19 назв.

136. **Трубецкой В.Ф.** Краткосрочная многофакторная психотерапия при дистимии у пожилых пациентов : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Владислав Феликсович Трубецкой ; [Рос. мед. акад. последиплом. образования, Гос. науч. центр соц. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского]. – М., 2000. – 24 с. Библиогр.: 6 назв.

137. **Уваров В.В.** Патогенетическая интенсивная комплексная психофармакотерапия и психотерапия постреактивных расстройств у детей и подростков, переживших острый и глобальный социально-информационный стресс : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.06 <Психиатрия> / Владимир Викторович Уваров ; [Ставроп. гос. мед. акад., Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т]. – М., 2011. – 24 с. Библиогр.: 17 назв.

138. **Урадовская А.В.** Интегративная онтогенетически ориентированная психотерапия психогенных непсихотических расстройств : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.06 <Психиатрия> : спец. 19.00.04 <Мед. психология> / Анна Викторовна Урадовская ; [Рос. мед. акад. последиплом. образования, Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т]. – М., 2011. – 24 с. Библиогр.: 7 назв.

139. **Уткин А.А.** Новые формы оказания психиатрической помощи как часть системы комплексной психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Александр Александрович Уткин ; [Моск. науч.-исслед. ин-т психиатрии]. – М., 2009. – 22 с. Библиогр.: 19 назв.

140. **Фарафонов С.А.** Комбинированная терапия психогенных эректильных расстройств : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Сергей Анатольевич Фарафонов ; [Моск. науч.-исслед. ин-т психиатрии]. – М., 2008. – 24 с. Библиогр.: 5 назв.

141. **Федорова И.И.** Клинико-динамический и психотерапевтический аспекты нарушений пищевого поведения : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Ирина Ивановна Федорова ; [Тюмен. гос. мед. акад., Науч.-исслед. ин-т психич. здоровья Томск. науч. центра Сиб. отд-ния Рос. акад. мед. наук]. – Томск, 2007. – 25 с. Библиогр.: 18 назв.

142. **Фотина Ю.В.** Трансперсональная психотерапия больных невротическими и соматоформными расстройствами : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.01.06 <Психиатрия> : спец. 19.00.04 <Мед. психология> / Юлия Викторовна Фотина ; [Перм. гос. мед. акад. им. Е.А. Вагнера, Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т]. – М., 2010. – 25 с. Библиогр.: 7 назв.

143. **Фурсова М.В.** Сравнительная эффективность методов лечения панического расстройства : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психи-

атрия> / Мария Викторовна Фурсова ; [С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 2005. – 20 с. Библиогр.: 3 назв.

144. **Царева Е.В.** Клиника, диагностика и психотерапия соматоформных расстройств желудочно-кишечного тракта : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Царева Елена Валерьевна ; [С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В. М. Бехтерева]. – СПб., 2005. – 23 с. Библиогр.: 7 назв.

145. **Цубрович А.В.** Клинические проявления депрессии утраты и их дифференцированная терапия : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Алексей Викторович Цубрович ; [Науч.-исслед. ин-т психич. здоровья Томск. науч. центра Сиб. отд-ния Рос. акад. мед. наук]. – Томск, 2001. – 25 с. Библиогр.: 6 назв.

146. **Чехлатый Е.И.** Совладающее поведение у больных неврозами, лиц с преневротических нарушениями и в социальных группах повышенного риска нервно-психических расстройств : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 19.00.04 <Мед. психология> : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Евгений Иванович Чехлатый ; [С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 2007. – 58 с. Библиогр.: 35 назв.

147. **Човдырова Г.С.** Психопрофилактика расстройств, связанных со стрессом, и проблемы повышения стрессоустойчивости личного состава МВД России в экстремальных условиях : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Гульшат Сулеймановна Човдырова ; [Всерос. науч.-исслед. ин-т МВД России, Гос. науч. центр соц. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского]. – М., 2000. – 52 с. Библиогр.: 20 назв.

148. **Шайдулина А.Ф.** Особенности клиники и лечения пациентов с патологической склонностью к азартным играм и компьютерной зависимостью : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Алиса Фаатовна Шайдулина ; [С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 2004. – 20 с. Библиогр.: 8 назв.

149. **Шарова О.Н.** Особенности психических расстройств у женщин после радикального лечения рака молочной железы и формирование при них механизмов психологической защиты : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Ольга Николаевна Шарова ; [Челябин. гос. мед. акад.]. – Челябинск, 2000. – 24 с. Библиогр.: 5 назв.

150. **Шляхетко Е.В.** Психодиагностика и психотерапия психосоматических эквивалентов стресса у больных бронхиальной астмой : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> : спец. 14.00.43 <Пульмонология> / Елена Владимировна Шляхетко ; [С.-Петербург. гос. мед. ун-т им. И.П. Павлова]. – СПб., 2001. – 18 с. Библиогр.: 9 назв.

151. **Яворский А.А.** Анализ изменения самосознания при пограничных психических расстройствах у военнослужащих, совершивших ауто- и гетероагрессивные действия : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / Анатолий Анатольевич Яворский ; [Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова]. – СПб., 2000. – 47 с. Библиогр.: 17 назв.

152. **Яковлев С.В.** Групповая интегративная телесно-ориентированная психотерапия затяжных депрессивных и тревожных расстройств : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 14.00.18 <Психиатрия> : спец. 19.00.04 <Мед. психология> / Сергей Валерьевич Яковлев ; [Рос. мед. акад. последиплом. образования, Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т]. – М., 2009. – 24 с. Библиогр.: 3 назв.

153. **Якушев И.Б.** Немедикаментозная коррекция психоэмоциональных и нейровегетативных проявлений климактерического синдрома : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. 19.00.02 <Психофизиология> : спец. 14.00.18 <Психиатрия> / в Игорь Борисович Якуше ; [Сев. гос. мед. ун-т]. – Архангельск, 2003. – 18 с. Библиогр.: 4 назв.

### *Заключение*

Проведенные исследования показали, что ежегодно в диссертационные советы России в 2000–2011 гг. представлялись по  $(121 \pm 5)$  работ по специальности 14.01.06 – «Психиатрия», в том числе по  $(19 \pm 1)$  докторских и  $(102 \pm 5)$  кандидатских. В среднем докторские диссертации составили 15,9 %, а соотношение докторских и кандидатских было 1 : 5,3.

Полиномиальный ряд динамики количества диссертаций при коэффициенте детерминации ( $R^2 = 0,76$ ) и со статистической значимостью ( $p < 0,001$ ) напоминает пологую инвертируемую U-кривую с максимальными значениями в 2004–2005 гг. Диссертации по специальности 14.01.06 – «Психиатрия» составили 2,6 % от общего количества медицинских работ в России.

Ежегодно проблемы психотерапии и психологической коррекции содержались в  $(13 \pm 1)$  диссертации. Эти работы составили от 10,6 % от общего количества работ по специальности 14.01.06 – «Психиатрия».

### *Литература*

1. *Евдокимов В.И.* Структура инновационных исследований в медицине: анализ авторефератов диссертаций, поступивших в Российскую государственную библиотеку в 1990–2009 гг. / В.И. Евдокимов, С.С. Алексанин // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2012. – № 1. – С. 105–110.

2. Евдокимов В.И. Обобщенные показатели диссертаций, рассмотренных в диссертационных советах России по психотерапии и психологической коррекции в 1995–2009 гг. / В.И. Евдокимов, Л.А. Тонкошкурова // Вестн. психотерапии. – 2010. – № 35 (40). – С. 123–136.

3. Кадры высшей научной квалификации [Электронный ресурс]. – URL: <http://science-expert.ru>.

4. Неволин В.Н. О некоторых тенденциях в аттестации кадров высшей научной квалификации // Бюл. ВАК Минобразования РФ. – 2005. – № 5. – С. 3–6.

5. Номенклатура специальностей научных работников : прил. к приказу Минобрнауки РФ от 25.02.2009 г. № 59 с изм. и доп. [Электронный ресурс] / ВАК Минобрнауки РФ. – URL: <http://www.wak.gov.ru>

6. Паспорта специальностей научных работников (ред. от 18.01.2011 г.) [Электронный ресурс] / ВАК Минобрнауки РФ. – URL: <http://mon.gov.ru/work/nti/dok/vak/11.01.18-pasporta>.

7. Положение о совете по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук [Электронный ресурс] : прил. к приказу Минобрнауки РФ от 12.12.2011 г. № 2817 / ВАК Минобрнауки РФ. – URL: <http://www.wak.gov.ru>.

8. Российская медицина [Электронный ресурс] / Электрон. каталог Центр. науч. мед. б-ки. – URL: <http://www.scsml.rssi.ru/>.

9. Список действующих советов [Электронный ресурс] / ВАК Минобрнауки РФ. – URL: <http://vak.ed.gov.ru/ru/dissovet/acting/>.

10. Электронный каталог [Электронный ресурс] / Рос. нац. б-ка. – URL: <http://nlr.ru/poisk/>.

11. Электронный каталог авторефератов диссертаций [Электронный ресурс] / Рос. гос. б-ка – URL: <http://www.rsl.ru/ru/s97/s339/>.

## РЕФЕРАТЫ

**Григорьев Г.И., Григорьев С.Г., Мизерене Р.** Пятилетняя ремиссия у больных алкоголизмом, пролеченных методом духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока // Вестник психотерапии. – 2012. – № 42 (47). – С. 9–19.

В Международном институте резервных возможностей человека для лечения больных с патологическими зависимостями разработан и успешно используется метод духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока. В предлагаемой статье, на основе пятилетнего катамнестического наблюдения за больными, пролеченными по поводу алкоголизма, показана эффективность метода при одновременном применении лечебного зарока, данного у врача, и церковного зарока, данного в православном храме.

**Ключевые слова:** патологические зависимости, алкоголизм, Международный институт резервных возможностей человека, духовно ориентированная психотерапия, церковный зарок, православная психотерапия.

**Деларю В.В., Горбунов А.А., Юдин С.А.** Психотерапевтическая помощь в оценках ее потребителей // Вестник психотерапии. – 2012. – № 42 (47). – С. 20–25.

Анкетирование 106 психотерапевтических пациентов об их отношении к психотерапии позволило выявить причины, которые снижают результативность проводимого лечения и способствуют отрицательным оценкам его эффективности.

**Ключевые слова:** психотерапия, психотерапевтические пациенты, оценки эффективности психотерапии.

**Алёхин А.Н., Сорокин Л.А., Трифонова Е.А., Чернорай А.В.** Медико-психологический аспект адаптации пациентов, перенесших инфаркт миокарда: современное состояние проблемы // Вестник психотерапии. – 2012. – № 42 (47). – С. 26–45.

Рассмотрены результаты современных исследований, посвященных проблеме адаптации личности на различных этапах постинфарктного периода. Описаны психологические факторы риска развития инфаркта миокарда, приведены данные о распространенности расстройств адаптации и переживания ситуации болезни в раннем и отдаленном постинфарктном

периоде. Систематизированы сведения о роли психологических факторов в формировании прогноза при инфаркте миокарда.

**Ключевые слова:** инфаркт миокарда, личность, адаптация, стресс, качество жизни, реабилитация.

**Андреева Г.О., Емельянов А.Ю.** Лечение комплексного регионального болевого синдрома и его осложнений // Вестник психотерапии. – 2012. – № 42 (47). – С. 46–50.

Частыми осложнениями комплексного регионального болевого синдрома в хронической стадии являются тревожные нарушения (у 87,5 % больных) и депрессивные расстройства (у 65,6 % больных). Включение иглотерапии в комплексное лечение комплексного регионального болевого синдрома позволяет добиться не только купирования или уменьшения болевого синдрома, оптимизации показателей эмоциональной сферы.

**Ключевые слова:** комплексный региональный болевой синдром, тревога, депрессия, лечение, рефлексотерапия

**Овсяник О.А., Головихин Е.В.** Роль занятий физической культурой с элементами контактных единоборств в психической адаптации женщин после 40 лет // Вестник психотерапии. – 2012. – № 42 (47). – С. 51–60.

Описана эффективность влияния регулярных физических упражнений с применением ударных контактных единоборств на повышение психической адаптивности женщин 40–60 лет.

**Ключевые слова:** психическая адаптация, психодиагностика, климакс, женщины среднего возраста, физическая культура.

**Тархан А.У., Бабурин И.Н, Белогорцев Д.О., Васильева А.В., Мишинова Е.Б.** Нейропсихологические исследования при невротических расстройствах: клинико-патогенетические и дифференциально-диагностические аспекты // Вестник психотерапии. – 2012. – № 42 (47). – С. 61–84.

Стандартизированной нейропсихологической методикой обследованы 144 больных с невротическими и неврозоподобными церебральными резидуально-органическими расстройствами. У этих больных изучались особенности минимальной мозговой дефицитарности и функциональная межполушарная асимметрия головного мозга. Более выраженные нейропсихологические симптомы диффузного характера выявлены при затяжных невротических расстройствах и при неврозоподобной патологии. Используемая нейропсихологическая методика является достаточно чувстви-



тельным и надежным инструментом исследования центральных мозговых механизмов в связи с задачами дифференциальной диагностики указанных групп больных для проведения адекватной терапии.

**Ключевые слова:** невротические расстройства, неврозоподобные расстройства, нейропсихологические исследования, минимальная мозговая дефицитарность, функциональная межполушарная асимметрия головного мозга, дифференциальная диагностика.

**Пряхина М.В., Голуб Я.В.** Возможности использования палсинга, светозвуковой и музыкальной стимуляции в коррекции состояний нервно-психической дезадаптации сотрудников ОВД // Вестник психотерапии. – 2012. – № 42 (47). – С. 85–94.

Проведено исследование значения психокоррекционных методов (палсинг, светозвуковая стимуляция и музыкотерапия) для коррекции состояний нервно-психической дезадаптации у сотрудников МВД России. Изучена динамика психофизиологических и ЭЭГ показателей. Выявлены тенденции изменений психофизиологических показателей при проведении курса процедур (отмечено нормализующее воздействие на баланс процессов возбуждения-торможения, улучшение процессов дифференцировочно-го торможения, повышение подвижности нервных процессов, улучшение способности к переключению внимания, снижение тревожности). В целом динамика электрической активности головного мозга при проведении процедур характеризовалась постепенным увеличением мощности тета- и дельта-ритма при сохраненных ритмах бодрствования (альфа- и бета-ритма). Полученные результаты являются предварительными и нуждаются в более детальной объективизации психофизиологического состояния пациентов.

**Ключевые слова:** психологическая коррекция, психофизиологическое состояние, стресс, сотрудники МВД России.

**Волков Э.В., Мельницкая Т.Б., Чернецкая Е.Д.** Оценка профессионально важных качеств у операторов атомных электростанций, влияющих на успешность деятельности // Вестник психотерапии. – 2012. – № 42 (47). – С. 95–100.

Представлены результаты оценки и анализа уровня развития профессионально важных психологических качеств у 22 ведущих инженеров – операторов блочного щита управления реактором атомных электростанций, определяющих успешность их профессиональной деятельности, для разработки индивидуально-ориентированных программ, направленных на

развитие определенных психологических качеств специалистов в процессе психологической подготовки.

**Ключевые слова:** оператор, атомная электростанция, успешность профессиональной деятельности, профессионально важные психологические качества.

**Колов С.А., Чехлатый Е.И., Шамрей В.К.** Влияние особенностей отдельных когнитивных процессов на клиническую картину и эффекты лечения постбоевых стрессовых расстройств // Вестник психотерапии. – 2012. – № 42 (47). – С. 101–109.

В исследовании с помощью экспериментально-психологического и клинико-психопатологического методов оценены особенности посттравматического восприятия, памяти и базовых дисфункциональных установок у 440 комбатантов. Выявлены корреляции этих параметров когнитивного стиля с тяжестью боевого посттравматического стрессового расстройства, они количественно и качественно отличаются у комбатантов с выраженным и субклиническим проявлением ПТСР. Установлено, что различные группы дисфункциональных убеждений по-разному воздействуют на поведенческие и эмоциональные характеристики комбатантов, с их помощью можно оценить риск возникновения асоциального поведения в отдаленном периоде боевого стресса. Дисфункциональные убеждения являются наиболее значимыми целями-мешаями для психокоррекционных и лечебно-реабилитационных мероприятий у ветеранов боевых действий.

**Ключевые слова:** когнитивный стиль, травматическая память, дисфункциональные убеждения, посттравматическое стрессовое расстройство, комбатанты.

**Евдокимов В.И., Чехлатый Е.И.** Анализ диссертаций по специальности 14.01.06 – «Психиатрия» (2000–2011 гг.). Психотерапия пограничных и психических расстройств // Вестник психотерапии. – 2012. – № 42 (47). – С. 110–142.

Проведен анализ 1449 диссертаций по специальности 14.01.06 – «Психиатрия», которые составили 2,6 % от общего количества медицинских работ в России. Проведенные исследования показали, что ежегодно в диссертационные советы России в 2000–2011 гг. представлялись по  $(121 \pm 5)$  работ по специальности 14.01.06 – «Психиатрия», в том числе по  $(19 \pm 1)$  – докторских и  $(102 \pm 5)$  – кандидатских. В среднем докторские диссертации составили 15,9 %, а соотношение докторских и кандидатских было 1 : 5,3.

Полиномиальный ряд динамики количества диссертаций при коэффициенте детерминации ( $R^2 = 0,76$ ) и со статистической значимостью ( $p < 0,001$ ) напоминает пологую инвертируемую U-кривую с максимальными значениями в 2004–2005 гг. 32 % диссертационных работ по психиатрии были подготовлены на стыке наук (по двум специальностям). Представлен библиографический список 153 авторефератов диссертаций по проблемам психотерапии и психологической коррекции. Ежегодно таких работ было по  $(13 \pm 1)$  диссертации, они составили от 10,6 % от общего количества диссертаций по специальности 14.01.06 – «Психиатрия».

**Ключевые слова:** диссертации, инновации, медицинские диссертации, психиатрия, психотерапия, психологическая коррекция.

**Grigoriev G.I., Grigoriev S.G., Mizerene R.** Five-year remission in alcohol abusers treated via spirit-oriented psychotherapy as a healing vow // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy] – 2012. – No 42 (47). – P. 9–19.

In the International Institute of Human Reserve Capabilities, spirit-oriented psychotherapy as a healing vow has been developed and successfully used in patients with pathological dependencies. In this paper, effectiveness of this method concomitantly used with healing vow made to a physician and church vow made in an orthodox church is shown based on catamnesis follow-up of those treated for alcohol abuse.

**Keywords:** pathological dependency, alcohol abuse, International Institute of Human Reserve Capabilities, spirit-oriented psychotherapy, church vow, orthodox psychotherapy.

**Delarue V.V., Gorbunov A.A., Yudin S.A.** Psychotherapy assistance as estimated by its users // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy] – 2012. – No 42 (47). – P. 20–25.

A survey of 106 patients who underwent psychotherapy on their attitude to psychotherapy showed the reasons which had lowered its results and facilitated negative estimations of its effectiveness.

**Keywords:** psychotherapist’s patients, estimations of psychotherapy effectiveness.

**Alyokhin A.N., Sorokin L.A., Trifonova E.A., Chernorai A.V.** Medical and psychological aspect of adaptation in patients who survived myocardial in-

farction: current status of the issue // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy] – 2012. – No 42 (47). – P. 26–45.

Results of modern studies devoted to personality adaptation at different stages of post-infarction period are considered. Psychological risk factors for myocardial infarction are described; data are provided on prevalence of adaptation disorders and going through disease during early and remote post-infarction period. Information is systematized on role of psychological factors in myocardial infarction outcomes.

**Keywords:** myocardial infarction, personality, adaptation, stress, life quality, rehabilitation

**Andreeva G.O., Emelyanov A.Yu.** Treatment of complex regional pain syndrome and its complications // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy] – 2012. – No 42 (47). – P. 46–50.

Complex regional pain syndrome in a chronic stage is often accompanied by anxiety (87,5 % of patients) and depressive disorders (65,6 % of patients). Inclusion of acupuncture in treatment of complex regional pain syndrome makes it possible not only to stop or alleviate pain syndrome, but also to optimize psycho-emotional parameters.

**Keywords:** complex regional pain syndrome, anxiety, depression, treatment, reflex therapy.

**Ovsyanik O.A., Golovikhin E.V.** A role of physical training with elements of contact martial arts in mental adaptation of women over 40 years old // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy] – 2012. – No 42 (47). – P. 51–60.

Effects of regular physical training with elements of contact martial arts are shown to improve mental adaptation of 40-60-year-old women.

**Keywords:** mental adaptation, psychodiagnostics, middle-aged women, climacteric, physical training.

**Tarkhan A.U., Baburin I.N., Belogortsev D.O., Vasileva A.V., Mizinova E.B.** Neuropsychological studies in neurotic disorders: clinical-pathogenetic and differential diagnostic aspects // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy] – 2012. – No 42 (47). – P. 61–84.

144 patients with neurotic and neurosis-like cerebral residual-organic disorders were examined using a standardized neuropsychological test. The peculiarities of minimal cerebral deficiency and functional hemispheric brain asymme-

try were investigated. The research revealed more severe diffuse neuropsychological symptoms in patients with lingering forms of neurotic disorders and neurosis-like pathology. The used neuropsychological test is considered to be a sufficiently sensitive and reliable tool to study central brain mechanisms in connection with the tasks of differential diagnosis in the specified groups of patients in order to provide an adequate treatment.

**Keywords:** neurotic disorders, neurosis-like disorders, neuropsychological studies, minimal cerebral deficiency, functional hemispheric brain asymmetry, differential diagnosis.

**Pryakhina M.V., Golub Ya.V.** Pulsing, light-and-sound and musical stimulation for correction of the neuropsychological maladjustment of police officers of the Russian Department of the Interior // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy] – 2012. – No 42 (47). – P. 85–94.

Psychocorrection methods (pulsing, light-and-sound and musical stimulation) were used for treatment of neuropsychological maladjustment of police officers. Changes of EEG and psychophysiological parameters in police officers were studied over time. Psychophysiological parameters tended to change during treatment (excitation-inhibition balance improved, differential inhibition improved, motility of nervous processes increased, ability to switch attention improved, anxiety decreased). In general, the dynamics of brain electrical activity during procedures was characterized by gradual increase in power of theta and delta rhythms with preserved wakefulness rhythms (alpha and beta). The results obtained are preliminary and require more objective assessment of psychophysiological parameters.

**Keywords:** psychocorrection, psychophysiological status, stress, police officers.

**Volkov E.V., Melnitskaya N.B., Chernetskaya E.D.** Assessment of traits related to a successful performance in NPP operators // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy] – 2012. – No 42 (47). – P. 95–100.

Results of assessment and evaluation of developmental level of traits related to a successful performance in 22 leading engineers – operators of nuclear power plant (NPP) control panel are presented for development of individually oriented programs to improve certain traits during psychological training of professionals.

**Keywords:** operator, nuclear power plant, successful performance, development of job relevant traits.

**Kolov S.A., Chekhlaty E.I., Shamrey V.K.** Impact of peculiarities of cognitive style on clinical picture and efficiency of treatment for post-combat stress disorders // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy] – 2012. – No 42 (47). – P. 101–109.

The study was aimed at estimating peculiarities of posttraumatic perception, memory and basic dysfunctional attitudes in 440 combatants with the help of experimental-psychological and clinical-psychopathological methods. The results showed correlations between these parameters of cognitive style and severity of posttraumatic stress disorder; in addition, quantitative and qualitative differences between combatants with expressed and subclinical manifestations of PTSD were revealed. It was found out that different groups of dysfunctional beliefs have a different impact on behavioral and emotional characteristics of combatants; their application may help evaluate possible risk of asocial behavior in the remote period of combat stress.

Dysfunctional beliefs are the most relevant targets for psychocorrectional and therapeutic-rehabilitational measures in combat veterans.

**Keywords:** cognitive style, traumatic memory, dysfunctional beliefs, posttraumatic stress disorder, combatants.

**Evdokimov V.I., Chekhlaty E.I.** Review of dissertations on specialty 14.01.06 – Psychiatry (2000–2011). Psychiatry of borderline and mental disorders // “Vestnik psikhoterapii” (Rus.) [The Bulletin of Psychotherapy] – 2012. – No 42 (47). – P. 110–142.

There were reviewed 1449 dissertations on specialty 14.01.06 – Psychiatry, which comprised 2.6 % of total medical works in Russia. Studies have shown that  $(121 \pm 5)$  dissertations on specialty 14.01.06 – Psychiatry were annually submitted to dissertation boards in Russia in 2000–2011, including  $(19 \pm 1)$  doctoral and  $(102 \pm 5)$  candidate’s dissertations. There were on average 15,9 % of doctoral dissertations and doctoral/candidate’s ratio was 1 : 5,3. Polynomial profile of dissertation quantity with determination coefficient ( $R^2 = 0,76$ ) and statistical significance ( $p < 0,001$ ) is similar to flat invertible U-curve with peak values in 2004–2005; 32 % of dissertations on psychiatry were prepared at the science junction (on two specialties). References of 153 author’s abstracts on psychotherapy and psychocorrection are provided. Annually, there were  $(13 \pm 1)$  such dissertations or 10,6 % from total dissertations on specialty 14.01.06 – Psychiatry.

**Keywords:** dissertations, innovations, medical dissertations, psychiatry, psychotherapy, psychological correction.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Алёхин Анатолий Николаевич** – Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, заведующий кафедрой клинической психологии; доктор медицинских наук профессор; 191186, Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, д. 48, корп. 11, р. т. (812) 312-07-22, e-mail: termez59@mail.ru.

**Андреева Галина Олеговна** – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, ассистент кафедры нервных болезней; кандидат медицинских наук; 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, р. т. (812) 292-32-72, e-mail: galinandreev@yandex.ru.

**Бабурин Игорь Николаевич** – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, старший научный сотрудник отделения неврозов и психотерапии; кандидат медицинских наук; 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, кор. 2, р. т. (812) 412-34-79, e-mail: Ygor\_baburin@mail.ru.

**Белогорцев Дмитрий Олегович** – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, научный сотрудник отделения неврозов и психотерапии; кандидат медицинских наук; 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, кор. 2, р. т. (812) 412-34-79, e-mail: belogortsev@mail.ru.

**Васильева Анна Владимировна** – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, ведущий научный сотрудник отделения неврозов и психотерапии; кандидат медицинских наук; 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, кор. 2, р. т. (812) 412-34-79.

**Волков Эдуард Васильевич** – Обнинский научно-исследовательский центра «Прогноз», директор; 249031, Калужская обл., г. Обнинск, ул. Курчатова, д. 21, e-mail: edvolkov@gmail.com.

**Головихин Евгений Васильевич** – Центр спортивной подготовки спортивной команды ЮГРЫ Ханты-Мансийского автономного округа, директор; доктор педагогических наук, заслуженный мастер спорта РФ; 28620, Тюменская обл., г. Ханты-Мансийск, ул. Отрадная, д. 9, e-mail: shidokan@ Rambler.ru.

**Голуб Ярослав Валерьевич** – Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры, заведующий сектором

физиологии спорта; кандидат медицинских наук; 191040, Санкт-Петербург, Лиговский пр., д. 56, лит. Е, e-mail: 6121536@gmail.com.

**Горбунов Александр Арнольдович** – Волгоградский государственный медицинский университет, преподаватель кафедры общей и клинической психологии; 400131, Волгоград, Площадь Павших борцов, д. 1, e-mail: aag09@mail.ru.

**Григорьев Григорий Игоревич** – Международный институт резервных возможностей человека, директор; профессор кафедры психологии и педагогики Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, заслуженный врач Российской Федерации; доктор медицинских наук профессор; 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11, р. т. (812) 513-67-97, e-mail:grigorijgi@hotmail.com.

**Григорьев Степан Григорьевич** – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, старший научный сотрудник НИЛ кибернетики научно-исследовательского отдела медико-информационных технологий; доктор медицинских наук профессор; 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6.

**Деларю Владимир Владимирович** – Волгоградский государственный медицинский университет, профессор кафедры общей и клинической психологии; кандидат медицинских наук, доктор социологических наук профессор; 400131, Волгоград, Площадь Павших борцов, д. 1, e-mail: vvdnvd@gmail.com.

**Евдокимов Владимир Иванович** – Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, профессор кафедры подготовки научных кадров и клинических специалистов института ДПО «Экстремальная медицина»; доктор медицинских наук профессор; 1940044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 4/2, e-mail: evdok@omnisp.ru.

**Емельянов Александр Юрьевич** – Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, профессор кафедры нервных болезней; доктор медицинских наук; 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, р. т. (812) 292-34-27.

**Колов Сергей Александрович** – Волгоградский госпиталь ветеранов войн, начальник отделения, врач психотерапевт; кандидат медицинских наук; 400138, г. Волгоград, ул. им. Р. Землячки, д. 82, e-mail: kolov@zmail.ru.

**Мельницкая Татьяна Борисовна** – Обнинский научно-исследовательский центра «Прогноз», заведующая лабораторией; доктор психоло-



гических наук; 249031, Калужская обл., г. Обнинск, ул. Курчатова, д. 21, e-mail: melnitskaja2005@yandex.ru.

**Мизерене Рута** – Психотерапевтический кабинет г. Паланга, врач психотерапевт; доктор медицинских наук; Литва, г. Кретинга, ул. Кесту-чио, д. 18, e-mail: meshkelis@yandex.ru.

**Мизинова Елена Борисовна** – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, научный сотрудник отделения невротозов и психотерапии; кандидат психологических наук; 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, р. т. (812) 412-34-79, e-mail: Elenamizinova@yandex.ru.

**Овсяник Ольга Александровна** – Ульяновский государственный университет, доцент кафедры педагогики высшей школы и социальной деятельности; кандидат психологических наук доцент; 432700, г. Ульяновск, ул. Л. Толстого, д. 42, e-mail: ovsianik@mail.ru.

**Пряхина Марина Васильевна** – Санкт-Петербургский Университета МВД России, профессор кафедры юридической психологии; кандидат психологических наук доцент; 198206, Санкт-Петербург, ул. Пилютова, д. 1, р.т. (812) 730-17-31, e-mail: pryakhina62@mail.ru.

**Сорокин Лев Аронович** – Городская больница Святой преподобно-мученицы Елизаветы, заведующий кардиологическим отделением для инфарктных больных; врач-кардиолог высшей категории, ведущий кардиолог; 195257, Санкт-Петербург, ул. Вавиловых, д. 14, e-mail: sorokin.lev2010@yandex.ru.

**Тархан Александра Усеиновна** – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, научный сотрудник отделения лечения алкоголизма; кандидат медицинских наук; 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, р. т. (812) 412-72-71.

**Трифоновна Елена Александровна** – Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, доцент кафедры клинической психологии; научный сотрудник Лаборатории клинической психологии и психодиагностики Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института имени В.М. Бехтерева; кандидат психологических наук; 191186 Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, д. 48, корп. 11, р. т. (812) 312-07-22, e-mail: trifonovahelen@yandex.ru.

**Чернецкая Елена Дмитриевна** – Обнинский научно-исследовательский центра «Прогноз», научный сотрудник; 249031, Калужская обл., г. Обнинск, ул. Курчатова, д. 21, e-mail: chernetskaya@scicet.ru.

**Чернорай Анна Владимировна** – Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, заведующая Лабораторией «Психология здоровья» при кафедре клинической психологии; 191186 Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, д. 48, корп. 11, р. т. (812) 312-07-22, e-mail: annache07@mail.ru.

**Чехлатый Евгений Иванович** – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им В.М. Бехтерева, ведущий научный сотрудник отделения неврозов и психотерапии; доктор медицинских наук профессор; 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, кор. 2, р. т. (812) 412-33-04, e-mail: chekhlaty@mail.ru.

**Шамрей Владислав Казимирович** – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, начальник клиники психиатрии; доктор медицинских наук профессор; 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Боткинская, д. 17, р. т. (812) 329-71-89.

**Юдин Сергей Александрович** – Волгоградский государственный медицинский университет, ассистент кафедры фтизиопульмонологии; кандидат медицинских наук; 400131, Волгоград, Площадь Павших борцов, д. 1, e-mail: su1694@yandex.ru.



**ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ»**  
Редакционная коллегия

194352 Россия, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11,  
Тел/факс (812) 513-67-97, 592-35-79  
e-mail: vestnik-pst@yandex.ru

**Уважаемые коллеги!**

ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС России и Международный институт резервных возможностей человека (МИРВЧ, Санкт-Петербург) издает журнал «Вестник психотерапии», целью которого является распространение научных знаний путем публикации статей, научных сообщений и результатов исследований по медицинским, психологическим, социологическим, биологическим, фармацевтическим и другим наукам в области психотерапии, коррекционной психологии, психоанализа и смежным проблемам.

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 года и является научным рецензируемым журналом, имеет **свидетельство о перерегистрации средства массовой информации** ПИ № ФС77-34066 от 07 ноября 2008 г., выданное Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций. С 2002 года журнал включен в каталог **Роспечати РФ (индекс–15399)** и на всей территории РФ и СНГ проводится его подписка через почтовые отделения. Журнал выпускается 4 раза в год.

**Решением Президиума ВАК Минобрнауки России** от 19.02.2010 №6/6 «Вестник психотерапии» включен в Перечень научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы результаты диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук. С 2003 г. по 2006 г. журнал «Вестник психотерапии» также входил в данный Перечень научных журналов и изданий. (Бюллетень ВАК Минобрнауки №2 от 10.01.2003).

**Желающие опубликовать свои научные материалы** (статьи, обзоры, краткие информационные сообщения) должны представить их в редакцию журнала в 2-х экземплярах в печатанном виде с приложением диска в текстовом редакторе WORD (не старше 2003 г.), шрифт Times New Roman, шрифт 14, межстрочный интервал полуторный. Должны быть указаны фамилия, имя, отчество (полностью), ученая степень, ученое звание, должность и место работы автора (авторов), адрес (почтовый и e-mail) и телефон (телефоны). Статья должна быть подписана автором (авторами).

Материал статьи представляется по ГОСТу 7.89-2005 «Оригиналы текстовые авторские и издательские». Рекомендуемый объем статьи 10–20 стр. (28–30 строк на стр., до 70 знаков в строке). К статье должно быть приложено краткое резюме (реферат), отражающее основное содержание работы, размером не более половины страницы машинописи на русском и, при возможности, английском языке, с ключевыми словами. Диагнозы заболеваний и формы расстройств поведения следует соотносить с МКБ-10. Единицы измерений приводятся по ГОСТу 8.471-2002 «Государственная система обеспечения единства измерений. Единицы величин». Список литературы оформляется по ГОСТу 7.1-2003 «Библиографическая запись ...».

Рукописи рецензируются членами редакционного совета или редакционной коллегии и ведущими специалистами данных областей медицины и психологии. При положительной рецензии поступившие материалы будут опубликованы. Представленные материалы должны быть актуальными, соответствовать профилю журнала, отличаться новизной и научно-практической или теоретической значимостью. Фактический материал должен отражать новейшие данные, быть тщательно проверен и подтвержден статистическими данными или ссылками на источники, которые приводятся в конце статьи. При несоответствии статьи указанным требованиям тексты рукописей не возвращаются.

Телефон/факс (812) 513-67-97; 592-35-79 – заместитель главного редактора журнала – кандидат психологических наук доцент Мильчакова Валентина Александровна (e-mail: vestnik-pst@yandex.ru); сайт ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России: www.arcerm.spb.ru; сайт МИРВЧ: www.mirvch.com

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

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

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

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 года.

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

Учредители:

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

Главный редактор – Рыбников Виктор Юрьевич.

Научный редактор – Евдокимов Владимир Иванович.

Корректор – Устинов Михаил Евграфович.

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

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

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

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

тираж 1000 экз.                      цена – свободная

Подписано в печать 21.06.12.

Формат 60×84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Печать – ризография.

Тираж 1000 экз. Объем 9,75 п.л.

Бумага офсетная. Заказ № 3844.

Отпечатано в типографии «Политехника-сервис»

с оригинала-макета заказчика.

190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 18-д.