

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

**ВЕСТНИК
ПСИХОТЕРАПИИ**

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор В.Ю. Рыбников

№ 50 (55)

Санкт-Петербург
2014

Редакционная коллегия

В.И. ЕВДОКИМОВ (Москва); С.Г. ГРИГОРЬЕВ (Санкт-Петербург);
Р. МИЗЕРЕНЕ (Паланга); В.А. МИЛЬЧАКОВА (Санкт-Петербург);
Н.А. МУХИНА (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. ЕРЫШЕВ (Санкт-Петербург); Е.А. КОЛОТИЛЬЩИКОВА (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); Е.И. ЧЕХЛАТЫЙ (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, 2014
- © Международный институт резервных возможностей человека, 2014

**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 50 (55)

St. Petersburg
2014

Editorial Board

V.I. EVDOKIMOV (Moscow); S.G. GRIGORJEV (St. Petersburg);
R. MISERENE (Palanga); V.A. MILCHAKOVA (St. Petersburg);
N.A. MUKHINA (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); E.A. KOLOTILSCHIKOVA (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); E.I. CHEKHLATY (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

© Nikiforov Russian Centre of Emergency and Radiation
Medicine, EMERCOM of Russia, 2014

© International Institute of Human Potential Abilities, 2014

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХОТЕРАПИЯ

Кулаков С.А.

Арт-анализ в лечении пациентов с пограничными психическими расстройствами	7
---	---

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Вахренева О.А., Колотильщикова Е.А.

Особенности структуры личности больных с неврастенией и неврозоподобными резидуально-органическими расстройствами	30
---	----

Дубинина Е.А.

Стресс-преодолевающее поведение и риск развития неотложных кардиологических состояний	47
---	----

Улюкин И.М., Цукер Ю.М., Исаева Г.Н.

Самоотношение и эмоциональный статус ВИЧ-позитивных женщин на фоне антиретровирусной терапии	62
--	----

Цыган А.В., Рудой И.С., Баурова Н.Н., Цыган Е.Н.

Эмоциональные особенности и психические расстройства у больных с ревматическими заболеваниями	77
---	----

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И НАРКОЛОГИЯ

Кулаков С.А., Будников М.Ю.

Самоотношение, стрессоры и копинг-стратегии в профилактике рецидивов у пациентов, страдающих наркотической зависимостью (исследование единичного случая)	104
--	-----

Шарыгина К.С.

Саногенетические аспекты реабилитации пациентов, зависимых от психоактивных веществ	113
---	-----

Шумова А.И., Щелкова О.Ю.

Динамика психологических характеристик больных героиновой наркоманией в процессе специализированного курса реабилитации	121
---	-----

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ, ПСИХОДИАГНОСТИКА

Бартош О.П., Бартош Т.П.

Оценка влияния социально-психологического тренинга на адаптацию младших подростков	136
--	-----

Малыгин В.Л., Щербачев В.В.

Феномен инфантилизма среди участников субкультуры ролевых игр	146
---	-----

Информация о журнале	157
----------------------------	-----

CONTENTS

PSYCHOTHERAPY

Kulakov S.A.

The art analysis in treatment of the patients with borderline mental disorders	7
--	---

MEDICAL PSYCHOLOGY

Vakhreneva O.A., Kolotilshchikova E.A.

Features of the structure of the personality of patients with neurasthenia and neurosis-like residual organic disorders	30
---	----

Dubinina E.A.

Coping behavior and the risk of cardiac emergencies	47
---	----

Ulyukin I.M., Zuker Yu.M., Isaeva G.N.

Self-attitude and emotional status of HIV-affected women during antiretroviral therapy	62
--	----

Tsygan A.V., Rudoy I.S., Baurova N.N., Tsygan E.N.

Emotional features and mental disorders in patients with rheumatic diseases	77
---	----

CLINICAL PSYCHOLOGY AND NARCOLOGY

Kulakov S.A., Budnikov M.Y.

The self-attitude, stressors and coping strategies for relapse prevention in patients with drug addiction (the case study)	104
--	-----

Sharygina K.S.

Sanogenetic aspects of rehabilitation of patients dependent on psychoactive substances	113
--	-----

Shumova A.I., Shchelkova O.Yu.

The dynamics of psychological characteristics of heroin addicts during the specialized rehabilitation course	121
--	-----

PSYCHOLOGICAL CORRECTION, PSYCHODIAGNOSTICS

Bartosh O.P., Bartosh T.P.

Assessment of the influence of social-psychological training on younger adolescents' adaptation	136
---	-----

Malygin V.L., Shcherbachev V.V.

Phenomenon of infantilism in subculture of participants of live action role-playing games	146
---	-----

Information about the Journal	157
-------------------------------------	-----

ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 615.851 : 159.9

С.А. Кулаков

АРТ-АНАЛИЗ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена
(Россия, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48);
Медицинский центр «Бехтерев»
(Россия, Санкт-Петербург, пр. Королева, д. 48, корп. 5)

Дискурсивно-логический и метафорический способ доступа к переживанию пациента широко используется в психотерапевтической практике. В первом случае акцент делается больше на научный метод, во втором – используются средства искусства. На конкретных клинических примерах показано применение зрительных образов, метафор или других художественных средств в психотерапевтической практике. Подчеркивается, что данный подход позволяет миновать цензуру сознания, является наиболее адекватным для пациентов с пограничными психическими расстройствами, сформированными в самых ранних, доэдипальных периодах индивидуального развития.

Ключевые слова: психотерапия, арт-анализ, метафора, художественные средства в психотерапии, экстернализация.

Если принимается решение о проведении краткосрочной психодинамической терапии или более длительного психоаналитического лечения, то нельзя забывать, что симптомы заболевания возникают только в том случае, если интрапсихическое напряжение достигло определенного порога, то есть является достаточно интенсивным и продолжительным. Психосоматические симптомы можно рассматривать как «симптомы-отдушины», которые могут исчезать или становиться менее выраженными, если терапевту удастся настолько уменьшить провоцирующее их напряжение, что они снова оказываются ниже порогового уровня [3, 4]. Можно попытаться заставить пациента выразить свои наиболее важные чувства, вызванные фрустрацией. Многие пациенты не знают или не хотят знать, что они травмированы, поскольку их защитные стратегии осуществляются как раз под знаком вытеснения неприятных

Кулаков Сергей Александрович – д-р мед. наук, проф. каф. клинич. психологии и психол. помощи Рос. гос. пед. ун-та им. А.И. Герцена (191186, Россия, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48), зам. ген. директора по реабилитац. работе Мед. центра «Бехтерев», e-mail: kulaksergey@yandex.ru.

чувств. Существуют пациенты, которые могут признаться лишь в том, что они раздражены самим фактом заболевания, особенно потому, что прежде они почти никогда не болели. Если уже в ходе первого интервью удается мобилизовать соответствующие чувства фрустрации, то тогда есть вероятность того, что симптоматика быстро исчезнет.

Необходимо иметь в виду, что не каждый пациент с пограничной патологией способен вынести ослабление нарциссической самозащиты. Так, наш пациент Наталья Н. отказалась работать на глубинном уровне, подсчитав, как на уроке математики, что она сможет пройти лишь 10 сеансов, как будто решить 10 задач [4].

Что касается предложенных психоанализом способов избавления взрослых пациентов от «детских» проблем, то рецепт психоаналитического лечения, в сущности, был сформулирован устами древних философов: «В душе есть нечто слишком глубоко запрятанное; оно-то и освобождается, будучи произнесенным». В этой схеме можно увидеть аналогию психодинамической триады: вытеснение – осознание – катарсис [7].

Дискурсивно-логический и метафорический способ доступа к переживаниям пациента широко используется в психотерапевтической практике. В первом случае акцент делается больше на научный метод, во втором – используются средства искусства [5, 6]. Появляется определенное количество работ, когда психоанализ и другие близкие ему направления «оживляют сновидение» и таким образом усиливают контакт между клиентом и терапевтом, отходя от принципа нейтральности, наблюдая за особенностями объектных отношений [7, 8].

Выражение своих переживаний с помощью зрительных образов, метафор или других художественных средств, позволяющих миновать цензуру сознания, является наиболее адекватным для пациентов с пограничными психическими расстройствами, сформированными в самых ранних, доэдипальных периодах индивидуального развития.

В образном представлении проблемы как одного из способов деконструкции метафора служит средством передачи нюансов индивидуальных переживаний и связующим звеном между проблемой пациента (на уровне бессознательного) и ее вербальным эквивалентом (на уровне сознания). Используя метафору в диагностических целях, следует прояснить несколько важных вопросов. Можно ли на основе рассказа определить ведущую тему конфликта отношений (ядерная конфликтная тема отношений Люборского, особо значимые отношения по Мясищеву)? Можно ли раскрыть ведущий аффект при помощи анализа центрального конфликта отношений?

Метафора включает любую открытую или скрытую коммуникацию, в которой одно явление связано с другим. Жест, прикосновение, рисунок, скульптура и язык могут иметь «метафорический смысл». Метафора – это проекция бессознательного, расшифровав послание которого, можно оптимизировать процесс психотерапии [1].

В 1990-е гг. большинство психотерапевтов изобретало собственные метафоры, отражающие проблематику пациента. Несмотря на позитивную роль подобного приема, порой психотерапевт опережал возможности пациента в отражении и не достигалась исходная цель – присоединиться к пациенту и ускорить процесс психотерапии. В настоящее время по-прежнему используется метафора психотерапевта, но акцент делается на метафорах пациента. Психотерапевтическая задача усложнилась: специалист должен внимательно слушать своего партнера по общению, чтобы не пропустить метафорический ключ к бессознательному пациента или его объектных отношений. Например, пациенту, который мало работает в межсессионный период, специалист может продемонстрировать хирургическую метафору: «Когда межпозвоночный диск зажат и треснут, он выпячивается, задевает нервные окончания и это дает постоянную боль. Мануальный терапевт выправляет позвоночник, и все встает на место.

Боль уходит, но через неделю вернется, потому что:

1) нет мышечного корсета, который держал бы все в правильном положении,

2) ты продолжаешь двигаться, лежать и сидеть так же, как и раньше.

Вправление позвоночника – это как понимание или инсайт. Дальше, к сожалению, должна быть очень долгая работа по наращиванию мышц и изменению привычки сидеть и двигаться, то есть ресурса и поведения».

Современные позиции в отношении работы с метафорами можно объединить следующими положениями: метафора дает пациенту возможность вынести вовне сложные внутренние переживания (деконструкция); эвристичность метафоры является одним из эффективных инструментов психологической помощи; эффективность использования метафоры психотерапевтом тем выше, чем ближе он к авторской метафоре пациента; достижение эго-дистонности пациента во время терапии; появление терапевтического расщепления между наблюдающей и ощущающей частями «Я», проявляющееся в отношениях между индивидуумом и ситуацией рисунка или метафоры [1, 2, 4, 6].

В случае, когда средства искусства используются для диагностики нарушенных отношений личности, их лучше называть арт-анализом, так

как он представляет собой синтез психоаналитических и арт-терапевтических техник диагностики и психотерапии [4].

Арт-анализ позволяет проводить методику свободных ассоциаций без разделения образных представлений вербальными интерпретациями. В результате оказывается возможным, минуя когнитивный контроль (что особенно важно для пограничных пациентов), «выйти» на фокусную проблему пациента (ядерную конфликтную тему отношений), удержать его в рамках этой проблемы и безопасно выявить все возникающие ассоциации, а не только те, которые пациент решил раскрыть психотерапевту.

В процессе арт-анализа структурируется изначально диффузное представление пациента о проблеме и собственном «Я», его выхолащенные когнитивные схемы обогащаются более эмоционально окрашенными символами. Проработка травматических ситуаций происходит одновременно со включением механизмов ранних объектных отношений, а отреагирование эмоций – в безопасных границах переноса на объект искусства, а не на психотерапевта.

В ходе этого приема возникают ситуации психологического сопротивления проводимой терапии, которые проявляются следующим образом:

- 1) в отказе рисовать потому, что пациент:
 - а) не умеет рисовать;
 - б) не знает, что рисовать;
 - в) устал;
 - г) не понимает, зачем все это надо;
- 2) в нарочито стереотипном повторении сюжета рисунка;
- 3) в рисовании «штампов» (например, элементов плакатов и рекламы);
- 4) в циркуляции сюжетов нескольких рисунков.

В такой ситуации пациенту необходимо объяснить, что качество рисунка не имеет значения и даже лучше то, что он не умеет хорошо рисовать, так как это способствует более четкому изображению проблемы (еще лучше сделать это с самого начала, чтобы по возможности избежать ситуации отказа, мотивированного неумением рисовать). Можно также предложить пациенту сделать рисунок на тему любой свободной ассоциации, которая приходит ему в голову, либо уточнить некоторые детали предыдущего рисунка, либо нарисовать, что он хочет в данный момент, или изобразить, что происходит с ним сейчас. Необходимым условием является невмешательство специалиста в процесс рисования, если пациент продолжает уточнять свои рисунки сам.

В работе с детьми и подростками арт-анализ облегчает диагностику проблем у пациентов, обладающих слабой вербализацией. В российской психотерапевтической практике эту методику нередко именовали как проективный рисунок, используемый в «фазе ориентации» групповой психотерапии.

Остановимся на наиболее часто используемых вариантах арт-анализа и его сочетания с другими методиками в авторской работе. Пациенту предлагается нарисовать или создать композицию, коллаж на следующие темы.

Линия жизни с использованием методики «карта ума». Вера, 37 лет, руководитель психологической службы в одном из провинциальных городов, находясь на конференции в Санкт-Петербурге, обратилась за психотерапевтической помощью. Ее беспокоили спазмы сосудов верхней конечности (установлен диагноз «Синдром Рейно»), боли в суставах нижних конечностей, начинающиеся признаки профессионального выгорания. Так как она не могла пребывать более трех дней в северной столице (заявка на краткосрочную терапию), задачей терапевта было максимально быстро провести диагностику и сосредоточить свои усилия на ядерной конфликтной теме или основных конфликтах пациентки. Выбор остановился на методике «карта ума» (рис. 1). Ей предлагалось использовать карандаши, цветные мелки, игрушки и кататимные предметы (кататимные предметы – любые подручные средства, способные символизировать какие-либо части личности или внутренние и внешние объекты).

В центре листа она поместила свою ведущую проблему «Идеализация». С ней было связано жесткое воспитание матерью-бухгалтером (книга с правилами), пытавшейся во взрослом возрасте ее контролировать. Отец, военный, дома не имел своего слова, ему предназначалась роль «якоря» при матери. В юности в своей личности она отмечает следующие части «Я»: «военный» – это организованная часть (от отца); «королева» – желание одеваться и выглядеть элегантно; «девочка Элли» – идеализирующая ее часть, представлявшая, что стукнет хрустальным башмачком – и все ее желания исполнятся; наконец, тигрица – это часть личности отражает непредсказуемые вспышки гнева и возможность за себя постоять. Выйдя с таким набором в жизнь, она не была счастлива с первым женихом («мишка»), не вернувшимся к ней после армии, и в трех последующих браках. От первого и от второго брака имеет по ребенку. Последний муж страдал сахарным диабетом, ушел в ипохондрические переживания, практически не работал («тюфяк» на рисунке). Она не разводится с ним, жалеет. На гори-

зонте появился другой мужчина («упакованный человек-паук»), получивший срок за дорожно-транспортное происшествие и недавно вышедший из тюрьмы. Он был ее пациентом на консультации, в настоящее время успешно занимается бизнесом и предлагает выйти за нее замуж. К нему ее притягивает, как «кролика к удаву». Свои части «Я» на листе ватмана она обозначила следующим образом: «пистолет» – это ее несносный характер, от которого можно застрелиться; «свисток» – сторожевая, тревожная часть; «скорпион» – творческая часть, склонная к самокопанию; «девочка Элли» также сохранилась, как и агрессивная часть.



Рис. 1.

Вот с таким «путеводителем» ей провели 3-дневную экскурсию по наиболее значимым отношениям: с миром, самой собой, мужчинами. Трудно сказать, что помогло в этих занятиях, но после первого сеанса проявления синдрома Рейно прекратились (возможно, руки – это доверие к миру, и она стала больше доверять последнему, раскрыв свои переживания). В sms-сообщении, присланной Верой по приезду в свой город, она сообщила, что подала на развод и выходит замуж за своего бизнесмена.

Таким образом, использование этого методического приема сокращает количество времени, которое мы обычно тратим на обдумывание и

решение проблем, позволяет достичь более высокой степени концентрации и более ясного видения ситуации.

Моя болезнь. Здесь задача – постараться связать симптом с объективными отношениями, определить взаимоотношения конфликтующих частей.

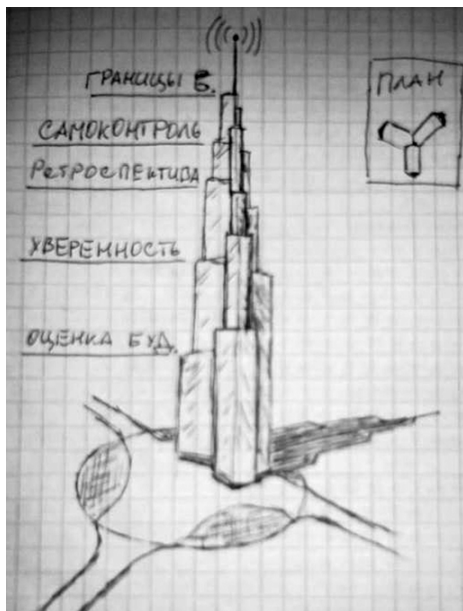


Рис. 2.

Так, Зоя, 20 лет, с шизоидным расстройством личности представила свою проблему в виде высотного здания (аналогом послужил небоскреб в Дубаи, пациентка была студенткой архитектурного вуза), в котором обращали на себя внимание жесткие границы между частями личности. Наверху находилась антенна, которая сканировала: подпускать кого-либо к себе или занять оборону и замкнуться (рис. 2). Исходя из метафоры пациентки, к проводимой индивидуальной работе был добавлен ассертивный тренинг.

Мой внутренний или внешний конфликт. Пациент Алексей представил его в виде рисунка «Разбитое сердце» (рис. 3).

Психотерапевт (П.): Расскажи, Алексей, что изображено на твоём рисунке?

Алексей (А.): Это нож, который выходит из разбитого сердца.

П.: Это твоё сердце?

А.: Да.

П.: Ты знаешь дату, когда оно разбилось?

А.: 17 апреля 200... г.

П.: Можешь рассказать подробнее об этом?

А.: Я не готов об этом говорить сейчас.

П.: Хорошо, расскажи, пожалуйста, про нож.

А.: А нож – это я. Я использую людей, делая им больно, я манипулирую ими, и мне это нравится. Мне нравится смотреть на них сверху, чувствовать пре-

восходство над ними. А если перевернуть рисунок, то получается фаллос, это моя энергия.

П.: Хорошая метафора: фаллос в виде ножа, как нереализованная энергия. Да? У тебя давно это возникло?

А.: После 17 апреля.

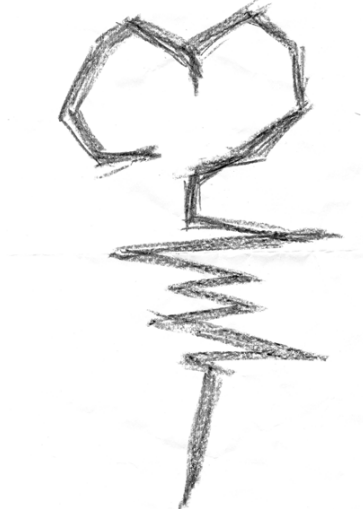


Рис. 3.

П.: Мы опять возвращаемся к этой дате. Какая ассоциация у тебя с совестью?

А.: Моя совесть в виде девушки...

П.: Почему образ совести у тебя связан с женщиной?

А.: Потому что она была моей девушкой. Я испытываю чувство вины перед ней, несмотря на то что она умерла... А на обществе я все это проявляю, я его ненавижу, презираю, я не хочу быть в нем, я хочу быть отдельно.

П.: Может, нужно что-то изменить?

А.: Я не готов сегодня над этим работать. Я как сообщество.

Здесь могут быть разные варианты. Следует обращать внимание на форму, границы между частями личности, пояснения пациента. Можно начать проводить диагностические гипотезы в отношении типа организации характера, уровня организации личности. У детей и подростков имеет значение и цвет.

У пациента Артема, 16 лет, страдавшего невротической икотой и мизофобией (страхом заражения), его «боящаяся часть» была фиолетового цвета (рис. 4). Установлено, что фиолетовый цвет нередко связан с сексуальностью. Через арт-анализ удалось выйти на блокировку его сексуальности и восприятие ее как «грязной», противной в ходе начавшегося пубертата. В дальнейших сеансах вскрылись нарциссические обиды пациента, когда он в течение 1 года обучался в профессионально-техническом училище. Его симптомы носили регрессионный характер, символизируя страх повзреления, желание остаться ребенком, в то время как его ровесники уже «тусовались с девушками».

Полугодичный курс психотерапии способствовал положительной трансформации. Катамнез 3 года. Учится на военного психолога.

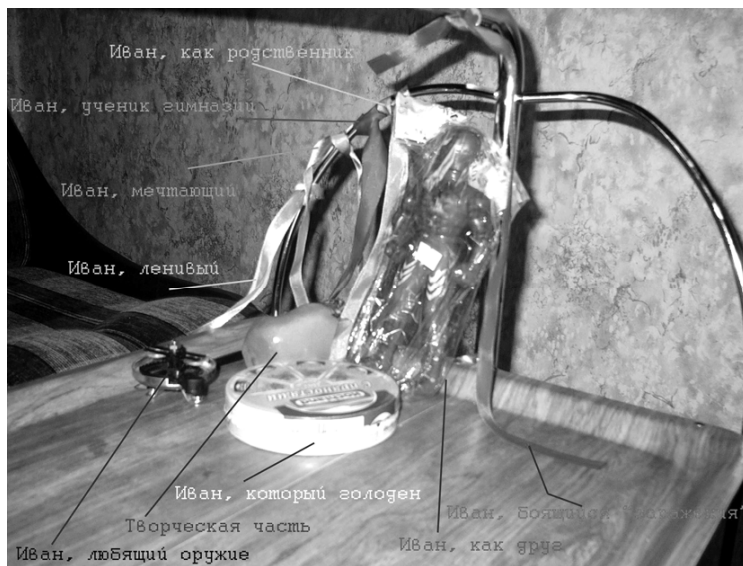


Рис. 4.

Так, Марина, 29 лет, обратившаяся за психотерапевтической помощью в связи психогенными поносами, на первой встрече сообщила следующую анамнестическую информацию. Замужем второй раз. Мужу 39 лет. Несколько лет не могла зачать ребенка, затем после лечения у гинеколога-эндокринолога возникла беременность, завершившаяся родами в срок. У ребенка при рождении был обнаружен порок сердца, успешно прооперированный. Муж, будучи занят на работе, мало уделял ей внимания, снизилась его сексуальная активность. Возник внутренний конфликт между желанием развестись и не расставаться с ребенком («муж ребенка, естественно, не отдаст: слишком тяжело он достался»). На второй встрече пациентке предложили раскрыть свой внутренний мир через методику «Я как сообщество», используя различные игрушки и символические предметы (рис. 5).

Она отметила, что у нее есть маска грусти, домашняя часть, куклу с распущенными волосами она обозначила как «разлохмаченная обида». Затем остановилась на матрешке и сообщила, что у нее есть желание «большую часть впихнуть в малую», причем одна часть находится в будущем. Конфликт с мужем «раскрутил» ее воспоминания об одном парне, который

остался в ее родном городе (она его держала как «запасной вариант», интимных отношений с ним не было). Используя технику «как будто», мы в монодраме воспроизвели с ней встречу с этим мужчиной (роль которого играл психотерапевт) и с «разломаченной обидой». Возник инсайт в действии, который привел к осознанию, что она идеализировала брачные отношения и требовала от мужа невозможного.



Рис. 5.

Моя часто возникающая эмоция. Дать три характеристики (ассоциации, метафоры). Часто сочетается с экстернализирующей техникой, когда пациенту предлагается от первого лица озвучить его компоненты. Например, Я – обида Павла, я поселилась у него в 12 лет... Я – бурлящий комок, взрывчатая, жесткая, давящая. Далее облегчается выход на объектные отношения (рис. 6).

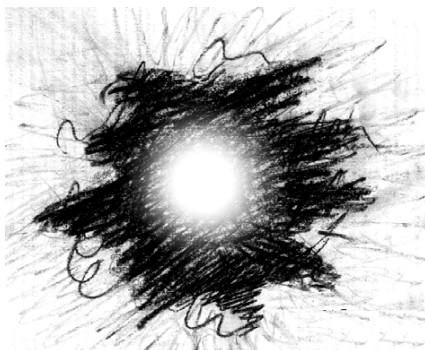


Рис. 6.

Работа с открытками и фотографиями (у каждого психотерапевта – собственная коллекция). 1-й вариант: выбрать из коллекции открыток, фотографий, символизирующих разные аспекты личностных проявлений, положительные и отрицательные проявления личности либо любимые и нелюбимые роли. 2-й вариант: выбрать три-четыре фотографии, которые подходят личности, и те, которые не нравятся. 3-й вариант: создать композицию и озвучить субличности (экстернализирующее диагностическое интервью с использованием визуального образа). 4-й вариант (ресурсный): выбрать несколько открыток или фотографий, отражающих состояние комфорта или желание пациента. Можно использовать в индивидуальной и групповой психотерапии.

На одном из занятий в ходе разогрева с использованием авторской коллекции фотографий пациентам предлагалось выбрать несколько открыток, отражающих их внутренний или внешний конфликт. Один из участников, Игорь, выбрал фотографию «погасшие свечи». Это напомнило ему о погибших друзьях в Чечне. Игорь отказался работать с этой темой.

Денис выбрал фотографию «Старуха и шахматы» (рис. 7) и захотел поработать с ней.



Рис. 7.

Денис (Д.): Это дьявол, который управлял моим поведением. У меня был конфликт с девушкой, когда мы сидели у меня на кухне. Потом я пошел в дру-

гую комнату, взял пистолет и выстрелил себе в живот... Это темная высшая сила... Я не понимаю, почему я это сделал. Я не хотел этого. Это было против моей воли.

Психотерапевт (П.): Опиши дьявола.

Д.: (от имени дьявола): Я злая сила, я мужчина, дьявол, я делаю это с Денисом за его поступки, за то, что избивал мужчин и женщин, за то, что избивал свою девушку на почве ревности.

Д.: Я не хотел ее ни с кем делить. Тем более я занимался агрессивными видами спорта. Меня окружали мама, старший брат и бабушка. Брат заменял мне отца, когда я курил, пил, лазал по чердакам. Мой брат отдал меня в спорт, сказал, что надо быть жестким.

П.: Давайте разыграем эту ситуацию. (Д. выбирает на роль дьявола Анну, выбирает себе дубля.)

Дьявол: Пойди и сделай это. Умри собака!

П.: Почему тебе нужна душа именно этого человека?

Дьявол: Я видел, что человек сомневается, и я воспользовался этим, я заставил сделать это.

П. (обращаясь к протагонисту): После того как ты выжил, тебе что-нибудь нашептывал дьявол?

Д.: Да. Он сказал, что я не довел дело до конца. «Умри!» Он хочет моей смерти.

Дьявол: Ты слабый и я все равно тебя убью. Рано или поздно ты засомневаешься.

Д. (после длительного молчания): Я не сомневаюсь...

Дьявол: Ты сомневаешься прямо сейчас, а значит, я своего добьюсь.

Д. (уверенно): Я в тебя не верю дьявол, я верю в Бога! Пошел вон из моей жизни!

Коллаж и артанализ. Традиционно коллаж – это плоское изображение, составленное из фрагментов других изображений. Коллаж – это нарративная фигура. Это рассказ, запечатленный в изобразительном материале. Каждый элемент коллажа – это слово или фраза, коллаж целиком – это текст, рассказанный с помощью изобразительных цитат.

Мы используем выбор из разнообразного насыщенного фона отдельных элементов. Такие фигуры могут быть из коллекции открыток и фотографий. Если эти «фигуры» выделены и затем отобраны из первоначального насыщенного фона и помещены в группе (в композиции) в новом пространстве, они составляют новую фигуру. Обсуждая с пациентом располо-

жения рисунков, их значение, можно оценить его эгограмму, выйти на «ядерную конфликтную тему» или найти ресурсы для решения проблемы.

Пациент Федор, 26 лет, был направлен к психотерапевту 2 года тому назад после обследования по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, которую не обнаружили. Врач-терапевт считала, что у молодого человека функциональное расстройство. Ведущей конфликтной темой отношений на первом обращении была обида на мать, которая никогда не поддерживала сына, не верила в его способности. Отслужив в армии, парень успешно работал в совместном бизнесе с отцом. Пациент не был мотивирован на долгосрочную терапию и прервал ее после трех встреч. Как сообщил пациент, причиной настоящего обращения была зависимость от женщины, сопровождавшаяся выраженным психовегетативным синдромом. Молодой человек заменял ей в течение 6 мес ушедшего от нее мужа, старался быть отцом ее 8-месячному ребенку, пошел на финансовые нарушения, чтобы купить автомобиль, соответствующий ее вкусу, но она вдруг стала проявлять признаки охлаждения. В качестве диагностического и терапевтического средства был использован коллаж. Пациенту предлагалось выбрать из стимульного материала (открытки, фотографии) наиболее значимые для него элементы и расположить их в пространстве.

На рис. 8 преобладают разнообразные женские образы, образы «мачо», конкуренция в бизнесе, желание быть всегда лучшим (нарциссический перфекционизм). Мстительные чувства отражаются через рисунок «женщина в паутине» («хочу ее так видеть, на самом деле сам попался»). Ресурсные образы расположились в нижней части листа. Так как пациент и в этот раз не был расположен к долгосрочной работе, коллаж позволил сосредоточиться на основном конфликте. Взяв фото «основной ресурс» за основу, уточнили, что он ассоциируется с горами Алтая, где пациент с друзьями провел лето в возрасте 17 лет.

Проведен сеанс монодрамы, в ходе которого из ресурсной картинки пациент поговорил со своей девушкой, поблагодарил ее за позитивные моменты их жизни и «отпустил ее» (использовалась интеграция техник «как будто», пробежка по времени, монолог, смена ролей). Дублирование в монодраме осуществлял психотерапевт. Так как в данном случае имел место «феномен любовной аддикции», пациенту были предложены принципы соблюдения «границ отношений», которые обычно предлагаются на реабилитации химически зависимых пациентов.

Если между действительным представлением о себе и внутренним стандартом (идеалом) имеется значительное расхождение, то это сопровождается агрессивно окрашенной самокритикой, упреками и наказанием, обычно в форме болезненных аффектов вины, стыда, тревоги, депрессии и чувства неполноценности, что ведет к утрате самоуважения. В психотерапии мы можем вскрыть детские корни этой проблемы. К сожалению, пациент несколько раз начинал и прерывал терапию.

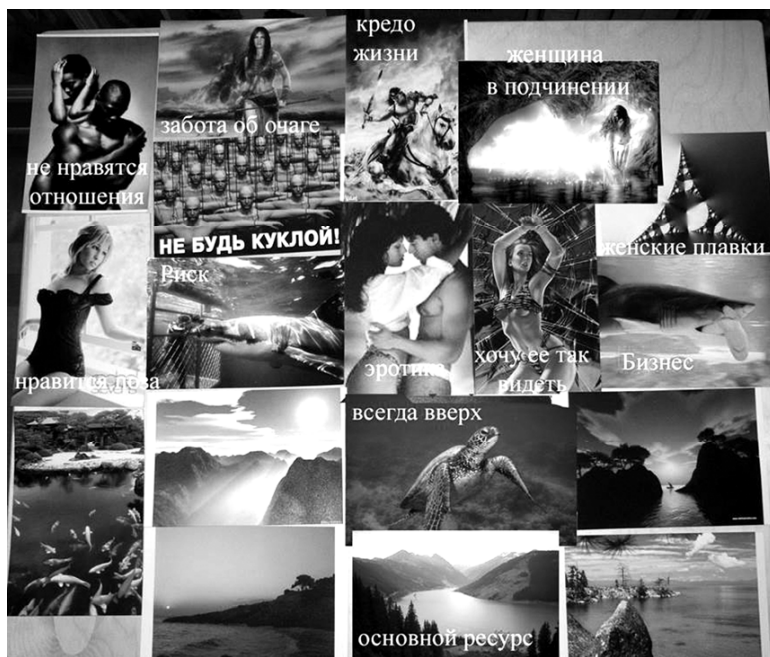


Рис. 8.

В ходе индивидуальной психотерапии важно было понять, что управляет повторяющимися паттернами поведения. Они настолько прочно укоренились во внутреннем мире пациента, что он постоянно носит их с собой. Пациент может поменять работу, партнеров, даже страну проживания, но так и не будет способен перейти на «взрослые» способы взаимодействия. Паттерны продолжают действовать с новой силой, часто против сознательного желания человека, создавая болезненные ситуации.

Визуально-кинестетическая метафора. Один из примеров использования специального пластилина «лицемера» (рис. 9). Пациент, наркозависимый, слепил свою зависимую часть из четырех компонентов: легко-

мыслие, гнев, вина, раскаяние. Это дало возможность углубиться в тщательное изучение его аффектов.

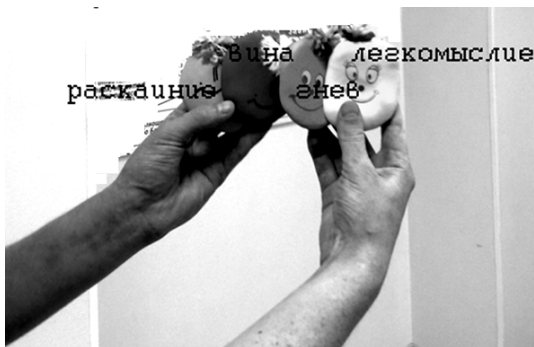


Рис. 9.

Метафора пациента в действии. В этом случае пациент выбрал по ассоциации с ложью, которая переполняла его существо, гимнастический шар. Сев на шар и раскачивая его, он произнес монолог, что значит ложь в его жизни (рис. 10).



Рис. 10.

Семейные расстановки с помощью игрушек. Оксана Н., 23 лет, окончив университет в одном из южных городов, приехала в Санкт-Петербург помогать отцу, переехавшему два года тому назад в северную столицу, и мужу в ведении строительного бизнеса. Дома у нее остались мать и младшая сестра, проживавшие в частном двухэтажном доме. Всегда была зависима от мнения матери, вспоминая с детства фразу «Тебя не спрашивают». Полгода назад, будучи в гостях у матери, по поводу болей в правом боку она обращалась к психотерапевту, использовавшего в качестве метода лечения «расстановки по Хелингеру». Результата не было получено. (Комментарий: данная методика относится к директивным, субъективным психотехнологиям, дает сбой у пациентов, не завершивших процессы сепарации-индивидуации.)

В Петербурге она испытывала недовольство отцом и мужем, которые многие дела решали без нее. Ее угнетала мысль, что отец больше считается с главным бухгалтером, чем с ней, которая так старается внести свой вклад в семейный бизнес. Мать использует ее в качестве «заменителя жень», давая инструкции из южного города по телефону, как вести с отцом. Как сообщила пациентка, мать никогда не оставит дом и не поедет вслед за отцом, являясь там «сторожевым псом». На одном из сеансов мы провели «расстановку» ее семейной системы с использованием игрушек и озвучиванием каждого персонажа (рис. 11).



Рис. 11.

Оксана поняла, что в ее семье нарушены все границы между подсистемами (семейный бизнес еще больше усилил перепутанные границы). Практически за свои 23 года она не приняла ни одного самостоятельного

решения. В этом случае уход ее на самостоятельную работу (подруга предложила должность менеджера в магазине) был бы связан с нарушением лояльности семейной системе. Семья восприняла бы это как предательство. Расстановкой или арт-анализом в этом случае не обойтись. Пациентка нуждалась в длительной индивидуально-раскрывающей психотерапии для решения сепарационных проблем.

В ходе терапии Оксане удалось найти собственное дело. Однако она происходила из семьи «ригидно-сцепленного типа», тогда как муж – «хаотически разделенного», и обе «системы» боролись, за кем последнее слово. Отсутствовали совместные интересы. Компромисс между семейными ценностями так и не был найден. Муж не хотел ребенка, так как считал жену слишком эмоциональной, она его – не уделяющим ей должного внимания. Амбивалентное отношение к разводу позволяло психосоматическому симптому «принять за нее решение».

Метафоры в домашних заданиях. Пациент Вера, 36 лет, директор строительного магазина, обратилась за психотерапевтической помощью со следующими жалобами: периодические боли в правой подвздошной области, конфликты с младшим персоналом, в основном мужчинами, периодически бессмысленная трата денег. Ее направил психотерапевт, занимающийся с ее ребенком.

Из истории пациентки выяснилось, что мать рано рассталась с отцом, когда девочке было 6 лет. Всегда росла в «позиции золушки», одевалась скромно. Одноклассники поражались ее хорошим мануальным способностям, которые ей давали возможность зарабатывать, но она стыдилась брать деньги за мелкие услуги. Когда ей было 8 лет, мать отдала бабушку в дом престарелых. Окончив техникум, вышла замуж за художника. Брак не был счастливым, однако с первым мужем сохранились хорошие отношения. Выйдя второй раз замуж за бизнесмена, она стала помогать ему в бизнесе. Родился мальчик, которому сейчас 6 лет. У сына наблюдались немотивированные приступы агрессии. По поводу этих жалоб с ним работал детский психотерапевт. Мать пациентки стала злоупотреблять алкоголем. Испытывая чувство стыда перед знакомыми, Вера снабжала ее деньгами, как бы откупаясь от общения с ней.

В процессе психотерапии выяснилось, что чувство стыда было ведущим аффектом у пациентки. Кроме того, она взяла на себя вину за свою бабушку, умершую в доме престарелых. Ее самоуважение было низким, она скрывала от окружающих зависимость от их мнения. Начата индивидуально-раскрывающая психотерапия с пациенткой. Помня о том, что проблемы

пациентки имеют корни в далеком прошлом и с целью использования лечебных факторов группы, я предложил ей провести сеанс с участием группы студентов-психологов. Вера слышала об эффективности групповой психотерапии, однако в свое время отказалась от подобного предложения и сейчас боялась. Посоветовавшись с мужем, который предложил рискнуть, она согласилась. Первая психодраматическая сессия была посвящена чувству вины перед бабушкой, которую отдали в дом инвалидов, и перед отцом, которого мать практически прогнала. Она боялась повторения этого инцидента с матерью. В сценах последовательно были воспроизведены ее контакты с умершей бабушкой, воображаемая встреча с отцом (использовалась техника «смена ролей»). Пациентка отреагировала сильным плачем. Осознала, что она не несет ответственности за все просчеты родителей. Вторая сессия носила характер интрапсихической драмы, затронувшей взаимоотношения ее субличностей. Наибольшей внутренней частью, на роль которого она выбрала самого высокого парня из группы, был стыд, который она долгие годы носила в себе и скрывала от людей. Она отразила это и на рисунке после занятия (рис. 12). Едва хватило участников группы, чтобы охватить все названные ею части (их было 18). Вере было предложено постараться перегруппировать их в положительном ключе. Так начался поиск ресурсов личности. Не исключалось, что аддиктивный синдром (расточительность на ее рисунках), проявлявшийся в бессмысленной трате денег, был формой отыгрывания «напряженных аффектов».

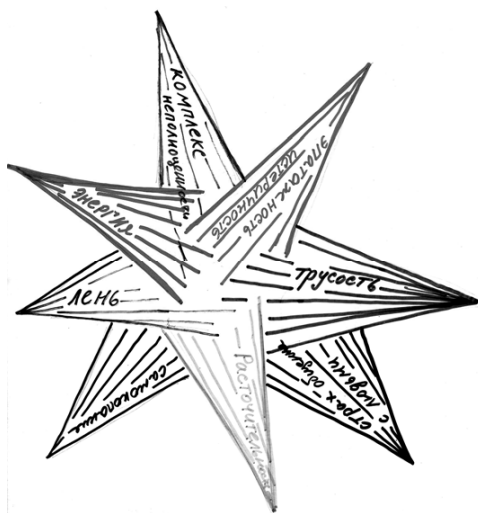


Рис. 12.

Во время прохождения тоннеля (психотехника, интегрировавшая «архетипическое путешествие» Юнга и мотив символдрамы) она увидела на выходе из тоннеля в качестве подарка алмаз. Его грани на рисунке после сеанса состояли во многом из негативных характеристик. Ей было предложено поработать ювелиром и обточить острые углы (найти ресурсы) в каждой из непринимаемых частей Я. В результате этой работы «трусость» превратилась в осторожность, комплекс неполноценности в ученичество (возможность получения высшего образования по заочной форме) и т. д.

Катамнез 4 года. Жалоб нет. У ребенка, со слов детского психотерапевта, также нормализовалось психическое состояние

Другим вариантом использования метафор является поиск в интернете соответствующих метафор для своей проблемы. Так, Денис нашел для своей проблемы побудительный слоган «Никогда не сдавайся!» и повесил его на стену (рис. 13). Это помогло ему преодолеть трудности госпитализации. Николай вспомнил, что в его статусе во vkontakte уже 8 лет помещен лозунг: «Никогда никому не открывайся до дна». «Раскручивание» этой метафоры привело к обнаружению травмы предательства, когда у него, молодого лейтенанта, жена ушла к другому мужчине.

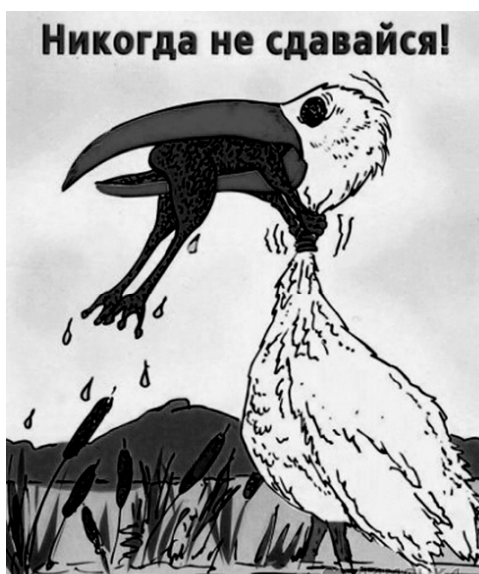


Рис. 13.

Визуальные метафоры в оценке эффективности психотерапии.
Пациент Тимур, 23 года, обсессивно-компульсивное расстройство личнос-

ти. Вот как он описал свое состояние. Каждым новым днем все его мысли становились все красочнее и ярче. Он прокручивал всю историю все снова и снова. Тимур стал замечать, что даже на занятиях, вместо того чтобы слушать преподавателя, он прокручивает по тысячи раз в голове эти мысли. Все это отражалось на его настроении. Система действовала как цепная реакция, то есть появлялась мысль и вызывала последующую, связанную с мыслью, депрессию. Тимуру было очень плохо, и он буквально разрывался. Он писал на маленьких кусочках бумаг отрицающую его негативные мысли установку длиной в 2 предложения и выкидывал эту бумагу. Делал он это по много раз в день. Может 15–20 раз, он не помнит. Когда пришло время приехать на период подготовки к сдаче государственных экзаменов в университете, он не мог заниматься. У него не получалось готовиться, так как его не оставляли мысли о том, что он прошел незаслуженно. Это было что-то похожее на ужасную болезнь. Тимуру было предложено нарисовать свой портрет и отобразить в нем свое страдание (рис. 14). Это был портрет «старика, никогда не совершавшего ошибки», что соответствовало жестким перфекционистским установкам пациента. Психотерапевт делился своим впечатлением с пациентом. Через полгода пациент значительно «помолодел», когда, благодаря психотерапии, стал устанавливать более гармоничные отношения (рис. 15).



Рис. 14.



Рис. 15.

Наконец, сам метод психотерапии, который практикует специалист, можно также метафорически обозначить. Автор этих строк составил синвейн следующего содержания:

Психотерапия
Глубинная, интегративная
Поддерживает, конфронтрует, развивает
Изменить, что возможно
Искусство –

и нашел в интернете иллюстрацию, отражающую эту метафору (рис. 16). Мы можем встретиться с глубинными бомбами, но правильно проложенный курс, тщательное считывание данных с приборов, использование перископа (супервизия) предохранят судно от возможных катаклизмов.

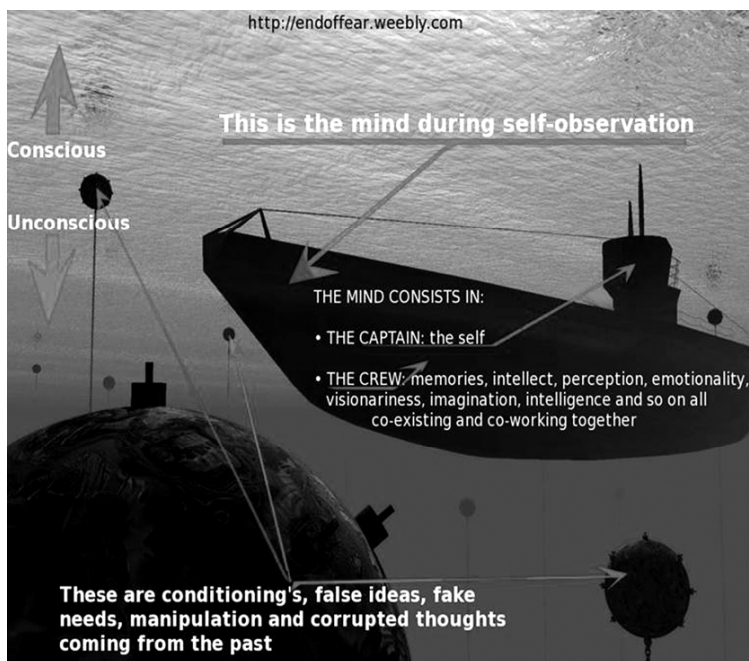


Рис. 16.

По выражению одного психотерапевта, направленную имаготерапию неслучайно называют «законным ребенком психоанализа». Вообще психоанализ и другие близкие ему направления всегда мечтали «оживить сновидение» и таким образом усилить качество обратной связи между клиентом и терапевтом, поместить ее из прошлого в настоящее, дав возможность

непосредственно наблюдать за процессом взаимодействия внутриличностных структур.

Заключение

Конечно, в рамках данной статьи невозможно описать все многообразие художественных средств, используемых в диагностике и психотерапии. Каждый психотерапевт выберет, что ему ближе: метафора психотерапевта или метафора пациента, и будет использовать в своей практике.

Литература

1. Булюбаш И.Д. Руководство по гештальт-терапии. – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2004. – 768 с.
2. Колошина Т.Ю., Трусь А.А. Арт-терапевтические техники в тренинге: характеристики и использование : практ. пособие для тренера. – СПб. : Речь, 2010. – 189 с.
3. Кулаков С.А. Практикум по психотерапии психосоматических расстройств. – СПб. : Речь, 2007. – 294 с.
4. Кулаков С.А. Психосоматика. – СПб. : Речь, 2010. – 320 с.
5. Лебедев В.Б., Биньковская Н.В. Миры воображения : руководство по интерактивной имагогике. – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. – 229 с.
6. Свирепо О.А., Туманова О.С. Образ, символ, метафора в современной психотерапии. – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2004. – 270 с.
7. Хенниг Х., Фикенчер Э., Барке У., Розендаль В. Отношения и терапевтические имажинации. Кататимно-имагинативная психотерапия как психодинамический процесс. – Таллин, 2008. – 259 с.
8. Dzokic Z. Moc psihodrame. – Beograd : Psihopolis, 2010. – 217 p.

Kulakov S.A. Art-analiz v lechenii patsientov s pogramichnymi psikhicheskimi rassstroystvami [The art analysis in treatment of the patients with borderline mental disorders]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin psychotherapy]. 2014. N 50. P. 7–29.

The Herzen State Pedagogical University of Russia
(Russia, St. Petersburg, Moika Embankment, 48)
Medical Center «Behterev» (Russia, St. Petersburg, Koroleva ave, 48-5)

Kulakov Sergey Aleksandrovich – Dr of Med. Sc. Prof. of Clinical Psychology and Psychological Aid department of the Herzen State Pedagogical University of Russia (Russia, 191186, St. Petersburg, Moika Embankment, 48), Deputy director for rehabilitation of the Medical Center «Behterev», (197371, Russia, St. Petersburg, Koroleva ave, 48-5), e-mail: kulaksergey@yandex.ru.

Abstract. The discursive logical and metaphorical method of access to patient's experience is widely used in psychotherapy practice. In the first case the emphasis is

on the scientific method, in the second case the means of art are used. Using specific clinical cases, the author shows how visual images, metaphors and other artistic resources are used in his own psychotherapy practice. It is underlined that this approach bypasses the censorship of consciousness and is the most adequate for patients with borderline mental disorders formed during the earliest, preedipal periods of individual development.

Keywords: psychotherapy, art analysis, metaphor, artistic means in psychotherapy, externalization.

References

1. Bulyubash I.D. Rukovodstvo po geshtal't-terapii [Manual on Gestalt therapy]. Moskva. 2004. 768 p. (In Russ.).
2. Koloshina T.Yu., Trus' A.A. Art-terapevticheskie tekhniki v treninge: kharakteristiki i ispol'zovanie [Art therapy techniques in training: characteristics and use]. Sankt-Peterburg. 2010. 189 p. (In Russ.).
3. Kulakov S.A. Praktikum po psikhoterapii psikhosomaticheskikh rasstroystv. [Workshop on psychotherapy of psychosomatic disorders]. Sankt-Peterburg. 2007. 294 p. (In Russ.).
4. Kulakov S.A. Psikhosomatika [Psychosomatics]. Sankt-Peterburg. 2010. 320 p. (In Russ.).
5. Lebedev V.B., Bin'kovskaya N.V. Miry voobrazheniya: rukovodstvo po interaktivnoy imagogike [Worlds of the imagination: a guide to interactive imagery]. Moskva. 2002. 229 p. (In Russ.).
6. Svirepo O.A., Tumanova O.S. Obraz, simvol, metafora v sovremennoy psikhoterapii [Image, symbol, metaphor in modern psychotherapy]. Moskva. 2004. 270 p. (In Russ.).
7. Khennig Kh., Fikencher E., Barke U., Rozendal' V. Otnosheniya i terapevticheskie imaginatsii. Katatimno-imaginativnaya psikhoterapiya kak psikhodinamicheskiy protsess [Relationship and therapeutic imagination. Katathym imaginative psychotherapy as psychodynamic process]. Tallinn. 2008. 259 p. (In Russ.).
8. Dzokic Z. Moc psihodrame. Beograd : Psihopolis, 2010. 217 p.

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.9 : 616.89

О.А. Вахренева, Е.А. Колотильщикова

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ С НЕВРАСТЕНИЕЙ И НЕВРОЗОПОДОБНЫМИ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева (Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3)

Рассматриваются структура и особенности личности пациентов с неврастенией и церебральными резидуально-органическими неврозоподобными расстройствами, которые имеют важное значение при дифференциальной диагностике этих состояний, а также при выборе стратегии лечения. Показаны особенности, выявленные при помощи таких психоаналитических инструментов, как Я-структурный тест G. Ammon (ISTA) и Гиссенский личностный опросник (Gieben-Test – GB).

Ключевые слова: клиническая психология, неврастения, церебральное резидуально-органическое неврозоподобное расстройство, дифференциальная диагностика, Я-структурный тест G. Ammon (ISTA), Гиссенский личностный опросник (Gieben-Test – GB).

Введение

Своевременная дифференциальная диагностика неврастении (шифр F48.0 по МКБ-10) и резидуально-органических церебральных расстройств с неврозоподобными клиническими проявлениями (F 06.82) является актуальной задачей медицины, реализация которой позволяет в оптимальные сроки определить эффективные стратегии терапии. Понимание патогенетической сущности наряду с изучением структуры и особенностей личности больного, применение широкого спектра инструментально-лабораторных и биохимических методов обследования, изучение динамики заболе-

Вахренева Олеся Александровна – аспирант С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева (192019, Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), e-mail: olesia_vahreneva@mail.ru;

Колотильщикова Екатерина Андреевна – д-р психол. наук, вед. науч. сотр. отделения пограничных психич. расстройств и психотерапии С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева (192019, Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), e-mail: Kea63@rambler.ru.

вания, выраженности и своеобразия клинических проявлений играют решающую роль.

Материалы и методы

Обследовали 120 пациентов, проходивших лечение в отделении неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им В.М. Бехтерева, которые по результатам негативной и позитивной диагностики разделены на 2 группы:

1-я – неврастения (без коморбидной патологии) – 55 человек (46 %);

2-я – резидуально-органические церебральные расстройства с неврозоподобной симптоматикой – 65 человек (54 %).

Возраст обследуемых – от 18 до 69 лет. Статистически достоверных различий между исследуемыми группами относительно возраста не обнаружено. В группе пациентов с неврастенией возрастной интервал варьируется в пределах ($38,8 \pm 12,6$) года, средний возраст мужчин – ($31,0 \pm 6,6$) года, женщин ($40,6 \pm 13,0$) года; при неврозоподобном течении резидуально-органического поражения головного мозга – ($35,8 \pm 13,2$) года, средний возраст мужчин – ($30,7 \pm 9,4$) года, женщин – ($43,9 \pm 14,5$) лет.

В 1-й группе пациентов достоверно ($p < 0,01$) преобладали женщины (81,8 %), во 2-й группе, напротив, – мужчины (61,5 %).

В данном исследовании неврастения понималась в соответствии с традиционным ее определением, сформулированным в отечественной психиатрии, как заболевание психогенной (преимущественно конфликтогенной) природы, которое возникает в результате нарушения особенно значимых отношений личности при несоответствии возможностей, средств индивида и требований действительности или при возникновении противоречий между возможностями человека и завышенными требованиями к себе.

Резидуально-органические церебральные расстройства включали в себя совокупность разнообразных нервно-психических нарушений, обусловленных стойкими последствиями органических поражений головного мозга. Принципиальным условием для постановки такого диагноза являлось окончание течения органического церебрального заболевания (чаще всего воспалительного, травматического или токсического генеза, которые могли относиться к различным периодам жизни пациента).

Исследование структуры и особенностей личности больного проводили с использованием психоаналитических инструментов:

- Я-структурного теста G. Ammon (ISTA) [5]. Методика разработана немецкими психологами на основе концепции личности G. Ammon (1981)

в соответствии с принципами динамической психиатрии. Являясь психоаналитической методикой, тест позволяет измерять бессознательные личностные образования с помощью сознательного самоотчета, поскольку в утверждениях закладывается набор ситуаций, в которых может более или менее однозначно проявиться бессознательное;

- Гиссенского личностного опросника (Gieben-Test – GB) [1]. Методика разработана D. Beckman на базе Психосоматической клиники Гиссенского университета и предназначена для изучения основных психосоциальных качеств личности.

Статистическую обработку полученных данных осуществляли при помощи пакетов прикладных программ Statistica 6.0 и SPSS-19. Сходство (различия) показателей Я-структурного теста G. Ammon в группах проводили при помощи U-критерия Mann-Whitney, показателей Гиссенского личностного опросника – t-критерия Стьюдента.

Сравнение Я-структурного теста G. Ammon проводили в «сырых» баллах, как рекомендовано авторами адаптации «Я-структурного теста» (ISTA) [5], однако в тексте приводятся стандартизированные баллы, так как они позволяют оценить, какой параметр является преобладающим – конструктивное, деструктивное или дефицитарное развитие той или иной Я-функции.

Результаты и их анализ

Я-структурный тест (ISTA). В концепции динамической психиатрии, которая послужила теоретической базой «Я-структурного теста» (ISTA), агрессия рассматривается как центральная Я-функция. Многие психоаналитики постулируют наличие общего агрессивного драйва, который обуславливает широкий спектр поведенческих паттернов, при этом агрессия рассматривается не только как деструктивное поведение, противоречащее общественным нормам, но и как стремление к независимости, умение активно отстаивать собственное мнение.

Агрессия, с точки зрения Г. Аммона, обеспечивает способность к установлению контактов с окружающими людьми, умение ставить перед собой цели и достигать их, это основа интеллектуальных достижений, утверждения независимости и самоуважения. Агрессия, таким образом, в ее конструктивном виде представляет собой общий потенциал активности, которым располагает личность для решения задач адаптации и поддержания идентичности. Тем не менее, вследствие нарушения отношений прежде всего в первичной (родительской) семье, а затем и в других референт-

ных группах, агрессия может терять свое изначальное адаптивное значение, приобретая либо деструктивный, либо дефицитарный характер.

У больных 1-й группы ведущей является шкала дефицитарной агрессии (A3) – $(52,8 \pm 1,8)$ Т-баллов, в то же время ее показатели не являются чрезмерно выраженными, поскольку не выходят за пределы 60 Т-баллов.

Пациенты 1-й группы испытывают определенные затруднения при установлении межличностных связей, доверительных и близких отношений, чему способствуют излишняя конформность, избегание конфронтации и конфликтов с другими людьми при необходимости отстаивать свое мнение. Ситуации соперничества и конкурентной борьбы, особенно в профессиональной сфере, приводят к росту эмоционального напряжения, поскольку из-за недостатка навыков разрешения конфликтов изученные больные склонны жертвовать собственными интересами, целями и планами, однако неумение настоять на своем, реализовать значимые цели, приводит к снижению ощущения самоэффективности и самоуважения.

Помимо интерперсональных проблем, дефицитарная агрессия обуславливает сужение круга интересов ввиду недостатка инициативы, неспособность брать на себя ответственность и принимать решения, особенно в значимых областях жизни.

Вышеописанные психологические затруднения нередко коррелируют с жалобами депрессивного характера на чувство хронической неудовлетворенности, отсутствие бодрости и жизнерадостности, ощущение непреодолимости жизненных трудностей.

У больных 2-й группы, также как и у пациентов 1-й группы, самые высокие значения были получены по шкале дефицитарной агрессии (A3) – $(58,0 \pm 1,8)$ Т-баллов, что характеризует их как людей неактивных, с трудом формирующих и целенаправленно достигающих собственные цели, в целом, не агрессивных и мало конфликтных.

Однако сравнение средних значений в двух исследованных группах (табл. 1) показало наличие статистически значимых различий по шкале деструктивной агрессии (A2), средний балл которой был выше у больных 2-й группы.

Это свидетельствует о том, что пациенты 2-й группы при необходимости с большей решимостью могут пойти на разрыв не удовлетворяющих их социальных связей и отношений, они также более склонны к вербальному выражению гнева и раздражения, обесцениванию (эмоциональному и мыслительному) других людей и значимых межличностных отношений.

Таблица 1

Показатели «Я-структурного теста» (ISTA) у больных, (M ± m) балл

Шкала	Группа		p
	1-я	2-я	
Конструктивная агрессия (A1)	7,5 ± 0,4	7,3 ± 0,4	
Деструктивная агрессия (A2)	5,2 ± 0,4	6,8 ± 0,4	0,004
Дефицитарная агрессия (A3)	5,1 ± 0,4	6,1 ± 0,4	
Конструктивная тревога (C1)	6,7 ± 0,3	7,3 ± 0,3	
Деструктивная тревога (C2)	4,2 ± 0,4	4,9 ± 0,4	
Дефицитарная тревога (C3)	4,6 ± 0,3	5,9 ± 0,3	0,005
Конструктивное внешнее Я-отграничение (O1)	7,1 ± 0,3	6,7 ± 0,3	
Деструктивное внешнее Я-отграничение (O2)	4,8 ± 0,3	5,3 ± 0,3	
Дефицитарное внешнее Я-отграничение (O3)	4,9 ± 0,3	5,9 ± 0,3	
Конструктивное внутреннее Я-отграничение (O'1)	7,3 ± 0,3	6,5 ± 0,3	
Деструктивное внутреннее Я-отграничение (O'2)	5,1 ± 0,3	6,5 ± 0,3	0,004
Дефицитарное внутреннее Я-отграничение (O'3)	6,5 ± 0,5	7,1 ± 0,3	
Конструктивный нарциссизм (N1)	7,8 ± 0,4	7,3 ± 0,4	
Деструктивный нарциссизм (N2)	4,4 ± 0,4	5,4 ± 0,4	0,050
Дефицитарный нарциссизм (N3)	3,6 ± 0,4	4,9 ± 0,5	
Конструктивная сексуальность (S1)	7,4 ± 0,5	7,8 ± 0,5	
Деструктивная сексуальность (S2)	4,2 ± 0,3	5,1 ± 0,4	
Дефицитарная сексуальность (S3)	2,8 ± 0,3	3,8 ± 0,4	0,044

Таким образом, по сравнению с больными неврастенией пациенты с невротоподобными расстройствами менее конформны, более недоброжелательны, конфликтны, требовательны по отношению к окружающим, более властны и склонны к доминированию, чаще пытаются влиять на поведение других людей.

В концепции динамической психиатрии феномен тревоги рассматривается с позиций различных подходов. Тревога необходима как условие проявления активности, приобретения нового опыта, поддержания и развития идентичности.

Опасность, по мнению Г. Аммона, встречается в жизнедеятельности человека повседневно и повсеместно, а потому наличие определенного уровня тревоги-страха обязательно для нормального развития личности. Особое место при этом имеет развитие способности справляться с возникающей тревогой. Недостаточность такой способности приводит к существенным деформациям в развитии Я-функции тревоги: угрожающая инфор-

мация может вести к дезинтеграции, она становится фактором, препятствующим успешному приспособлению к окружающей среде. Отсутствие данной способности вызывает дефицит адаптивных функций тревоги, связанных с предупреждением о внешней или внутренней опасности, вызывающим необходимость принятия адекватных мер для предупреждения угрозы или смягчения ее последствий.

У больных 1-й группы среди трех шкал, указывающих на характер развития Я-функции тревоги, наиболее высокие значения были получены по шкале деструктивной тревоги (С2) – $(59,3 \pm 1,9)$ Т-баллов, они не выходили за пределы нормативного интервала от 40 до 60 Т-баллов, но находились на верхней границе нормы.

Эти пациенты, как и все больные с невротическими расстройствами, склонны к неадекватной переоценке реальных угроз, трудностей и проблем, что может приводить к эмоциональной дезорганизации деятельности в ситуациях, которые пациенты расценивают как опасные или сложные, трудные. Вероятно, в большей степени это касается решения профессиональных задач, где могут отмечаться трудности в организации собственной активности, частое ощущение недостаточности контроля над ситуацией.

Деструктивная тревога, также как и дефицитарная агрессия, обуславливает ряд межличностных проблем – сложности установления новых контактов и близких, доверительных отношений; боязнь обращаться за помощью и поддержкой к окружающим в трудных жизненных ситуациях; признаки слабости Эго – нерешительность, робость, стеснительность, страх перед авторитетными фигурами.

Наконец, у больных 1-й группы деструктивная тревога проявляется симптомами дисфункции симпатической нервной системы, нарушениями концентрации внимания, что является одними из наиболее частых симптомов, характерных для всех пациентов с невротическими расстройствами.

У пациентов 2-й группы также определяются высокие показатели по шкале деструктивной тревоги (С2), выходящие при этом за границу в 60 Т-баллов – $(63,0 \pm 1,9)$. Исследованные больные 2-й группы склонны переоценивать степень угрозы разнообразных ситуаций, они переполнены всевозможными опасениями относительно своего будущего, в особенности если это касается состояния их здоровья. Мысли об угрожающих благополучию обстоятельствах сопровождаются убежденностью в недостаточной контролируемости этих условий, особенно характерны сомнения относительно способности справиться с проблемой собственными силами.

У пациентов обеих нозологических групп определяются высокие показатели по шкале деструктивной тревоги (С2). Однако при сравнении средних значений дефицитарного страха (С3) он был статистически значимо выше у пациентов 2-й группы (см. табл. 1).

Это означает, что избыточная тревога, чрезмерные озабоченность или опасения, сопровождающиеся многочисленными психомоторными и вегетативными симптомами и чувством утраты контроля над состоянием и разнообразными жизненными ситуациями, присущи пациентам и с неврастенией, и с невротоподобными расстройствами, однако последние склонны недооценивать объективную опасность, если она не связана с их симптоматическим благополучием.

Дефицитарный страх на психологическом уровне проявляется в ощущениях усталости и скуки, пациенты могут совершать рискованные поступки, игнорируя оценку их вероятных последствий. В отношениях с окружающими людьми больные с невротоподобными расстройствами легче идут на контакт, но также и легче переносят расставания со значимыми другими, потерю близких и т. п.

Таким образом, в отличие от пациентов 1-й группы, больные 2-й группы испытывают тревогу и страх не повсеместно, а лишь в некоторых, наиболее значимых для них ситуациях, вероятнее всего, связанных с угрозой для их соматического благополучия. Деструктивная тревога в меньшей степени сказывается на интерперсональном взаимодействии – больные с невротоподобными расстройствами более решительны, раскованны и уверены в общении, тревога не так сильно сказывается на их способности к организации целенаправленной, планомерной деятельности. Напротив, пациентов с неврастенией отличает все многообразие психологических и соматических эквивалентов описываемого феномена, им свойственна не только тревога как состояние, но и тревожность как устойчивая черта личности.

Для больных 1-й и 2-й групп характерны повышение значений по шкале деструктивного внешнего отграничения (О2) – $(56,8 \pm 1,9)$ и $(60,6 \pm 1,8)$ Т-баллов соответственно. При этом значимых различий ни по этой, ни по остальным двум шкалам, оценивающим характер развития Я-функции внешнего Я-отграничения, не обнаружено.

Пациенты двух исследованных групп склонны к избеганию контактов, поскольку необходимость вступать в социальное взаимодействие сопровождается чувством довольно выраженного дискомфорта. За таким поведением стоят страх открытости, боязнь довериться другому человеку, сочетающиеся с неуверенностью в себе, скрывающиеся от окружающих ра-

нимость, чувствительность, уязвимость. Такой поведенческий паттерн сопровождается избыточным контролем выражения собственных переживаний и чувств, аффективной скованностью и зажатостью.

В целом, чрезмерно жесткие границы между собственным Я и окружающими людьми приводит к недостаточной ориентации в межличностном взаимодействии, больные неврастенией, также как и пациенты с неврозоподобными расстройствами, чувствуют себя неуверенно в ситуациях, где требуется хорошее развитие социальных навыков. Вероятно, дефицит связан с недоразвитием межличностной сензитивности, недостатком умения поставить себя на место другого человека, понимать мотивы его поступков, неспособностью адекватно выразить свои собственные чувства и отношения.

При исследовании Я-функции внутреннего Я-отграничения больные обеих изучаемых нозологических групп демонстрируют высокие показатели по шкале деструктивного внутреннего отграничения (O'2): у больных 1-й группы – $(56,1 \pm 2,0)$ Т-баллов; у пациентов 2-й группы – $(65,2 \pm 1,9)$ Т-баллов, при этом у последних оценки по этой шкале значимо выше ($p = 0,004$).

Деструктивное внутреннее Я-отграничение определяет недопущение в сферу сознания бессознательных импульсов, желаний и аффектов. Характерны бедность сновидений и фантазирования в результате ригидной закрытости собственной бессознательной сферы. На уровне межличностного взаимодействия контакты с окружающими носят преимущественно деловой и формальный характер.

Несмотря на общий паттерн, больные 2-й группы отличаются более жесткой ориентацией на рациональное постижение действительности по сравнению с пациентами 1-й группы. Стремление к логическому мышлению и целесообразному поведению становится движущим психологическим мотивом для них, при этом наблюдается диспропорция со способностью чувствовать, ощущать, интуитивно понимать, мечтать и проч.

У больных 2-й группы также более выражено обеднение эмоциональных переживаний и впечатлений вследствие склонности к рационализации и вербализации чувственных образов. Значимое исключение составляет чувство гнева, изученные пациенты, как уже указывалось выше, принимают и выражают раздражение и гнев, если они кажутся им обоснованными и справедливыми. Их отличает большая жесткость используемых механизмов психологической защиты – проекции и отрицания.

В целом, излишне рационализированное сознание комплементируется чрезмерно иррациональным бессознательным, которое зачастую проявляется в неуместных действиях и поступках, несчастных случаях, нечаянных травмах, тенденцией к появлению психосоматических симптомов.

Таким образом, больных двух изученных нозологических групп отличает примат разума, интеллекта над эмоциями и чувствами ввиду того, что последние ассоциируются со слабостью и потерей контроля. Однако пациенты с невротоподобными расстройствами характеризуются значительно большим дисбалансом сознательного и бессознательного, большей аффективной скованностью и зажатостью, исключением являются хорошо осознаваемые и выражаемые раздражение и возмущение.

При исследовании Я-функции нарциссизма в обеих нозологических группах наблюдается картина примерно равных оценок по шкалам деструктивного (N2) и дефицитарного нарциссизма (N3): у больных 1-й группы – (51,7 ± 1,9) и (49,1 ± 2,1) Т-баллов соответственно; у пациентов 2-й группы – (57,3 ± 2,0) и (56,9 ± 2,5) Т-баллов соответственно.

Это может указывать на то, что пациенты двух групп испытывают потребность в общественном подтверждении своей значимости и ценности, а также склонны к построению мира внутренних фантазий, смягчающих недовольство реальными интерперсональными взаимодействиями с миром, в котором личность добивается успехов, признаваемых социумом. Круг межличностных проблем включает также неспособность выносить критику и показывать собственную слабость себе и другим людям, они чувствуют, что окружающие не понимают их чувств и интересов и неспособны учиться у других, поскольку это явилось бы признанием собственного несовершенства.

Несмотря на значительные интерперсональные сложности, обследованные больные с трудом могут находиться в одиночестве, поэтому стараются избегать расхождений во мнениях с другими людьми. Вместо этого они пытаются соответствовать потребностям значимых лиц из окружения, будучи уверенными, что в противном случае они окажутся покинутыми. При высокой потребности в достижениях и общественном признании они тем не менее считают себя малозначимыми и легко заменяемыми, незаметными и не запоминающимися окружающим.

При сравнении средних значений шкал, отражающих особенности развития Я-функции нарциссизма, определяются достоверные различия по шкале деструктивного нарциссизма (N2) ($p = 0,05$), оценки которой выше во 2-й группе больных (см. табл. 1).

Иными словами, по сравнению с больными неврастений у пациентов с невротоподобными расстройствами более выражены противоречивость и нестабильность самооценки, несогласованность отдельных ее компонентов; трудности в интерперсональных контактах, обусловленные излишней обидчивостью, осторожностью и закрытостью в общении, стремлением контролировать собственную эмоциональную экспрессию. При этом больные с невротоподобными расстройствами более требовательны и непримиримы к недостаткам и слабостям других людей, в отличие от пациентов с неврастением, терпимее и доброжелательнее относящихся к окружающим.

Гуманструктуральная концепция личности рассматривает сексуальность как желание и умение устанавливать межличностные связи и способность к получению удовольствия от партнерского взаимодействия на различных уровнях.

Больные 1-й группы демонстрируют наиболее высокие показатели по шкале дефицитарной сексуальности – $(49,6 \pm 1,4)$ Т-баллов. Однако стоит отметить, что полученные значения лишь незначительно отличаются от показателей по шкалам деструктивной сексуальности – $(46,8 \pm 1,2)$ Т-баллов и конструктивной сексуальности – $(44,7 \pm 1,8)$ Т-баллов, к тому же все они входят в нормативный интервал от 40 до 60 Т-баллов.

Все это вместе позволяет говорить о том, что больные неврастением, в целом, могут получать взаимное удовольствие от физического, сексуального взаимодействия, которое переживается как свободное от страхов и чувства вины, зрелое единение личностей. Однако, возможно, из-за болезненного состояния у них снижено сексуальное желание, эротическое фантазирование. У изученных пациентов встречается бедность сексуального репертуара, большое количество предрассудков, они склонны недооценивать свою физическую привлекательность для партнера.

Во 2-й группе больных ведущей также является шкала дефицитарной сексуальности – $(54,7 \pm 1,6)$ Т-баллов, но при этом средние значения этого параметра достоверно ($p = 0,044$) выше по сравнению с показателями у пациентов 1-й группы (см. табл. 1). Полученные результаты свидетельствуют о том, что нарушения Я-функции сексуальности у больных 2-й группы носит значительно более выраженный характер, их сексуальная активность снижена, так же как и способность получать удовольствие от интимного взаимодействия с партнером.

Снижение либидо у исследованных пациентов с невротоподобными расстройствами может зависеть от многих факторов: настроения, физиче-

ского состояния, проблем межличностного взаимодействия, переживания из-за имеющихся сексуальных неудач. Однако, исходя из психоаналитических интерпретаций, проблемы в данном случае более глубокого уровня – они затрагивают чувство неприятия своей телесности и сексуальной активности в целом. Сексуальные отношения воспринимаются как повинность, как необходимая, но вызывающая стыд и дискомфорт форма взаимодействия с интимным партнером. Это влечет к скованности, неспособности расслабиться и проявить инициативу в сексуальной «игре», реализовать в ней свои фантазии и желания. Ситуацию усугубляют сомнения в собственной физической и сексуальной привлекательности для партнера, а также обесценивание его телесной красоты. Реальные партнеры воспринимаются через призму собственных фантазий и иллюзий, предпочтение отдается выдуманному «идеальному» образу, несоответствие которому вызывает разочарование и дальнейшее избегание половых контактов.

Исходя из полученных данных, можно говорить о том, что сексуальная активность у больных неврастенией носит значительно более адаптивный и конструктивный характер, нежели у пациентов с невротоподобными расстройствами. В целом, для всех них характерно снижение сексуального влечения и инициативы в интимной жизни, однако больные неврастенией не имеют тенденции заменять реальные сексуальные отношения фантазиями по поводу вымышленных партнеров, они осознают и адекватно выражают свои желания и потребности другим людям, им свойственна большая эмоциональная наполненность и удовлетворенность значимыми интeрперсональными отношениями.

По итогам всего исследования с использованием Я-структурного теста можно сделать следующие выводы:

1) общий профиль структуры личности одинаков у пациентов обеих изученных нозологических групп. Он включает в себя: дефицитарную агрессию, деструктивную тревогу, деструктивные внешнее и внутреннее Я-отграничение, дефицитарную сексуальность и нарушения Я-функции нарциссизма как в сторону деструктивности, так и в сторону дефицитарности. Диагностированный профиль указывает на ряд психологических трудностей, свойственных и больным неврастенией и пациентам с невротоподобными расстройствами. Прежде всего проблемы лежат в плоскости интeрперсонального взаимодействия и включают в себя избегание болезненно ранящих контактов, сдержанность в проявлении своих чувств, неумение выстраивать близкие, доверительные отношения со значимыми другими, дефицит социальных навыков, обуславливающий хроническую фрустра-

цию потребности в общественном признании и принятии. Помимо межличностных сложностей, обследованных больных отличает общая пассивная жизненная позиция, отсутствие устойчивых интересов и планов и недостаток умений реализовывать их, избыточная тревога и переоценка опасностей и угроз, жесткий барьер, отделяющий содержание бессознательного от сферы сознания, неустойчивая и нестабильная самооценка.

При этом стоит отметить, что выявленные проблемы и трудности не носят чрезмерно выраженного характера, поскольку большинство показателей не выходят за границы нормативного интервала от 40 до 60 Т-баллов, в особенности у больных неврастенией, что может указывать на возможность психотерапевтической коррекции имеющихся неадаптивных когнитивных, эмоциональных и поведенческих паттернов.

Диагностированные показатели отличаются от значений, полученных в группах больных с другими, более тяжелыми нервно-психическими расстройствами, в сторону большей нормативности, что в очередной раз доказывает известную гипотезу о том, что больные неврастенией по своему психологическому и симптоматическому состоянию наиболее приближены к здоровой популяции;

2) несмотря на наличие общих черт, в структуре личности больных с невротоподобными расстройствами и неврастенией имеется ряд отличий. В частности, пациенты с неврастеническими расстройствами более конформны и зависимы в отношениях с окружающими, они также испытывают тревогу не только как негативное эмоциональное состояние, но и имеют в структуре характера тревожность как устойчивое личностное образование. Вместе с тем, по сравнению с больными с невротоподобными расстройствами у них отмечается меньший дисбаланс между сознанием и бессознательным, интеллектом и эмоциями, у них не наблюдается столь выраженного недовольства своим актуальным социальным статусом, негативизма, частых обид и ощущения непонятности окружающими, их сексуальная активность более гармонична.

Пациенты с невротоподобными расстройствами отличаются от больных неврастенией умением выражать свои негативные чувства, отстаивать собственные интересы и желания, им свойственна тревога за состояние своего здоровья, но не тревожность как черта характера, в то же время они более рациональны и сдержаны в проявлении прежде всего позитивных эмоций и чувств, что значительно затрудняет возможность создания теплых, близких отношений как с друзьями, так и с сексуальными партнерами.

Гиссенский личностный опросник (Gieben-Test – GB). В 1-й и 2-й группах большинство признаков оказались распределены нормально, что позволило применить параметрический метод сравнения двух выборок – t-критерий Стьюдента для независимых групп, кроме того, дисперсии в двух выборочных совокупностях оказались гомогенны по критерию Ливена.

При сравнении показателей Гиссенского личностного опросника в двух обследованных нозологических группах наибольшие различия отмечались по шкале преобладающего настроения ($p = 0,01$) (табл. 2). Больные 1-й группы значительно реже демонстрируют оценки депрессивного полюса преобладающего эмоционального состояния. По сравнению с пациентами 2-й группы они реже бывают подавлены, менее склонны к рефлексии и самокритике, в общении характеризуются меньшей застенчивостью, нерешительностью, боязливостью, скованностью и неловкостью в обществе из-за неуверенности в себе или недостатка необходимых социальных навыков.

Вопросы анализируемой шкалы связывают преобладающее настроение с основным для личности направлением развития агрессии (вовне или против собственного «Я»). Исходя из этого, можно предполагать, что пациенты с невротическими расстройствами неврастенического типа в ситуациях межличностного конфликта или реагируя на неудачу, на фрустрацию, склонны гнев и обвинения чаще направлять на партнеров по ситуации.

Таблица 2

Показатели Гиссенского личностного опросника у больных, ($M \pm m$) балл

Шкала	Группа		p =
	1-я	2-я	
Шкала социального одобрения	50,87 ± 1,84	45,25 ± 1,68	0,026
Шкала доминантности	51,95 ± 1,38	47,52 ± 1,25	0,019
Шкала контроля	54,02 ± 1,05	54,92 ± 1,18	
Шкала преобладающего настроения	53,47 ± 1,4	58,31 ± 1,23	0,010
Шкала открытости – замкнутости	54,46 ± 1,55	57,31 ± 1,52	
Шкала социальных способностей	52,71 ± 1,44	52,63 ± 1,78	

По сравнению с больными неврастением у пациентов с невротическими расстройствами чаще определяется депрессивный полюс преобладающего настроения: они менее жизнерадостны, склонны к критическому отношению к себе, в ситуациях конфликта или фрустрации чаще скрывают раздражение или недовольство, нередко испытывают чувство вины и стыда.

Несмотря на статистически определяемые достоверные различия показателей описываемой шкалы, обе исследованные группы характеризуются нормативными стандартными баллами (см. табл. 2), что не позволяет говорить о крайнем заострении анализируемых стилевых интерперсональных характеристик. Превалирующее эмоциональное состояние больных и с невротическими, и с невротоподобными расстройствами, в целом, мало отличается от здоровой популяции.

Больные 1-й группы демонстрируют достоверно более высокие показатели по шкале доминантности по сравнению с пациентами 2-й группы ($p = 0,019$) (см. табл. 2). С учетом распределения оценок на полюсах рассматриваемой шкалы можно говорить о том, что больные невротической группы характеризуются более выраженным стремлением к добровольному подчинению авторитетам. С одной стороны, подобная психосоциальная форма поведения носит позитивный характер в виду уступчивости, покладистости в отношениях со значимыми людьми, с другой стороны, готовность взрослых людей следовать влиянию авторитетных лиц может являться формой и способом избегания ответственности, свойственными пациентам с невротическими расстройствами. В целом, по сравнению с пациентами с невротоподобными расстройствами больные невротической группой охотнее соглашались с другими, их поведение чаще соответствует желаниям или поведению окружающих. Некоторые специалисты считают, что уступчивость – это межличностная стратегия, позволяющая справиться с базальной тревогой и контролировать окружающих своей зависимостью от них. Это способ завоевать их любовь и одобрение путем отказа от притязаний на первенство, стремления сдерживать свои агрессивные импульсы, склонности к подчинению и зависимости.

Больные с невротоподобными расстройствами, напротив, больше проявляют властолюбие, желание настоять на своем, умеют лучше выражать свое недовольство, досаду, раздражение, протест, в межличностных отношениях они более импульсивны.

Необходимо обратить внимание, что стандартные баллы по шкале доминантности в двух изучаемых группах соответствуют нормативным показателям у больных 1-й и 2-й групп (см. табл. 2). Это означает, что, несмотря на имеющиеся различия, описываемые стили взаимодействия с окружающими не носят чрезмерно выраженного, ригидного характера и в целом мало отличаются от паттерна поведения здоровых лиц, которые в обычной жизни гибко проявляют как черты конформизма, так и неконформизма, в зависимости от ситуации.

Средние значения шкалы социального одобрения достоверно выше у больных 1-й группы по сравнению с пациентами 2-й группы ($p = 0,026$) (см. табл. 2). На полюсе высоких значений этого параметра находятся лица, уверенные в своей положительной социальной репутации, своей привлекательности, популярности, уважении и высокой оценке со стороны других людей. Таким образом, больные неврастенией, вероятно, более склонны считать, что их более конформное, мало конфликтное взаимодействие приводит к тому, что у окружения складывается о них благоприятное мнение. Позитивная социальная репутация при этом может быть достаточно эффективным механизмом социального контроля.

Больные с невротоподобными расстройствами в меньшей степени уверены в своей способности успешно взаимодействовать с окружением. Они нередко высказывают убеждение в том, что их социальная роль, связанная с большим нонконформизмом, импульсивностью, стремлением к лидерству, вызывает значительно меньшее уважение и признание, их общественный имидж не столь благоприятен, как у больных неврастенией.

Так же, как и при описании предыдущих двух шкал Гиссенского личностного опросника, стоит подчеркнуть, что показатели шкалы социального одобрения в двух рассматриваемых группах не выходят за пределы нормативных значений у больных 1-й и 2-й групп (см. табл. 2), что указывает на достаточно гармоничное представление о своей социальной репутации в обеих нозологических группах.

По шкалам контроля, открытости – замкнутости и социальных способностей статистически достоверных отличий не было (см. табл. 2). Это свидетельствует о том, что больные неврастенией и невротоподобными расстройствами не различаются по параметрам импульсивность/сверхконтроль поведения, они довольно гибко, в зависимости от ситуации, могут проявлять как легкомысленность, беззаботность, так и аккуратность, усердие, постоянство; в интерперсональном взаимодействии они примерно в равной степени выказывают разумное доверие по отношению к другим людям, откровенность и потребность в интимности; средней степени выраженности общительность, конкурентоспособность, умение поддерживать длительные удовлетворительные социальные контакты и связи также в равной мере характеризует пациентов обеих групп.

Таким образом, больные неврастенией отличаются от пациентов с невротоподобными расстройствами значительно большим уровнем конформности демонстрируемого интерперсонального поведения. Их умение сглаживать возникающие конфликтные ситуации, подчинение авторитет-

ным лицам и группам, уступчивость и зависимость, вероятно, являются довольно успешными способами социального контроля, на что указывают убежденность в своей более позитивной социальной репутации, в способности заслужить уважение со стороны окружающих, а также большее эмоциональное благополучие.

Заключение

При изучении особенностей структуры личности пациентов с неврастензией и с неврозоподобными церебральными резидуально-органическими нарушениями выявлен ряд характерных особенностей, которые необходимо учитывать при дифференциальной диагностике и разработке стратегии лечения.

Литература

1. Голынкина Е.А., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В., Карвасарский Б.Д. [и др.]. Гиссенский личностный опросник (использование в психодиагностике для решения дифференциально-диагностических и психотерапевтических задач) : метод. пособие. – СПб., 1993. – 20 с.
2. Кабанов М.М. Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. – СПб. : Ин-т им. В.М. Бехтерева, 2003. – С. 339–340.
3. Клиническая психология : учеб. для вузов / под общ. ред. Б.Д. Карвасарского. – 4-е изд., перераб. – СПб. [и др.] : Питер, 2010. – 864 с.
4. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных : учеб. пособие. – 3-е изд., стереотип. – СПб. : Речь, 2008. – 392 с.
5. Тупицын Ю.Я., Бочаров В.В., Алхазова Т.В. [и др.]. Я-структурный тест Амона: опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне : пособие для психологов и врачей. – СПб., 1998. – 70 с.

Vakhreneva O.A., Kolotilshchikova E.A. Osobnosti struktury lichnosti bol'nykh s nevrasteniei i nevrozopodobnymi rezidual'no-organicheskimi rasstroistvami [Features of personality structure in patients with neurasthenia and neurosis-like residual organic disorders]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 50. P. 30–46.

St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute
(Russia, Saint-Petersburg, Bekhterev str. 3)

Vakhreneva Olesya Alexandrovna – graduate student of the Neurosis and Psychotherapy Department, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (192019, Russia, St. Petersburg, Bekhterev str. 3), e-mail: olesia_vakhreneva@mail.ru;

Kolotilshchikova Ekaterina Andreevna – Dr. Psychol. Sci., Leading Researcher of the Neurosis and Psychotherapy Department, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (192019, Russia, St. Petersburg, Bekhterev str. 3), e-mail: Keab63@rambler.ru.

Abstract. The article considers the structure and peculiarities of the personality of patients with neurasthenia and cerebral residual organic neurosis-like disorders, which are important for differential diagnosis of these conditions as well as for choosing treatment strategy. The features identified by such psychoanalytic tools as I-structural test by G. Ammon (ISTA) and Giessen Personality Inventory (Gieben-Test – GB) are shown.

Keywords: clinical psychology, neurasthenia, cerebral residual organic neurosis-like disorders, differential diagnosis; I-structural test by G. Ammon (ISTA), Giessen Personality Inventory (Gieben-Test – GB).

References

1. Golyunkina E.A., Isurina G.L., Kaidanovskaya E.V., Karvasarskii B.D. [et al.]. Gissenskii lichnostnyi oprosnik (ispol'zovanie v psikhodiagnostike dlya resheniya differentsial'no-diagnosticheskikh i psikhoterapevticheskikh zadach) [The Giessen personal questionnaire (use in psycho-diagnostics for solving differential diagnostic and psychotherapeutic tasks)]. Sankt-Peterburg, 1993. 20 p. (In Russ.).

2. Kabanov M.M. Ocherki dinamicheskoi psikiatrii. Transkultural'noe issledovanie [Essays on dynamic psychiatry. Transcultural research]. Eds.: M.M. Kabanov, N.G. Neznanov. Sankt-Peterburg, 2003. P. 339–340. (In Russ.).

3. Klinicheskaya psikhologiya [Clinical psychology]. Ed. B.D. Karvasarskii. Sankt-Peterburg, 2010. 864 p. (In Russ.).

4. Nasledov A.D. Matematicheskie metody psikhologicheskogo issledovaniya. Analiz i interpretatsiya dannykh [Mathematical methods of psychological research. Analysis and interpretation of data]. Sankt-Peterburg, 2008. 392 p. (In Russ.).

5. Tupitsyn Yu.Ya., Bocharov V.V., Alkhazova T.V. [et al.]. Ya-strukturnyi test Amo-na: oprosnik dlya otsenki tsentral'nykh lichnostnykh funktsii na strukturnom urovne [I-structural test of Ammon: questionnaire to assess the central personality features at the structural level]. Sankt-Peterburg, 1998. 70 p. (In Russ.).

СТРЕСС-ПРЕОДОЛЕВАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ И РИСК РАЗВИТИЯ НЕОТЛОЖНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена
(Россия, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48);
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева (Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3)

Представлен вклад характеристик стресс-преодолевающего поведения в риск развития неотложных кардиологических состояний. Обследовали 120 человек (56 мужчин и 64 женщины), средний возраст – $(50,8 \pm 0,8)$ лет. 1-ю группу составили 58 пациентов, проходящих лечение в связи с неотложными кардиологическими состояниями (инфаркт миокарда, острый коронарный синдром), 2-ю – 62 респондента, на момент обследования не имеющих обострений хронических заболеваний. Для оценки стилистических и ситуационных характеристик стресс-преодолевающего поведения использовали интервью и опросник «Стратегии совладающего поведения». Пациенты 1-й группы отмечали достоверно меньше острых стрессоров ($p < 0,05$), в основном за счет значимых положительных событий ($p < 0,001$), стиль совладания со стрессом у них характеризовался более редким использованием стратегий «самоконтроль» ($p = 0,01$), «планирование решения проблемы» ($p < 0,05$), «избегание» ($p < 0,05$), «конфронтация» ($p < 0,05$). Вне зависимости от количества стрессоров, доля ситуаций, неконструктивно преодоленных пациентами 1-й группы за предшествующий госпитализации год, была больше ($p < 0,05$), а доля конструктивно преодоленных ситуаций – меньше ($p < 0,05$), чем во 2-й группе. Полученные результаты позволяют предположить возрастание патогенности стресса при недостаточной эффективности стресс-преодолевающего поведения. Ограниченный репертуар стратегий преодоления стресса и недостаточная копинг-компетентность (как способность и готовность выбирать и реализовывать стратегии, адекватные существенным характеристикам стрессора) повышают подверженность неотложным кардиологическим состояниям.

Ключевые слова: клиническая психология, стресс, адаптация, совладание со стрессом, кардиологический риск, психосоматические расстройства, психодиагностика.

Дубинина Елена Александровна – канд. психол. наук доц., каф. клинич. психологии и психол. помощи Рос. гос. пед. ун-та им. А.И. Герцена (191186, Россия, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48), науч. сотр. Санкт-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева, e-mail: trifonovahelen@yandex.ru.

Исследование выполнено при поддержке Российского гуманитарного научного фонда, проект 13-36-01288a2.

Введение

К настоящему времени накоплены убедительные свидетельства роли острого и хронического стресса в развитии и неблагоприятной динамике сердечно-сосудистых заболеваний, а также провокации неотложных кардиологических состояний [1]. В среднем при хроническом стрессе вероятность развития сердечно-сосудистой патологии возрастает в 2 раза, что сопоставимо со вкладом в кардиологический риск «традиционного» патогенного фактора – повышенного уровня холестерина [12]. Общепризнано и значение острых стрессоров в провокации коронарных событий [21].

Наличие стрессогенного компонента в патогенезе сердечно-сосудистых расстройств делает актуальным вопрос о психологическом опосредовании влияния стрессоров на состояние здоровья человека. Наибольшее внимание в связи с этой возможностью привлекает стресс-преодолевающее поведение (копинг) [2, 4, 6, 7].

Следует отметить, что, несмотря на определенную самоочевидность и высокую медико-социальную актуальность, проблема соотношения стресс-преодолевающего поведения и риска соматических заболеваний (в том числе, сердечно-сосудистой системы) остается недостаточно разработанной, а результаты соответствующих исследований – противоречивы.

Большая часть исследований посвящена роли стилистических характеристик преодоления стресса в формировании психосоматического риска. Авторы сходятся во мнении, что прогностически более благоприятным является активный проблемно-ориентированный копинг (хотя его целесообразность оспаривается в ситуациях воздействия острых неконтролируемых стрессоров) [2, 7].

В проспективном исследовании, включавшем 3628 работников крупной голландской компании [23], было установлено, что предпочтение активного проблемно-ориентированного копинга сопряжено с меньшей продолжительностью и частотой отсутствия на работе по болезни.

По результатам шведского исследования (проспективно было обследовано 2755 мужчин): склонность скрывать и подавлять свое недовольство при субъективно несправедливом обращении начальства или коллег на работе в 2 раза повышает вероятность развития инфаркта миокарда вне зависимости от других известных факторов риска [17].

Обобщая результаты мета-аналитического обзора, J.A. Penley и соавт. [19] делают вывод о том, что из всех рассмотренных стратегий только проблемно-ориентированный копинг связан с сохранением здоровья, в то время как стратегии «самоконтроль», «дистанцирование», «фантазирова-

ние», «поиск социальной поддержки», «конфронтация» сопряжены с неблагоприятным соматическим состоянием. Вместе с тем, как подчеркивают авторы, эффект тех или иных копинг-стратегий в значительной мере зависит от характера стрессора.

На неоднозначную роль разных копинг-стратегий в соотношении с разными параметрами здоровья, зависимость их эффектов от типа стрессора и индивидуальных характеристик субъекта указывают и другие авторы [7]. Это делает необходимым обращение к исходным положениям концепции стресс-преодолевающего поведения, а следовательно, дополнение диспозиционного (стилистического) подхода ситуационным – предполагающим анализ поведения личности в конкретной ситуации [10, 16, 18, 20].

Исследования, направленные на оценку значения ситуационных характеристик копинга в формировании кардиологического риска, единичны. В проспективном шведском исследовании «Men born in 1914», включавшем 414 мужчин, было установлено, что дефицит социальной поддержки связан с повышенным риском развития инфаркта миокарда лишь у тех, кто демонстрировал неконструктивное поведение в экспериментальной стрессогенной ситуации [8].

В проведенном нами ранее исследовании было установлено, что у мужчин трудоспособного возраста с сердечно-сосудистой патологией склонность к неконструктивному поведению в стрессогенных ситуациях, предшествовавших госпитализации, сопряжена с тенденцией к нарушению медицинских рекомендаций в постгоспитальный период [5].

Подтвержденным провокатором неотложных кардиологических состояний является переживание гнева, что можно рассматривать как отражение особенностей поведения в конкретной стрессогенной ситуации [21].

В целом есть основания предполагать, что патогенные эффекты стрессора могут усиливаться за счет неконструктивного поведения личности, и напротив, могут нивелироваться при конструктивном поведении относительно независимо от общего стиля стресс-преодолевающего поведения.

Ранее изложенное явилось основанием для проведения настоящего исследования, цель которого – определить роль стилистических и ситуационных характеристик стресс-преодолевающего поведения в формировании риска неотложных кардиологических состояний (в связи с задачами кардиопрофилактики).

Материал и методы

На базе кардиологического отделения Городской больницы № 23 (Санкт-Петербург), а также в рамках опросов добровольцев – жителей г. Санкт-Петербурга и г. Челябинска обследовали 120 человек с разным уровнем здоровья: 56 мужчин и 64 женщины в возрасте от 30 до 69 лет, средний возраст – $(50,8 \pm 0,8)$ года. 68 человек (56,7 %) имели высшее образование, 71 (59,2 %) – состояли в браке. В связи с задачами исследования сформировали две группы.

1-я ($n = 58$) – клиническая – пациенты, проходящие стационарное лечение в связи с верифицированными неотложными кардиологическими состояниями (инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, медикаментозно не купируемое нарушение ритма сердца). Обследование проводилось на 7–14-й день реабилитации.

2-я ($n = 62$) – респонденты разного рода деятельности, на момент обследования не переживавшие обострения хронических соматических заболеваний (при их наличии) и не проходящие лечение (амбулаторно или стационарно). Отрицали наличие каких-либо нарушений физического здоровья или хронических соматических заболеваний лишь 7 респондентов (11,3 % группы).

Группы статистически значимо не различались по возрасту, уровню образования, социально-экономическому статусу и семейному положению.

Методологическую основу исследования определяли транзактная модель стресса-копинга Р. Лазаруса [16] и ситуационно-поведенческая модель копинга Peregé и Reicherts [20].

В рамках психодиагностического обследования использовали методики:

1) «Стратегии совладающего поведения» (Ways of Coping Questionnaire) [3] – для оценки стилистических характеристик стресс-преодолевающего поведения;

2) «Шкала вегетативной лабильности» [13] – для оценки степени сомато-вегетативной дестабилизации (как меры нарушения здоровья) во 2-й группе.

Для изучения ситуационных характеристик стресс-преодолевающего поведения использовали полуструктурированное интервью. Респондентам предлагали сообщить о перенесенных за последний год субъективно значимых событиях и ситуациях, как эпизодических, так и длительно существующих, подробно описать каждую из ситуаций (оценив при этом её подконтрольность, новизну, ясность, ожидаемое повторение), а также свои пе-

реживания, поведение и использованные способы преодоления (копинг-стратегии).

Для оценки конструктивности выбранного способа преодоления проблемной ситуации применили правила, разработанные на основе ситуационно-поведенческого подхода Perrez и Reicherts [13]:

- конструктивный копинг: влияние на ситуацию в случае ее неподконтрольности и реакции пассивно-избегающего типа либо изменение отношения к ситуации в случае неподконтрольности; поиск информации и поддержки в случае новизны, неясности, высокой вероятности повторения ситуации. Пример: острый стрессор – серьезная болезнь близкого как новая жизненная ситуация; конструктивный копинг – организация ухода и медицинской помощи, беседы с врачом для получения достоверной информации о болезни и состоянии больного;

- неконструктивный копинг: попытки активного влияния на проблемную ситуацию в случае ее неподконтрольности и пассивность в случае подконтрольности; вытеснение (уклонение от получения) информации в случае новизны, неясности, высокой вероятности повторения ситуации. Пример: хронический стрессор – затянувшийся ремонт квартиры и связанные с этим бытовые неудобства, неконструктивный копинг – попытки игнорировать неудобства и подавление раздражения в связи с этим, сожаление об инициировании ремонта, самоотвлечение (походы в кино, просмотр телевизора и т. п.);

- частично конструктивный копинг: сочетание конструктивных стратегий с неконструктивными. Пример: хронический стрессор – низкая эффективность работы подчиненных; частично конструктивный копинг – попытки изменения организационного процесса в сочетании с более частым курением.

Конструктивность копинга оценивали в отношении каждой упомянутой респондентом значимой ситуации. В итоговом анализе учитывали как абсолютное значение ситуаций, преодолевшихся респондентами с разной степенью конструктивности, так и доля (по отношению к количеству ситуаций) конструктивно, частично конструктивно и неконструктивно преодоленных ситуаций.

При математико-статистическом анализе данных использовали описательные статистики (частота, среднее арифметическое, стандартное отклонение, стандартная ошибка среднего); метод оценки нормальности распределения (критерий Колмогорова-Смирнова); методы выявления различий (критерий U-Манна–Уитни, t-критерий Стьюдента, критерий χ -

квадрат); методы выявления связей (коэффициент корреляции Спирмена). Данные обрабатывали с помощью пакета статистических программ SPSS Statistics 19.0.

Результаты и их анализ

Стрессоры и их преодоление респондентами. Распределение стрессоров различного качества, упомянутых респондентами, представлено в табл. 1.

Таблица 1
Характеристики стрессоров, пережитых за последний год респондентами

Характеристика стрессоров	Количество стрессоров, n (%)			
	0	1-2	3-4	5-6
Общее количество	10 (8,3)	61 (50,8)	40 (33,3)	9 (7,5)
Хронические	38 (31,7)	75 (62,5)	6 (5,0)	1 (0,8)
Серьезные (острые/подострые) положительные	104 (86,7)	16 (13,3)	0 (0)	0 (0)
Серьезные (острые/подострые) негативные	38 (31,7)	71 (59,1)	10 (8,4)	1 (0,8)
Новые (ситуации, с которыми респонденты ранее не сталкивались)	44 (36,7)	67 (55,8)	9 (7,5)	0 (0)
Смерть близкого человека	91 (75,8)	28 (23,3)	1 (0,8)	0 (0)
Развод / разрыв близких отношений	114 (95,0)	6 (5,0)	0 (0)	0 (0)
Трудности в профессиональной и материальной сфере	38 (31,7)	75 (62,5)	7 (5,8)	0 (0)
Трудности в сфере семейных, межличностных взаимоотношений	47 (39,2)	57 (47,5)	16 (13,3)	0 (0)

Как следует из данных, представленных в табл. 1, большинство респондентов отмечали 1-2 острых либо хронических стрессора за прошедший год. Более половины ситуаций носили характер новых, незнакомых, непривычных. Распределение «семейных» и «социально-экономических» стрессоров было равномерным.

Примечательно отчетливое доминирование отрицательных событий как источника стресса: о важных положительных переменах в своей жизни (свадьба детей, рождение внуков, переезд в связи с улучшением жилищных условий и т. п.) упомянули лишь 13,3 % респондентов, что, по видимому, связано преимущественно с особенностями ретроспекции [9].

Общее количество стрессоров, отмеченных мужчинами и женщинами, статистически значимо не различалось, вместе с тем женщины чаще указывали на значимые положительные события (20,3 % – у женщин против 5,4 % – у мужчин; $p < 0,05$), а также чаще отмечали перенесенные потери близких и друзей (35,9 % против 11,1 % у мужчин; $p < 0,01$) и проблемы в

семейных (межличностных) отношениях (71,9 % против 50,0 % у мужчин; $p < 0,01$).

В табл. 2 представлены данные о количестве ситуаций, конструктивно, частично конструктивно и неконструктивно преодоленных респондентами.

Таблица 2

Степень конструктивности преодоления стрессоров, пережитых за последний год респондентами

Показатель копинга	Количество стрессоров, n (%)			
	0	1-2	3-4	5-6
Конструктивный	48 (43,6)	56 (50,9)	6 (5,4)	0 (0)
Частично конструктивный	34 (30,9)	62 (56,4)	13 (11,8)	1 (0,1)
Неконструктивный	79 (71,8)	27 (24,5)	4 (3,6)	0 (0)

Как следует из табл. 2, в проблемных ситуациях респонденты использовали преимущественно сочетание конструктивных и неконструктивных способов преодоления стресса. Полностью неконструктивный копинг был относительно нехарактерен.

Зависимости конструктивности / неконструктивности преодоления стрессогенных событий от возраста, пола, уровня образования, семейного положения не выявлено.

Стрессовая нагрузка и кардиологический риск. В табл. 3 представлены результаты сравнения качественных и количественных характеристик стрессоров по U-критерию Манна–Уитни, пережитых респондентами.

Таблица 3

Стрессовая нагрузка за предшествующий год у респондентов с разным уровнем здоровья, средний ранг

Характеристики стрессоров	Группа		p =
	1-я	2-я	
Общее количество стрессоров	53,87	66,70	0,04
Хронические стрессоры	60,94	60,09	
Острые / подострые положительные стрессоры	53,64	66,92	0,001
Острые / подострые негативные стрессоры	54,19	66,40	0,04
Новые стрессоры (ситуации, с которыми респонденты ранее не сталкивались)	64,53	56,73	
Смерть близкого человека	57,69	63,13	
Развод / разрыв близких отношений	61,64	59,44	
Трудности в профессиональной / материальной сфере	60,19	60,79	
Трудности в сфере семейных, межличностных взаимоотношений	54,89	65,75	

Как следует из представленных в табл. 3 данных, респонденты со стабильным соматическим состоянием парадоксальным образом отмечали больше значимых событий (острых и подострых стрессоров), нежели кардиологические пациенты. Различия касались и отрицательных событий, но главным образом определялись разницей в количестве упомянутых значимых положительных событий (положительных стрессоров).

Стресс-преодолевающее поведение и кардиологический риск. Для определения роли стиля совладания со стрессом в формировании кардиологического риска осуществлялось сравнение показателей двух выделенных групп по опроснику «Стратегии совладающего поведения» по t-критерию Стьюдента (табл. 4).

Таблица 4

Стиль совладания со стрессом у респондентов с разным уровнем здоровья,
(M ± m) балл

Стратегия совладания со стрессом	Группа		p =
	1-я	2-я	
Конфронтация	39,9 ± 1,9	45,4 ± 1,5	0,02
Дистанцирование	44,1 ± 2,0	48,3 ± 1,2	
Самоконтроль	42,3 ± 2,1	48,8 ± 1,4	0,01
Поиск социальной поддержки	46,8 ± 1,7	46,3 ± 1,1	
Принятие ответственности	44,5 ± 1,7	48,3 ± 1,2	
Избегание	44,2 ± 1,6	48,8 ± 1,3	0,03
Планирование решения проблемы	42,8 ± 1,9	48,6 ± 1,5	0,02
Положительная переоценка ситуации	41,8 ± 1,7	45,8 ± 1,3	

Как следует из табл. 4, при высоком кардиологическом риске отмечается ограниченный арсенал стратегий преодоления стресса, причем как проблемно-ориентированных, так и ориентированных на регуляцию эмоционального состояния. Пациенты, перенесшие неотложные кардиологические состояния, в целом менее склонны анализировать проблемную ситуацию и планировать шаги по ее решению, реже занимают активную позицию в сопротивлении трудностям, менее склонны сдерживать негативные эмоции в стрессовых ситуациях, в меньшей степени владеют стратегией самоотвлечения и замещающей активности (избегания).

Достоверные различия по U-критерию Манна–Уитни между группами были получены и при сравнении уровня конструктивности преодоления конкретных стрессогенных событий респондентами с разным уровнем здоровья (табл. 5).

Таблица 5

Конструктивность преодоления стрессовых ситуаций
у респондентов с разным уровнем здоровья, средний ранг

Характеристики конструктивности преодоления стресса	Группа		p =
	1-я	2-я	
Количество конструктивно преодоленных стрессогенных ситуаций	48,50	61,55	0,02
Количество частично конструктивно преодоленных стрессогенных ситуаций	53,97	56,82	
Количество неконструктивно преодоленных стрессогенных ситуаций	60,42	51,25	
Доля конструктивно преодоленных стрессогенных ситуаций (от количества стрессоров)	48,00	61,98	0,02
Доля частично конструктивно преодоленных стрессогенных ситуаций (от количества стрессоров)	57,80	53,51	
Доля неконструктивно преодоленных стрессогенных ситуаций (от количества стрессоров)	60,85	50,87	0,04

Согласно данным, представленным в табл. 5, пациенты, перенесшие неотложные кардиологические состояния, в целом менее конструктивно справлялись со стрессогенными событиями за год до госпитализации. Различия касаются как уровня конструктивности, так и уровня неконструктивности: проблемные ситуации преодолевались кардиологическими пациентами достоверно чаще неконструктивно и достоверно реже конструктивно. Различий в отношении частично конструктивного копинга выявлено не было.

Стресс-преодолевающее поведение и сомато-вегетативная неустойчивость. Для оценки значения стрессоров и характеристик стресс-преодолевающего поведения в формировании риска нарушений здоровья был проведен сравнительный и корреляционный анализ данных 2-й группы – респондентов со стабильным соматическим состоянием. В качестве меры нарушения здоровья рассматривался показатель сомато-вегетативной лабильности, отражающий типичность таких симптомов (жалоб), как сердцебиение, головокружение, головная боль, потливость, пищеварительные дисфункции и др.

Установлено, что уровень вегетативной лабильности не связан ни с количеством, ни с качеством перенесенных стрессогенных ситуаций. Вместе с тем выраженность вегетативной лабильности коррелировала с частотой использования стратегии «Избегание» ($r = 0,41$; $p < 0,01$), абсолютным количеством и долей неконструктивно преодоленных стрессогенных си-

туаций ($r = 0,40$; $p < 0,01$), а также – с отрицательным знаком – с долей конструктивно преодоленных стрессогенных ситуаций ($r = -0,36$; $p < 0,05$).

Настоящее исследование было направлено на определение роли стилистических и ситуационных характеристик стресс-преодолевающего поведения в формировании кардиологического риска.

Актуальность темы определяется, с одной стороны, высокой распространенностью сердечно-сосудистых заболеваний, их «омоложением», общепризнанным значением стресса в формировании кардиологического риска, а с другой стороны, недостаточностью и противоречивостью данных о зависимости эффектов стресса от поведения личности в стрессогенных ситуациях, что представляется существенным в связи с задачами профилактики [6, 7].

Исследование позволяет выделить несколько групп значимых результатов.

1. Не была подтверждена (неоднократно демонстрировавшаяся рядом авторов) связь между повышенной стрессовой нагрузкой и кардиологическим риском. Более того, пациенты с удовлетворительным состоянием здоровья отмечали несколько большее количество стрессогенных событий в прошлый год, нежели кардиологические пациенты, но главным образом – положительных.

Данный результат не поддается однозначной интерпретации. С одной стороны, можно предположить влияние условий опроса на ретроспекцию респондентов. Кардиологические пациенты находились в условиях стационара, недавно перенесли угрожающее жизни состояние, на момент обследования у них сохранялись слабость и ограничение мобильности.

С другой стороны, полученные результаты могут быть интерпретированы как свидетельство протективного эффекта положительных эмоциональных состояний [11]. В связи с проблемой кардиопрофилактики заслуживает внимание серия исследований Б. Фредриксон и соавт. [14, 15, 22], показавшая более быстрое восстановление стабильности деятельности сердечно-сосудистой деятельности после ее стрессогенной дестабилизации при положительном эмоциональном фоне и более выраженной склонности субъекта к положительным эмоциям.

2. В исследовании были получены свидетельства относительно независимого участия стилистических и ситуационных характеристик стресс-преодолевающего поведения в формировании кардиологического риска и риска нарушений здоровья. Показано, что для пациентов, перенесших неотложные кардиологические состояния, характерен ограниченный репер-

туар копинг-стратегий – как проблемно-ориентированных, так и эмоционально-ориентированных.

Более того, вне зависимости от количества стрессоров и стилистических характеристик стресс-преодолевающего поведения, кардиологические пациенты в целом менее конструктивно справлялись с проблемными ситуациями, которые возникали в их жизни за год до госпитализации. Данный результат косвенно подтверждает обоснованность избранных критериев (не)конструктивности копинга (в соответствии с ситуационно-поведенческой концепцией) [20] и указывает на целесообразность учета не только стилистических, но и ситуационных характеристик стресс-преодолевающего поведения в оценке риска обострения сердечно-сосудистых заболеваний.

Ограничения исследования. К ограничениям исследования, затрудняющим формулирование однозначных интерпретаций, можно отнести ретроспективный план исследования, а также клиническую неоднородность второй группы в связи с опорой на самоотчеты респондентов о состоянии здоровья.

Вывод

Полученные результаты свидетельствуют о значении как стилистических, так и ситуационных характеристик стресс-преодолевающего поведения в формировании риска неотложных кардиологических состояний и позволяют предположить возрастание патогенности стресса при недостаточной эффективности копинга.

Литература

1. Алёхин А.Н., Трифонова Е.А. Психологические факторы кардиометаболического риска: история и современное состояние проблемы // Артериальная гипертензия. – 2012. – Т. 18, № 4. – С. 278–291.

2. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика : учеб.-метод. пособие. – СПб. : Речь, 2010. – 192 с.

3. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р. [и др.]. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессом и проблемными для личности ситуациями : пособие для врачей и медицинских психологов. – СПб. : Изд-во НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2009. – 40 с.

4. Рассказова Е.И., Гордеева Т.О. Копинг-стратегии в психологии стресса: подходы, методы и перспективы [Электронный ресурс] // Психологические исследования. – 2011. – № 3 (17). – URL: <http://psystudy.ru>.

5. Трифонова Е.А., Чернорай А.В., Пашенко Е.В.. Копинг-компетентность и психосоматический риск у мужчин трудоспособного возраста с сердеч-

но-сосудистой патологией [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. – 2013. – № 3 (20). – URL: <http://medpsy.ru>

6. Трифонова Е.А. Стратегии совладания со стрессом и соматическое здоровье человека: теоретические подходы и эмпирические исследования // Изв. Российского гос. пед. ун-та им. А.И. Герцена. – 2012. – № 145. – С. 96–108.

7. Aldwin C.M., Park C.L. Coping and physical health outcomes: An overview // *Psychology and health*. – 2004. – Vol. 19, N 3. – P. 277–281.

8. André-Petersson L., Hedblad B., Janzon L. [et al.]. Social support and behavior in a stressful situation in relation to myocardial infarction and mortality: who is at risk? Results from prospective cohort study «Men born in 1914», Malmö, Sweden // *Int. J. Behav. Med.* – 2006. – Vol. 13, N 4. – P. 340–347.

9. Baumeister R.F., Bratslavsky E., Finkenauer C. [et al.] Bad is stronger than good // *Review of General Psychology*. – 2001. – Vol. 5, N 4. – P. 323–370.

10. Bouchard G., Guillemette A., Landry-Léger N. Situational and dispositional coping: An examination of their relation to personality, cognitive appraisals, and psychological distress // *European J. of Personality*. – 2004. – Vol. 18. – P. 221–237.

11. Cohen S., Doyle W.J., Turner R.B. [et al.]. Emotional style and susceptibility to the common cold // *Psychosomatic Medicine*. – 2003. – Vol. 65. – P. 652–657.

12. Dimsdale J.E. Psychological stress and cardiovascular disease // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2008. – Vol. 51. – P. 1237–1246.

13. Fahrenberg J. Ein itemanalysierter Fragebogen funktionell-körperlicher Beschwerden // *Diagnostica*. – 1965. – Vol. 11. – P. 141–153.

14. Fredrickson B.L., Levenson R.W. Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions // *Cognition and Emotion*. – 1998. – Vol. 12. – P. 191–220.

15. Fredrickson B.L., Mancuso R.A., Branigan C. [et al.] The undoing effect of positive emotions // *Motivation and Emotion*. – 2000. – Vol. 24. – P. 237–258.

16. Lazarus R.S., Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. – 1984. – New York : Springer. – 456 p.

17. Leineweber C., Westerlund H., Theorell T. [et al.] Covert coping with unfair treatment at work and risk of incident myocardial infarction and cardiac death among men: prospective cohort study // *J. Epidemiol. Community Health*. – 2011. – Vol. 65, N 5. – P. 420–425.

18. Mattlin J.A., Wethington E., Kessler R.C. Situational determinants of coping and coping effectiveness // *J. Health Soc. Behav.* – 1990. – Vol. 31, N 1. – P. 103–122.

19. Penley J.A., Tomaka J., Wiebe J.S. The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review // *J. Behav. Med.* – 2002. – Vol. 25, N 6. – P. 551–603.

20. Perrez M., Reicherts M. *Stress, Coping and Health. A Situation-Behavior Approach. Theory, Methods, Applications*. – Toronto : Hogrefe & Huber Publishers, 1992. – 233 p.

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

22. Tugade M.M., Fredrickson B.L., Feldman-Barrett L. Psychological resilience and positive emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on emotion regulation and health // *J. of Personality*. – 2004. – Vol. 72. – P. 1161–1190.

23. Van Rhenen W., Schaufeli W.B., van Dijk F.J. [et al.]. Coping and sickness absence // *Int. Arch. Occup. Environ. Health*. – 2008. – Vol. 81, N 4. – P. 461–472.

Dubinina E.A. Stress-preodolevajushchee povedenie i risk razvitija neotlozhnyh kardiologicheskikh sostojanij [Coping behavior and the risk of cardiac emergencies]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin psychotherapy]. 2014. N 50. P. 47–61.

Herzen State Pedagogical University of Russia
 (Russia, Saint-Petersburg, Moika Embankment, 48)
 St. Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute
 (Russia, Saint-Petersburg, Bekhterev str., 3)

Dubinina Elena Aleksandrovna – PhD in Psychology, assistant professor of clinical psychology and psychological care of the Herzen State Pedagogical University of Russia (191186, Russia, Saint-Petersburg, Moika Embankment, 48), e-mail: trifonovahelen@yandex.ru.

Contribution of coping characteristics to the risk of cardiac emergencies is considered. 120 persons [56 males and 64 females aged 30–69, mean age $(50,8 \pm 0,77)$ years old] were examined. Group 1 consisted of 58 in-patients undergoing medical treatment due to cardiac emergencies (myocardial infarction, acute coronary syndrome); group 2 included 62 respondents without exacerbation of chronic medical conditions. To assess style and situational coping, interviews and the Ways of Coping Questionnaire were used. Group 1 reported significantly less acute stressors ($p < 0,05$), mainly due to fewer significant positive events ($p < 0,001$); their coping-style was characterized by less frequent use of such coping-strategies as «self-control» ($p = 0,01$), «planful problem-solving» ($p < 0,05$), «avoidance» ($p < 0,05$), «confrontation» ($p < 0,05$). Irrespective of the number of stressful life events, Group 1 reported more situations, coped ineffectively during the year before hospitalization ($p < 0,05$), with lower proportion of effectively coped situations ($p < 0,05$) compared with Group 2. The results suggest that detrimental stress effects increase in case of reduced coping effectiveness. Poor coping repertoire and low coping competence (determined as ability and willingness to choose and perform strategies that fit well with the main stressor characteristics) could increase vulnerability to acute cardiac events.

Keywords: clinical psychology, stress, adaptation, coping, cardiac risk, psychosomatic disorders, psychodiagnostics.

References

1. Alekhin A.N., Trifonova E.A. Psikhologicheskie faktory kardiometabolicheskogo riska: istoriya i sovremennoe sostoyanie problemy [Psychological factors

of cardiometabolic risk: history and current state of the problem]. *Arterial'naya gipertenziya* [Arterial Hypertension]. 2012. Vol. 18, N 4. P. 278–291. (In Russ.).

2. Vasserman L.I., Ababkov V.A., Trifonova E.A. Sovladanie so stressom: teoriya i psikhodiagnostika [Coping: Theory and Psychodiagnosis]. Sankt-Peterburg. 2010. 192 p. (In Russ.).

3. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Isaeva E.R. [et al.]. Metodika dlya psikhologicheskoi diagnostiki sposobov sovladaniya so stressom i problemnymi dlya lichnosti situatsiyami: posobie dlya vrachei i meditsinskikh psikhologov [Methodology for psychological diagnosis of coping with stress and situations problematic for the individual: A guide for doctors and medical psychologists]. Sankt-Peterburg. 2009. 40 p. (In Russ.).

4. Rasskazova E.I., Gordeeva T.O. Koping-strategii v psikhologii stressa: podkhody, metody i perspektivy [Coping strategies in stress psychology: approaches, methods and perspectives]. *Psikhologicheskie issledovaniya* [Psychological Studies]. 2011. N 3. URL: <http://psystudy.ru> (In Russ.).

5. Trifonova E.A., Chernorai A.V., Pashchenko E.V.. Koping-kompetentnost' i psikhosomaticeskii risk u muzhchin trudospobnogo vozrasta s serdechno-sosudistoi patologiei [Coping competence and psychosomatic risk in men of working age with cardiovascular disease]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii* [Medical Psychology in Russia]. 2013. N 3. URL: <http://medpsy.ru> (In Russ.).

6. Trifonova E.A. Strategii sovladaniya so stressom i somaticheskoe zdorov'e cheloveka: teoreticheskie podkhody i empiricheskie issledovaniya [Coping strategies and somatic health: theoretical approaches and empirical studies]. *Izvestiya Rossiiskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gertsena* [Izvestia: Herzen University Journal of Humanities and Sciences]. 2012. N 145. P. 96–108. (In Russ.).

7. Aldwin C.M., Park C.L. Coping and physical health outcomes: An overview. *Psychology and health*. 2004. Vol. 19, N 3. P. 277–281.

8. André-Petersson L., Hedblad B., Janzon L. [et al.]. Social support and behavior in a stressful situation in relation to myocardial infarction and mortality: who is at risk? Results from prospective cohort study "Men born in 1914", Malmö, Sweden. *Int. J. Behav. Med.* 2006. Vol. 13, N 4. P. 340–347.

9. Baumeister R.F., Bratslavsky E., Finkenauer C. [et al.] Bad is stronger than good. *Review of General Psychology*. 2001. Vol. 5, N 4. P. 323–370.

10. Bouchard G., Guillemette A., Landry-Léger N. Situational and dispositional coping: An examination of their relation to personality, cognitive appraisals, and psychological distress. *European J. of Personality*. 2004. Vol. 18. P. 221–237.

11. Cohen S., Doyle W.J., Turner R.B. [et al.] Emotional style and susceptibility to the common cold. *Psychosomatic Medicine*. 2003. Vol. 65. P. 652–657.

12. Dimsdale J.E. Psychological stress and cardiovascular disease. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2008. Vol. 51. P. 1237–1246.

13. Fahrenberg J. Ein itemanalysierter Fragebogen funktionell-körperlicher Beschwerden. *Diagnostica*. 1965. Vol. 11. P. 141–153.

14. Fredrickson B.L., Levenson R.W. Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition and Emotion*. 1998. Vol. 12. P. 191–220.

15. Fredrickson B.L., Mancuso R.A., Branigan C. [et al.] The undoing effect of positive emotions. *Motivation and Emotion*. 2000. Vol. 24. P. 237–258.
16. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. 1984. New York : Springer. 456 p.
17. Leineweber C., Westerlund H., Theorell T. [et al.] Covert coping with unfair treatment at work and risk of incident myocardial infarction and cardiac death among men: prospective cohort study. *J. Epidemiol. Community Health*. 2011. Vol. 65, N 5. P. 420–425.
18. Mattlin J.A., Wethington E., Kessler R.C. Situational determinants of coping and coping effectiveness. *J. Health Soc. Behav.* 1990. Vol. 31, N 1. P. 103–122.
19. Penley J.A., Tomaka J., Wiebe J.S. The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review. *J. Behav. Med.* 2002. Vol. 25, N 6. P. 551–603.
20. Perrez M., Reicherts M. Stress, Coping and Health. A Situation-Behavior Approach. Theory, Methods, Applications. Toronto : Hogrefe & Huber Publishers, 1992. 233 p.
21. Strike P.C., Steptoe A. Behavioral and emotional triggers of acute coronary syndromes: a systematic review and critique. *Psychosom. Med.* 2005. Vol. 67, N 2. P. 179–186.
22. Tugade M.M., Fredrickson B.L., Feldman-Barrett L. Psychological resilience and positive emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on emotion regulation and health. *J. of Personality*. 2004. Vol. 72. P. 1161–1190.
23. Van Rhenen W., Schaufeli W.B., van Dijk F.J. [et al.]. Coping and sickness absence. *Int. Arch. Occup. Environ. Health*. 2008. Vol. 81, N 4. P. 461–472.

САМООТНОШЕНИЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ЖЕНЩИН НА ФОНЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6);
Республиканская клиническая инфекционная больница
(Россия, Санкт-Петербург, Усть-Ижора, Шлиссельбургское шоссе, д. 3);
Ленинградский областной центр по профилактике и борьбе со СПИД
и инфекционными заболеваниями (Россия, Санкт-Петербург, ул. Мира, д. 16);

Вопрос взаимосвязи самооотношения и эмоционального статуса на фоне антиретровирусной терапии (АРВТ) у пациентов с ВИЧ-инфекцией в настоящее время изучен недостаточно. Опрошено 50 ВИЧ-позитивных женщин со средним возрастом ($31,9 \pm 4,2$) года на разных стадиях и при разной длительности заболевания. Самоотношение изучили по методике Столина–Пантилеева, тревогу и депрессии – по Госпитальной шкале (HADS). Установлено, что по мере прогрессирования заболевания показатели шкал самоуважения, аутосимпатии, самоинтересов, самоинтереса, самопонимания снижаются к моменту развития оппортунистической патологии и начала антиретровирусной терапии (АРВТ). Однако правильно подобранное лечение способствует ремиссии возникших соматопсихических нарушений. Показано достоверное снижение ожидаемого отношения от других, обусловленное различными причинами, и это находит свое отражение в достоверном снижении показателя самоуверенности. По мере прогрессирования заболевания показатели самопринятия имеют тенденцию к снижению, хотя самопоследовательность / саморуководство на этом фоне достоверно улучшаются, что свидетельствует об определенных противоречиях между собственными возможностями пациенток и ограничениями, которые накладывает на них имеющееся заболевание. Установлен относительно невысокий уровень тревоги и депрессии, что обусловлено как своевременным назначением адекватно подобранной и мониторируемой АРВТ, так и соблюдением охранительного режима для больных.

Улюкин Игорь Михайлович – канд. мед. наук, науч. сотр. Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (194044, Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: igor_ulyukin@mail.ru;

Цукер Юлия Моисеевна – ординатор отделения ВИЧ-инфекции Респ. клинич. инфекц. больницы (196645, Россия, Санкт-Петербург, Усть-Ижора, Шлиссельбургское ш., д. 3), e-mail: tsuker.julia@gmail.com;

Исаева Галина Николаевна – зав. отд-нием Ленингр. обл. центра профилактики и борьбы со СПИД и инфекц. заболеваниями (197101, Россия, Санкт-Петербург, ул. Мира, д. 16), e-mail: isaeva2008@hotmail.ru.

Ключевые слова: клиническая психология, психодиагностика, ВИЧ-инфекция, женщины, самоотношение, эмоциональный статус, антиретровирусная терапия.

Введение

Известно, что установление диагноза ВИЧ-инфекции является тяжелым стрессорным фактором. При этом на первый план выступают эмоциональные переживания, приводящие, в том числе, к повышению риска развития различных форм суицидального поведения [10]. Для человека этим заболеванием важно привыкание к изменяющимся условиям, необходимым для адекватного существования в сложившейся обстановке, а также освоение им специфики новых условий существования. Так, понятие адаптации рассматривается как процесс и результат установления гармоничных взаимоотношений между личностью и социальной средой, и при этом выделяются объективные и субъективные признаки дезадаптации. К объективным признакам относят изменение поведения человека в социальной сфере, несоответствие его своим социальным функциям, к субъективным – состояние психологического «тупика», то есть состояние, возникающее в результате долгого нахождения личности в конфликте (внешнем или внутреннем) и отсутствия необходимых адаптивных механизмов для выхода из этого состояния. Важную роль в процессе изменения социального поведения человека в сложившейся ситуации играет самоотношение, которое понимается в контексте представлений личности о смысле «Я» как выражение смысла «Я», как обобщенное чувство в адрес собственного «Я». В основу понимания данного феномена положена концепция самосознания В.В. Столина, который выделял три его стороны: симпатию, уважение, близость [9].

С другой стороны, установлено, что то, каким мир предстает субъекту, зависит прежде всего от угла зрения, субъектных фокусировок сознания. В этих условиях решающее значение приобретают конвенциональные соглашения, достигаемые общающимися людьми: какие ценности и нормы в конкретной коммуникативной ситуации следует признать важными, значимыми, а какие – второстепенными. И здесь важен не столько сам рассматриваемый объект, сколько наши представления о нем, окрашиваемые эмоциональным отношением.

Сегодня в российской психологической науке категория субъекта играет системообразующую роль, потому что понятие «субъект» по своей сути интегративно. Данное положение имеет важное значение для медико-психологического сопровождения пациентов, однако, в частности, вопрос взаимосвязи

самоотношения и эмоционального статуса больных ВИЧ-инфекцией на фоне антиретровирусной терапии (АРВТ) в настоящее время изучен недостаточно. Это и послужило причиной выполнения данной работы.

Материал и методы

Для изучения самоотношения опросили 50 ВИЧ-позитивных женщин со средним возрастом – $(31,9 \pm 4,2)$ года. На стадии «А» средний возраст – $(29,0 \pm 4,0)$ года, на стадии «С» – $(36,4 \pm 5,9)$ года. На «А»-стадии ВИЧ-инфекции (стадия начальных проявлений болезни) было 13 (26 %) пациенток, «В» – 32 (64 %), «С» (стадия СПИДа) – 5 (10) %. Длительность заболевания 4–7 лет оказалась у 19 пациенток (38 %), более 7 лет – у 31 (62 %).

Распределение больных провели по классификации CDC [1]. Установление диагноза ВИЧ-инфекции, назначение АРВТ и контроль ее эффективности осуществляли в соответствии с рекомендациями [6]. Пациентки в основном находились во 2-м критическом периоде адаптации больных с ВИЧ-инфекцией (в периоде после появления клинических признаков оппортунистических заболеваний), хотя он и протекал у всех, естественно, по-своему. Вместе с тем на фоне АРВТ в период проведения исследования признаков рецидивирования/обострения имеющейся в анамнезе оппортунистической/сопутствующей патологии отмечено не было. Данное исследование проведено у пациентов с ВИЧ-инфекцией впервые. Важность его определяется феминизацией эпидемии, что обусловлено гетеросексуальной передачей ВИЧ женщинам половыми партнерами-наркопотребителями [2, 3].

Необходимо отметить, что контрольную группу для сравнения с пациентками с ВИЧ-инфекцией подобрать было достаточно затруднительно вследствие целого комплекса причин. В нашем исследовании таковой послужили показатели 25 практически здоровых студенток I курса педагогического университета со средним возрастом $(17,9 \pm 0,6)$ года с наличием у них проблем адаптации к жизни в новых условиях.

Использовали методику Столина–Пантिलеева [5, 9]. Данная версия опросника позволяет выявить такие уровни самоотношения, отличающиеся по степени обобщенности, как: глобальное самоотношение; самоотношение, дифференцированное по самоуважению, аутосимпатии, самоинтересу и ожиданиям отношения к себе; уровень конкретных действий (готовностей к ним) в отношении к своему «Я». Опросник включает следующее шкалы: S – измеряет интегральное чувство «за» или «против» собственного «Я» обследуемого лица; I – самоуважение; II – аутосимпатия; III – ожи-

даемое отношение от других; IV – самоинтерес. Опросник содержит также 7 шкал, направленных на измерение выраженности установки на те или иные внутренние действия в адрес «Я» обследуемого: 1-я – самоуверенность; 2-я – отношение других; 3-я – самопринятие; 4-я – саморуководство, самопоследовательность; 5-я – самообвинение; 6-я – самоинтерес; 7-я – самопонимание. Условно к когнитивной составляющей нами были отнесены Шкала самоуважения (I), Шкала аутосимпатии (II), Шкала самоинтересов (IV), Шкала самоинтереса (6), Шкала самопонимания (7); к оценочной – Шкала ожидаемого отношения от других (III), Шкала самоуверенности (1), Шкала отношения других (2); к поведенческой – Шкала самопринятия (3), Шкала самопоследовательности (саморуководства) (4), Шкала самообвинения (5). Значение показателя: накопленные частоты меньше 50 % – признак не выражен; 50–74 % – признак выражен; больше 74 % – признак ярко выражен.

Тревогу и депрессию изучили по Госпитальной шкале HADS [17]. При оценке полученных показателей обоих состояний значение 0–7 баллов расценивалось как «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии), 8–10 баллов – как наличие субклинически выраженной тревоги/депрессии, 11 баллов и выше – как наличие клинически выраженной тревоги/депрессии.

Психологические исследования пациенток и лиц контрольной группы проводили групповым методом при длительности 40 мин.

Работа выполнена в соответствии с положениями «Конвенции о защите личности в связи с автоматической обработкой персональных данных» [7]. У всех респонденток было получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Статистическую обработку материалов исследования проводили с использованием пакета прикладных программ «Statistica for Windows» [12]. Оценку различий между показателями групп исследования и контроля ($M \pm m$) произвели по t-критерию Стьюдента. При обработке данных методики Столина–Пантилеева в соответствии с рекомендациями «сырой» балл переводили в проценты. Достоверность рассчитывали по «сырым» баллам групп. Для уточнения всех взаимосвязей между данными групп провели корреляционный анализ с помощью коэффициента Пирсона.

Результаты и их обсуждение

Результаты исследования показателей самоотношения приведены в табл. 1. При исследовании глобального самоотношения (шкала S) как внут-

ренного недифференцированного чувства «за» и «против» самого себя выявлено, что по мере прогрессирования заболевания происходит достоверное снижение показателя. Различия данных у пациенток на стадии «А» и «С» достоверные ($p < 0,01$), что обусловлено манифестированием оппортунистической патологии с соответствующим назначением АРВТ и медико-психологической поддержкой. Это же отражает и уровень накопленных частот по мере увеличения длительности заболевания. Вместе с тем различия в группах «С» и «более 7 лет» достоверны ($p < 0,01$), что, возможно, свидетельствует о недооценке ситуации по причине некоторого снижения интеллектуально-мнестического уровня личности [11].

Таблица 1

Особенности самоотношения у женщин с ВИЧ-инфекцией, находящихся на антиретровирусной терапии, в динамике заболевания

Шкала теста	Выраженность признака, %					
	Группа исследования					Контроль
	стадия заболевания			длительность заболевания, лет		
	«А»	«В»	«С»	«4–7»	«более 7»	
S (интегральная)	77,8	69,9	78,9	71,4	75,4	79,6
I (самоуважения)	59,7	56,4	71,3	52,8	56,9	67,8
II (аутосимпатии)	63,4	48,0	55,8	48,1	57,2	59,4
III (ожидаемого отношения от других)	50,9	45,5	45,0	44,6	55,5	48,7
IV (самоинтересов)	77,8	61,8	83,9	72,4	70,7	72,2
1-я (самоуверенности)	57,4	44,7	44,0	44,7	44,7	58,5
2-я (отношения других)	36,4	24,0	32,0	47,3	37,6	45,9
3-я (самопринятия)	72,2	45,1	66,7	52,7	61,1	71,4
4-я (самопоследовательности, саморуководства)	66,3	67,5	79,7	71,6	66,5	66,5
6-я (самообвинения)	52,7	54,1	44,8	59,9	50,1	53,7
6-я (самоинтереса)	70,1	71,4	69,9	64,0	72,7	74,9
7-я (самопонимания)	62,8	56,0	77,7	58,0	60,6	68,7

П/жирным шрифтом выделены значимые (низкие и высокие) показатели шкал.

Остальные стороны самоотношения были рассмотрены с точки зрения «Я-концепции», которая определяет не просто то, что собой представляет индивид, но и то, что он о себе думает, как смотрит на свое деятельное начало и возможности развития в будущем. Традиционно выделяют

когнитивную, оценочную и поведенческую составляющие «Я-концепции». Когнитивная составляющая – это представления индивида о самом себе, набор характеристик, которыми, как ему кажется, он обладает, оценочная – это то, как индивид оценивает эти характеристики, как к ним относится, поведенческая – это то, как человек в действительности поступает.

1. *Когнитивная составляющая «Я-концепции»*. Самоуважение (I шкала) – это тот аспект самооотношения, который эмоционально и содержательно объединяет веру в свои силы, способности, энергию, самостоятельность, оценку своих возможностей, контролировать собственную жизнь и быть самопоследовательным, понимание самого себя. В динамике заболевания признак стабилен. Различия показателей у пациенток в стадии «А» и «С» значимые ($p < 0,01$). Этот показатель несколько снижается к моменту назначения АРВТ (группа «4–7 лет») и последующим повышением (группа «более 7 лет») ($p < 0,05$). Различия в группах «С» и «более 7 лет» также достоверны ($p < 0,01$). Здесь необходимо отметить, что случаи неадекватной центрации на себе (эгоцентризм и эгоизм) или на другом (жертвенность) всегда оборачиваются болезненными ответами окружающей среды и приводят к психологическому дискомфорту – индивид начинает обвинять других, оставаясь на эгоцентрической позиции, либо себя, принимая позицию жертвы, и страдает, не находя гармонии с миром.

Аутосимпатия (II шкала) отражает дружелюбность–враждебность к собственному «Я». В содержательном плане шкала на позитивном полюсе объединяет одобрение себя в целом и в существенных частностях, доверие к себе и позитивную самооценку, на негативном полюсе – видение в себе по преимуществу недостатков, низкую самооценку, готовность к самообвинению, что свидетельствует, в том числе, о стигматизации/ самостигматизации. Если на начальной стадии заболевания показатель выражен и по сравнению с контрольной группой различия достоверны ($p < 0,01$), то по мере прогрессирования заболевания показатель значительно снижается, не достигая исходного уровня на стадии «С». Достоверность различий данных у пациентов в стадиях «А» и «С» значимые ($p < 0,01$). Отмечено значимое повышение данного показателя по мере увеличения длительности заболевания ($p < 0,01$), а также у пациенток в группах «С» и «более 7 лет» ($p < 0,01$).

Шкала самоинтересов (IV) отражает меру близости к самому себе, в частности интерес к собственным мыслям и чувствам, готовность общаться с собой «на равных», уверенность в своей интересности для других. По мере прогрессирования заболевания отмечается снижение этого показате-

ля. Различия данных у пациентов к группам «А» и «В», «В» и «С» значимые ($p < 0,01$). Однако по мере увеличения длительности заболевания значения этого параметра снижаются ($p < 0,01$).

Показатели 6-й шкалы выраженные и снижаются в динамике заболевания. Различия данных у пациенток в группах «А» и «С», «4–7 лет» и «более 7 лет» значимые ($p < 0,01$). Необходимо отметить, что у пациенток на стадии «А» корреляции показателей шкал IV и 6-й составила $r = -0,21$, в контроле $r = -0,38$, у пациенток на стадии «С» $r = -0,42$ (достоверность значимости корреляций при $p > 0,05$ во всех случаях). В то же время достоверность различий данных у пациенток в группах «С» и «более 7 лет» по шкалам IV и 6-й составила $p < 0,01$ по обоим параметрам, а корреляции в группах были соответственно $r = 0,44$ и $r = 0,14$.

Показатели 7-й шкалы в динамике клинического состояния респонденток остаются стабильными с тенденцией к повышению скорее по мере прогрессирования заболевания, чем по мере увеличения его длительности. Различия показателей «4–7 лет» и «более 7 лет» значимые ($p < 0,01$). Это обусловлено в том числе и проведением мероприятий по медико-психологическому сопровождению пациенток, что обусловило приемлемый уровень адаптации к жизни в условиях хронического заболевания. Различия данных у пациенток в группах «С» и «более 7 лет» статистические ($p < 0,01$).

Таким образом, установлено, что в рамках когнитивной составляющей по мере прогрессирования заболевания показатели шкал самоуважения, аутосимпатии, самоинтересов, самоинтереса, самопонимания снижаются к моменту развития оппортунистической патологии и начала АРВТ. Однако правильно подобранное лечение способствует ремиссии возникших сомато-психических нарушений,

2. *Оценочная составляющая «Я-концепции».* Ожидаемое положительное отношение от других (III шкала) отражает предположение позитивного или негативного отношения к себе окружающих. По мере прогрессирования заболевания этот показатель значительно снижается. Достоверность различий данных у пациенток в группах «А» и «С» статистическая ($p < 0,01$). Это обусловлено не только возможным негативным отношением окружающих, но и неполнотой в первую очередь социально-психологического сопровождения на местах. Важную роль играет также самостигматизация респонденток, которая снижается по мере адаптации к диагнозу и повышению приверженности к лечению – что улучшает психосоматический статус и, как следствие, самовосприятие и социализацию больных. Различия данных у пациенток в группах «4–7 лет» и «более 7 лет», «С» и

«более 7 лет» значимые ($p < 0,01$).

Признак 2-й шкалы не был выражен с самого начала заболевания, и снижался по мере прогрессирования заболевания. Различия показателей у пациенток в группах «А» и «С», «4–7 лет» и «более 7 лет», «С» и «более 7 лет» значимые ($p < 0,01$).

Обращают на себя внимание низкие данные упомянутых шкал в группе контроля (см. табл. 1). Вероятно, общим фактором здесь является тот факт, что пациентки с ВИЧ-инфекцией и группы контроля, оказавшись в новых условиях окружающей среды, когда меняются условия жизнедеятельности (в частности, применительно к ВИЧ-инфекции – постепенный переход от одной стадии к другой, обострение/утяжеление состояния в пределах одной стадии заболевания), вынуждены обучаться новым образцам и способам поведения, но при этом пытаются сохранить старую систему ценностей (т. е. у индивида происходит псевдоадаптация – сочетание внешней приспособленности к обстановке с отрицательным отношением к ее нормам и требованиям). Полученные результаты можно трактовать как неполное приспособление/акомо-дацию периода адаптации к предъявляемым жизненной ситуацией требованиям и установкам, что происходит в том числе и по причине выбора неконструктивных стратегий адаптивного поведения.

Необходимо отметить, что корреляция показателей шкал III и 2-й на стадии «А» составила $r = 0,66$ (в контроле $r = 0,70$), на стадии «С» – $r = 0,74$ ($p > 0,05$). Корреляция показателей у пациенток групп «С» и «более 7 лет» по шкалам III и 2-й составила $r = 0,85$ и $r = 0,85$ соответственно. Возможно, эти шкалы, как и шкалы IV и 6-я, измеряют различные стороны измеряемых параметров (но описание методики на это не указывает).

Рассмотренные аспекты оценочного отношения к себе приводят и к значительному снижению самоуверенности (1-я шкала) как по мере прогрессирования заболевания (различия показателей у пациенток в группах «А» и «С» достоверные при $p < 0,01$), так и по мере увеличения его длительности (различия данных у пациенток в группах «4–7 лет» и «более 7 лет», «С» и «более 7 лет» достоверные при $p < 0,01$).

То есть при анализе оценочной составляющей в динамике заболевания показано достоверное снижение ожидаемого отношения от других, обусловленное различными причинами, и это находит свое отражение в достоверном снижении показателя самоуверенности.

3. Поведенческая составляющая «Я-концепции». Самоуверенность нередко бывает тесно связана в том числе и с самообвинением (5-я шкала)

По мере прогрессирования заболевания этот показатель снижается. Различия данных у пациенток в группах «А» и «С», «С» и «более 7 лет», «4–7 лет» и «более 7 лет» достоверные ($p < 0,01$). То есть, наряду с психологической адаптацией этот параметр может свидетельствовать и об определенном мнестико-интеллектуальном снижении уровня личности.

На этом фоне показатели 3-й шкалы имеют тенденцию к снижению. Различия показателей у пациенток в группах «А» и «С» значимые ($p < 0,01$), что связано, в том числе, и с факторами соматического здоровья, и с социально-психологическими факторами. По мере же увеличения длительности болезни показатель шкалы значимо повышается ($p < 0,01$), что свидетельствует об определенной адаптации, обусловленной, в том числе и проводимой терапией, и приемлемом уровне жизни в сложившихся жизненных обстоятельствах. В то же время, самопринятие в большей степени зависит от стадии заболевания, чем от его длительности. Например, достоверность различий данных у пациенток в группах «С» и «более 7 лет» составила $p < 0,01$, что обусловлено снижением психофизиологических показателей даже на фоне правильно подобранной АРВТ.

У показателей 4-й шкалы наблюдаются обратные тенденции. Так, в дебюте заболевания признак является выраженным с тенденцией к повышению (достоверность различий данных у пациенток в группах «А» и «С» значимая при $p < 0,01$). По мере увеличения длительности заболевания имеется достоверное снижение показателя (различия в группах «4–7 лет» и «более 7 лет» при $p < 0,01$). Этот параметр был выше у пациенток на стадии «С», чем при длительности заболевания более 7 лет ($p < 0,01$). Причины подобного расхождения, на наш взгляд, зависят как от личностных изменений респондентов, так и от отношения к ним окружающих, которое может колебаться, в зависимости от сложившихся отношений, от приятия до равнодушия либо неприятия/стигматизации.

Важно подчеркнуть, что психология субъекта адекватно описывает и законы бытия, описывающие то, что есть, и законы долженствования, предписывающие, как именно должны происходить те или иные события и явления в мире человека. И здесь важно исследование эмоций в том плане, что тревога есть переживание Бытия, утверждающего себя на фоне Небытия (к сфере небытия относится все то, что ограничивает или разрушает бытие, например агрессия, утомление и, конечно, смерть [4]), тогда как депрессия может быть выражением неспособности или невозможности разрешить внутрличностный конфликт.

Следовательно, при рассмотрении поведенческой составляющей отме-

чено, что по мере прогрессирования заболевания показатели самопринятия имеют тенденцию к снижению, хотя самопоследовательность/саморуководство на этом фоне достоверно улучшаются, что свидетельствует об определенных противоречиях между собственными возможностями пациенток и ограничениями, которые накладывает на них имеющееся заболевание.

В ходе исследования установлено, что в динамике заболевания отмечено нарастание тревоги, показатели которой вместе с тем на фоне АРВТ не достигли клинически выраженного уровня (табл. 2). Показатели депрессии тоже увеличивались, но в отсутствие достоверно выраженных симптомов. Отмечено достоверное нарастание тревоги ($p < 0,05$) только при переходе от стадии «А» к стадии «В» (что подтверждает мнение о незначительности эмоциональных различий на клинически выраженных стадиях заболевания при существенной его длительности), показатели которой на фоне АРВТ не достигли клинически выраженного уровня. Показатели депрессии тоже несколько увеличивались, но в отсутствие достоверно выраженных симптомов.

Таблица 2

Эмоциональный статус ВИЧ-позитивных женщин на фоне АРВТ

Группа исследования										Контроль	
Стадия заболевания						Длительность заболевания (лет)					
«А»		«В»		«С»		«4–7»		«более 7»			
Т	Д	Т	Д	Т	Д	Т	Д	Т	Д	Т	Д
7,1 ± 2,2	3,9 ± 2,1	9,4 ± 2,9*	5,1 ± 2,1	10,8 ± 5,4**	5,2 ± 3,8	8,8 ± 3,0	5,1 ± 1,8	9,1 ± 3,3*	4,6 ± 2,5	7,0 ± 2,6	3,3 ± 1,6
В группах лиц с эмоциональными нарушениями											
Т	Д	Т	Д	Т	Д	Т	Д	Т	Д	Т	Д
n = 7	n = 0	n = 21	n = 4	n = 2	n = 2	n = 12	n = 1	n = 19	n = 5	n = 9	n = 1
9,1 ± 1,4	0,0	11,1 ± 2,0	9,3 ± 0,8	15,3 ± 1,1	10,0 ± 1,0	10,8 ± 1,8	9,0	11,3 ± 2,5	9,6 ± 0,9	10,7 ± 1,9	8,0

Т – показатель тревоги, Д – показатель депрессии.

Различия одноименных показателей в группах:

* «А» и «В», «4–7» и «более 7» при $p < 0,05$;

** «А» и «С», «В» и «С» при $p < 0,005$;

«А» и «В», «С» и «более 7» при $p < 0,05$;

«А» и «С», «В» и «С», «С» и «4–7» при $p < 0,01$.

При этом необходимо отметить выявленную разнородность эмоционального статуса в группах респонденток. Так, выявлено увеличение коли-

чества лиц с эмоциональными нарушениями по мере прогрессирования заболевания. При этом в целом по общей группе пациенток сочетание эмоций «тревога + депрессия» диагностировано только на клинически выраженных стадиях заболевания: на стадии «В» у 4 пациенток, на стадии «С» – у 2, при длительности заболевания до 7 лет – у 1, более 7 лет – у 5. Корреляции между показателями тревоги и депрессии были достаточно высоки и составили на стадии «А» ($r = 0,52$), на стадии «В» ($r = 0,68$), на стадии «С» ($r = 0,72$), в группе «4–7 лет» ($r = 0,72$), в группе «более 7 лет» ($r = 0,66$), в контроле ($r = 0,35$).

Заключение

Известно, что людям свойственно истолковывать происходящие с ними события так, чтобы поддерживать стабильность субъективной картины мира, обеспечивающей необходимую опору в постоянно меняющейся реальности. Считается, что субъективная активность выступает необходимым условием эффективности, результативности, направленности всех сфер жизнедеятельности личности, что способствует субъективному благополучию личности [8].

Результатами проведенного нами исследования установлено, что по мере прогрессирования заболевания показатели шкал самоуважения, ауто-симпатии, самоинтересов (IV), самоинтереса (6), самопонимания снижаются к моменту развития оппортунистической патологии и начала АРВТ. Однако правильно подобранное лечение способствует ремиссии возникших сомато-психических нарушений: растет самоуважение (пациент смог выдержать предложенный режим лечения), достоверно повышается и ауто-симпатия (человек выглядит/действует не хуже, чем раньше). Отмечено достоверное снижение показателей самообвинения/самопринятия по мере прогрессирования заболевания, особенно по мере увеличения его длительности. Самоинтерес же по мере прогрессирования заболевания повышается, но по мере увеличения длительности заболевания достоверно снижается, что, вероятно, обусловлено определенным снижением интеллектуально-мнестического уровня личности. Важно подчеркнуть, что ранняя диагностика ВИЧ-ассоциированных когнитивных нарушений особенно важна на субклинических и начальных стадиях заболевания, когда при проведении противовирусного лечения возможно уменьшение когнитивного дефицита и иных мнестико-интеллектуальных нарушений [14].

По мере прогрессирования заболевания и увеличения его длительности имеет место достоверное снижение ожидаемого отношения от других,

что обусловлено различными причинами – от стигматизации/самостигматизации по причине дальнейшего развития основного заболевания, оппортунистической патологии, назначением АРВТ до неполноценного социально-психологического сопровождения на местах. Это находит свое отражение в достоверном снижении показателя самоуверенности.

В то же время, самопоследовательность/самоуправление на этом фоне достоверно улучшаются, причем на стадии СПИДа этот показатель выше, чем при длительности заболевания более 7 лет. Корреляция параметров самопоследовательности и самообвинения/самопринятия на стадии СПИДа достаточно высока ($r = 0,67$ и $r = 0,40$ соответственно) по сравнению с таковой при длительности заболевания более 7 лет ($r = -0,03$ и $r = 0,17$ соответственно), то есть респонденты имеют в своей основе противоречие между собственными возможностями и ограничениями (физическими и психологическими), накладываемыми на них имеющимся заболеванием.

Вместе с тем в нашем исследовании был установлен относительно невысокий уровень тревоги и депрессии, что, видимо, было обусловлено как своевременным назначением адекватно подобранной и мониторируемой АРВТ, так и соблюдением охранительного режима. Это представляется важным с той точки зрения, что, согласно данным других исследователей, депрессия ассоциирована с увеличением риска смерти, независимо от возраста и низкой приверженностью АРВТ [13, 15].

В завершение необходимо отметить, что главной теоретической предпосылкой модели саморегуляции является идея о том, что каждый человек стремится понять собственное заболевание путем конструирования его модели (представления), которая включает причины заболевания, его симптомы, продолжительность, вероятность излечения, возможность контроля над его течением [16], и формируется она на основе переживания опыта своей болезни, а также информации, приобретенной через социальные и культурные сети. Поэтому и полагают, что адаптация к диагнозу – с позиции пациента – это сложный процесс осознания ценности своей жизни и здоровья, изучение и понимание своего заболевания и способов борьбы с ним, готовность соблюдать лечебный режим и предупреждать ухудшение своего состояния. При взгляде же на ситуацию с позиции лечащего врача, подбирая адекватные не только болезни, но и сообразные эмоционально-личностным особенностям больного методы, можно достичь наибольшей эффективности лечебно-реабилитационного процесса.

Литература

1. Бартлетт Дж., Галлант Дж., Фам П. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. – М. : Р. Валент, 2012. – 528 с.
2. ВИЧ-инфекция : инф. бюл. № 36 / В.В. Покровский, Н.Н. Ладная, Е.В. Соколова, Е.В. Буравцова. – М., 2012. – 52 с.
3. ВИЧ-инфекция в Российской Федерации: проблемы, задачи, перспективы (по материалам сайта Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека) // ВИЧ-инфекция у женщин и детей. Актуальные вопросы совершенствования профилактики, диагностики и лечения : сб. ст. и тез. – СПб. : Человек и его здоровье. – 2013. – С. 4–7.
4. Мэй Р. Смысл тревоги. – М. : Класс, 2001. – 384 с.
5. Пантилеев С.Р. Самоотношение как эмоционально-оценочная система : (спецкурс). – М. : Изд-во МГУ, 1991. – 108 с.
6. Протоколы диспансерного наблюдения и лечения больных ВИЧ-инфекцией / В.В. Покровский, О.Г. Юрин, А.В. Кравченко [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2012. – № 6, Прил. – С. 1–40.
7. Совет Европы: Конвенция о защите личности в связи с автоматической обработкой персональных данных : [пер. с англ.]. – 2-е изд., доп. – СПб. : Гражд. контроль, 2002. – 36 с.
8. Сокольская М.В. Субъективная активность как условие личностного здоровья // Изв. РГПУ им. А.И. Герцена. – 2008. – № 11 (62). – С. 293–304.
9. Столин В.В. Самосознание личности. – М. : Изд-во МГУ, 1983. – 284 с.
10. Улюкин И.М. Проблемы суицида при ВИЧ-инфекции // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2012. – Т. 4, № 4. – С. 91–96
11. Улюкин И.М. Влияние антиретровирусной терапии на основные сферы жизнедеятельности больных ВИЧ-инфекцией // Вестн. С.-Петербург. ун-та. Сер. 11: Медицина. – 2013. – Вып. 2. – С. 153–160
12. Юнкеров В.И., Григорьев С.Г. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. – СПб. : Изд-во ВМЕДА, 2005. – 292 с.
13. Association of depression with viral load, CD8 T lymphocytes, and natural killer cells in women with HIV infection / D.I. Evans, T.R. Ten Have, S.D. Douglas [et al.] // *Am. J. Psychiatry*. – 2002. – Vol. 159, N 10. – P. 1752–1759.
14. Highly active antiretroviral therapy reverses brain metabolite abnormalities in mild HIV dementia / L. Chang, T. Ernst, M. Leonido-Yee [et al.] // *Neurology*. – 1999. – Vol. 53, N 4. – P. 782–789.
15. Mortality, CD4 cell count decline, and depressive symptoms among HIV-seropositive women; longitudinal analysis from the HIV epidemiology research study / J.R. Ickovics, M.E. Hamburger, D. Vlahov [et al.] // *JAMA*. – 2001. – Vol. 285, N 11. – P. 1466–1474.
16. Reynolds N.R. The problem of antiretroviral adherence; a self regulatory model for intervention // *AIDS Care*. – 2003. – Vol. 15, N 1. – P. 117–124.
17. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale // *Acta Psychiatr. Scand*. – 1983. – Vol. 67, N 6. – P. 361–370.

Ulyukin I.M., Zuker Yu.M., Isaeva G.N. Samootnoshenie i emotsional'nyy status VICH-pozitivnykh zhenshchin na fone antiretrovirusnoy terapii [Self-attitude and emotional status of HIV-affected women against background of antiretroviral therapy]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 50. P. 62–77.

The Kirov Military Medical Academy
(Russia, St. Petersburg, Academica Lebedeva Str., 6);
Federal Clinical Hospital of Infectious Diseases
(Russia, St. Petersburg, Shlisselburgsky road, 3);
Leningrad Regional Center for Control of AIDS and Infectious Diseases
(Russia, St. Petersburg, Mira Str., 16)

Ulyukin Igor Mikhailovich – MD, PhD – researcher, The Research Centre of Kirov Military Medical Academy (194044, St. Petersburg, Academica Lebedeva Str., 6), e-mail: igor_ulyukin@mail.ru;

Zuker Yulia Moiseevna – physician of HIV infection department, Federal Clinical Hospital of Infectious Diseases (196645, Russia, St. Petersburg, Shlisselburgsky shosse, 3), e-mail: tsuker.julia@gmail.com;

Isaeva Galina Nikolaevna – head of polyclinic department, Leningrad Regional Center for Control of AIDS and Infectious Diseases (197101, Russia, St. Petersburg, Mira ulitsa, 16), e-mail: isaeva2008@hotmail.ru.

Abstract. The problem of the relationship of the self-attitude and emotional status during antiretroviral therapy (ART) was not studied enough. 50 HIV-positive women were interviewed (mean age 31.9 ± 4.2) at different stages and with different duration of the disease. The self-attitude was assessed by the V. Stolin – S.R. Pantileev method, anxiety and depression – by the HADS scale. It was found that with disease progression, scores of self-esteem, self-sympathy, self-interest and self-understanding reduced by the time of the opportunistic disease development and start of ART. However, a proper treatment promotes the remission of somatic and mental disorders. The significant reduction in the “expected relationship from others” score was shown, due to various reasons, and this is reflected in the significant decrease of “self-confidence” indicator. As the disease progresses, “self-acceptance” indicators tend to decrease, although “self-sequence” / “self-leadership” indicators significantly improve. This suggests certain contradictions between own capabilities of patients and disease-related limitations. Relatively low levels of anxiety and depression were observed owing to both timely adequate ART and compliance with protective mode for these patients.

Keywords: clinical psychology, psychological testing, HIV infection, women, self-attitude, emotional status, antiretroviral therapy.

References

1. Bartlett Dzh., Gallant Dzh., Fam P. Klinicheskie aspekty HIV-infektsii [Clinical Management of HIV Infection]. Moskva. 2012. 528 p. (In Russ.).

2. Pokrovskiy V.V., Ladnaya N.N., Sokolova E.V., Buravtsova E.V. HIV-infektsiya : informatsionnyy byulleten'[HIV infection: newsletter]. N 36. Moskva. 2012. 52 p. (In Russ.).

3. HIV-infektsiya v Rossiyskoy Federatsii: problemy, zadachi, perspektivy (po materialam sayta Federal'noy sluzhby po nadzoru v sfere zashchity prav potrebiteley i blagopoluchiya cheloveka). HIV-infektsiya u zhenshchin i detey. Aktual'nye voprosy sovershenstvovaniya profilaktiki, diagnostiki i lecheniya [HIV infection in the Russian Federation: problems, goals, prospects (based on the site of the Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Welfare). HIV infection in women and children. Topical issues of improving the prevention, diagnosis and treatment]. Sankt-Peterburg. 2013. P. 4–7. (In Russ.).

4. Mey R. Smysl trevogi [Anxiety meaning]. Moskva. 2001. 384 p. (In Russ.).

5. Pantileev S.R. Samootnoshenie kak emotsional'no-otsenchnaya sistema : (spetskurs) [The Self as an emotionally-grading system: (a special course)]. Moskva. 1991. 108 p. (In Russ.).

6. Pokrovskiy V.V., Yurin O.G., Kravchenko A.V. [et al.]. Protokoly dispansernogo nablyudeniya i lecheniya bol'nykh HIV-infektsiy [Protocols of dispensary observation and treatment of patients with HIV infection]. *Epidemiologiya i infeksionnye bolezni* [Epidemiology and infectious diseases]. 2012. N 6, Application. – P. 1–40. (In Russ.).

7. Sovet Evropy: Konventsiya o zashchite lichnosti v svyazi s avtomaticheskoy obrabotkoy personal'nykh dannykh : [translated from English] [Council of Europe: Convention on the Protection of Individuals with regard to Automatic Processing of Personal Data]. Sankt-Peterburg. 2002. 36 p. (In Russ.).

8. Sokol'skaya M.V. Sub"ektivnaya aktivnost' kak uslovie lichnostnogo zdorov'ya [Subjective activity as a condition of personality health]. *Izvestiya Rossiyskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta imeni A.I. Gertsena* [Izvestia: Herzen University Journal of Humanities and Sciences]. 2008. N 11. P. 293–304. (In Russ.).

9. Stolin V.V. Samosoznanie lichnosti [Self-consciousness of personality]. Moskva. 1983. 284 p. (In Russ.).

10. Ulyukin I.M. Problemy suitsida pri HIV-infektsii [Problem of suicide in HIV infection]. *HIV-infektsiya i immunosupressii* [HIV infection and immunosuppressive disorders]. 2012. Vol. 4, N 4. P. 91–96 (In Russ.).

11. Ulyukin I.M. Vliyanie antiretrovirusnoy terapii na osnovnye sfery zhiznedeyatel'nosti bol'nykh HIV-infektsiy [Effect of antiretroviral therapy on the basic aspects of life of patients with HIV infection]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Seriya 11: Meditsina* [Vestnik of Saint Petersburg university. Series 11. Medicine]. 2013. N 2. P. 153–160. (In Russ.).

12. Yunkerov V.I., Grigor'ev S.G. Matematiko-statisticheskaya obrabotka dannykh meditsinskikh issledovaniy [Mathematical and statistical processing of data from medical research]. Sankt-Peterburg. 2005. 292 p. (In Russ.).

13. Evans D.I., Ten Have T.R., Douglas S.D. [et al.]. Association of depression with viral load, CD8 T lymphocytes, and natural killer cells in women with HIV infection. *Am. J. Psychiatry*. 2002. Vol. 159, N 10. P. 1752–1759.

14. Chang L., Ernst T., Leonido-Yee M. [et al.]. Highly active antiretroviral therapy reverses brain metabolite abnormalities in mild HIV dementia. *Neurology*. 1999. Vol. 53, N 4. P. 782–789.

15. Ickovics J.R., Hamburger M.E., Vlahov D. [et al.]. Mortality, CD4 cell

count decline, and depressive symptoms among HIV-seropositive women; longitudinal analysis from the HIV epidemiology research study. *JAMA*. 2001. Vol. 285, N 11. P. 1466–1474.

16. Reynolds N.R. The problem of antiretroviral adherence; a self regulatory model for intervention. *AIDS Care*. 2003. Vol. 15, N 1. P. 117–124.

17. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983. Vol. 67, N 6. P. 361–370.

УДК 159.9 : 616.72-002.77 (048)

**А.В. Цыган, И.С. Рудой,
Н.Н. Баурова, Е.Н. Цыган**

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6)

Изложены современные представления об эмоциональных особенностях и психических расстройствах у больных с ревматическими заболеваниями. Выделение диапазонов расстройств тревожно-депрессивного спектра на основании комплексной психопатологической и клинико-психологической диагностики структуры расстройства и типа аффективности у больных, страдающих ревматическими заболеваниями, позволит определить общие принципы и дифференцированные подходы к фармакотерапии этих состояний. Выбор психофармакотерапии необходимо осуществлять в зависимости от отнесенности расстройств тревожно-депрессивного спектра к тревожному, тоскливому или апатическому диапазонам. Психосоциальные аспекты позитивного влияния на исход хрониче-

Цыган Анна Васильевна – аспирант Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (194044, Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: tanava2009@gmail.com;

Рудой Иван Степанович – д-р мед. наук, доц. клиники психиатрии Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (194044, Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6);

Баурова Наталия Николаевна – канд. психол. наук, мед. психолог клиники психиатрии Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (194044, Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: baurova-n@mail.ru;

Цыган Екатерина Николаевна – канд. мед. наук, доц. клиники факультет. терапии Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (194044, Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: tskaterinaspb@gmail.com.

ских ревматических заболеваний должны включать: просвещение пациентов; обучение активным механизмам преодоления болезни; предупреждение обострений. Необходимо дальнейшее изучение эмоциональных особенностей у больных ревматическими заболеваниями (ревматоидный артрит, подагра, анкилозирующий спондилит), в том числе факторов, влияющих на возникновение и развитие расстройств тревожно-депрессивного спектра. Комплексный подход к решению проблемы поможет повысить качество жизни пациентов, приверженность к лечению и, в итоге, улучшить восприятие, течение и прогноз данных заболеваний.

Ключевые слова: медицинская психология, психосоматика, расстройства тревожно-депрессивного спектра, тревога, тревожность, депрессия, качество жизни, личность, ингибиторы ФНО- α , антидепрессанты, ревматоидный артрит, подагра, анкилозирующий спондилит.

Патогенез психосоматических расстройств. Ревматические заболевания (РЗ) находятся по уровню своего негативного влияния на современное общество на одном из первых мест. Это определяется постоянно увеличивающейся распространенностью РЗ во всех возрастных группах населения, склонностью к хронизации и неуклонному прогрессированию, снижению работоспособности и ранней инвалидизации пациентов. Согласно статистическим данным, общее количество зарегистрированных заболеваний XIII класса (болезни костно-мышечной системы) продолжает интенсивно нарастать, увеличившись за последние 7 лет почти на 30 % [27]. В развитии РЗ существенную роль играют факторы внешней среды, в том числе эмоциональные.

О связи психической и соматической сфер известно давно, а психосоматическое направление имеет такую же длительную историю развития, как и медицина в целом. Психосоматика (греч. *psyche* – душа, *soma* – тело) представляет собой направление в медицине и психологии, занимающееся изучением влияния психологических (преимущественно психогенных) факторов на возникновение и последующую динамику соматических заболеваний. Согласно основному постулату этой науки, в основе психосоматического расстройства лежит реакция на эмоциональное переживание, сопровождающаяся функциональными изменениями и патологическими нарушениями в органах [21].

В настоящее время интерес к психосоматической проблеме особенно велик, поскольку со второй половины XX в. резко возросла нагрузка на нервную систему человека, его психику. Это связано с тем, что большинство людей проживает в крупных городах, получая громадное количество избыточной информации. Бурное развитие науки и техники, насыщенность межличностных отношений, увеличение темпа жизни требуют от человека

повышенного эмоционального напряжения [1].

Накоплено значительное количество данных, свидетельствующих о существенном влиянии психосоциальных факторов на распространенность, заболеваемость и смертность от психосоматических расстройств. К этим факторам относят: острую психическую травму; хроническое эмоциональное напряжение (стресс); неблагоприятные жизненные события и изменения; психологические особенности людей (тип поведения, эмоциональное состояние, темперамент, черты характера, защитные механизмы); чрезмерно фиксированное отношение к своему заболеванию.

Любой психический стресс имеет единый механизм и общую структурную основу: тесное взаимодействие между корой головного мозга и подкоркой и идентичную, вероятнее всего физиологическую, архитеконику всех эмоций. Установлено, что хронический стресс умеренной интенсивности приводит к провоспалительным сдвигам в нейроэндокринной системе в связи с отсутствием адекватного ответа со стороны гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы (ГГНС) [1, 44]. Тревога является центральным элементом в механизме формирования психического стресса. Тревога обуславливает большую часть расстройств, возникающих при эмоциональном стрессе, активизирует механизмы психической адаптации. Депрессия и тревожность оказывают непосредственное воздействие на боль, вызывая существенные колебания болевых ощущений в течение дня и недели [1, 26].

Тревога – отрицательное эмоциональное состояние, относительно длительное, связанное с изменением нервно-психической деятельности (ситуативная тревога). Определение тревоги как состояния является базовым, ключевым для определения тревожности как свойства личности. Тревожность – это относительно постоянная и неизменная в течение жизни «склонность индивида к переживанию тревоги, характеризующаяся низким порогом возникновения реакции тревоги». По мнению ряда авторов, длительно существующее состояние тревоги может становиться свойством личности, переходя в категорию тревожности. Ряд авторов отмечает, что длительные и интенсивные переживания тревожного ряда, характеризующие пациентов клиники внутренних болезней, в конечном счете становятся их личностной чертой [1, 26].

Эмоциональная напряженность, возникающая при психическом стрессе, приводит к соматическим изменениям путем реализации гипоталамических влияний через нервные пути, систему рилизинг-факторов и тропных гормонов гипофиза, что обуславливает изменения вегетативно-

гуморального регулирования. Инициатива в выборе органа-мишени всегда принадлежит корковым связям. Выбор органа-мишени зависит также от эффекторного пути, который в данный момент оказался наиболее предпочтительным для «выхода» эмоционального возбуждения на периферию, особенностей данной эмоции, нервной конституции человека и всей его истории жизни, а также индивидуальной «стрессоустойчивости» [25].

РЗ различны по этиологии и патогенезу, но все они характеризуются суставным и мышечным синдромами, нередко хроническим болевым синдромом, и способны вызывать существенные расстройства психического состояния больных [25, 62]. Наиболее распространенными эмоциональными проявлениями хронической боли являются такие клинически выраженные отклонения, как тревога, депрессия, апатия, усталость и астения, повышенная возбудимость, бессонница, раздражительность [52]. Результаты исследований демонстрируют, что у больных РЗ выявляют следующие расстройства тревожно-депрессивного спектра: депрессивные эпизоды (единичные и рекуррентные) различной выраженности с сопутствующей тревогой, дистимия (хроническая депрессия умеренной выраженности), генерализованное тревожное расстройство, а также расстройства адаптации с тревожной и депрессивной симптоматикой. Доминирующими для РЗ являются дистимия и рекуррентные депрессивные эпизоды умеренной выраженности. Не менее значимы расстройства адаптации и генерализованное тревожное расстройство [71]. Актуальность проблемы диагностики и лечения психических расстройств при РЗ подчеркивается созданием отдельного информационного блока по данной тематике в «Проекте национальных рекомендации по ревматологии» Ассоциации ревматологов России (АРР) 2013 на официальном сайте (www.rheumatolog.ru) Научно-исследовательского института ревматологии им. В.А. Насоновой Российской академии медицинских наук.

Распространенность. Расстройства тревожно-депрессивного спектра, как и РЗ, в последние годы считаются системными многофакторными расстройствами, в развитии которых участвуют психосоциальные, нейроиммунные и нейроэндокринные факторы [15, 56]. Исследователи отмечают провоцирующее влияние факторов окружающей среды, действующих на иммунную и нейроэндокринную системы организма. К таким факторам относят прежде всего хронический стресс умеренной выраженности, который часто предшествует развитию или обострению как РЗ, так и депрессии [11, 62].

Частота встречаемости расстройств тревожно-депрессивного спектра у больных с РЗ, по данным различных авторов, составляет от 20 до 83 % [62, 74]. В частности, при ревматоидном артрите (РА) – 30–75 %, системной красной волчанке (СКВ) – 50–83 %, системной склеродермии – 36–81 %, первичном синдроме Шегрена – 20–50 % и ювенильном артрите – до 50 % [49, 61]. Выраженные когнитивные нарушения встречаются у 3–5 % больных с системной красной волчанкой, у 1–7 % наблюдаются острый психоз и делирий, являющиеся проявлением поражения центральной нервной системы (ЦНС) и требующие экстренной помощи (уровень доказательности «В», поддержано рекомендациями EULAR [36]).

Диагностика. Расстройства тревожно-депрессивного спектра у больных с РЗ определяются не только совокупностью личностных особенностей и влияния самого заболевания, но нередко и последствиями проводимой терапии. Необходимость применения иммуносупрессивных препаратов при лечении РЗ связана с риском развития вторичной инфекции (*Strept. pneumoniae*, *Staph. aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *E.coli*, *Enterobacter spp.*, *Acinetobacter*, *Pseudomonas aeruginosa* и *Enterococcus faecalis*), с вовлечением ЦНС и связанными с этим психическими нарушениями. Кроме того, расстройства тревожно-депрессивного спектра могут быть обусловлены уремией, гипертензионной энцефалопатией, а также приемом ряда медикаментов (глюкокортикостероидов (ГКС), метотрексата, циклофосфамида, азатиоприна, лефлуномида, микофенолата мофетила и др.). Наиболее часто на фоне терапии данными препаратами развиваются депрессия, мания и смешанные дисфорические эпизоды. Считается, что ГКС-индуцированные психические нарушения, в том числе психозы, встречаются у 1 % пациентов, получающих менее 40 мг/сут преднизолона, у 5 % пациентов, получающих препарат в дозе 40–80 мг/сут, и у 20 % больных, получающих более 80 мг/сут. Психические нарушения развиваются в 90 % случаев в течение первых 6 недель приема ГКС [36].

Первым этапом комплексной диагностики расстройств тревожно-депрессивного спектра в ревматологической практике является скрининг. Учитывая высокую их распространенность и существенное негативное влияние, скрининг является желательным для всех пациентов, страдающих РЗ [65]. В качестве скрининга расстройств тревожно-депрессивного спектра при РЗ используют методики, эффективность которых доказана при различных соматических заболеваниях. Среди них госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) [76], скрининговая карта для первичной медицинской практики, шкала благопо-

лучия Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (WHO-WBI-5) [35].

Исследования психосоматических аспектов в ревматологии в основном ограничиваются РА и системной красной волчанкой, в связи с чем изучение психосоматических соотношений при различных РЗ является одной из актуальных проблем современной ревматологии [13].

Ревматоидный артрит. РА – аутоиммунное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся развитием хронического эрозивного артрита (синовита) и системным воспалительным поражением внутренних органов [23]. РА входит в семерку классических психосоматических расстройств, выделенную Ф. Александером [2].

Женщины болевают чаще мужчин в 2–5 раз, соотношение женщин и мужчин составляет 3:1, пик заболеваемости приходится на 40–45 лет. Распространенность РА составляет 0,38–1,40 %. Высокую частоту развития РА отмечают у близких родственников больных – 3,5 %, особенно у лиц женского пола – 5,1 % [22]. В первые 5 лет заболевания до 33 % больных вынуждены оставить работу вследствие инвалидизации, а смертность больных РА выше в 2,5 раза, чем в популяции. Основными причинами сокращения продолжительности жизни пациентов с РА на 5–10 лет являются сердечно-сосудистые заболевания (инсульт, острый инфаркт миокарда), вторичный амилоидоз, инфекционные осложнения; выживаемость при РА сопоставима с болезнью Ходжкина, сахарным диабетом, инсультом [5, 20, 15].

Имеется множество исследований, изучающих взаимосвязи РА и личностных факторов, психосоциального положения больных и т. п. Все они направлены на выявление возможных предикторов болезни. Так, например, при исследовании социо-демографического и психологического профиля пациентов с РА установлено, что низкий социально-экономический уровень положительно коррелирует с распространенностью РА среди населения [13]. В 1935 г. была сделана первая попытка описания специфической «ревматоидной личности», для которой характерны самоограничительные тенденции, конформизм, консерватизм, высокие моральные требования, требовательность к себе и окружающим, конкретность и ригидность мышления, потребность в физических занятиях. Позднее этот список пополнился готовностью к самопожертвованию, душевной ранимостью, застенчивостью. Некоторые авторы в качестве основных черт больных с РА отмечают: робость, социальную неадекватность, чувство неполноценности, эмоциональную зажатость, склонность к депрессивным реакциям [25]. В то же время, есть работы, отвергающие наличие специфических черт личности, определяющих предрасположенность к развитию РА,

но не исключают характерных черт, главным образом невротизации [25]. Есть данные о гендерных различиях больных с РА: у женщин определяется выраженная эмоциональная реакция на симптомы заболевания, что проявляется сниженным настроением, пессимизмом, ограничением социальных контактов, ипохондрией. Результаты исследования позволили сделать вывод, что психотерапевтическая коррекция эмоциональных нарушений у больных с РА должна проводиться с учетом преморбидных и морбидных личностных особенностей [16].

Хроническое прогрессирующее течение РА и долгосрочная терапия сопровождаются развитием зачастую необратимых осложнений и побочных эффектов, проявляющихся в изменении внешности, нарушениях сна, эмоциональной лабильности, физическом дискомфорте и значительном ограничении функциональных возможностей [37, 71]. Однако нельзя рассматривать депрессивные расстройства лишь как следствие РА. По данным некоторых авторов, 66 % больных с РА имели депрессивные расстройства до возникновения артрита [50].

Эпидемиологические исследования показывают, что психические расстройства встречаются более чем у 60 % больных РА [75]. Среди них более $\frac{1}{3}$ пациентов РА имеют признаки «большой» депрессии или дистимии [67]. Частота депрессивных расстройств колеблется от 11 до 65 %, тревожных – от 13 до 44,4 % [70, 78], в то время как распространенность депрессии в общей популяции составляет 5–8 % [70, 78].

Симптомы депрессии (хроническая усталость, двигательная заторможенность, потеря веса, бессонница, снижение аппетита) нередко совпадают с конституциональными проявлениями РА, что осложняет выявление депрессии [64]. Синдром хронической усталости встречается у 80–93 % больных с РА и в большей степени коррелирует с выраженностью боли, наличием депрессии, а не с воспалительной активностью заболевания [47]. Диагностика депрессии затруднена тем, что у ревматолога зачастую не хватает информированности и времени для того, чтобы обсудить с пациентом что-либо помимо проблем, связанных с соматическим заболеванием [19]. Большинство пациентов либо не осознают, что находятся в депрессивном состоянии и связывают все симптомы с РА, либо считают, что смогут с ними справиться при улучшении соматического состояния, либо не придают им значения. В итоге, только 25 % пациентов с воспалительными РЗ и тревожно-депрессивными расстройствами получают адекватную психотерапевтическую и медикаментозную помощь [58].

Наличие депрессии существенно ухудшает клинические проявления, динамику и прогноз РА. У пациентов с РА при наличии депрессии отмечается увеличение риска некомплаентности к проводимой терапии в 3 раза [43]. Установлено, что больные с РА с депрессией чаще чувствуют себя неизлечимо больными, чем больные с РА без депрессии, даже при невысокой активности системного заболевания [60]. По данным различных авторов, от 25 до 57 % больных с РА имеют нарушения сна, одной из причин которых, наряду с высокой воспалительной активностью и болью, являются тревожно-депрессивные расстройства [74]. Наличие тревожно-депрессивной симптоматики при РА увеличивает нетрудоспособность с 25 до 50 % [17]. Особую психопатологическую проблему при РА составляют когнитивные нарушения, которые встречаются у 30 % больных с РА, в популяции не превышающие 7,5 % [32].

РА характеризуется постоянной выработкой провоспалительных цитокинов, воздействующих на гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему, с развитием так называемого болезненного поведения: беспокойства, снижения активности, сонливости, нежелания общаться с окружающими, снижения концентрации внимания и интереса к текущим событиям, ангедонии. Все эти симптомы, согласно МКБ-10 и Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR) [29], полностью соответствуют депрессивному синдрому.

Качество жизни (КЖ) – интегральный показатель, включающий комплексную оценку важнейших аспектов жизнедеятельности человека: социального, психологического, физического и эмоционального функционирования человека. Инструменты оценки КЖ, общие и специфические опросники, разработанные экспертами ведущих мировых клинических центров в соответствии с принципами доказательной медицины и требованиями GCP (Good Clinical Practis), позволяют количественно оценивать данный показатель и расширить представление врача о состоянии больного в целом. Общие опросники измеряют широкий спектр функций восприятия здоровья и могут быть использованы для оценки КЖ пациентов, страдающих различными заболеваниями, и в популяции [3]. При РЗ отмечается проблема низкого КЖ. Это обусловлено не только физической несостоятельностью (ограничением функциональной способности суставов), но и снижением психологической и социальной адаптации, в том числе депрессивными состояниями, характерными для лиц с хроническим болевым синдромом [12, 13]. Деструкция суставов как исход прогрессирующего эрозивного артрита при РА, вовлечение в процесс других органов и систем, нежела-

тельные побочные эффекты проводимой терапии, редкое развитие длительных ремиссий приводят к выраженным функциональным нарушениям, психологическим проблемам и социальным ограничениям, что значительно ухудшает КЖ пациентов [3].

В 2005 г. проводилось многоцентровое исследование РА по КЖ «Мираж» в 5 центрах России (Москва, Саратов, Рязань, Тула, Ярославль). Специально разработанный протокол был одобрен этическим комитетом и соответствующий стандартам международной методологии исследований КЖ. Исследование включало оценку КЖ больных с РА в динамике, а также получение референтных данных КЖ популяции в качестве контроля. Пациенты самостоятельно заполняли опросники оценки КЖ HAQ, Short Form-36 (SF-36), EuroQol-5D (EQ-5D). У пациентов всех возрастных групп показатели КЖ по шкалам SF-36 были достоверно ниже среднепопуляционных значений соответствующих возрастов, и лишь в возрасте 75 лет и старше они оказались сравнимы с ними. Профиль EQ-5D адекватно оценивал КЖ больных с РА в зависимости от функционального класса (ФК) (Kruskal-Walsh test, $p < 0,001$). Полученные данные подтвердили, что КЖ больных РА ухудшается от I ФК к IV ФК по всем шкалам EQ-5D-профиля. Статистически значимое ухудшение КЖ и функционального состояния пациентов по индексу HAQ начиналось с 55-летнего возраста ($p = 0,027$) [3].

Gupta N. и соавт. [49] на основании результатов опросника WHOQOL-BREF – The World Health Organization Quality of life выявили, что показатели КЖ (физическое и психологическое здоровье, социальная активность и взаимодействие с окружающей средой) у больных с РА с высокой активностью по индексу DAS28 (Disease activity score calculator for rheumatoid arthritis) более 5,1 ED были достоверно ниже, чем у больных с системной красной волчанкой с высокой активностью по индексу MEX-SLEDAI (The Mexican Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index) более 5 ED [15].

Лечение РА до достижения цели (treat-to-target) – клинико-лабораторной ремиссии приводит к улучшению параметров социального, психологического, физического и эмоционального функционирования. По данным Российского регистра больных с РА, получающих генно-инженерную биологическую терапию препаратом инфликсимаб (моноклональные антителами к фактору некроза опухоли альфа, ФНО- α) в реальной клинической практике, отмечено существенное улучшение функциональных возможностей пациентов с неадекватным ответом на предшествующее лечение базисными противовоспалительными препаратами. К 54-й неделе 16,9 %

больных достигают ремиссии, у $\frac{2}{3}$ пациентов отмечается клинически значимое снижение индекса HAQ, 16,4 % – достигают значения популяционной нормы функционального состояния [4].

В исследовании FAST4WARD изучалось функциональное состояние больных РА, получающих монотерапию цертолизумабом пэгол (ингибитор ФНО- α) в дозе 400 мг, по сравнению с плацебо. Было выявлено статистически значимое улучшение функционального индекса HAQ (Health assessment questionnaire). Клинически значимое уменьшение боли отмечено ко 2-му дню лечения, а существенное улучшение КЖ – к 24-й неделе терапии. Статистически значимые различия по сравнению с группой плацебо получены по всем 8 шкалам SF-36, в том числе и по суммарным измерениям физического и психологического здоровья [4]. Терапия цертолизумабом пэгол не только возвращала часть больных с РА к трудовой деятельности и повышала производительность труда, но и улучшала взаимоотношения в семье, увеличивала социальную активность пациентов, способствовала появлению времени для проведения досуга, снижая бремя РА для больного и общества в целом [4].

Несмотря на широкий интерес к проблеме взаимосвязи РА и депрессии, терапевтические аспекты, отражающие эффективность антидепрессивной терапии остаются мало разработанными и применяемыми ревматологами. В настоящее время можно привести ограниченное количество исследований, направленных на изучение эффекта некоторых антидепрессантов (амитриптилин, тразодон, дотиепин, пароксетин, сертралин) при лечении депрессии у больных с РА [22, 48]. В ряде исследований подчеркивается эффективность применения антидепрессантов в комплексном лечении болевого суставного синдрома при РА, прежде всего трициклических (амитриптилина, тримипрамина, дотиепина), имеющих норадренергическое действие, проявляющееся в анксиолитическом и седативном клиническом эффекте [17, 65]. До настоящего времени не изучено влияние на боль при РА атипичных нейролептиков, имеющих антидепрессивный эффект, однако имеются доказательства их анальгетических свойств, полученные в исследованиях по коррекции хронической боли иного генеза [17, 47]. Пациентам с РА назначаются мягкие нейролептики, не обладающие выраженными побочными неврологическими эффектами, такие как зуклопентиксол (клопиксол), сульпирид (эглонил, эглек), тиоридазин (сонапакс) и флупентиксол (флюанксол), в небольших суточных дозах [17, 31]. Помимо фармакологической коррекции существующих психических нарушений, большое внимание необходимо уделять психологической реабилита-

ции больных с РА и поиску методов психосоциальной адаптации к новым обстоятельствам жизни в семье, на работе и в обществе в условиях хронического ревматического заболевания. Все психологические методы необходимо направить на разъяснение и разработку активных механизмов борьбы с болезнью [31].

Анкилозирующий спондилит (АС) – хроническое воспалительное заболевание позвоночника (спондилит) и крестцово-подвздошных суставов (сacroилеит), нередко протекающее с поражением периферических суставов (артрит) и энтезисов (энтезит), а в ряде случаев глаз (увеит) и аорты (аортит) [10, 39, 48]. Распространенность АС коррелирует с частотой обнаружения HLA-B27 в популяции и варьирует (среди взрослых) от 0,15 % (Финляндия) до 1,4 % (Норвегия). АС дебютирует в молодом возрасте, а пик заболеваемости приходится на возраст 15–30 лет, причем средний возраст начала болезни соответствует 24 годам, мужчины болеют в 2-3 раза чаще женщин. Распространенность АС, неуклонно прогрессирующий характер заболевания, приводящий к потере трудоспособности и инвалидизации молодого трудоспособного населения, обуславливают большую социальную значимость этого заболевания [10, 24, 46]. Общепринятый фактор риска развития АС – генетическая предрасположенность: более чем у 90 % больных в различных популяциях обнаруживают HLA-B27, один из генов I класса главного комплекса гистосовместимости [10].

Течение АС и скорость прогрессирования болезни предсказать трудно. Редко наблюдают крайние варианты течения заболевания (чрезмерно быстрое или очень медленное прогрессирование), у большинства больных отмечают волнообразное течение болезни, причем активность может стихать спонтанно, без терапии. Установлено, что чем больше степень нарушений функций позвоночника и суставов через 10 лет от начала болезни, тем тяжелее последующее течение АС [10]. Клинические проявления болезни с прогрессирующим анкилозированием и ограничением объема движений, необходимость постоянного приема лекарственных средств, недостаточная терапевтическая эффективность ряда используемых медикаментов приводят к значительным психосоциальным проблемам и ухудшению КЖ пациентов с АС. По результатам исследования, проведенного Д. Поддубным и А. Ребровым [23], наиболее существенное отрицательное влияние на КЖ больных с АС оказывали выраженность функциональных нарушений (шкалы Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI) и Dougados Functional Index (DFI)) и клинические проявления активности заболевания, оцениваемые по шкале Bath Ankylosing Spondylitis Disease

Activity Index (BASDAI), в то время как с лабораторными показателями активности воспаления значимой связи шкалы HAQ-S не было отмечено.

Личность больного с АС изменяется как вследствие прямого воздействия заболевания, так и в результате психологического переживания пациентом своего состояния, что отражается в снижении самооценки и уверенности в себе, неудовлетворенности своим образом жизни, развитии тревоги, враждебности, гнева и депрессии [6]. Именно поэтому в комплексном лечении больных с АС целесообразно применение препаратов адъювантного действия (анксиолитиков, антидепрессантов, вегетокорректоров, миорелаксантов), не обладающих прямым анальгезирующим эффектом, но, наряду с уменьшением выраженности тревожно-депрессивных и психовегетативных расстройств, способствующих снижению интенсивности болевых ощущений. По результатам исследования, проведенного в Луганском государственном медицинском университете, было установлено, что для лиц с АС характерен ипохондрический тип отношения к болезни с беспокойством, повышенной мнительностью, угнетенностью настроения и психической активности [8].

Применение препаратов генно-инженерной биологической терапии в клинической практике значительно улучшило прогноз и КЖ больных со спондилоартритами. Инфликсимаб высоко эффективен (по динамике BASDAI, BASMI, DASFI) и отличается хорошей переносимостью при АС. Эффективность ингибиторов ФНО- α у больных АС значительно выше по сравнению с больными РА: показатели КЖ (SF-36, HRQOL и др.), связанные со здоровьем и эмоциональным статусом, через 3 и 6 мес терапии инфликсимабом улучшались достоверно чаще у больных спондилоартритами [51].

Подагра – РЗ, при котором в различных тканях откладываются кристаллы моноурата натрия и у лиц с гиперурикемией развивается воспаление, обусловленное внешнесредовыми и/или генетическими факторами [7]. Распространенность подагры превышает таковую при РА [55]. Частота подагры в различных популяциях колеблется и составляет от 5 до 50 на 1000 мужчин и 1–9 на 1000 женщин. Соотношение мужчин и женщин составляет 7:1, у мужчин пик заболеваемости приходится на 40–50 лет, у женщин – 60 лет и старше [5]. Подагра, являясь хроническим заболеванием, протекает приступообразно. По характеру течения выделяют острый подагрический артрит, интермиттирующее течение и хронический подагрический артрит. Наиболее часто заболевание дебютирует с артрита I плюснефалангового сустава стоп. У 15–20 % пациентов подагра дебютирует с поражением других суставов: 2–4 плюснефаланговых, голеностопного, коленного.

В 5 % случаев наблюдается полиартикулярное начало заболевания [5].

Согласно рекомендациям EULAR, гиперурикемией считается повышение мочевой кислоты сыворотки крови выше 360 мкмоль/л [7, 76, 77]. Бессимптомное увеличение уровня мочевой кислоты имеют 5–8 % популяции, из них только у 5–20 % развивается подагра [7]. Наиболее распространенными причинами, влияющими на уровень мочевой кислоты, являются ожирение, инсулинорезистентность, метаболический синдром, артериальная гипертензия [31, 60, 69], применение диуретиков и низких доз ацетилсалициловой кислоты [15, 57, 64], избыточное употребление алкоголя [44, 72], пожилой возраст [27]. Среди указанных причин лидирует метаболический синдром, распространенность которого ежегодно возрастает, что отчасти объясняет увеличение частоты встречаемости гиперурикемии и подагры [69]. Так, за период с 1950 по 1980 г. в популяции средних уровень МК в сыворотке крови повысился с 5 до 6 мг/дл [54].

Основной причиной смерти больных подагрой являются почечная недостаточность с вторичной артериальной гипертензией, осложнения коморбидных сердечно-сосудистых заболеваний (инфаркты, инсульты) и сахарного диабета, инфекционные осложнения. Острый приступ подагрического артрита характеризуется сильнейшей болью, которая может существенно снижать КЖ, а в случае развития хронического подагрического артрита и тофусной подагры это снижение, касающееся прежде всего физического здоровья, может происходить и из-за развития стойких функциональных нарушений и хронической боли [15, 67].

По мнению некоторых исследователей, повышение мочевой кислоты может благоприятно влиять на организм. Ogowan E. [65] утверждает, что по своей химической структуре мочевая кислота сходна с триметилированным ксантин кофеином и поэтому способна повышать умственную и физическую работоспособность. Результаты исследований 1960–1970-х гг. свидетельствуют, что люди с гиперурикемией отличаются более высоким интеллектом и быстротой реакции [40]. Мочевая кислота рассматривается как антиоксидант, блокирующий супероксид, пероксинитрит и катализируемые железом окислительные реакции. Повышенная мочевая кислота рассматривается как один из ключевых антиоксидантов плазмы и предотвращает связанный со старением окислительный стресс, тем самым способствуя продлению жизни [30]. Инфузии мочевой кислоты у добровольцев повышают антиоксидантную активность сыворотки и улучшают функцию эндотелия [75]. Способность гиперурикемии уменьшать пероксинитрит-опосредованное образование нитротирозина свидетельствует о нейро-

протекторных свойствах мочевой кислоты, что особенно важно при рассеянном склерозе, болезни Паркинсона, инсульте и других неврологических заболеваниях. По результатам эпидемиологических исследований лица с гиперурикемией значительно реже страдают рассеянным склерозом, болезнью Паркинсона и Альцгеймера [54]. Благоприятный эффект мочевой кислоты при этих состояниях связан скорее не с нитротирозинподавляющим антиоксидантным действием, а со способностью блокировать гематоэнцефалический барьер или с воздействием на астроглиальные клетки [22, 45, 72]. Наряду с данными об определенных положительных воздействиях, гиперурикемия является независимым предиктором развития кардиоваскулярных заболеваний и поражения почек [33].

В международной программе OMERACT (Outcome measures in Rheumatoid Arthritis Clinical Trials) [74], направленной на создание единых принципов изучения подагры, данные о КЖ признаны обязательными для комплексной оценки эффективности применения лекарственных препаратов у больных хронической подагрой. Однако публикации, которые были бы посвящены изучению КЖ при подагре, немногочисленны.

Имеется несколько исследований, посвященных подробному изучению влияния особенностей течения подагры на КЖ больных. Одно из них проводилось в Университете Сан-Диего, Медицинских центрах ветеранов Сан-Диего, Миннеаполисе и Цинциннати [74]. Оценивали влияние на КЖ особенностей течения подагры (частота приступов артрита, наличие тофусов, сывороточный уровень мочевой кислоты). Проводилась глобальная оценка врачом тяжести подагры по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), учитывались характер проводимой терапии, возраст, факторы риска подагры и коморбидные заболевания. Для оценки КЖ использовали опросник SF-36, полученные показатели сравнивали с популяционными данными. У больных подагрой были существенно снижены индексы физического и психического здоровья. На результат в значительной мере влияли показатели, отражающие тяжесть течения подагры: число приступов артрита в год, среднее число пораженных суставов при каждом приступе и при наиболее тяжелом приступе. Большое значение имели и интенсивность боли во время приступа артрита, и продолжительность болевого синдрома [74].

Одним из важных аспектов, исследуемых у пациентов с подагрой, является функциональная нетрудоспособность. Р.М. Klooster и соавт. [59] использовали опросники HAQ Disability Index (HAQ-DI), HAQ-II и PF-16 для исследования функциональной нетрудоспособности больных подагрой. Сравнительное проспективное наблюдение за двумя группами боль-

ных с тофусной и бестофусной подагрой продемонстрировало, несмотря на отсутствие в группах демографических различий, сопоставимую частоту коморбидных заболеваний, что при наличии тофусов функциональная способность (по HAQ-DI) у больных подагрой была большей и они были согласны больше средств потратить на лечение. Наличие тофусов не влияло на показатели КЖ по опроснику SF-36 и показателям шкалы Gout Impact Scale (GIS) опросника GAQ 2.0, модифицированного для подагры. Возможно, это объясняется переосмыслением больными подагрой собственного опыта болезни, осознанием необходимости выполнения врачебных рекомендаций, адаптацией к новым условиям жизни при наличии хронического РЗ [47].

Оценка эффективности терапии, течения и исходов большинства заболеваний, в том числе подагры, не может быть объективной без определения параметров КЖ. Известно, что при подагре страдает физическое состояние больных, нарушается социальная адаптация, однако данные о влиянии подагры на состояние психического здоровья противоречивы, не разработаны алгоритмы исследования показателей КЖ при динамическом наблюдении за больными [17].

Лечение. Комплексный подход к лечению РЗ должен включать и коррекцию разнообразных эмоциональных расстройств с учетом типа аффективности больных. Для этого необходимы усилия ревматологов, психологов, психотерапевтов и психиатров. Неоднородность депрессий, проявляющаяся как на психопатологическом, так и патогенетическом уровне, не позволяет ограничиться просто введением антидепрессантов и нейролептиков в «комплексную терапию» расстройств тревожно-депрессивного спектра при РЗ. Психосоциальные аспекты позитивного влияния на исход хронических РЗ, по мнению ряда авторов, должны включать: просвещение пациентов; обучение активным механизмам преодоления болезни; предупреждение обострений [31].

Для пациентов с РЗ актуальными являются индивидуальные психотерапевтические методики, основанные на диагностике аффективных личностных характеристик. В ревматологической практике имеется опыт применения индивидуальных психотерапевтических методик, основанных на диагностике типа аффективности. Данный подход позволяет выделить наиболее уязвимые личностные черты для определенных вариантов психотравмирующих факторов, разработать стратегию преодоления, наиболее приемлемую для данной аффективной структуры.

Выбор психофармакотерапии осуществляется в зависимости от отнесенности расстройств тревожно-депрессивного спектра к тревожному, тоскливому или апатическому диапазонам. Исследования указывают на наибольшую эффективность антидепрессантов из группы «селективные ингибиторы обратного захвата серотонина», в частности сертралина при расстройствах апатического диапазона, миансерина – тоскливого и амитриптилина – тревожного диапазона [12].

Цель любой лечебной программы – улучшение КЖ пациента, а показатели КЖ являются объективными критериями оказания медицинской помощи. В Российской Федерации активно развивается восстановительная медицина, одним из приоритетных направлений которой является медицинская реабилитация, особенно актуальная при РЗ, которые приводят к выраженным функциональным нарушениям, ограничивающим способности пациентов в плане передвижения, самообслуживания, выполнения трудовой и повседневной деятельности, физической, психической и социальной дезадаптации [13].

Заключение

Таким образом, эмоциональные особенности и психические расстройства у больных с РЗ разнообразны и многокомпонентны, зависят от личностных особенностей, специфики заболевания, проводимой терапии. Дальнейшее изучение расстройств тревожно-депрессивного спектра при РЗ, комплексный подход к обследованию и лечению помогут пациентам изменить восприятие болезни и адаптироваться к новым условиям, повысить приверженность к лечению, тем самым улучшить параметры КЖ.

Литература

1. Авраменко О.Н., Головеч И.Ю, Прима И.В. Распространенность и важность диагностики тревожно-депрессивных расстройств у больных ревматоидным артритом // *Medix. Anti-aging.* – 2011. – № 3. – С. 48–52.
2. Александер Ф. Психосоматическая медицина. – М. : Ин-т общегуманит. исслед., 2011. – 320 с.
3. Амирджанова В.Н. Ревматоидный артрит и качество жизни больных: методология исследований, валидация инструментов, оценка эффективности терапии : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2008. – 49 с.
4. Амирджанова В.Н. Погожева Е.Ю. Качество жизни больных ревматоидным артритом, получающих цертолизумаба пэгол // *Науч.-практ. ревматология.* – 2012. – № 54 (5) – С. 80–84.
5. Багирова Г.Г. Избранные лекции по ревматологии. – М. : Медицина, 2008. – 256 с.

6. Бай С.А. Соматопсихические соотношения и внутренняя картина болезни у больных идиопатическим анкилозирующим спондилоартритом : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2009. – 25 с.

7. Барскова В.Г., Кудяева Ф.М. Кристаллические артропатии // Ревматология : нац. руководство / под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. – М. : Гэотар-Медиа, 2008. – С. 372–380.

8. Благинина И.И. Реброва О.А., Ребров Б.А. Особенности психологического реагирования на болезнь и дифференцированный подход к коррекции тревожно-депрессивных расстройств у больных серонегативным артритом // Укр. ревматологич. журн. – 2013. – № 52 (2). – С. 26–29.

9. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. – М. : Гэотар-Медиа, 1999. – 376 с.

10. Бунчук Н.В. Бадокин В.В., Коротаева Т.В. Спондилоартропатии // Ревматология : нац. руководство / под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой – М. : Гэотар-Медиа, 2008. – С. 332–347.

11. Вельтищев Д.Ю. Ковалевская О.Б., Серавина О.Ф. Стресс и модус предрасположения в патогенезе расстройства депрессивного спектра // Психич. расстройства в общ. медицине. – 2008. – № 2. – С. 34–37.

12. Вельтищев Д.Ю., Ковалевская О.Б., Серавина О.Ф. Аффективно-стрессовая модель депрессии: практическое внедрение в ревматологической практике // Журнал им. П.Б. Ганнушкина = Психиатрия и психофармакотерапия. – 2009. – № 5. – С. 17–22.

13. Грехов Р.А. Психосоматические соотношения и внутренняя картина у ревматологических пациентов : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Волгоград, 2010. – 51 с.

14. Григорьева Е.А., Яльцева Н.В. Коршунов Н.И. Депрессия и ревматоидный артрит: сочетание в ревматологической практике (обзор литературы) // Психич. расстройства в общ. медицине. – 2010. – № 1. – С. 22–30.

15. Елисеев М.С., Мукагов М.В., Барсков В.Г. Качество жизни больных подагрой // Современная ревматология. – 2011. – № 4 – С. 35–37.

16. Жигулина А.И., Плотников В.В., Тыренко В.В. Оценка особенностей темперамента больных ревматоидным артритом // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2009. – № 1 (25) – С. 32–37.

17. Зелтынь А.Е., Фосфанова Ю.С., Лисицына Т.А., Серавина О.Ф., Ковалевская О.Б., Вельтищев Д.Ю., Насонов Е.Л. Хронический стресс и депрессия у больных ревматоидным артритом // Соц. и клинич. психиатрия. – 2009. – Т. XIX, № 2. – С. 69–75.

18. Ильина А.Е., Барскова В.Г., Насонов Е.Л. Бессимптомная гиперурикемия – польза или вред // Рос. мед. журн. – 2008. – № 24. – С. 14–15.

19. Краснов В.Н., Довженко Т. В., Бобров А. Е., Вельтищев Д. Ю. Совершенствование методов ранней диагностики психических расстройств (на основе взаимодействия со специалистами первичного звена здравоохранения) / под ред. В.Н. Краснова. – М. : Педпрактика-М, 2008. – 136 с.

20. Мазуров В.И. Болезни суставов. – СПб. : СпецЛит, 2008. – 397 с.

21. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика : справ. практ. психолога. – М. : Эксмо, 2005. – 992 с.

22. Насонов Е.Л., Каратеев Д.Е., Балабанова Р.М. Ревматоидный артрит // Ревматология : нац. руководство / под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой – М. : Гэотар-Медиа, 2008. – С. 290–331.

23. Поддубный Д., Ребров А.П. Оценка качества жизни больных анкилозирующим спондилитом // Науч.-практ. ревматология. – 2006. – № 2. – С. 105а – 105.

24. Рудыкина О.А. Клинико-психологическая оценка эффективности структурно-резонансной электромагнитной терапии в комплексном лечении больных анкилозирующим спондилитом : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2011. – 28 с.

25. Сидоров П.И., Соловьев А.Г, Новикова И.А. Психосоматическая медицина / под ред. П.И.Сидорова. – М. : Медпресс-информ, 2006. – 569 с.

26. Соловьева С.Л. Переживание тревоги больными с психосоматическими заболеваниями // Актуальные проблемы психосоматики в общей медицинской практике: сб. науч. ст. / под общ. ред. В.И. Мазурова.– СПб., 2012. – С. 231–237.

27. Эрдес Ш.Ф., Фоломеева О.М. Инвалидность взрослого населения России, обусловленная ревматическими заболеваниями // Рус. мед. журн. – 2007. – № 26. – С. 9–12.

28. Alper A.B. [et al.]. Childhood uric acid predicts adult blood pressure: the Bogalusa Heart Study // Hypertension. – 2005. – N 45. – P. 34–38.

29. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Next Revision (DSM-IV-TR). – Washington : American Psychiatric Association, 2000. – 955 p.

30. Ames B.N. [et al.]. Uric acid provides an antioxidant defense in humans against oxidant- and radical-caused aging and cancer: a hypothesis // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. – 1981. – Vol. 78. – P. 6858–6862.

31. Ang D.C. [et al.]. Comorbid depression is an independent risk factor for mortality in patients with rheumatoid arthritis // J. Rheumatology. – 2005. – Vol. 32. – P. 1013–1019.

32. Appenzeller S., Bertolo M.B., Costallat L.T. Cognitive impairment in rheumatoid arthritis // Methods Find Exp. Clin. Pharmacol. 2004. – Vol. 26, N 5. – P. 339–343.

33. Baker J.F. Serum uric acid and cardiovascular disease: recent developments, and where do they leave us? // Am. J. Med. – 2005. – Vol. 118. – P. 816–826.

34. Baraliakos X. [et al.]. Persistent clinical efficacy and safety of anti-TNF- α therapy with infliximab in patients with ankylosing spondylitis after 8 years – early clinical response predicts long-term outcome // Rheumatology (Oxford). – 2011. – Vol. 50. – P. 1690–1699.

35. Beck P. Male depression: stress and aggression as pathways to major depression // BMJ Books. – 2001. – P. 63–66.

36. Bertias G.K. [et al.]. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus with neuropsychiatric manifestations: report of a task force of the EULAR standing committee for clinical affairs // Ann. Rheum Dis. – 2010. – Vol. 69. – P. 2074–2082.

37. Bisschop M.I. [et al.]. Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial resources // Soc. Sci. Med. – 2004. – Vol. 59. – P. 721–733.

38. Bloch S., Brackenridge C.J. Psychological, performance and biochemical factors in medical students under examination stress // *J. Psychosom Res.* – 1972. – Vol. 16. – P. 25–33.
39. Braun J., Sieper J. Ankylosing spondylitis // *Lancet.* – 2007. – Vol. 369. – P. 1379–1390.
40. Breckenridge A. Hypertension and hyperuricaemia // *Lancet.* – 1966. – N 1. – P. 15–18.
41. Brooks G.W., Mueller E. Serum urate concentrations among university professors; relation to drive, achievement, and leadership // *JAMA.* – 1966. – Vol. 195. – P. 415–418.
42. Dekkers J.C. [et al.]. Biopsychosocial mediators of stress-health relationships in patients with recently diagnosed rheumatoid arthritis // *Arthritis Rheum.* 2001. – Vol. 45. – P. 307–316.
43. DiMatteo M.R., Lepper H.S., Croghan T.W. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment // *Arch. Intern. Med.* – 2000. – Vol. 160. – P. 2101–2107.
44. Drum D.E., Goldman P.A., Jankowski C.B. Elevation of serum uric acid as a clue to alcohol abuse // *Arch. Intern. Med.* – 1981. – N 141. – P. 477–479.
45. Du Y. Astroglia-mediated effects of uric acid to protect spinal cord neurons from glutamate toxicity // *Glia.* – 2007. – Vol. 55. – P. 463–472.
46. Edwards N.L. Treatment failure gout: a moving target // *Arthr. Rheum.* – 2008. – Vol. 58. – P. 2587–2590.
47. Fishbain D.A. [et al.]. Do second-generation «atypical neuroleptics» have analgesic properties: a structured evidence-based review // *Pain. Med.* – 2004. – Vol. 5, N 4. – P. 359–365.
48. Frank R.G. [et al.]. Depression in rheumatoid arthritis // *J. Rheumatology.* – 1988. – Vol. 15. – P. 359–365.
49. Gupta N. [et al.]. Health related quality of life of patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus in India – a comparison // *Qual Life Res.* – 2005. – Vol. 14, N 8. – P. 1953–1958.
50. Hanly J.G. [et al.]. Neuropsychiatric syndromes in patients with systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis // *J. Rheumatol.* – 2005. – Vol. 32, N 8. – P. 1459–1466.
51. Heiberg M.S. The comparative effectiveness of tumor necrosis factor-blocking agents in patients with rheumatoid arthritis and patients with ankylosing spondylitis // *Arthr. Rheum.* – 2005. – Vol. 52, N 8. – P. 2506–2512.
52. Isik A. [et al.]. Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis // *Clin. Rheumatol.* – 2007. – Vol. 26. – P. 872–878.
53. Johnson R.J., Kang D.H., Feig D. [et al.]. Is there a pathogenetic role for uric acid in hypertension and cardiovascular and renal disease? // *Hypertension.* – 2003. – Vol. 41, N 6. – P. 1183–1190.
54. Johnson R.J., Tittle S., Cade J.R. [et al.]. Uric acid, evolution and primitive cultures // *Semin. Nephrol.* – 2005. – Vol. 25. – P. 3–8.
55. Lane P. Drug-induced gout // *Br. Med. J.* – 1960. – N 2. – P. 1383–1384.

56. Lawrence R.C., Helmick C.G., Arnett F.C. [et al.]. Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal diseases in the United States // *Arthr. Rheum.* – 1998. – Vol. 41. – P. 778–799.
57. Lin K.C., Lin H.Y., Chou P. Community based epidemiological study on hyperuricemia and gout in Kin-Hu, Kinmen // *J. Rheum.* – 2000. – N 27. – P. 1045–1050.
58. Löwe B., Psych D., Willand L. Psychiatric comorbidity and work disability in patients with inflammatory rheumatic diseases // *Psychosom. Med.* – 2004. – Vol. 66. – P. 395–402.
59. Klooster P.M. [et al.] Comparison of measures of functional disability in patients with gout // *Rheumatology.* – 2011. – Vol. 50. – P. 709–713.
60. Murphy S., Creed F., Jayson M.I. Psychiatric disorder and illness behavior in rheumatoid arthritis // *Br. J. Rheumatology.* 1988. – Vol. 27, N 5. – P. 357–363.
61. Nakanishi N., Okamoto M., Yoshida H. Serum uric acid and risk for development of hypertension and impaired fasting glucose or Type II diabetes in Japanese male office workers // *Eur. J. Epidemiol.* – 2003. – Vol. 18. – P. 523–530.
62. Nicassio P.M. The problem of detecting and managing depression in the rheumatology clinic // *Arthritis Rheum.* – 2008. – Vol. 59, N 2. – P. 155–158.
63. Nicassio P.M., Carr F.N., Moldovan I. An overview of psychological functioning in systemic lupus erythematosus // *Int. J. Clin. Rheumatol.* – 2011. – Vol. 6, N 5. – P. 569–581.
64. Odegard S., Finset A., Mowinckel P. [et al.]. Pain and psychological health status over a 10-year period in patients with recent onset rheumatoid arthritis // *Ann. Rheum. Dis.* – 2007. – Vol. 66, N 9. – P. 1195–1201.
65. Orowan E. The origin of man // *Nature.* – 1955. – Vol. 175. – P. 683–684.
66. Perrot S., Javier R.M., Mary M. Is there any evidence to support the use of antidepressants in painful rheumatological conditions? Systematic review of pharmacological and clinical studies // *Rheumatology.* – 2008. – Vol. 47, N 8. – P. 1117–1123.
67. Riemsma R.P., Rasker J.J., Tall E. [et al.]. Fatigue in rheumatoid arthritis: the role of self-efficacy and problematic social support // *Br. J. Rheum.* 1998. – Vol. 37. – P. 1042–1046.
68. Roddy E., Zhang W., Doherty M. Concordance of management of chronic gout in a UK primary-care population with the EULAR gout recommendations // *Ann. Rheum. Dis.* – 2007. – Vol. 66. – P. 1311–1315.
69. Roddy E., Zhang W., Doherty M. Is gout associated with reduced quality of life? A case-control study // *Rheumatology.* – 2007. – Vol. 46. – P. 1441–1444.
70. Sharpe C.R. A case-control study of alcohol consumption and drinking behavior on patients with acute gout // *Can. Med. Assoc. J.* – 1984. – N 131. – P. 563–567.
71. Sheehy C., Murphy E., Barry M. Depression in rheumatoid arthritis – underscoring the problem // *Rheumatology.* – 2006. – Vol. 45. – P. 1325–1327.
72. Spitsin S.V., Scott G.S., Mikheeva T. [et al.]. Comparison of uric acid and ascorbic acid in protection against EAE // *Free Radic. Biol. Med.* – 2002. – Vol. 33. – P. 1363–1371.

73. Sundquist K., Li X., Hemminki K., Sundquist J. Subsequent Risk of Hospitalization for Neuropsychiatric Disorders in Patients with Rheumatic Diseases. A Nationwide Study from Sweden // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2008. – Vol. 65, N 5. – P. 501–507.

74. Susan J.L., Hirsch J.D., Terkeltaub R. Perceptions of disease and health-related quality of life among patients with gout // *Rheumatology.* – 2009. – Vol. 48. – P. 582–586.

75. VanDyke M.M., Parker J.C., Smarr K.L. [et al.]. Anxiety in rheumatoid arthritis // *Arthritis Rheum.* 2004. – Vol. 51, N 3. – P. 408–412.

76. Zhang W., Doherty M., Pascual E., et al. EULAR evidence based recommendation for gout. Part I: Diagnosis. Report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCSIT) // *Ann. Rheumat. Dis.* – 2006. – Vol. 10. – P. 1301–1311.

77. Zhang W., Doherty M., Bardin T. [et al.]. EULAR evidence based recommendation for gout. Part II: Management. Report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCSIT) // *Ann. Rheumat. Dis.* – 2006. – Vol. 10. – P. 1312–1324.

78. Zigmonf A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1983. – Vol. 67. – P. 361–370.

Tsygan A.V., Rudoy I.S., Baurova N.N., Tsygan E.N. Emotsional'nye osobennosti i psikhicheskie rasstrojstva u bol'nykh s revmaticheskimi zabol'evaniami [Emotional features and mental disorders in patients with rheumatic diseases] *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 50. P. 77–103.

The Kirov Military Medical Academy
(Russia, St. Petersburg, Academica Lebedeva Str., 6)

Abstract. Contemporary concept of emotional features and mental disorders in patients with rheumatic diseases are presented. Identification of anxiety-depressive disorders based on complex psychopathological and clinical-psychological diagnostics of disorder structure and affectivity type in patients with rheumatic diseases, will allow definition of general principles and differentiated approaches to pharmacotherapy of these conditions. Psychopharmacotherapy should be chosen depending on classification of anxiety-depressive disorders as anxiety-, depression- or apathy-related. Psychosocial aspects of positive influence on an outcome of chronic rheumatic diseases have to include: education of patients; training in active mechanisms of illness overcoming; prevention of exacerbations. In patients with rheumatic diseases (rheumatoid arthritis, gout, ankylosing spondylitis), emotional features should be further studied including factors of emergence and development of anxiety-depressive disorders. The integrated approach to this problem will help to increase life quality of patients, the commitment to treatment and, as a result, to improve perception, course and prognosis of these diseases.

Keywords: medical psychology, psychosomatics, anxiety-depressive disorders, state anxiety, trait anxiety, depression, quality of life, personality, FNO- α inhibitors, antidepressants, rheumatoid arthritis, gout, ankylosing spondylitis.

Tsygan Anna – postgraduate student, the Kirov Military Medical Academy (194044, Russia, St. Petersburg, Academica Lebedeva Str., 6), e-mail: tanava2009@gmail.com;

Rudoy Ivan – Doctor of Med. Sci., associate professor of psychiatry clinic, the Kirov Military Medical Academy (194044, Russia, St. Petersburg, Academica Lebedeva Str., 6);

Baurova Natalia – PhD, medical psychologist of psychiatry clinic, the Kirov Military Medical Academy (194044, Russia, St. Petersburg, Academica Lebedeva Str., 6), e-mail: baurova-n@mail.ru;

Tsygan Ekaterina – PhD, associate professor of faculty treatment clinic, the Kirov Military Medical Academy (194044, Russia, St. Petersburg, Academica Lebedeva Str., 6), e-mail: tskaterinaspb@gmail.com.

References

1. Avramenko O.N., Golovech I.Yu, Prima I.V. Rasprostranennost' i vazhnost' diagnostiki trevozhno-depressivnykh rasstroystv u bol'nykh revmatoidnym artritom [The prevalence and importance of diagnosis of anxiety-depressive disorders in patients with rheumatoid arthritis]. *Medix. Anti-aging*. 2011. N 3. P. 48–52. (In Russ.).

2. Aleksander F. Psikhosomaticheskaya meditsina [Psychosomatic Medicine]. Moskva. 2011. 320 p. (In Russ.).

3. Amirdzhanova V.N. Revmatoidnyy artrit i kachestvo zhizni bol'nykh: metodologiya issledovaniy, validatsiya instrumentov, otsenka effektivnosti [Rheumatoid arthritis and quality of life: research methodology, validation of tools, evaluation of treatment effectiveness]. Moskva 2008. 49 p. (In Russ.).

4. Amirdzhanova V.N. Pogozheva E.Yu. Kachestvo zhizni bol'nykh revmatoidnym artritom, poluchayushchikh tsertolizumaba pegol [Quality of life in rheumatoid arthritis patients receiving certolizumab pegol]. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya* [Science & Practical Rheumatology]. 2012. N 54. P. 80–84. (In Russ.).

5. Bagirova G.G. Izbrannyye lektsii po revmatologii [Selected lectures on rheumatology]. Moskva. 2008. 256 p. (In Russ.).

6. Bay S.A. Somatopsikhicheskie sootnosheniya i vnutrennyaya kartina bolezni u bol'nykh idiopaticheskim ankiloziruyushchim spondiloartritom [Somatopsychic relations and internal picture of the disease in patients with idiopathic ankylosing spondylitis]. Volgograd. 2009. 25 p. (In Russ.).

7. Barskova V.G., Kudaeva F.M. Kristallicheskie artropatii [Crystal arthropathy]. *Revmatologiya*. Eds. E.L. Nasonov, V.A. Nasonova. Moskva. 2008. P. 372–380. (In Russ.).

8. Blaginina I.I. Rebrova O.A., Rebrov B.A. Osobennosti psikhologicheskogo reagirovaniya na bolezni i differentsirovanny podkhod k korrektsii trevozhno-depressivnykh rasstroystv u bol'nykh seronegativnym artritom [Features of psychological responses to disease and differentiated approach to the correction of anxiety and depressive disorders in patients with seronegative arthritis]. *Ukrainskiy revmatologicheskii zhurnal* [Ukrainian Journal of Rheumatology]. 2013. N 52 P. 26–29. (In Russ.).

9. Broytigam V., Kristian P., Rad M. Psikhosomaticheskaya meditsina [Psychosomatic Medicine]. Moskva. 1999. 376 p. (In Russ.).

10. Bunchuk N.V. Badokin V.V., Korotaeva T.V. Spondiloartropatii [Spondyloarthropathy]. *Revmatologiya*. Eds. E.L. Nasonov, V.A. Nasonova. Moskva. 2008. P. 332–347. (In Russ.).

11. Vel'tishchev D.Yu. Kovalevskaya O.B., Seravina O.F. Stress i modus predispozitsionnaya v patogeneze rasstroystva depressivnogo spectra [Stress and mode of disposition in the pathogenesis of depressive spectrum disorders]. *Psikhicheskie rasstroystva v obshchey meditsine* [Mental disorders in general medicine]. 2008. N 2. P. 34–37. (In Russ.).

12. Vel'tishchev D.Yu., Kovalevskaya O.B., Seravina O.F. Affektivno-stressovaya model' depressii: prakticheskoe vnedrenie v revmatologicheskoy praktike [Affective-stress model of depression: a practical introduction in rheumatological practice]. *Zhurnal imeni P.B. Gannushkina = Psikhiiatriya i psikhofarmakoterapiya* [Gannushkin Journal]. 2009. N 5. P. 17–22. (In Russ.).

13. Grekhov R.A. Psichosomaticheskie sootnosheniya i vnutrennyaya kartina u revmatologicheskikh patsientov [Psychosomatic relations and internal picture in rheumatology patients]. Volgograd. 2010. 51 p. (In Russ.).

14. Grigor'eva E.A., Yal'tseva N.V. Korshunov N.I. Depressiya i revmatoidnyy artrit: sochetanie v revmatologicheskoy praktike (obzor literatury) [Depression and rheumatoid arthritis: a combination in rheumatological practice (literature review)]. *Psikhicheskie rasstroystva v obshchey meditsine* [Mental disorders in general medicine]. 2010. N 1. P. 22–30. (In Russ.).

15. Eliseev M.S., Mukagov M.V., Barskov V.G. Kachestvo zhizni bol'nykh podagroy [Quality of life in patients with gout]. *Sovremennaya revmatologiya* [Modern Rheumatology]. 2011. N 4. P. 35–37. (In Russ.).

16. Zhigulina A.I., Plotnikov V.V., Tyrenko V.V. Otsenka osobennostey temperamenta bol'nykh revmatoidnym artritom [Rating of temperament features in patients with rheumatoid arthritis]. *Vestnik Rossiyskoy Voenno-meditsinskoy akademii* [Bulletin of Russian Military medical Academy]. 2009. N 1. P. 32–37. (In Russ.).

17. Zeltyn' A.E., Fosfanova Yu.S., Lisitsyna T.A., Seravina O.F., Kovalevskaya O.B., Vel'tishchev D.Yu., Nasonov E.L. Khronicheskiy stress i depressiya u bol'nykh revmatoidnym artritom [Chronic stress and depression in patients with rheumatoid arthritis]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2009. Vol. XIX, N 2. P. 69–75. (In Russ.).

18. Il'ina A.E., Barskova V.G., Nasonov E.L. Bessimptomnaya giperurikemiya – pol'za ili vred [Asymptomatic hyperuricemia - benefit or harm]. *Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal* [Russian Medical Journal]. 2008. N 24. P. 14–15. (In Russ.).

19. Krasnov V.N., Dovzhenko T. V., Bobrov A. E., Vel'tishchev D. Yu. Sovershenstvovanie metodov ranney diagnostiki psikhicheskikh rasstroystv (na osnove vzaimodeystviya so spetsialistami pervichnogo zvena zdravookhraneniya) [Improvement of methods for early diagnosis of mental disorders (based on interaction with specialists in primary care)]. Ed. V.N. Krasnov. Moskva. 2008. 136 p. (In Russ.).

20. Mazurov V.I. Bolezni sustavov [Arthroses]. Sankt-Peterburg. 2008. 397 p. (In Russ.).

21. Malkina-Pykh I.G. Psichosomatika [Psychosomatics]. Moskva. 2005. 992 p. (In Russ.).

22. Nasonov E.L., Karateev D.E., Balabanova R.M. Revmatoidnyy artrit [Rheumatoid arthritis]. *Revmatologiya*. Eds. E.L. Nasonov, V.A. Nasonova. Moskva. 2008. P. 290–331. (In Russ.).

23. Poddubnyy D., Rebrov A.P. Otsenka kachestva zhizni bol'nykh ankiloziruyushchim spondilitom [Assessment of quality of life in patients with ankylosing spondylitis]. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya* [Science & Practical Rheumatology]. 2006. N 2. P. 105a–105. (In Russ.).

24. Rudykina O.A. Kliniko-psikhologicheskaya otsenka effektivnosti strukturno-rezonansnoy elektromagnitnoy terapii v kompleksnom lechenii bol'nykh ankiloziruyushchim spondilitom [Clinical and psychological assessment of the effectiveness of structural resonance electromagnetic therapy in complex treatment of patients with ankylosing spondylitis]. Volgograd. 2011. 28 p. (In Russ.).

25. Sidorov P.I., Solov'ev A.G., Novikova I.A. Psichosomaticheskaya meditsina [Psychosomatic medicine]. Ed. P.I. Sidorov. Moskva. 2006. 569 p. (Russian)

26. Solov'eva S.L. Perekhivanie trevogi bol'nymi s psichosomaticheskimi zabolevaniyami. Aktual'nye problemy psichosomatiki v obshchemeditsinskoy praktike [Experience of anxiety in patients with psychosomatic diseases. Actual problems of psychosomatic medicine in general practice]. Ed. V.I. Mazurov. Sankt-Peterburg. 2012. P. 231–237. (In Russ.).

27. Erdes Sh.F., Folomeeva O.M. Invalidnost' vzroslogo naseleniya Rossii, obuslovlennaya revmaticheskimi zabolevaniyami [Disability in adult population of Russia due to rheumatic diseases]. *Russkiy meditsinskiy zhurnal* [Russian Medical Journal]. 2007. N 26. P. 9–12. (In Russ.).

28. Alper A.B. [et al.]. Childhood uric acid predicts adult blood pressure: the Bogalusa Heart Study. *Hypertension*. 2005. N 45. P. 34–38.

29. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Next Revision (DSM-IV-TR). Washington : American Psychiatric Association. 2000. 955 p.

30. Ames B.N. [et al.]. Uric acid provides an antioxidant defense in humans against oxidant- and radical-caused aging and cancer: a hypothesis. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. 1981. Vol. 78. P. 6858–6862.

31. Ang D.C. [et al.]. Comorbid depression is an independent risk factor for mortality in patients with rheumatoid arthritis. *J. Rheumatology*. 2005. Vol. 32. P. 1013–1019.

32. Appenzeller S., Bertolo M.B., Costallat L.T. Cognitive impairment in rheumatoid arthritis. *Methods Find Exp. Clin. Pharmacol*. 2004. Vol. 26, N 5. P. 339–343.

33. Baker J.F. Serum uric acid and cardiovascular disease: recent developments, and where do they leave us?. *Am. J. Med*. 2005. Vol. 118. P. 816–826.

34. Baraliakos X. [et al.]. Persistent clinical efficacy and safety of anti-TNF- α therapy with infliximab in patients with ankylosing spondylitis after 8 years – early clinical response predicts long-term outcome. *Rheumatology (Oxford)*. 2011. Vol. 50. P. 1690–1699.

35. Beck P. Male depression: stress and aggression as pathways to major depression. *BMJ Books*. 2001. P. 63–66.

36. Bertias G.K. [et al.]. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus with neuropsychiatric manifestations: report of a task force

of the EULAR standing committee for clinical affairs. *Ann. Rheum Dis.* 2010. Vol. 69. P. 2074–2082.

37. Bisschop M.I. [et al.]. Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial resources. *Soc. Sci. Med.* 2004. Vol. 59. P. 721–733.

38. Bloch S., Brackenridge C.J. Psychological, performance and biochemical factors in medical students under examination stress. *J. Psychosom Res.* 1972. Vol. 16. P. 25–33.

39. Braun J., Sieper J. Ankylosing spondylitis. *Lancet.* 2007. Vol. 369. P. 1379–1390.

40. Breckenridge A. Hypertension and hyperuricaemia. *Lancet.* 1966. N 1. P. 15–18.

41. Brooks G.W., Mueller E. Serum urate concentrations among university professors; relation to drive, achievement, and leadership. *JAMA.* 1966. Vol. 195. P. 415–418.

42. Dekkers J.C. [et al.]. Biopsychosocial mediators of stress-health relationships in patients with recently diagnosed rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2001. Vol. 45. P. 307–316.

43. DiMatteo M.R., Lepper H.S., Croghan T.W. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. *Arch. Intern. Med.* 2000. Vol. 160. P. 2101–2107.

44. Drum D.E., Goldman P.A., Jankowski C.B. Elevation of serum uric acid as a clue to alcohol abuse. *Arch. Intern. Med.* 1981. N 141. P. 477–479.

45. Du Y. Astroglia-mediated effects of uric acid to protect spinal cord neurons from glutamate toxicity. *Glia.* 2007. Vol. 55. P. 463–472.

46. Edwards N.L. Treatment failure gout: a moving target. *Arthr. Rheum.* 2008. Vol. 58. P. 2587–2590.

47. Fishbain D.A. [et al.]. Do second-generation «atypical neuroleptics» have analgesic properties: a structured evidence-based review. *Pain. Med.* 2004. Vol. 5, N 4. P. 359–365.

48. Frank R.G. [et al.]. Depression in rheumatoid arthritis. *J. Rheumatology.* 1988. Vol. 15. P. 359–365.

49. Gupta N. [et al.]. Health related quality of life of patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus in India – a comparison. *Qual Life Res.* 2005. Vol. 14, N 8. P. 1953–1958.

50. Hanly J.G. [et al.]. Neuropsychiatric syndromes in patients with systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis. *J. Rheumatol.* 2005. Vol. 32, N 8. P. 1459–1466.

51. Heiberg M.S. The comparative effectiveness of tumor necrosis factor-blocking agents in patients with rheumatoid arthritis and patients with ankylosing spondylitis. *Arthr. Rheum.* 2005. Vol. 52, N 8. P. 2506–2512.

52. Isik A. [et al.]. Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Clin. Rheumatol.* 2007. Vol. 26. P. 872–878.

53. Johnson R.J., Kang D.H., Feig D. [et al.]. Is there a pathogenetic role for uric acid in hypertension and cardiovascular and renal disease? *Hypertension.* 2003. Vol. 41, N 6. P. 1183–1190.

54. Johnson R.J., Tittle S., Cade J.R. [et al.]. Uric acid, evolution and primitive cultures. *Semin. Nephrol.* 2005. Vol. 25. P. 3–8.
55. Lane P. Drug-induced gout. *Br. Med. J.* 1960. N 2. P. 1383–1384.
56. Lawrence R.C., Helmick C.G., Arnett F.C. [et al.]. Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal diseases in the United States. *Arthr. Rheum.* 1998. Vol. 41. P. 778–799.
57. Lin K.C., Lin H.Y., Chou P. Community based epidemiological study on hyperuricemia and gout in Kin-Hu, Kinmen. *J. Rheum.* 2000. N 27. P. 1045–1050.
58. Löwe B., Psych D., Willand L. Psychiatric comorbidity and work disability in patients with inflammatory rheumatic diseases // *Psychosom. Med.* – 2004. – Vol. 66. – P. 395–402.
59. Klooster P.M. [et al.]. Comparison of measures of functional disability in patients with gout. *Rheumatology.* 2011. Vol. 50. P. 709–713.
60. Murphy S., Creed F., Jayson M.I. Psychiatric disorder and illness behavior in rheumatoid arthritis. *Br. J. Rheumatology.* 1988. Vol. 27, N 5. P. 357–363.
61. Nakanishi N., Okamoto M., Yoshida H. Serum uric acid and risk for development of hypertension and impaired fasting glucose or Type II diabetes in Japanese male office workers. *Eur. J. Epidemiol.* 2003. Vol. 18. P. 523–530.
62. Nicassio P.M. The problem of detecting and managing depression in the rheumatology clinic. *Arthritis Rheum.* 2008. Vol. 59, N 2. P. 155–158.
63. Nicassio P.M., Carr F.N., Moldovan I. An overview of psychological functioning in systemic lupus erythematosus. *Int. J. Clin. Rheumatol.* 2011. Vol. 6, N 5. P. 569–581.
64. Odegard S., Finset A., Mowinckel P. [et al.]. Pain and psychological health status over a 10-year period in patients with recent onset rheumatoid arthritis. *Ann. Rheum. Dis.* 2007. Vol. 66, N 9. P. 1195–1201.
65. Orowan E. The origin of man. *Nature.* 1955. Vol. 175. P. 683–684.
66. Perrot S., Javier R.M., Mary M. Is there any evidence to support the use of antidepressants in painful rheumatological conditions? Systematic review of pharmacological and clinical studies. *Rheumatology.* 2008. Vol. 47, N 8. P. 1117–1123.
67. Riemsma R.P., Rasker J.J., Tall E. [et al.]. Fatigue in rheumatoid arthritis: the role of self-efficacy and problematic social support. *Br. J. Rheum.* 1998. Vol. 37. P. 1042–1046.
68. Roddy E., Zhang W., Doherty M. Concordance of management of chronic gout in a UK primary-care population with the EULAR gout recommendations. *Ann. Rheum. Dis.* 2007. Vol. 66. P. 1311–1315.
69. Roddy E., Zhang W., Doherty M. Is gout associated with reduced quality of life? A case-control study. *Rheumatology.* 2007. Vol. 46. P. 1441–1444.
70. Sharpe C.R. A case-control study of alcohol consumption and drinking behavior on patients with acute gout. *Can. Med. Assoc. J.* 1984. N 131. P. 563–567.
71. Sheehy C., Murphy E., Barry M. Depression in rheumatoid arthritis – underscoring the problem. *Rheumatology.* 2006. Vol. 45. P. 1325–1327.
72. Spitsin S.V., Scott G.S., Mikheeva T. [et al.]. Comparison of uric acid and ascorbic acid in protection against EAE. *Free Radic. Biol. Med.* 2002. Vol. 33. P. 1363–1371.

73. Sundquist K., Li X., Hemminki K., Sundquist J. Subsequent Risk of Hospitalization for Neuropsychiatric Disorders in Patients with Rheumatic Diseases. A Nationwide Study from Sweden. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2008. Vol. 65, N 5. P. 501–507.
74. Susan J.L., Hirsch J.D., Terkeltaub R. Perceptions of disease and health-related quality of life among patients with gout. *Rheumatology*. 2009. Vol. 48. P. 582–586.
75. VanDyke M.M., Parker J.C., Smarr K.L. [et al.]. Anxiety in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 2004. Vol. 51, N 3. P. 408–412.
76. Zhang W., Doherty M., Pascual E., et al. EULAR evidence based recommendation for gout. Part I: Diagnosis. Report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann. Rheumat. Dis*. 2006. Vol. 10. P. 1301–1311.
77. Zhang W., Doherty M., Bardin T. [et al.]. EULAR evidence based recommendation for gout. Part II: Management. Report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann. Rheumat. Dis*. – 2006. Vol. 10. P. 1312–1324.
78. Zigmonf A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr. Scand*. 1983. Vol. 67. P. 361–370.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И НАРКОЛОГИЯ

УДК 159.9.075 : 615.851

С.А. Кулаков, М.Ю. Будников

САМООТНОШЕНИЕ, СТРЕССОРЫ И КОПИНГ-СТРАТЕГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВОВ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ (ИССЛЕДОВАНИЕ ЕДИНИЧНОГО СЛУЧАЯ)

Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена
(Россия, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48);
Медицинский центр «Бехтерев»
(Россия, Санкт-Петербург, пр. Королева, д. 48, корп. 5)

Изучены самоотношение, стрессоры и копинг-стратегии в профилактике рецидивов у пациента, страдающего наркотической зависимостью. Использовали методы: клинико-биографический, клинико-психологический, патопсихологический и экспериментально-психологический. Применили методики «Кто я?», «Исследование функционирования Self-системы» и клинических признаков нарушения сознания болезни и степени их выраженности (тяжести). Проанализированы стрессоры, способствующие возникновению рецидивов наркотической зависимости. Выделены основные терапевтические мишени. Проанализированы особенности самоотношения наркозависимых. Установлены копинг-стратегии, повышающие эффективность профилактики рецидивов. Для оценки полученных результатов проведен сбор катamnестических сведений. Выявленные в исследовании данные могут быть использованы для повышения эффективности индивидуальной терапии химических зависимостей, опирающейся на функциональный анализ употребления наркотика, формирование целостного, позитивного самоотношения и тренировку навыков совладающего поведения.

Ключевые слова: психологическая коррекция, медицинская психология, самоотношение, стрессоры, копинг-стратегии, психотерапевтические мишени, изучение единичного случая.

Кулаков Сергей Александрович – д-р мед. наук, проф. каф. клинич. психологии и психол. помощи Рос. гос. пед. ун-та им. А.И. Герцена (191186, Россия, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48), зам. ген. директора по реабилитац. работе Мед. центра «Бехтерев»; e-mail: kulaksergey@yandex.ru;

Будников Михаил Юрьевич – аспирант Рос. гос. пед. ун-та им. А.И. Герцена (191186, Россия, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48), клинич. психолог Мед. центра «Бехтерев»; e-mail: m.y.budnikov@gmail.com.

Введение

В основе наркотической зависимости лежат внутри- и межличностные конфликты, нарушения объектных отношений, стрессовые воздействия, приводящие к попыткам с помощью психоактивного вещества (ПАВ) сбежать от неудовлетворяющей реальности и от самого себя. Стрессоры могут иметь различную субъективную значимость в зависимости от личностных особенностей и комплекса воздействий биопсихосоциальной природы, поэтому эффективная реабилитация при наркотической зависимости предполагает достижение глубоких личностных изменений. Согласно В.Н. Мясищеву, личность понимается как система отношений человека к окружающему миру и к самому себе [4].

Самоотношение является центральным отношением личности, фактором образования и стабилизации ее единства [3]. Важнейшую роль в психотерапевтических методах лечения наркозависимых играет индивидуальная терапия, вскрывающая такие феномены, как самоотношение, отношение к лечению, типичные формы реагирования, личностные переживания, являющиеся ведущими факторами аддиктивной патологии. Следовательно, изучение личной истории пациента, нарратива, где все вышеуказанные факторы проявляются в различные кризисные периоды жизни пациента, является важной задачей клинического психолога.

Цель работы – изучение самоотношения, стрессоров и копинг-стратегий в профилактике рецидивов у пациентов, страдающих наркотической зависимостью.

Материал и методы

Для достижения поставленной цели был проведен анализ клинического случая конкретного пациента, находящегося на стационарной реабилитации в Медицинском центре «Бехтерев». Наряду с основным клинико-биографическим, применяли клинико-психологический, патопсихологический и экспериментально-психологический методы. Использовали методики «Кто я?» в модификации Т.В. Румянцевой [6], «Исследование функционирования Self-системы» [2], а также методику клинических признаков нарушения сознания болезни и степени их выраженности (тяжести) в баллах [7].

Результаты и их анализ

Пациент Василий Э. (20 лет) поступил в Медицинский центр «Бехтерев» в связи с наркотической зависимостью. Пройдя детоксикацию, был переведен в отделение реабилитации.

Употребляет алкоголь с 13 лет, курит с 14 лет, прием каннабиоидов с 15 лет, в течение последних 2,5 месяцев курит смесь «спайс».

В школе успевал плохо в связи с низким уровнем мотивации к обучению. Несколько раз переходил в другие школы, рано стала проявляться тенденция к общению с девиантными подростками. В течение многих лет серьезно занимался спортом (каратэ). После окончания школы поступил в институт на юридическую специальность. Первые два курса посещал занятия, однако, как отмечает пациент, последние полгода не учился. В этот период полтора года сожительствовал с девушкой. Поводом для разрыва отношений послужило употребление ПАВ юношей. Отношения с девушкой хочет восстановить после прохождения программы реабилитации.

В детстве пациент часто болел. В раннем детстве диагностирована бронхиальная астма. В возрасте 5 лет отмечалось обострение заболевания, в настоящее время – ремиссия. В 16 лет перенес пневмонию, что заставило пациента оставить профессиональный спорт. В момент поступления в клинику испытывал беспокойство за состояние здоровья, демонстрировал ипохондрические переживания. Василий отмечает, что заболел, как правило, во время критики со стороны значимых других и в стрессовых ситуациях. Субъективно наиболее сильными стрессорами в детском возрасте пациент считает: 1) уход отца из семьи, 2) физические наказания со стороны матери.

Пациент утверждает, что приехал в клинику по собственному желанию, потому что «понял, что остановился в развитии», «устал огорчать девушку и маму».

Пациент рос в неполной семье, с матерью и двумя братьями. Отец ушел из семьи, когда мальчику было 5 лет. Братья на 13 и 18 лет старше пациента, от разных отцов. В настоящее время проживает с матерью. До ухода отца из семьи Василий воспринимал мать как «наказывающую», отца как «защищающего». Отец занимался экстремальными видами спорта, злоупотреблял алкоголем. Пациент отмечает, что отец, по его мнению, ощущал неполноценность в сравнении с матерью. После ухода отца из семьи Василий с отцом виделся очень редко: «Обычно в течение получаса за столом. Мне не о чем с ним говорить. Мы разные люди». У Василия сохраняется обида на отца, и его уход воспринимается как предательство.

Василий описывает мать как деловую, жесткую и властную женщину: «...ее не интересовали чужие проблемы. В детстве она не интересовалась и моими проблемами. Привык быть от нее далеко». Пациент обращает внимание, что, будучи ребенком, очень боялся наказания матери (до 12 лет мать периодически избивала мальчика, а когда была разъярена, demonstra-

тивно была посуду), но, несмотря на жестокость, Василий отмечает, что эти наказания были справедливыми. Отношение к матери в настоящее время амбивалентное: с одной стороны, он помнит о наказаниях, с другой стороны, характеризует отношения как теплые и доверительные.

Таким образом, в семейной системе имели место диадный и триадный конфликты, наряду с этим присутствовал диадный и триадный дефицит. Эти неразрешенные детские проблемы отразились на самоотношении пациента. Василий описывает часто возникающее чувство внутренней пустоты, отражающее несформированность самоотношения. Его Я-образ характеризуется значительной противоречивостью и тенденцией к резким колебаниям от идеализации до полного обесценивания. Негативные описания Я-прошлого, отягощенные потерями и конфликтами, сочетаются с представлением о себе в настоящем как о «выздоровливающем» и нереалистичным, расплывчатым образом Я-будущего, отражая дезинтеграцию Я-образа во времени. Нарушение временной непрерывности «Я» определяет высокую уязвимость к стрессовым воздействиям, слабую сформированность эффективных копинг-стратегий и ведет к стереотипному, подчиненному сиюминутным импульсам поведению. Нарушенные отношения, и прежде всего самоотношение пациента, нуждаются в детальной проработке в рамках индивидуальной психотерапии, так как являются фактором, нарушающим психологическую адаптацию.

Проведено патопсихологическое и экспериментально-психологическое обследование пациента. Используются следующие методики: «понимание смысла пословиц и метафор», «недостающие буквы», «пропущенные слова», «анalogии», «сравнение понятий», «исключение понятий», «пиктограммы», «десять слов», «Кто я?», «исследование функционирования Self-системы».

Пациент проявляет высокую мотивацию на выполнение заданий и достижение результатов. Принимает помощь психолога при выполнении сложных заданий. Последовательно переходит от поискового, установочного к исполнительному и контрольному этапам решения. Критически относится к собственным ошибкам.

Результаты проведения патопсихологической диагностики показывают, что пациент характеризуется развитым абстрактно-логическим мышлением с высоким уровнем обобщения. Память, как непосредственная, так и опосредованная, сохранена.

Диагностика по методике «Кто я?» показывает фрагментарность, диффузный характер и противоречивость самоотношения пациента, кото-

рая проявляется в полярных самоописаниях. Рефлексивная способность оценивается как недостаточно развитая. Василий дает 14 ответов на вопрос «Кто я?» при среднем значении в контрольной группе здоровых ($26,5 \pm 8,21$) ответов. Значительная часть самоописаний затрагивает физический и материальный аспекты идентичности, и лишь 6 из них относятся к описанию психологических характеристик, что указывает на низкий уровень развития рефлексии.

Анализ результатов пациента по методике «Исследование функционирования Self-системы» [2] показал, что личность сильно дисгармонична и предположительно имеют место сильно выраженные дефекты характера. Большинство показателей по шкалам значительно превышает нормативные значения, что указывает на низкий уровень функционирования Self-системы. Наиболее высокие пики отмечаются по шкалам: 1-й «Бессильное Self» и 5-й «Незначительное Self». Высокий показатель по 1-й шкале отражает состояние психологической беспомощности, отсутствие четких целей и устойчивости самооценки, а также указывает на низкий уровень саморегуляции, что значительно повышает возможность срывов. Отмечается дефицит контроля над деструктивными побуждениями. Высокие показатели 5-й шкалы отражают сомнения пациента в ценности собственной личности, негативный, пессимистичный взгляд на себя, что может приводить к страху перед самораскрытием. Следовательно, необходимо сделать акцент на коррекции самовосприятия и самоотношения.

Высокий показатель отмечается и по 3-й шкале «Дереализация / деперсонализация», характеризующий диссоциацию, расщепление личности. Отмечается принятие противоречий как в самом себе, так и в окружающем мире. Высокий пик наблюдается по 16-й шкале «Симбиотическая защита Self» – пациент стремится найти «хороший» объект, слиться с близким человеком. Эта стратегия служит способом защиты от одиночества и разочарования, снижает интенсивность переживаний, связанных с чувством неполноценности собственной личности, отражает незрелость ее мотивов, целей, установок. Показатели ряда шкал, в частности высокие показатели по шкалам «Базисный потенциал надежды», «Идеал ценностей», являются важным ресурсом пациента.

Проведен клинико-психотерапевтический консилиум, на котором было определено, что пациент находится на пограничном уровне личностной организации, но имеет высокий реабилитационный потенциал. Прогноз для пациента благоприятный. Однако, необходима поддерживающая психотерапия в течение, как минимум, 1 года.

Включенное наблюдение в процессе индивидуальной терапии показало следующее: пациент характеризуется высокой тревожностью, эмоциональной лабильностью, жаждет внимания, демонстративен. Нуждается в постоянной положительной внешней оценке, отмечаются выраженные нарциссические черты. Пациент активно использует копинг-стратегии, ориентированные на решение проблемы. Тем не менее отмечается дефицитность копинг-поведения, ориентированного на проработку эмоциональных переживаний.

Важно было структурировать мишени индивидуальной терапии. Как известно, под психотерапевтической мишенью понимается проявляемый пациентом или предполагаемый психотерапевтом феномен, изменение которого является осознаваемой психотерапевтом целью взаимодействия [5]. Выделяются клинические и специфические для феномена личности мишени (рисунок). В принятии болезни играют роль два основных компонента: аффективный и когнитивный (идеаторный), которые и интегрируют индивидуальные поведенческие модели переживания болезни.

Все многообразие индивидуальных нюансов переживания наркологической болезни лежит, условно говоря, как бы в двух осевых измерениях: количественном и качественном. На оси количественного измерения можно условно расположить диапазон переживания болезни от полного ее признания на одном полюсе до полного отрицания на другом. На оси качественного измерения или направленности переживания можно обозначить градацию отношений к болезни – от «беды», «катастрофы», «трагедии» к «благу». Соотношение этих измерений определяет и индивидуальную позицию пациента в отношении лечения – от признания его необходимости и полного терапевтического сотрудничества до полного неприятия и активного противодействия лечению.

В методике клинических признаков нарушения сознания болезни и степени их выраженности (тяжести) в баллах результат Василия составил 23 балла. Это свидетельствует о принятии болезни пациентом и увеличивает шансы на положительный прогноз (наиболее высокий, «наихудший» балл в сумме может составлять 54, самый низкий, «наилучший» – 16) [1, 7].

В течение 1-го года пациент проходил реабилитацию, предполагающую проведение индивидуальной и групповой психотерапии в стационарном и амбулаторном режиме в Медицинском центре «Бехтерев». К настоящему времени пациент находится в ремиссии. Через 1 год после первичной диагностики проведен сбор катamnестических сведений. В качестве метода получения катamnестических данных применялась клиническая беседа. От-

мечается значительная позитивная динамика в состоянии пациента: гармонизация отношений с матерью, формирование устойчиво позитивного, адекватного «образа Я», повышение рефлексивной способности и способности к антиципации, формирование адаптивных копинг-стратегий, ориентированных на решение проблем и проработку эмоциональных переживаний, снижение эмоциональной лабильности, формирование системы жизненных ценностей, постановка конкретных жизненных целей и задач. В настоящее время Василий работает менеджером в крупной компании и готовится стать волонтером в реабилитационном центре для наркозависимых.



Мишени психологической коррекции для пациента Василия Э.

Заключение

Таким образом, коррекция самоотношения, формирование позитивного и адекватного образа «Я» является важным компонентом психотерапевтической реабилитации наркозависимых. В реабилитационном процессе происходит формирование самоотношения, которое становится регулятором всей системы отношений и снижает риск срыва, позволяя вырабатывать гибкие, адаптивные стратегии совладания со стрессом. Сочетание ин-

индивидуальной и групповой терапии, четкое структурирование мишеней, ориентация на формирование позитивного самоотношения позволяют значительно повысить эффективность психотерапевтического процесса.

Литература

1. Демина М.В., Чирко В.В. «Отчуждение» аддиктивной болезни. – М. : Медпрактика, 2006. – 192 с.
2. Залуцкая Н.М., Вукс А.Я., Вид В.Д. Индекс функционирования Self-системы (на основе теста оценки нарциссизма) / С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. – СПб., 2003. – 47 с.
3. Карвасарский Б.Д. Общественное значение проблемы невротических расстройств // Рос. психотерапевт. журн. – 2014. – № 1. – С. 12–21.
4. Мясищев В.Н. Психология отношений / под ред. А.А. Бодалева. – М. : Ин-т практ. психологии, 1995. – 356 с.
5. Назыров Р.К., Логачева С.В., Холякко В.В. Типология психотерапевтических мишеней и ее использование для повышения качества индивидуальных психотерапевтических программ в лечении больных с невротическими расстройствами // Психич. здоровье. – 2012. – № 1. – С. 14–19.
6. Румянцева Т.В. Психологическое консультирование: диагностика отношений в паре. – СПб. : Речь, 2006. – 176 с.
7. Чирко В.В., Винникова М.А., Демина М.В., Баринов А.М. Клинико-диагностические оценки синдрома патологического влечения и отношения к болезни и лечению у больных героиновой наркоманией : метод. рекомендации [Электронный ресурс]. – М. : ННЦ наркологии Росздрава, 2005. – 15 с. – URL: http://www.nncn.ru/2_301.html.

Kulakov S.A., Budnikov M.Y. Samootnoshenie, stressory i koping-strategii v profilaktike retsidivov u patsientov, stradayushchikh narkoticheskoy zavisimost'yu (issledovanie edinichnogo sluchaya) [The self-attitude, stressors and coping strategies for relapse prevention in patients with drug addiction (the case study)]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin psychotherapy]. 2014. N 50. P. 104–112.

The Herzen State Pedagogical University of Russia
(Russia, Saint-Petersburg, Moika Embankment, 48);
Medical Center «Bekhterev» (Russia, Saint-Petersburg, Koroleva ave., 48-5)

Abstract. The self-attitude, stressors and coping strategies of patients with drug addiction were analyzed. Clinical biographical, clinical psychological, pathopsychological, experimental psychological (the Kuhn-McPartland test, original questionnaire «The assessment of Self system functioning») and the method of clinical signs of impaired illness consciousness were used. Relapse provoking stressors were analyzed. The main psychotherapeutic targets were determined. The key features of self-attitude in drug addicts were studied. Some effective coping strategies increasing the effectiveness of relapse prevention were found. In order to estimate the results of rehabilitation the catamnestic information was collected. The data about self-attitude, stressors and

coping strategies revealed in the study can be used to increase the effectiveness of individual therapy of drug addiction based on functional analysis of drug use, positive integrated self-attitude formation and coping training.

Keywords: psychological correction, medical psychology, self-attitude, stressors, coping strategies, psychotherapeutic targets, case study.

Kulakov Sergey Aleksandrovich – Dr. of Med. Sc., Prof. of Clinical Psychology and Psychological Aid department of the Herzen State Pedagogical University of Russia (Russia, 191186, St. Petersburg, Moika Embankment, 48), Deputy director for rehabilitation of the Medical Center «Bekhterev», e-mail: kulak-sergey@yandex.ru;

Budnikov Mikhail Yurievich – postgraduate student of Clinical Psychology and Psychological Aid department of the Herzen State Pedagogical University of Russia (Russia, 191186, St. Petersburg, Moika Embankment, 48.), clinical psychologist of the Medical Center «Bekhterev», e-mail: m.y.budnikov@gmail.com.

References

1. Demina M.V., Chirko V.V. «Otchuzhdenie» addiktivnoy bolezni. [«Alienation» of addictive disease] Moskva. 2006. 192 p. (In Russ.).

2. Zalutskaya N.M., Vuks A.Ya., Vid V.D. Indeks funktsionirovaniya Self-sistemy (na osnove testa otsenki nartsissizma). [Index of Self-system functioning (based on narcissism test)] Sankt-Peterburg. 2003. 47 p. (In Russ.).

3. Karvasarskiy B.D. Obshechmeditsinskoe znachenie problemy nevrotycheskikh rassstroystv. [Medical significance of the problem of neurotic disorders] *Rossiyskiy psikhoterapevticheskiy zhurnal* [Russian journal of psychotherapy]. 2014. N 1. P. 12–21. (In Russ.).

4. Myasishchev V.N. Psikhologiya otnosheniy. [Psychology of relationships] Moskva. 1995. 356 p. (In Russ.).

5. Nazyrov R.K., Logacheva S.V., Kholyavko V.V. Tipologiya psikhoterapevticheskikh misheney i ee ispol'zovanie dlya povysheniya kachestva individual'nykh psikhoterapevticheskikh programm v lechenii bol'nykh s nevrotycheskimi rassstroystvami. [Typology of psychotherapeutic targets and its use to improve the quality of individual psychotherapy programs in patients with neurotic disorders] *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental health]. 2012. N 1. P. 14–19. (In Russ.).

5. Rumyantseva T.V. Psikhologicheskoe konsul'tirovanie: diagnostika otnosheniy v pare [Counselling: diagnostics in the couple]. Sankt-Peterburg. 2006. 176 p. (In Russ.).

6. Chirko V.V., Vinnikova M.A., Demina M.V., Barinov A.M. Kliniko-diagnosticheskie otsenki sindroma patologicheskogo vlecheniya i otnosheniya k bolezni i lecheniyu u bol'nykh geroinovoy narkomaniey [Clinical diagnostic assessment of addiction syndrome and attitude towards the disease and treatment in patients with heroin addiction] [Electronic resource]. Moskva. 2005. 15 p. URL: http://www.nncn.ru/2_301.html. (In Russ.).

САНОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Медицинский центр «Бехтерев»
(Россия, Санкт-Петербург, пр. Королева, д. 48, корп. 5)

Представлены результаты анализа саногенетических аспектов реабилитации пациентов, зависимых от психоактивных веществ (ПАВ), полученные методом полуструктурированного интервью. На основе выявленных факторов определены психотерапевтические мишени. Наиболее значимыми саногенетическими аспектами стационарной психотерапевтической реабилитации пациентов, зависимых от ПАВ, являются социально-психологические воздействия: условия терапевтической среды; обратная связь, полученная в результате психотерапии и общения с другими реабилитантами и сотрудниками клиники; взаимодействие с ближайшим окружением. Мишенями психотерапевтических воздействий на этом этапе лечения, следовательно, должны выступать отношения пациентов с микросоциумом, формирование коммуникативных навыков, навыков рефлексии и самоконтроля в различных жизненных ситуациях.

Ключевые слова: медицинская психология, психологическая коррекция, психотерапия, реабилитация, зависимое поведение, психоактивные вещества, саногенетические аспекты реабилитации наркозависимых.

Введение

Необходимость учета сложной биопсихосоциальной и духовной природы химической зависимости, построения на этой основе система лечебных мероприятий признается множеством исследователей в области аддиктологии [1, 4, 5]. Исходя из этих позиций, реабилитация пациентов, имеющих химическую зависимость, является одним из основных условий лечения [2, 3].

Очевидно, что на этапе лечения сразу после детоксикации важным является создание внешних ресурсов для поддержания трезвости, которые могут способствовать постепенному формированию личностных саногенетических механизмов. Проведенные исследования показали основные факторы реабилитации, активизирующие ресурсную систему пациентов: лечение в условиях стационара [5], прохождение полного курса реабилитационного лечения, непрерывность лечения [6], высокая структурированность

Шарыгина Кристина Сергеевна – клинич. психолог Мед. центр «Бехтерев» (197371, Россия, Санкт-Петербург, пр. Королева, д. 48, корп. 5), e-mail: bechtere@bk.ru.

терапевтической среды на начальных этапах реабилитации, формирование «здорового» социального окружения, которое включает помощь в социализации, улучшение семейных отношений [5], характер отношений специалистов с реабилитантами [7], комплексность лечебных воздействий [5] и др.

Цель исследования – провести контент-анализ полуструктурированного интервью, выявить саногенетические условия реабилитации, способствующие активизации личностных ресурсов у пациентов, зависимых от психоактивных веществ (ПАВ).

Материал и методы

На базе Медицинского центра «Бехтерев» (Санкт-Петербург) было обследовано 30 пациентов, страдающих зависимостью от ПАВ, в том числе 23 мужчины и 7 женщин. Средний возраст – $(29,7 \pm 6,1)$ лет, средняя продолжительность нахождения в реабилитационном отделении – $(53,9 \pm 14,5)$ дней.

Пациенты по окончании пребывания в стационарной психотерапевтической реабилитации писали сочинения, построенные в виде полуструктурированного интервью.

Результаты обрабатывали с помощью метода контент-анализа, в частности метода линейного частотного распределения. В рамках биопсихосоциальной и духовной модели каждый параметр тех или иных проводимых мероприятий был соотнесен с обобщенными факторами реабилитации:

- физический – все упоминаемые пациентами аспекты реабилитации, связанные с медикаментозным воздействием, а также с лечебными физическими нагрузками,
- психологический – содержание реабилитационной программы, психотерапевтическое лечение, а также указания пациентов на обращение к собственному опыту в результате психотерапии;
- социальный – взаимодействия пациентов с сотрудниками реабилитации, родственниками, другими реабилитантами, а также условия терапевтической среды;
- духовный – воздействия в рамках религии, а также лекции, посвященные духовно-нравственным вопросам.

Представленная классификация не может в полной мере учесть всю сложность и многокомпонентность заболевания, неоднозначность влияния лечебных и иных воздействий на личность больного, однако позволяет структурировать полученную информацию.

При математико-статистическом анализе данных использовали описательные статистики (частота, среднее арифметическое, стандартное отклонение); метод оценки нормальности распределения, метод выявления различий между двумя эмпирическими распределениями (χ^2 -критерий Пирсона).

Результаты и их анализ

Структура упоминаний саногенетических аспектов реабилитации представлена в таблице. С помощью χ^2 -критерия Пирсона выявлено, что частота упоминания саногенетических аспектов реабилитации того или иного уровня отличается от равномерного распределения ($\chi^2 = 303,3$; $p \leq 0,01$).

Так, наиболее важными для реабилитантов саногенетическими аспектами, согласно методу полуструктурированного интервью, выступили социальные и психологические условия (72,3 и 23,4 % соответственно), тогда как физические и духовные составляли по 2,2 %. Различия между социальными и психологическими аспектами реабилитации также статистически значимо различаются ($\chi^2 = 57,8$; $p \leq 0,01$).

Воздействия физического уровня в ответах пациентов представлены незначительно, что, вероятно, связано с нормализацией соматического состояния и решением других актуальных задач выздоровления.

Наиболее часто пациентами упоминаются следующие воздействия на психологическую составляющую заболевания: сессии индивидуальной психотерапии, далее идут групповые занятия, письменные задания, лекции. Другим выявленным фактором является прошлый позитивный опыт прохождения реабилитационного лечения, негативный опыт, связанный с употреблением ПАВ людьми из микросоциума больного. Однако выявленные различия не отличаются от равномерного распределения ($\chi^2 = 8,04$; $p > 0,05$).

Социальный уровень воздействия оказался наиболее существенным, с точки зрения обследованных пациентов. Чаще всего фигурировала эмоциональная поддержка, принятие пациента родственниками, желание лечиться. Далее отмечается создание родственниками условий, препятствующих употреблению, их требование лечиться. На третьем месте пациенты выделяли улучшение семейных отношений в процессе реабилитационного лечения.

Благоприятным фактором выступили отношения с персоналом. При этом наиболее частыми саногенетическими аспектами служили конструк-

тивная критика поведения пациентов и принятие, поддержка, вера сотрудников реабилитации в возможность пациентов справиться с зависимостью.

Частота упоминаний саногенетических аспектов реабилитации

Фактор реабилитации	Параметр реабилитации	Число (%)
Физический	Медицинская коррекция эмоционального состояния, лечение сопутствующих заболеваний, йога, ЛФК, телесно-ориентированный тренинг	5 (2,2)
Психологический	Обращение пациента к своему негативному и позитивному жизненному опыту, связанному с лечением и заболеванием	4 (1,7)
	Тренинги, лекции, групповые занятия, письменные задания, индивидуальные консультации	50 (21,7)
Социальный	Отношения пациента со значимым окружением (поддержка родственниками лечения, мотивирование на прохождение реабилитации; улучшение отношений с родственниками в процессе прохождения реабилитационного лечения; ограничение родственниками зависимого поведения, «жесткая позиция» на лечение, отсутствие возможности забрать пациента из клиники)	44 (19,1)
	Взаимодействие специалистов с пациентами (сочетание негативной и позитивной обратной связи, индивидуальный подход; постепенное делегирование ответственности пациенту)	32 (13,9)
	Организационные условия терапевтической среды (режим отделения, распорядок дня, система санкций за несоблюдение требований персонала, закрытость/удаленность реабилитационного центра, длительные сроки лечения, материальная оснащенность)	25 (10,8)
	Общение с другими пациентами, обратная связь от других реабилитантов, возможность наблюдать опыт выздоровления других людей	26 (11,3)
	Помощь в решении социальных проблем пациента	1 (0,4)
	Мотивационная и психотерапевтическая работа с родственниками пациентов	9 (3,9)
	Наличие консультантов, имеющих опыт выздоровления; привлечение волонтеров, имеющих зависимость от ПАВ, бывших пациентов к процессу лечения	19 (8,2)
	Личностные качества сотрудников (строгость, ответственность, умение найти подход к различным людям, авторитетность)	11 (4,8)
	Духовный	Посещение церкви, причастие к религиозным таинствам, группы «Духовность», просмотр терапевтических фильмов

Важным параметром реабилитации являлось взаимодействие пациентов между собой (общение в свободное от занятий время, негативная обратная связь от других пациентов, поддержка, пример неудачного выздоровления в случае несоблюдения рекомендаций персонала).

Среди организационных условий терапевтической среды, способствующих выздоровлению, в первую очередь, отмечается закрытость или удаленность реабилитационного центра, препятствующая досрочной выписке, а также занятость дня, режим отделения, длительность нахождения в реабилитационном центре, система штрафов за невыполнение распоряжений персонала, материальная обеспеченность реабилитационного процесса, досуговые мероприятия.

Важным оказалось также привлечение к реабилитационной работе людей, страдающих зависимостью от ПАВ и имеющих позитивный опыт лечения, а также возможность бывших пациентов, находящихся в ремиссии, взаимодействовать с реабилитантами.

По мнению пациентов, основными личностными качествами работников стационара, способствующими реабилитации, являются авторитетность специалиста, его способность вызвать уважение пациентов, строгость и соблюдение конфиденциальности.

Среди саногенетических аспектов, связанных с воздействием на окружение больного, выделяют также мотивационную работу с родственниками, семейные консультации.

Среди саногенетических аспектов реабилитации социального уровня наиболее важными выступили отношения со значимым окружением, специалистами, другими пациентами, а также условия терапевтической среды ($\chi^2=12,29$; $p \leq 0,01$).

Среди данных об отношениях пациентов с родственниками наиболее существенными оказались поддержка личностных изменений пациентов, принятие родственниками, а также действия, ограничивающие проявления зависимого поведения ($\chi^2 = 29,35$; $p \leq 0,01$). В общении пациентов со специалистами значимым выступило сочетание негативной обратной связи с поддержкой и поощрением успехов реабилитантов ($\chi^2 = 26,48$; $p \leq 0,01$).

Частота упоминаний саногенетических аспектов духовного уровня является небольшой, что, возможно, вызвано более низкой значимостью этих факторов для пациентов на данном этапе реабилитационного лечения, а также меньшим количеством воздействий этого уровня в условиях психотерапевтической стационарной реабилитации.

Таким образом, наиболее значимыми саногенетическими аспектами стационарной психотерапевтической реабилитации пациентов, зависимых от ПАВ, по их мнению, являются социальные воздействия: отношения с близкими, при которых родные поощряют личностные изменения, желание лечиться и негативно относятся к проявлениям зависимого поведения; а также отношения со специалистами, уравнивающие негативную обратную связь, критику действий реабилитантов поддержкой и верой в их возможности; лечение в условиях терапевтической среды. Также в качестве значимых выделены психологические саногенетические условия реабилитации.

Такие результаты могут быть связаны, с одной стороны, с относительной стабилизацией физического состояния, отсутствием тревоги, связанной с самочувствием. С другой стороны, с актуальной потребностью в формировании нового жизненного опыта и социальных навыков, необходимых для трезвого образа жизни при несформированности внутренних ресурсов.

В качестве иллюстрации приведем отрывок стенограммы одного из интервью.

«Начну с того, что, обратившись в центр “Бехтерев”, я испытывал психическое расстройство, связанное с употреблением наркотиков. Сначала я находился на предреабилитации, где получал комплекс неврологических капельниц, я думал, что этого будет достаточно для моего выздоровления, но оказалось, что нет...

Первое время [на реабилитации] я не понимал, что я тут забыл: люди, группы, религия и лекции – мне все происходящее казалось сектой. На первых порах я испытывал сильную тягу: меня просто выворачивало, трясло. Я не знал, как с ней справиться... Единственной поддержкой был мой личный психолог... [она] помогала мне раскрываться, и я сразу понял, что между нами должны быть честность и доверие...

До реабилитации я... совсем не ценил себя, жил по понятию “не верь, не бойся, не проси”. Я думал, что могу жить в употреблении, контролировать дозу. Но на одном занятии психолог сказал, что это понятие... чушь, глупость, – он повторял, и мне это запало в душу...

Я начал быть более открытым, дружелюбным, я начал общаться с людьми, научился слышать людей, чему способствовали утренние группы, коммуникативки, тренинги...

На реабилитации я признал свое бессилие перед наркотиком и ситуацией, в которой я оказался. Раньше я даже такого понятия “бессилие” не знал, впрочем, оно не было даже нужно, я думал, что силен в любой ситуации, особенно перед наркотиком... Здесь, на реабилитации, мне помогли, указав, что я – марионетка в руках наркотика;

что помогает мне выстраивать свои дальнейшие действия...

Действовал строго по рекомендации психологов, что принесло свои результаты.

В течение всей реабилитации палки мне в колеса вставляло мое стремление к совершенству во всем. Я выполнял домашние задания через черновики в нескольких вариантах, но позже мне объяснили, что это мой дефект характера и сейчас я научаюсь с ним уживаться.

На реабилитации я начал понимать, что я говорю, как развожу себя на употребление, чему способствовала проработка второй тетрадки реабилитанта, работа на группах.

На реабилитации я получил четкую мотивацию к выздоровлению. Помню, как сдавал работу “Моя семья”, которую сдал только со второго раза. В тот момент у меня текли слезы рекой за то, что я сделал и не сделал для своей семьи... работу “Здоровье”, которая показала, что в свои 28 лет я угробил свой организм, заработал проблемы с печенью, порубил свою голову на мельчайший винегрет... работу “Работа, учеба”, где я понял, что стал “чужим среди своих” на работе, чему способствовала наркотическая блокада меня от трезвых людей... работу “Друзья”, которая показала, что я вовсе не в силах контролировать окружающих меня друзей и вообще окружающих меня людей...».

Заключение

Таким образом, можно выделить саногенетические аспекты реабилитации, которые, по мнению пациентов, являются существенными для личностных изменений, необходимых для возможного формирования ремиссии. Такими мишенями психотерапевтических воздействий на данном этапе лечения должны выступать отношения пациентов с микросоциальным окружением, в том числе в условиях реабилитации, формирование коммуникативных навыков, способствующих успешному взаимодействию с другими людьми.

Следует отметить, что применение в практических условиях полученных результатов может способствовать удлинению срока ремиссии, однако не гарантирует ее, так как результаты основаны на субъективных оценках пациентов. Учет всех возможных воздействий на все уровни заблуждения требует дальнейшего изучения.

Литература

1. Клиническая психотерапия в наркологии (руководство для врачей-психотерапевтов) / под ред. Р.К. Назырова, Д.А. Федоряка, С.В. Ляшковской. – СПб. : НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2012. – 456 с.
2. Менделевич В.Д. Руководство по аддиктологии. – СПб. : Речь, 2007. – 768 с.
3. Пятницкая И.Н. Общая и частная наркология : руководство для врачей. – М. : Медицина, 2008. – 640 с.

4. Сидоров П.И., Новикова И.А. Ментальная медицина. – М. : ЛитТерра, 2014. – 728 с.

5. Gorski T., Miller M. Staying Sober: A Guide for Relapse Prevention. – Illinois : The Cenars Corp., 1990. – 24 p.

6. Hubbard R.L. Overview of 1-year outcomes in the drug abuse treatment outcome study (DATOS) // Psychology of Addictive Behaviors. – 1997. – N 11. – P. 261–278.

7. Roberts G., Wolfson P. Новое понимание выздоровления: оно возможно для всех // Advances in Psychiatric Treatment. – 2004. – N 10. – P. 37–48. – UNR: www.psyobsor.org/1998/28/4-1.html.

Sharygina K.S. Sanogeneticheskie aspekty reabilitatsii patsientov, zavisimykh ot psikhoaktivnykh veshhestv [Sanogenetic aspects of rehabilitation of patients dependent on psychoactive substances] *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 50. P. 113–121.

Medical Center «Bekhterev» (Russia, St. Petersburg, Koroleva str., д. 48)

Sharygina Kristina Sergeevna – clinical psychologist of Medical Center «Bekhterev» (197371, Russia, St. Petersburg, Koroleva str., 48); e-mail: bechtere@bk.ru.

Abstract. Presented are the results of the analysis of sanogenetic aspects of rehabilitation of patients dependent on psychoactive substances, received by the method of semi-structured interview. Based on factors revealed, the psychotherapeutic targets were defined. The most significant sanogenetic aspects of inpatient psychotherapeutic rehabilitation of patients dependent on drugs are socio-psychological effects: conditions of therapeutic environment, feedback during psychotherapy and communication with other patients and staff; interaction with microcommunity. Targets of psychotherapeutic influences at the stage of inpatient rehabilitation, therefore, should be the relationships between patients and microcommunity, the formation of communicative skills, skills of reflection and self-control in different situations.

Keywords: medical psychology, psychological correction, psychotherapy, rehabilitation, dependent behavior, psychoactive substances, sanogenetic aspects of rehabilitation of addicts.

References

1. Klinicheskaya psikhoterapiya v narkologii [Clinical psychotherapy in narcology]. Eds.: R.K. Nazyrov, D.A. Fedoryak, S.V. Lyashkovskaya. Sankt-Peterburg. 2012. 456 p. (In Russ.).

2. Mendelevich V.D. Rukovodstvo po addiktologii [Guide on addictology]. Sankt-Peterburg. 2007. 768 p. (In Russ.).

3. Pyatnitskaya I.N. Obshchaya i chastnaya narkologiya [General and special narcology]. Moskva. 2008. 640 p. (In Russ.).

4. Sidorov P.I., Novikova I.A. Mental'naya meditsina [Mental medicine]. Moskva. 2014. 728 p. (In Russ.).

5. Gorski T., Miller M. *Staying Sober: A Guide for Relapse Prevention*. Illinois : The Cenars Corp., 1990. 24 p.

6. Hubbard R.L. Overview of 1-year outcomes in the drug abuse treatment outcome study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*. 1997. N 11. P. 261–278.

6. Roberts G., Wolfson P. Новое понимание выздоровления: оно возможно для всех. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2004. N 10. P. 37–48. UNR: www.psychosor.org/1998/28/4-1.html.

УДК 159.9 : 616.89-008.441.33

А.И. Шумова, О.Ю. Щелкова

ДИНАМИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ В ПРОЦЕССЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО КУРСА РЕАБИЛИТАЦИИ

Санкт-Петербургский государственный университет
(Россия, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6)

Представлены результаты исследования динамики психологических характеристик, потенциально значимых для эффективности реабилитации больных героиневой наркоманией. На начальном и завершающем этапах реабилитационной программы с помощью трех психодиагностических методов (МИС, САМО-АЛ и опросник К. Шварца) исследованы 26 пациентов реабилитационного центра в возрасте от 22 до 37 лет со значительным стажем употребления героина и соответствующими проявлениями социальной дезадаптации. Описаны основные этапы программы реабилитации и критерии ее эффективности. Показана значительная разница динамики психологических характеристик в группах больных с высокой и низкой эффективностью реабилитации. При высокой эффективности выявлена положительная динамика показателей самоуважения, самопринятия, уверенности в себе, некоторых аспектов самоактуализации и системы ценностей. При низкой эффективности реабилитации подобная динамика практически отсутствовала. Полученные результаты показывают необходимость проведения кратковременного мотивационного вмешательства на самых ранних этапах реабилитации с целью усиления установок пациентов на преодоление наркотиче-

Щелкова Ольга Юрьевна – д-р психол. Наук, проф., зав. каф. мед. психологии и психофизиологии С.-Петерб. гос. ун-та (199034, Россия, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6), e-mail: Olga.psy.pu@mail.ru;

Шумова Алина Игоревна – аспирант каф. мед. психологии и психофизиологии С.-Петерб. гос. ун-та (199034, Россия, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6), e-mail: ali-shumova@mail.ru.

ской зависимости, изменение базовых характеристик самосознания и ценностных ориентаций личности.

Ключевые слова: клиническая психология, психодиагностика, аддикции, героиновая наркомания, реабилитационная программа, эффективность, самоотношение, самоактуализация, ценности личности.

Введение

Широко распространенная в современном обществе аддиктивность определяет необходимость разработки новых подходов к профилактике и лечению зависимого поведения, среди форм которого наиболее распространенными и пагубными являются химические формы зависимости. Особую актуальность этому придает отмечающийся в последние годы рост наркозависимости и омоложение наркопотребителей [5, 9]. Очевидно, что профилактика распространения наркомании, своевременное выявление и лечение лиц, страдающих наркотической зависимостью, их социальная реабилитация и реадaptация должны основываться в том числе на изучении психологических характеристик больных наркоманией. Подобное изучение связано с необходимостью разработки новых способов лечения наркоманий, а также специальных реабилитационных программ, позволяющих увеличить продолжительность ремиссии в связи с тем, что традиционное лечение больных наркоманией в условиях наркологического стационара в настоящее время следует признается малоэффективным.

Изучение эффективности вновь создающихся программ реабилитации составляет важную и актуальную задачу современной наркологии и клинической психологии. В свою очередь, изучение динамики психологических характеристик больных в процессе реабилитации, сравнительная характеристика этой динамики в группах больных с различной эффективностью реабилитационного процесса, а также изучение прогностического значения психологических особенностей пациентов для эффективности реабилитации могут во многом способствовать оценке качества программ реабилитации, наметить пути их дальнейшего развития и совершенствования.

Среди психологических характеристик, потенциально значимых для эффективности реабилитации больных героиновой наркоманией, анализ литературы позволяет выделить самосознание и его составную часть – самооценку, выполняющую регулирующую роль в поведении. Предполагается, что у больных героиновой наркоманией существует ряд особенностей самосознания и самооценки, отражающих состояние их мотивационной сферы и создающих риск неблагоприятного течения и прогноза заболева-

ния. Эти особенности в определенной степени обуславливают и само начало наркотизации [3, 13].

В связи с этим основным предметом настоящего исследования явилась динамика самоотношения и связанных с ними особенностей самоактуализации и ценностно-мотивационной сферы больных героиновой наркоманией в процессе специализированного курса реабилитации, программа которого представлена ниже.

Общая характеристика программы реабилитации. Одной из наиболее успешных программ реабилитации признана программа «Двенадцать шагов», разработанная в конце 1930-х гг. людьми, которые ранее сами зависели от наркотиков или алкоголя. Ее эффективность определяется тем, что она позволяет осуществить полную психологическую переориентацию наркозависимых путем постепенного возвращения или приобретения ими новых жизненных ценностей, свойственных здоровым людям. Шаги программы обеспечивают эволюционный подход к выздоровлению от химической зависимости. Зависимый постепенно не только изменяет свое отношение к опасному веществу, но и пересматривает все представления о собственном поведении, свои взаимоотношения с другими людьми, самооценку и Я-концепцию, свою систему ценностей, избавляется от неэффективных вариантов психологических защит [15].

Основные принципы программы «Двенадцать шагов» были положены в основу программы реабилитации больных героиновой наркоманией Санкт-Петербургского наркологического реабилитационного центра № 3 (главный врач – П.Е. Сурмиевич). Это – разработанный для специализированного учреждения курс реабилитации, предназначенный для закрепления ремиссии больных наркоманией. Средний срок реабилитации составляет 6–8 мес, в течение которых пациент постоянно находится в Центре. Процесс реабилитации включает 4 этапа.

I этап – стабилизирующий (0–1 мес), на котором происходит установление контакта с больным и его родственниками, знакомство с персоналом Центра, с распорядком дня и реабилитационными программами; выявляется круг проблем больного героиновой наркоманией, акцентируется внимание на формирование установки на отказ от наркотических веществ, анализируется «внутренняя картины болезни».

II этап – реабилитационный (1–3 мес), на котором проводится психодиагностическое исследование, выявляются психологические механизмы зависимости (главным образом – осознание причин начала употребления психоактивных веществ), цели выздоровления (осознание причин прекра-

щения употребления психоактивных веществ); работа психологов в групповой и индивидуальной формах направлена на восстановление самооценки и самопонимания больных; осуществляются стимуляция собственной активности, преодоление деструктивного общения и дефицитарной тревоги, формирование границ личности, научение способам выражать и правильно называть свои эмоции. Программа «12 шагов» на данном этапе реабилитации начинает работать в полном объеме.

III этап – адаптационный (3–6 мес), на котором проводятся групповые психологические тренинги, направленные на приобретение навыков социального взаимодействия и развитие коммуникативных способностей; проводятся групповые дискуссионные занятия, где обсуждаются темы, раскрытие которых приближает пациента к ценностям здорового общества и раскрытию собственной экзистенциальности: «Чем отличается общество наркозависимых от общества здоровых людей» (пациент должен научиться осознавать свое прошлое, не отказываясь от него), «Как правильно идти к полному выздоровлению», «Как проявляется уверенное и неуверенное поведение» и другие темы.

IV этап – реальное разрешение проблем и задач пациента (более 6 мес). Работа проводится в индивидуальной форме; ее основная цель – формирование и поддержание качественной ремиссии, полная психосоциальная реадаптация пациентов.

Реализация приведенной программы предполагает оценку ее эффективности, основанную на динамике психологических характеристик пациентов, являющихся базисными для перестройки системы значимых отношений и ценностно-мотивационных ориентиров личности. Поэтому целью настоящего исследования явилось изучение динамики психологических характеристик, потенциально значимых для закрепления ремиссии больных героиневой наркоманией, в процессе прохождения ими специализированного курса реабилитации.

Материал и методы

В соответствии с целью на базе наркологического реабилитационного центра (НРЦ) Красногвардейского района Санкт-Петербурга провели динамическое исследование 26 больных героиневой наркоманией – 16 мужчин (62 %) и 10 женщин (38 %), возраст обследуемых – от 22 до 37 лет.

Изучение социально-демографических характеристик больных показало, что более половины из них (58 %) были холосты и проживали само-

стоятельно или в семье родителей, 11 % – разведены, 31 % больных состояли в браке (имели собственную семью).

По уровню образования больные распределились следующим образом: 73 % – лица со средним образованием, 16 % – с незаконченным высшим образованием, 3 % – с высшим образованием, 8 % не смогли окончить среднюю школу и имели начальное образование.

Анализ профессионального статуса показал, что на момент исследования лишь 3 пациента (12 %) имели постоянное место работы, 23 (88 %) – не работали и отмечали, что их основная мотивация в настоящее время направлена на борьбу с зависимостью, а не на поиски работы.

В связи с потенциальной асоциальностью лиц, страдающих героиновой наркоманией, было изучено распределение больных по наличию/отсутствию судимости, которое показало, что отсутствует судимость лишь у 5 человек (19 %); уголовному преследованию с отбыванием срока наказания подверглись 35 % пациентов (7 мужчин и 2 женщины); из них 1 человек – по ст. 105 УК РФ (убийство), 1 – по ст. 162 (разбойное нападение), 7 – по ч. 2 ст. 228 УК РФ (незаконное приобретение или хранение без цели сбыта наркотических средств в крупном размере). Условную судимость имели 46 % обследованных, в подавляющем большинстве случаев – по ч. 1 ст. 228 УК РФ (незаконное приобретение или хранение без цели сбыта наркотических средств в значительном размере); отдельные лица были осуждены условно по ст. 158 и 159 (кража и мошенничество), а также по ст. 6.11 (занятие проституцией).

Таким образом, при анализе социально-демографических характеристик выявлено, что среди изученных больных героиновой наркоманией преобладали лица мужского пола; большинство больных не состоят в браке, имеют среднее образование и не работают; подавляющее количество больных (81 %) имеет в анамнезе реальные или условные сроки уголовного наказания.

Изучение медицинской документации позволило получить следующие клинические характеристики исследованных пациентов. Все больные имели диагноз F11 (психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиатов [8]). Стаж употребления морфиносодержащих наркотических веществ, представлен в табл. 1.

Как видно из табл. 1, 50 % исследованных больных употребляли героин в течение 5–10 лет; средняя длительность употребления героина ими составила 6,5 лет. На 2-м месте по частоте встречаемости – лица, употреб-

ляющие героин в течение 1–5 лет – 35 %; лишь 4 человека (15 %) имеют стаж употребления более 10 лет.

Таблица 1
Распределение больных по стажу употребления
морфиносодержащих наркотических веществ

Стаж употребления, лет	Мужчины	Женщины	Всего
1–5	7 (27)	2 (8)	9 (35)
5–10	7 (27)	6 (28)	13 (50)
10–15	2 (8)	2 (8)	4 (15)

Программа исследования. В соответствии с задачами, исследование проводилось в 2 этапа: в период начала становления ремиссии (1-й месяц) и по завершении реабилитационной программы (в период устоявшейся ремиссии, через 6 мес).

На завершающем этапе с помощью экспертной оценки врачей-наркологов определялась эффективность реализованной реабилитационной программы. Помимо клинического метода для отнесения пациента к группе лиц «с высокой эффективностью реабилитации» или к группе лиц «с низкой эффективностью реабилитации», врачами использовались такие критерии, как систематические прогулы психотерапевтических занятий без причины, регулярное невыполнение домашних заданий (работа по шагам, завершение того, что не успел), употребление в ходе реабилитации алкоголя, легких наркотических веществ, конфликтность с окружающими, а также отказ от дальнейшего участия в реабилитационной программе.

На основании экспертных оценок были выделены 2 группы больных: 1-я – с высокой ($n = 17$, или 65 %), 2-я – с низкой ($n = 9$, или 35 %) эффективностью реабилитации.

Динамическое исследование предполагало сравнение всей группы больных по психологическим показателям, полученным на начальном и завершающем этапах реабилитации, а также подобное сравнение в подгруппах больных с высокой и низкой эффективностью реабилитации. Проанализировали 105 социально-демографических, клинических, клинко-психологических характеристик и психодиагностических показателей больных. Для реализации программы обследования использовали:

- «Методику исследования самоотношения» (МИС) [11];
- «Тест измерения уровня самоактуализации» (САМОАЛ) – русскоязычная версия (авторы Н.Ф. Калина, А.В. Лазукин) опросника Э. Шостром «Personal Orientation Inventory» (POI) [2];

– «Опросник для изучения ценностей личности», разработанный С. Шварцем и адаптированный В.Н. Карандашевым (2004) [6].

Тест-опросники заполнялись испытуемыми дважды: на начальном и заключительном этапах реабилитации. Прогностическое исследование предполагало сравнение психологических характеристик (полученных на начальном и конечном этапе реабилитации) больных с высокой и низкой эффективностью реабилитации с целью выявления потенциальных психологических предикторов качества лечения, что могло бы способствовать большей обоснованности и целенаправленности психологического вмешательства с учетом индивидуальных особенностей пациентов.

Математико-статистическую обработку данных проводили с помощью программ SPSS 20.0 и Excel XP. В таблицах представлены средние величины и среднее квадратическое отклонение ($M \pm \sigma$).

Результаты и их анализ

В табл. 2 приведены результаты динамического исследования показателей самооотношения в общей и 1-й группе больных в процессе реабилитации, полученные с помощью МИС. В этой и последующих таблицах представлены показатели, имеющие статистически значимые и близкие к ним различия.

Таблица 2
Динамика показателей МИС у пациентов с героиновой зависимостью, балл

Шкала	Общая группа		p <	1-я группа		p <
	1-й мес	через 6 мес		1-й мес	через 6 мес	
Самоотношения	15,4 ± 5,4	20,0 ± 5,1	0,05	15,3 ± 5,2	20,6 ± 4,2	0,05
Самоуважения	6,3 ± 2,7	8,2 ± 3,0		6,4 ± 2,8	8,5 ± 2,1	
Аутосимпатии	6,9 ± 2,8	9,3 ± 3,4	0,05	7,1 ± 2,9	10,1 ± 3,1	0,05
Ожидаемого отношения других	8,1 ± 2,6	9,9 ± 1,5	0,05	8,4 ± 2,4	10,0 ± 1,6	
Самоуверенности	3,2 ± 1,9	5,0 ± 1,9		3,4 ± 2,1	4,9 ± 1,5	
Самопринятия	3,9 ± 1,8	4,9 ± 1,9	0,05	3,9 ± 1,8	5,5 ± 1,3	0,05

Как показывает табл. 2, на завершающем этапе реализации реабилитационной программы (через 6 мес после ее начала) по сравнению с начальным этапом выявлены статистически значимые различия между суммарными показателями самооотношения, показателями шкал «Аутосимпатия», «Ожидаемое отношение других» «Самопринятие». Близкие к статисти-

стической значимости различия получены по показателям «Самоуважение» и «Самоуверенность».

Полученные данные показывают, что в процессе реабилитации больные стали более позитивно оценивать и понимать себя, появилась уверенность в своих силах, в том, что они способны контролировать собственную жизнь и быть последовательными. Этот результат является существенным, так как именно ослабление волевых сторон личности считается облигатным признаком наркотической зависимости. Результаты также отражают динамику социальной перцепции и прогнозирования: ожидаемое отношение микросоциального окружения воспринимается как менее враждебное, эмоционально напряженное и конфликтное.

В то же время необходимо отметить, что структура обобщенного конструкта «Самоотношение» претерпела незначительные изменения в процессе реабилитации. Так, самые верхние позиции в этой структуре (соответствующие высоким значениям шкал МИС) занимают показатели шкалы «Ожидаемое отношение других», характеризующей представление субъекта о способности вызвать у других людей уважение и симпатию. Самые низкие значения в этой структуре занимают показатели шкал «Самоуверенность» и «Самопринятие», значения которых в процессе реабилитации изменились от низких до средних [10]. Оказалось также, что у пациентов общей и 1-й групп были схожие результаты (см. табл. 2). Во-первых, это объясняется тем, что показатели пациентов 1-й группы составляли 65 % вклада общей группы. Во-вторых, позитивный результат реабилитации отражается прежде всего в динамике суммарного показателя самоотношения, а также в динамике таких его частных проявлений, как самоуважение и самопринятие, эмоционально положительное отношение к себе (ауто-симпатия), уверенность в себе и в уверенность в положительном восприятии членами ближайшего социального окружения. Названные показатели самоотношения выступают естественной основой психического здоровья и цельности личности [14]. Таким образом, процесс реабилитации влияет на формирование позитивного самоотношения, которое способствует гармоничному развитию личности и является условием ее развития. Позитивное самоотношение, в свою очередь, формирует позитивную Я-концепцию [1, 4]. В дальнейшем была изучена динамика показателей методики МИС во 2-й группе больных. Результаты исследования показали различия показателей в сравниваемые периоды на уровне, близком к статистической значимости, только по шкале «Ожидаемое отношение других», оценка которой увеличилась на завершающем этапе по сравнению с начальным этапом

реабилитации – $(5,4 \pm 1,7)$ и $(6,6 \pm 0,9)$ соответственно ($0,05 < p < 0,1$). Учитывая, что ожидаемое отношение лиц референтного окружения является производной от их реального (объективного) отношения и самооценки, можно предположить, что даже у тех пациентов, которые не очень дисциплинированы и комплаентны в процессе реабилитации, наблюдается некоторая положительная динамика названных психосоциальных характеристик. Эта динамика, очевидно, уступает в качественном и количественном отношении динамике показателей МИС больных героиновой наркоманией с высокой эффективностью реабилитации.

Результаты самоактуализации у больных общей группы в процессе реабилитации представлены в табл. 3. В процессе реабилитации статистически значимо возрастают показатели шкал «Контактность» и «Гибкость в общении» опросника САМОАЛ. Эти результаты свидетельствуют о том, что в процессе реабилитации на фоне улучшения общего самочувствия и настроения возрастает потребность в прочных и глубоких (не поверхностных и безответственных) эмоционально наполненных взаимоотношениях.

Таблица 3

Динамика показателей САМОАЛ у пациентов с героиновой зависимостью, балл

Шкала	Общая группа		p <	1-я группа		p <
	1-й мес	через 6 мес		1-й мес	через 6 мес	
Контактность	7,7 ± 2,3	8,9 ± 3,0	0,05	7,0 ± 2,3	9,3 ± 2,7	0,05
Гибкость в общении	7,4 ± 2,5	8,4 ± 2,1	0,01	6,6 ± 2,6	9,0 ± 1,7	0,01

Динамика показателей шкалы «Гибкость в общении» подтверждается результатами клинико-психологического исследования (направленных бесед и включенного наблюдения), согласно которым на завершающем этапе реабилитации пациенты проявляли большую пластичность, способность переориентироваться на достижимые в настоящий момент цели, принимать конструктивные решения; были способны к адекватному самовыражению в процессе общения. Однако это верно в основном в отношении тех пациентов, которые имеют высокую мотивацию к лечению, о чем свидетельствуют результаты динамического исследования с помощью САМОАЛ больных героиновой наркоманией с высокой и низкой эффективностью реабилитации.

В динамическом исследовании пациентов 1-й группы получены результаты, аналогичные результатам общей группы больных (см. табл. 3). При исследовании больных 2-й группы ни по одной из 11 шкал методики

САМОАЛ не выявлено статистически значимых различий оценок, полученных на начальном и завершающем этапах реабилитации.

Возрастание показателей шкал «Контактность» и «Гибкость» методики САМОАЛ в 1-й группе пациентов указывает на то, что процесс реабилитации в наибольшей степени повлиял на социальные отношения личности. В соответствии с этим данные клинико-психологического исследования показывают, что на начальном этапе лечения, вследствие искаженного болезнью социального взаимодействия, пациент старается избегать любой формы общения, проявляет недружелюбие и недоверчивость по отношению к тем, кого считает частью угрожающего социума, в реабилитационном процессе старается избегать ответственности и признания патологического характера зависимости от психоактивных веществ.

Групповая психотерапевтическая работа в рамках реабилитационной программы с такими больными ориентирована прежде всего на установление доверительных отношений с окружающими, переработку негативного опыта социального взаимодействия, которым наполнен их жизненный путь. Существенно затрудняет реабилитацию то, что пациенты этой группы изначально не мотивированы на конструктивную работу по преодолению зависимости. Это, безусловно, повлияло на результативность реабилитации, а также на отсутствие динамики показателей теста на самоактуализацию САМОАЛ.

В табл. 4 приведены показатели основных ценностей личности, полученные с помощью «Опросника для изучения ценностей личности» у больных героиновой наркоманией в процессе реабилитации. В общей группе больных получены статистически значимые различия показателей шкалы «Наслаждение», отражающие увеличение стремления больных к удовлетворению естественных желаний, к наслаждению жизнью (едой, сексом, досугом), что косвенным образом отражает возрастание жизненного тонуса, настроения, энергии и, наоборот, уменьшение невротоподобных (астенических, депрессивных и др.) компонентов психического состояния на заключительном этапе реабилитации по сравнению с начальным этапом.

Таблица 4

Динамика показателей ценностей личности у пациентов
с героиновой зависимостью, балл

Шкала	Общая группа		p <	1-я группа		p <
	1-й мес	через 6 мес		1-й мес	через 6 мес	
Наслаждение	3,8 ± 0,9	4,0 ± 0,8	0,01	3,6 ± 0,7	4,2 ± 0,7	0,05
Духовность	3,8 ± 0,9	4,2 ± 0,8	0,01	3,7 ± 0,8	4,3 ± 0,8	0,05
Традиции	3,6 ± 1,1	4,3 ± 0,9	0,01	3,5 ± 1,2	4,5 ± 0,9	0,05

В соответствии с полученными результатами (динамика показателей шкалы «Духовность») в процессе реабилитации в системе личностных ценностей большее значение начинают приобретать потребности в глубоких и прочных контактах, во взаимности в отношениях с близкими, верность, полезность для других людей, терпимое отношение к ним, внутренняя гармония («мир с самой собой»). Повышение показателей шкалы при обследовании через 6 мес реабилитации также является значимым. Аналогичные результаты получены при изучении динамики показателей шкалы «Традиции», отражающие изменение отношения к традициям, общественным нормам и ценностям (например, уважение старших), а также к религии (см. табл. 4).

Таким образом, в процессе реабилитации больных героиновой наркоманией происходит изменение в системе ценностей личности. Причем положительная динамика отмечена как в области ценностей, связанных с потребностно-биологической сферой личности («Наслаждение»), так и в области более социально детерминированных и духовных ценностей.

Во 2-й группе больных ни по одной из 12 шкал опросника ценностей личности не выявлено статистически значимых различий. Клинико-психологический метод (структурированная беседа), а также качественный анализ ответов на пункты опросника С. Шварца показал, что предъявляемые больными ценности, связанные со здоровым образом жизни, имеют декларативный характер и не отражают наличия сознания болезни и стремления к ее преодолению; напротив, реальную значимость имеют материальные ценности, связанные с обеспечением наркопотребления; социальные и духовные ценности не изменили своего скромного положения в общей системе ценностей личности больных героиновой наркоманией с низкой эффективностью реабилитации.

По данным клинико-психологического исследования, на первом этапе реабилитации, когда стаж воздержания от наркотиков был в пределах 1 мес,

психологический статус пациентов характеризовался негативным отношением к себе и легкостью формирования чувства вины, другими невротоподобными симптомами – низкой работоспособностью, вялостью, изменчивостью настроения, повышенной раздражительностью и тревожностью; было характерно пассивное отношение к жизни, неудовлетворенность актуальной жизненной ситуацией и пессимистическая оценка будущего.

Во время повторного исследования (по окончании программы реабилитации) с помощью клинико-психологического метода (направленной беседы и наблюдения) во многих случаях фиксировался иной рисунок поведения: более адекватная самооценка (осознание и реалистичная оценка своих достоинств и недостатков) с тенденцией к неудовлетворенности собой, отчетливое желание изменить образ жизни, найти работу, наличие критики к болезни и осознание патологического характера зависимости, достаточная работоспособность.

Заключение

Проведенное исследование показывает динамику психологических характеристик самосознания, самоактуализации и системы ценностей больных героиновой наркоманией в процессе прохождения ими специализированного курса реабилитации. Выявлено, что эта динамика отличается в группах больных с высокой и низкой эффективностью реабилитации. Это определяет необходимость проведения кратковременного мотивационного вмешательства на самых ранних этапах реабилитации с целью усиления установок пациентов на преодоление наркотической зависимости, сохранение здоровья, личностного и социального статуса.

Для усиления целенаправленности такого вмешательства на следующем этапе планируется изучение прогностического значения психологических характеристик больных героиновой наркоманией для эффективности реабилитационного процесса, выделение среди них наиболее информативных предикторов благоприятного и неблагоприятного результата реабилитации. С этой целью планируется проведение сравнительного анализа показателей шкальных оценок использованных психодиагностических методов (МИС, САМОАЛ и опросника С. Шварца), полученных до начала реабилитации, в группах больных с высокой и низкой эффективностью реабилитационного процесса. Эти данные могут позволить уже до начала лечения определить те психологические характеристики пациентов, которые способствуют (благоприятные прогностические признаки) и препятствуют (неблагоприятные прогностические признаки) эффективной

реабилитации больных героиновой наркоманией и, соответственно, способные служить «опорой» или «мишенями» психотерапии и ресоциализации больных.

Литература

1. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. – М. : Прогресс, 1986. – 422 с.
2. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Диагностика самоактуализации личности // Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М. : Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. – С. 426–433.
3. Елшанский С.П. Внутреннее восприятие и механизмы развития зависимостей от ПАВ // Вопр. наркологии. – 2002. – № 4. – С. 7–11.
4. Исурина Г.Л. Задачи и механизмы лечебного действия личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии в свете разработки интегративной модели // Клиническая психология : хрестоматия. – СПб. [и др.] : Питер, 2000. – С. 250–261.
5. Иванец Н.Н. (ред.) Руководство по наркологии. – М. : Медпрактика, 2002. – Т. 1. – 443 с.
6. Карандашев В.Н. Методика Шварца для изучения ценностей личности: концепция и метод. руководство. – СПб. : Речь, 2004. – 70 с.
7. Маслоу А. Самоактуализированные люди: исследование психологического здоровья // Мотивация и личность. – СПб. : Евразия, 1999. – Гл. 11. – С. 219–259.
8. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств : МКБ-10. – СПб. : Адис, 1994. – 303 с.
9. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения : учеб. пособие. – СПб. : Речь, 2005. – 443 с.
10. Настольная книга практического психолога / сост.: С.Т. Посохова, С.Л. Соловьева. – М. : АСТ : Хранитель ; СПб. : Сова, 2008. – 671 с.
11. Пантिलеев С.Р. Методика исследования самоотношения. – М. : Смысл, 1993. – 32 с. – (Психодиагностич. серия ; вып. 7).
12. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. – СПб. : Речь, 2000. – 402 с.
13. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркоманий и алкоголизма. – М. : Академия, 2003. – 176 с.
14. Столин В.В. Психодиагностика самосознания // Общая психодиагностика / под ред. А.А. Бодалева, В. В. Столина. – СПб. : Речь, 2004. – Гл. 9. – С. 346–405.
15. Шельгин К.В., Червина Н.А. Профилактика наркоманий и алкоголизма / под ред. П.И. Сидорова. – Архангельск : Сев. гос. мед. ун-т, 2007. – 55 с.
16. Шостром Э. Анти-Карнеги, или Человек-манипулятор. – М. : Дубль-В, 1994. – 128 с.

Shumova A.I., Shchelkova O.Yu. Dinamika psikhologicheskikh kharakteristik bol'nykh geroinovoy narkomaniey v protsesse spetsializirovannogo kursa reabilitatsii [The dynamics of psychological characteristics of heroin addicts during the specialized rehabilitation course]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin psychotherapy]. 2014. N 50. P. 121–135.

Saint Petersburg State University (Russia, St. Petersburg, Makarova Embank., 6)

Shumova Alina Igorevna – Post-graduate, the department of medical psychology and psychophysiology, Saint Petersburg State University (199034, Russia, St. Petersburg, Makarova Embank., 6), e-mail: ali-shumova@mail.ru;

Shchelkova Olga Yuryevna – Doctor of Psychology, Professor, chief of the department of medical psychology and psychophysiology, Saint Petersburg State University (199034, Russia, St. Petersburg, Makarova Embank., 6), e-mail: Olga.psy.pu@mail.ru

Abstract. The article presents the results of a study of the dynamics of psychological characteristics, that are potentially relevant for the effectiveness of heroin addicts' rehabilitation. A total of 26 patients of the rehabilitation center, aged from 22 to 37 years with considerable experience of heroin use and related manifestations of social disadaptation have been examined at the initial and final stages of the rehabilitation program with the use of three psychodiagnostic methods ("Method of self-study", "Test measuring the level of self-actualization" and "Personal values questionnaire" of K. Schwartz). The basic stages of the rehabilitation program and criteria of its effectiveness have been described. The significant difference in the dynamics of psychological characteristics in the groups of patients with high and low efficiency of rehabilitation was revealed. Patients with high efficiency of the rehabilitation process demonstrated positive changes in self-esteem, self-acceptance, confidence, self-actualization and certain aspects of the value system. In patients with low efficiency of rehabilitation such dynamics was practically absent. The results demonstrated the need for short-term motivational intervention at the most early stages of rehabilitation in order to strengthen patients' attitudes to overcome drug addiction, change the basic characteristics of self-conscience and values of the individual.

Keywords: clinical psychology, psychodiagnostics, addictions, heroin addiction, rehabilitation program, efficiency, self-attitude, self-actualization, values of the individual.

References

1. Berns R. Razvitiye Ya-kontseptsii i vospitanie [The development of self-concept and education]. Moskva. 422 p. (In Russ.).
2. Fetiskin N.P., Kozlov V.V., Manuylov G.M. Diagnostika samoaktualizatsii lichnostiyu. Sotsial'no-psikhologicheskaya diagnostika razvitiya lichnosti i malykh grupp [Diagnostics of self-actualization. Socio-psychological diagnostics of development in personality and small groups]. Moskva. 2002. P. 426–433. (In Russ.).
3. Elshanskiy S.P. Vnutrennee vospriyatie i mekhanizmy razvitiya zavisimostey ot PAV [Internal perception and mechanisms of substance dependence]. *Voprosy*

narkologii [Questions narcology]. 2002. N 4. P. 7–11. (In Russ.).

4. Isurina G.L. Zadachi i mekhanizmy lechebnogo deystviya lichnostno-orientirovannoy (rekonstruktivnoy) psikhoterapii v svete razrabotki integrativnoy modeli. Klinicheskaya psikhologiya [Objectives and mechanisms of therapeutic action of personality-centered (reconstructive) psychotherapy in the light of the development of an integrative model]. Sankt-Peterburg. [et al.]. 2000. P. 250–261. (In Russ.).

5. Rukovodstvo po narkologii [Guide on narcology]. Ed. N.N Ivanets. Moskva. 2002. Vol. 1. 443 p. (In Russ.).

6. Karandashev V.N. Metodika Shvartsa dlya izucheniya tsennostey lichnosti: kontseptsiya i metodicheskoe rukovodstvo [Schwartz technique for studying personality values: concept and methodological guide]. Sankt-Peterburg. 2004. 70 p. (In Russ.).

7. Maslou A. Samoaktualizirovannyye lyudi: issledovanie psikhologicheskogo zdorov'ya. Motivatsiya i lichnost' [Self-actualized people: a study of mental health. Motivation and Personality]. Sankt-Peterburg. 1999. Chap. 11. P. 219–259. (In Russ.).

8. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya bolezney (10-y peresmotr). Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroystv : MKB-10 [International Classification of Diseases (10th revision). Classification of mental and behavioral disorders: ICD-10]. Sankt-Peterburg. 1994. 303 p. (In Russ.).

9. Mendelevich V.D. Psikhologiya deviantnogo povedeniya [Psychology of deviant behavior]. Sankt-Peterburg. 2005. 443 p. (In Russ.).

10. Nastol'naya kniga prakticheskogo psikhologa [Handbook of practical psychology]. Ed. S.T. Posokhova, S.L. Solov'eva. Moskva [et al.]. 2008. 671 p. (In Russ.).

11. Pantileev S.R. Metodika issledovaniya samootnosheniya [Technique to study the self-attitude]. Moskva. 1993. 32 p. (Psikhodiagnosticheskaya seriya. Issue 7). (In Russ.).

12. Popov Yu.V., Vid V.D. Sovremennaya klinicheskaya psikiatriya [Modern clinical psychiatry]. Sankt-Peterburg. 2000. – 402 p. (In Russ.).

13. Sirota N.A, Yaltonskiy V.M. Profilaktika narkomanii i alkogolizma [Drug and alcohol abuse prevention]. Moskva. 2003. 176 p. (In Russ.).

14. Stolin V.V. Psikhodiagnostika samosoznaniya. Obshchaya psikhodiagnostika [Psychodiagnosics of self-attitude. General psychodiagnosis]. Eds. A.A. Bodaleva, V.V. Stolina. Sankt-Peterburg. 2004. Chap. 9. P. 346–405. (In Russ.).

15. Shelygin K.V., Chervina N.A. Profilaktika narkomanii i alkogolizma [Drug and alcohol abuse prevention] / Ed. P.I. Sidorova. Arkhangel'sk. 2007. 55 p. (In Russ.).

16. Shostrom E. Anti-Karnegi, ili Chelovek-manipulyator [Anti-Carnegie, or man-manipulator]. Moskva. 1994. 128 p. (In Russ.).

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ, ПСИХОДИАГНОСТИКА

УДК 612.86-055.2

О.П. Бартош, Т.П. Бартош

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТРЕНИНГА НА АДАПТАЦИЮ МЛАДШИХ ПОДРОСТКОВ

Научно-исследовательский центр «Арктика» РАН
(Россия, г. Магадан, пр. Карла Маркса, д. 24)

Рассматривается влияние социально-психологического тренинга (СПТ) на адаптацию 24 подростков VI класса общеобразовательной школы г. Магадана. Всего провели 20 тренинговых встреч продолжительностью 1 ч с периодичностью 2-3 раза/мес после окончания уроков. До и после курса СПТ у подростков оценили социальную фрустрированность и самоуважение, до и после занятия – самочувствие, активность и настроение. Показаны положительные изменения в самосознании учащихся, уменьшение уровня социальной фрустрированности, повышение самооценки, что способствовало формированию социально-психологической адаптации школьников.

Ключевые слова: клиническая психология, психологическая коррекция, социально-психологический тренинг, подростки, самооценка, функциональное состояние, психическая адаптация, психодиагностика.

Введение

В настоящее время психологический тренинг как метод социально-психологической адаптации – наиболее востребованный и эффективный вид психологической работы в школе. Тренинги находят широкое применение при оказании психологической помощи, позволяют эффективно решать задачи, связанные с развитием навыков общения, самоконтроля и самопознания, активизацией творческого потенциала и особенно актуальны в подростковом возрасте [8, 11]. Для подростка межличностные отношения в группе максимально значимы, так как ведущей деятельностью является

Бартош Ольга Петровна – канд. биол. наук, науч. сотр. группы психофизиологии Науч.-исслед. центра «Арктика» РАН (685000, Россия, г. Магадан, пр. Карла Маркса, д. 24); e-mail: olga_bartosh@inbox.ru;

Бартош Татьяна Петровна – канд. биол. наук доц., вед. науч. сотр. группы психофизиологии Науч.-исслед. центра «Арктика» РАН (685000, Россия, г. Магадан, пр. Карла Маркса, д. 24); e-mail: tabart@rambler.ru.

общение со сверстниками. Поэтому отсутствие навыка адекватного взаимодействия со сверстниками способствует дезадаптированности подростка в социальной сфере и может потенцировать формирование отклоняющихся форм поведения, что способствует фрустрации и депрессивным состояниям, формированию неврозов и многим другим негативным факторам развития личности у подростков [13].

Подростковый возраст – период не только противоречий, но и время готовности к развитию и восприимчивости к влиянию. Психологический тренинг – эффективный метод стимулирования развития процессов самораскрытия и самопознания. Именно в группе открытие себя другим и самому себе позволяет понять себя, изменить себя и повысить уверенность в себе [4]. С процессом самосознания личности подростков тесно связана самооценка, которая играет роль в регуляции поведения и обеспечения наилучшей адаптации к жизни [6,7]. Самооценка возникает в результате формирования личности, начиная с раннего возраста, с усвоения ребенком внешних оценок, которыми награждают его родители, воспитатели и все окружение [2]. Формируясь как личность, ребенок все чаще начинает самостоятельно и осознанно давать определенные оценки разным своим проявлениям, сравнивая себя с другими людьми, с отношением к нему, с теми нормами и идеалами, которые существуют в обществе [7]. Самооценка подростка может быть заниженной, если подросток не удовлетворен в учебе, спорте, игре, во взаимоотношениях с окружающими. Известно, что у подростков с асоциальным поведением отмечена тенденция к заниженной самооценке [13]. Диагностика уровня самоуважения является важной задачей психодиагностической работы с подростками, поскольку для подросткового возраста характерно низкое самоуважение. Они болезненно реагируют на критику, смех, порицание, остро переживают, если у них что-то не получается или если они обнаруживают в себе какой-то недостаток. Пониженное самоуважение и коммуникативные трудности снижают и социальную активность личности [6, 14].

Для подростков характерна хроническая ситуация неудовлетворенности, порожденная различными аспектами вхождения во взрослость. Зачастую реакция на фрустрацию проявляется в разочарованиях, тревоге, неуверенности в себе, раздражительности и агрессивных реакциях [1, 3]. Именно в подростковом возрасте важно способствовать развитию и формированию положительных личностных качеств, уверенности в себе, развитию эмпатии, научить навыкам саморегуляции и способам межличност-

ного взаимодействия для создания основы эффективного и гармоничного общения с людьми.

По мнению ряда авторов [5, 8, 10, 11, 15], само участие человека в тренинговой группе является важным фактором, влияющим на личностные изменения человека. Эмоциональная поддержка участников группы друг другом, создание атмосферы доверия, заинтересованности – все это снижает проявление защитных механизмов, придает уверенность, повышает самооценку, самоуважение, положительно влияет на развитие позитивного отношения к себе [2, 4]. Участникам группы предоставляется уникальная возможность эмоционального реагирования. Наблюдения и активная работа участников в группе помогают осмыслить собственный опыт и поведение других участников группы, понять мотивы собственных поступков и поступков других людей, проанализировать возможные формы эмоционального реагирования и решения каких-либо конфликтных ситуаций.

Специально организованный и педагогически направляемый процесс самопознания существенно повышает уровень адекватности самооценки, уверенности в себе, снижает тревожность, а также оказывает довольно сильное влияние на состояние адаптированности к учебной деятельности [7]. Н.А. Сирота и В.М. Ялтонский [13] экспериментально установили, что развитие личностных ресурсов и навыков разрешения проблем помогает подросткам избегать девиантных форм поведения.

Учитывая ранее сказанное, задачей наших школьных тренингов было содействие процессам личностного развития, развития самосознания и самооценки учеников для коррекции или предупреждения эмоциональных нарушений на основе внутриличностных и поведенческих изменений.

Цель нашего исследования – изучить влияние социально-психологического тренинга (СПТ) на психическое состояние и свойства личности младших подростков. Были поставлены следующие задачи:

- 1) сравнить эмоциональные показатели подростков непосредственно до и после тренингового занятия;
- 2) проанализировать уровень социальной фрустрированности, показатели самооценки и самоуважения до и после завершения социально-психологического тренинга.

Материалы и методы

Объектом исследования стали школьники VI класса (24 человека, из них – 7 девочек, 17 мальчиков) в школе-лицее г. Магадана. Данный класс

характеризовался учителями как «сложный, неуправляемый», что определило проведение у них тренинга. Класс посещал СПТ личностного роста.

Всего провели 20 тренинговых встреч продолжительностью 1 ч с периодичностью 2-3 раза/мес после окончания уроков. СПТ проходил в течение 8 мес, с октября по май. В процессе работы с группой использовались когнитивно-поведенческий подход и следующие методические приемы: дискуссионные, игровые, психогимнастические упражнения. Основная позиция участников – размещение по кругу в классе, при этом в круг был включен классный руководитель, который выполнял те же упражнения, что и ученики.

Перед началом тренинга и по его завершении провели психодиагностическое тестирование, использовали методики:

- уровень социальной фрустрированности подростковый (УСФ-п). Методика разработана сотрудниками Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института (руководитель коллектива психологов – проф. Л.И. Вассерман). Методика изучает 20 аспектов личностно-социальных взаимоотношений, удовлетворенность которыми испытуемый оценивает по 5-балльной шкале;

- самооценку определяли с помощью вербальной самооценки личности, где 0–25 баллов свидетельствуют о высоком уровне самооценки; 26–45 баллов – показатель среднего уровня самооценки; 46–128 баллов – уровень самооценки низкий, болезненно переносятся критические замечания, неуверенность в себе [14];

- диагностика уровня самоуважения (шкала М. Розенберга) [9];

- опросник для оперативной оценки самочувствия, активности и настроения (САН) [12].

Динамика этих показателей позволяет субъективно оценить функциональное состояние человека в индивидуальном сознании. Оценка САН производилась непосредственно до и после каждой сессии тренинга на протяжении 8 мес.

Полученные данные статистически обработали на компьютере с помощью программ «Excel» и «Statistica». Достоверность различий оценивали по U-критерию Манна–Уитни и t-критерия Стьюдента. В таблицах представлены средние величины и ошибки средних величин ($M \pm m$).

Результаты и их анализ

Результаты исследования представлены в табл. 1. Анализ данных показал, что общий уровень самооценки у обследуемых подростков невысокий, они болезненно переносят критические замечания, неуверены в себе.

Таблица 1
Динамика свойств личности у школьников, балл

Показатель	Период СПТ		p <
	до	после	
Вербальная самооценка личности	52,0 ± 4,7	48,0 ± 5,1	–
Уровень самоуважения по шкале М. Розенберга:			
самоуважение	20,7 ± 0,6	20,5 ± 0,7	–
самоунижение	7,6 ± 0,8	10,7 ± 0,7	0,05
общий уровень	28,3 ± 0,8	31,3 ± 1,0	0,05
Уровень социальной фрустрированности	1,7 ± 0,1	1,5 ± 0,1	–

По завершении тренинга произошли изменения, и детальный анализ данных исследования показал следующие результаты (табл. 2), свидетельствуя, что у большей части подростков перед началом СПТ отмечалась низкая самооценка. После тренинга прослеживаются положительная динамика и тенденция к повышению самооценки. У некоторых подростков уровень самооценки перешел из низкого в средний или из среднего в высокий уровень. В итоге, процент лиц с высокой и средней самооценками увеличился.

Таблица 2
Динамика самооценки личности у школьников, %

Уровень самооценки	Период СПТ	
	до	после
низкий	58	50
средний	25	27
высокий	17	23

Полученные данные по шкале Розенберга показали, что общая оценка самоуважения по завершении тренинга достоверно выросла ($p < 0,05$), причем за счет снижения самоуничижения (см. табл. 1). Поскольку низкий уровень самоуважения у подростков является фактором риска девиантного

поведения [13], то наши данные показательными в отношении эффективности проделанной нами работы во время тренинга.

Анализ данных по шкале УСФ-п выявил тенденцию снижения уровня социальной фрустрированности с $(1,7 \pm 0,1)$ до $(1,5 \pm 0,1)$ балла (см. табл. 1), что указывает на положительную динамику удовлетворенности своей жизнью. Табл. 3 демонстрирует динамику удовлетворенности сферами социального функционирования через сравнение ее уровней у подростков по опроснику УСФ-п до и после завершения тренинга.

Таблица 3

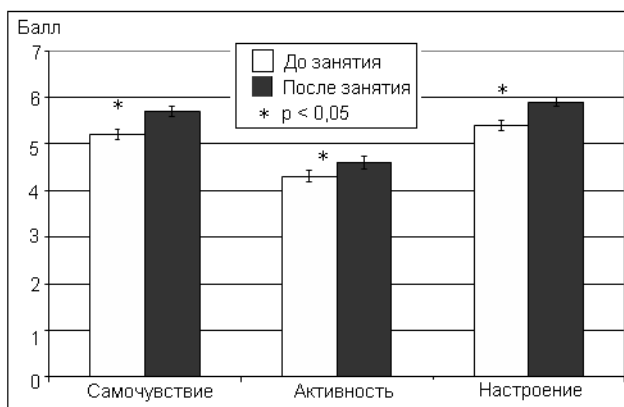
Динамика показателей удовлетворенности сферами социального функционирования у подростков, %

Показатель	Период СПТ	
	до	после
Я удовлетворен (а)...		
взаимоотношениями с матерью	83	100
взаимоотношениями с отцом	77	70
взаимоотношениями с братьями/сестрами	69	92
взаимоотношениями с другими близкими родственниками	79	91
взаимоотношениями с друзьями и знакомыми сверстниками (в месте обучения)	79	82
взаимоотношениями со сверстниками противоположного пола	83	86
взаимоотношениями с учителями	67	77
обстановкой в школе	75	77
своей успеваемостью и другими достижениями (спорт, творчество)	79	73
своей самостоятельностью, независимостью и уверенностью в себе	83	96
своим положением среди сверстников	67	82
мнением окружающих лиц о себе	67	86
материальным положением	79	91
жилищно-бытовыми условиями	92	96
проведением свободного времени	88	91
своим образом жизни в целом	92	91
своим физическим развитием и состоянием	83	96
своим психическим здоровьем	83	77
своими интеллектуальными способностями	75	86
своим здоровьем в целом	83	96

Улучшение социальной адаптации подростков подтверждают результаты, где из 20 утверждений у 10 отмечено повышение удовлетворен-

ности на 15–20 %. После завершения тренинга произошло снижение показателей уровня социальной фрустрированности вследствие улучшения взаимоотношений с матерью и другими близкими родственниками, удовлетворенности материальным положением семьи, своими интеллектуальными способностями и здоровьем в целом. И самое важное для подросткового возраста – это повышение уровня удовлетворенности своей самостоятельностью, независимостью и уверенностью в себе, а также своим положением среди сверстников и мнением окружающих лиц о себе (см. табл. 3).

На рис. представлены усредненные показатели подростков до и после тренинговых занятий по методике САН.



Показатели методики САН у подростков до и после тренингового занятия.

Оказалось, что показатели самочувствия, активности и настроения достоверно повышались после участия в тренинговом занятии ($p < 0,05$). Показатели шкалы самочувствия, которая в интегративной форме отражает функциональное состояние организма, выросли на 10 %; по шкале активность, которая выявляет актуальный энергетический потенциал, – на 7 %; по шкале настроение, отражающей эмоциональное отношение к внутренним и внешним условиям жизнедеятельности, – на 9 %.

Так как школьники участвовали в тренинге после окончания школьных уроков и были немного уставшими, то активность их снижена и, в целом, составляет только $(4,3 \pm 0,12)$ балла. Однако после тренинга она повышалась, а настроение возрастало почти до максимально возможного балла – $(6,0 \pm 0,1)$. Это свидетельствует о позитивном воздействии занятий на психическое состояние младших подростков.

По окончании тренинга мы попросили классную руководительницу дать отзыв о проделанной работе. По ее наблюдениям, класс стал сплоченнее (класс впервые занял первое место в школьном конкурсе), дети стали более терпимы по отношению друг к другу, перестали бояться и стесняться говорить о себе в кругу одноклассников. Начали делать замечания друг другу, если кто-то из одноклассников обижает другого. Некоторые дети вели себя более сдержанно в конфликтной ситуации, стали переводить ситуации в разряд шутки, юмора. По словам классного руководителя, в результате ее участия в тренинге вместе с учениками заметно улучшилось взаимопонимание между нею и учениками класса, отношения стали более доверительными. Остальные учителя-предметники заметили явный личностный рост у пятерых школьников.

Заключение

Таким образом, проведение нами социально-психологического тренинга у шестиклассников способствовало изменениям в самосознании учащихся, уменьшению уровня социальной фрустрированности и повышению самооценки, что является очень важным моментом в развитии взрослеющей личности, повышении социально-психологической адаптации и улучшении психологического здоровья подростков.

Проведенное исследование показывает актуальность психокоррекционной работы в младшем подростковом возрасте. Поскольку у подростков нет достаточного опыта для эффективного взаимодействия, они часто попадают в ситуацию дискомфорта, что влечет за собой фрустрацию эмоциональной сферы, вызывает тревожность и, соответственно, ведет к нарушению школьной адаптации. Наши исследования показали эффективность социально-психологического тренинга среди подростков. Приобретенный опыт в группе личностного роста способствует развитию и совершенствованию личностных ресурсов, а также вырабатывает определенный социально-психологический «иммунитет», помогающий решать сложные проблемы, возникающие в межличностном общении практически у каждого человека.

Авторы выражают благодарность администрации лицея № 1 им. Н.К. Крупской (г. Магадан) в лице директора Н.М. Грищенко, заместителя директора И.В. Николаевой и особая благодарность – классной руководительнице О.Б. Костюковой за активное участие в работе тренинга.

Литература

1. Бартош Т.П., Максимова А.Л. Возрастная перестройка психологического профиля у подростков школы-интерната г. Магадана // Валеология. – 2005. – № 3. – С. 35–39.
2. Буркова С.А., Николаева Е.И. Связь самооценки с изменением вариации сердечного ритма при припоминании наказания и поощрения у младших школьников // Учен. зап. С.-Петерб. гос. мед. ун-та им. акад. И.П. Павлова. – 2008. – Т. XV, № 4. – С. 45–48.
3. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: теория, практика и обучение. – СПб. : Изд-во С.-Петерб. гос. ун-та, 2004. – 736 с.
4. Вачков И.В. Психология тренинговой работы. Содержательные, организационные и методические аспекты ведения тренинговой группы. – М. : Эксмо, 2007. – 416 с.
5. Евтихов О.В. Практика психологического тренинга. – СПб. : Речь, 2007. – 256 с.
6. Кон И.С. В поисках себя: личность и ее самосознание. – М. : Политиздат, 1984. – 151 с.
7. Лозовая Г.В. Взаимосвязи самооценки и самореализации у юных спортсменов // Вестн. Балтийской пед. акад. [Vestnik ВРА] – 2003. – Вып. 51. – С. 77–79.
8. Марасанов Г.И. Социально-психологический тренинг. – М. : Когито-Центр, 2007. – 93 с.
9. Общая психодиагностика / под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина. – СПб. : Речь, 2000. – 440 с.
10. Петровская Л.А. Компетентность в общении: социально-психологический тренинг. – М. : МГУ. – 1989. – 216 с.
11. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб. и [др.] : Питер, 2002. – 1024 с.
12. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика: методики и тесты : учеб. пособие. – Самара. : Бахрах-М., 2002. – 672 с.
13. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма. – М. : Академия, 2009. – 176 с.
14. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М. : Ин-т Психотерапии, 2002. – 490 с.
15. Фопель К. Технология ведения тренинга. – М. : Генезис, 2005. – 267 с.

Bartosh O.P., Bartosh T.P. Otsenka vliyaniya sotsial'no-psikholo-gicheskogo treninga na adaptatsiyu mladshikh podrostkov [Assessment of the influence of social-psycho-logical training on younger adolescents' adaptation]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 50. P. 136–146.

Scientific Research Center «Arktika», Far Eastern Branch of the Russian Academy of Sciences (Russia, Magadan, Karl Marx Str. 24)

The influence of social-psychological training on the adaptation was studied in 6th year pupils (24 persons) of secondary school (Magadan). There were a total of 20 sessions, 1 hour each, after classes, 2–3 times a month. The pupils' self-respect and social frustration were assessed before and after the training course, and their wellbeing, activity and mood were documented before and after each session. Pupils demonstrated positive changes in self-respect, their social frustration reduced, and the self-esteem increased, which facilitated their social-psychological adaptation.

Keywords: clinical psychology, psychological correction, adolescents, social-psychological training, self-esteem, functional state, psychic adaptation, psychodiagnostics

Bartosh Ol'ga Petrovna – PhD in Biol. Sci., Researcher, Psychophysiology Group, Scientific Research Center «Arktika» (685000, Russia, Magadan, Karl Marx Str. 24);

Bartosh Tat'jana Petrovna – PhD in Biol. Sci., Associate Prof., Leading Researcher, Psychophysiology Group, Scientific Research Center «Arktika» (685000, Russia, Magadan, Karl Marx Str. 24)

References

1. Bartosh T.P., Maksimova A.L. Vozrastnaya perestroika psikhologicheskogo profilya u podrostkov shkoly-internata g. Magadana [Age-related restructuring of psychological profile in adolescent students of boarding school in Magadan]. *Valeologiya* [Journal of Health and Life Sciences]. 2005. N 3. P. 35–39. (In Russ.).

2. Burkova S.A., Nikolaeva E.I. Svyaz' samoootsenki s izmeneniem variatsii serdechnogo ritma pri pripominanii nakazaniya i pooshchreniya u mladshikh shkol'nikov [Connection of self-esteem with heart rate variation when recollecting punishment and reward in primary school children]. *Uchenye zapiski Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta imeni akademika I.P. Pavlova* [Record of the I.P. Pavlov St. Petersburg State Medical University Record of IPP-SPSMU = Records of SPbGMU]. 2008. Vol. XV, N 4. P. 45–48. (In Russ.).

3. Vasserman L.I., Shchelkova O.Yu. Meditsinskaya psikhodiagnostika: teoriya, praktika i obuchenie [Medical psychodiagnosis: theory, practice and training]. Sankt-Peterburg. 2004. 736 p. (In Russ.).

4. Vachkov I.V. Psikhologiya treningovoi raboty. Soderzhatel'nye, organizatsionnye i metodicheskie aspekty vedeniya treningovoi gruppy [Psychology of training work. Substantive, organizational and procedural aspects of conducting group training]. Moskva. 2007. 416 p. (In Russ.).

5. Evtikhov O.V. Praktika psikhologicheskogo treninga [The practice of psychological training]. Sankt-Peterburg. 2007. 256 p. (In Russ.).

6. Kon I.S. V poiskakh sebya: lichnost' i ee samosoznanie [In search of self: personality and its self-awareness]. Moskva. 1984. 151 p. (In Russ.).

7. Lozovaya G.V. Vzaimosvyazi samoootsenki i samorealizatsii u yunyh sportsmenov. *Vestnik Baltiiskoi pedagogicheskoi akademii* [Relationship of self-esteem and self-actualization in young athletes] [Herald of Baltic Pedagogical Academy]. 2003. Vol. 51. P. 77–79. (In Russ.).

8. Marasanov G.I. Sotsial'no-psikhologicheskii trening [Socio-psychological training]. Moskva. 2007. 93 p. (In Russ.).
9. Obshchaya psikhodiagnostika [General psychodiagnosis]. Eds. A.A. Bodaev, V.V. Stolin. Sankt-Peterburg. 2000. 440 p. (In Russ.).
10. Petrovskaya L.A. Kompetentnost' v obshchenii: sotsial'no-psikhologicheskii trening [Competence in communication: social psychological training]. Moskva. 1989. 216 p. (In Russ.).
11. Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya [Psychotherapeutic encyclopedia]. Ed. B.D. Karvasarskii. Sankt-Peterburg. 2002. 1024 p. (In Russ.).
12. Raigorodskii D.Ya. Prakticheskaya psikhodiagnostika: metodiki i testy [Practical psychological testing: methods and tests]. Samara. 2002. 672 p. (In Russ.).
13. Sirota N.A., Yaltonskii V.M. Profilaktika narkomanii i alkogolizma [Prevention of drug and alcohol addiction]. Moskva. 2009. 176 p. (In Russ.).
14. Fetiskin N.P., Kozlov V.V., Manuilov G.M. Sotsial'no-psikhologicheskaya diagnostika razvitiya lichnosti i malykh grupp [Social and psychological developmental diagnosis of personality and small groups]. Moskva. 2002. 490 p. (In Russ.).
15. Fopel' K. Tekhnologiya vedeniya treninga [Technology of training conduction]. Moskva. 2005. 267 p. (In Russ.).

УДК 159.9 : 616.89

В.Л. Малыгин, В.В. Щербачев

ФЕНОМЕН ИНФАНТИЛИЗМА СРЕДИ УЧАСТНИКОВ СУБКУЛЬТУРЫ РОЛЕВЫХ ИГР

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова (Россия, Москва, ул. Болотниковская, д. 16)

Представлены проявления особенностей личностно-характерологических качеств, свойственных участникам субкультуры ролевых игр на примере 50 участников этой субкультуры в возрасте 19–26 лет в сравнении с 50 лицами аналогичного возраста и гендерного состава в возрасте 19–25 лет, никогда не участвовавшими в ролевых играх живого действия (контроль). По сравнению с контрольной группой у участников субкультуры ролевых игр значимыми были де-

Малыгин Владимир Леонидович – д-р мед. наук проф., зав. каф. психол. консультирования, психокоррекции и психотерапии Моск. гос. медико-стоматол. ун-та им. А.И. Евдокимова (117638, Россия, Москва, ул. Болотниковская, 16), e-mail: malyginvl@yandex.ru;

Щербачев Василий Владимирович – аспирант каф. психол. консультирования, психокоррекции и психотерапии Моск. гос. медико-стоматол. ун-та им. А.И. Евдокимова (117638, Россия, Москва, ул. Болотниковская, 16), e-mail: vagosamedi@gmail.com.

монстративная, экзальтированная и циклотимная акцентуации характера по тесту Шмишека, личностные особенности по факторам B+, E+, G-, L+, M+, N-, Q1+, Q2+, Q3-, Q4+ 16-факторного опросника Р. Кеттелла, III, IV и V октанты раздела «Я-реальное» (агрессивный, подозрительный и подчиняемый) и II, VII и VIII октанты раздела «Я-идеальное» (эгоистичный, дружелюбный и альтруистичный) теста Лири, а также сниженный уровень социального интеллекта по всем субтестам теста «Социальный интеллект» Гилфорда.

Ключевые слова: клиническая психология, игровая зависимость, ролевые игры, психология личности, психодиагностика, инфантилизм.

Введение

В начале 1990-х гг. в России появилось новое увлечение, быстро получившее распространение среди молодежи. Называлось оно «ролевые игры». По определению социолога Е.А. Медведева, ролевые игры – это вид интеллектуального развлечения для группы лиц, состоящий в воспроизводстве гипотетических жизненных ситуаций, представленных в форме конкретных сюжетов, при посредстве формальных моделей и с участием ведущего («мастера»), исполняющего функции сценариста и арбитра [4].

Проникнутые духом творчества и ухода от повседневности, ролевые игры привлекали к себе молодежь, страдающую от образовавшегося после развала СССР идеологического вакуума, склонную к духовному поиску и рефлексии. Явление ролевых игр не было специфичным для России. Впервые оно возникло в США в 1970-х гг., на базе системы для настольных словесных ролевых игр под названием «Подземелья и драконы» (Dungeons & Dragons). Различие заключается в том, что в США ролевые игры зародились в словесной форме, выглядящей примерно так: несколько молодых людей вооруженные книгой со списком правил и игровыми костюмами собираются вместе за столом и проводят несколько часов, под руководством ведущего («мастера подземелья») поочередно рассказывая общую историю, каждый от лица своего персонажа. Правила служат для определения успешности тех или иных действий персонажей, описываемых игроками.

Иначе дело обстояло в России. В нашей стране ролевые игры возникли сразу в форме игр живого действия, отличающихся от словесной формы тем, что все действия персонажей изображаются непосредственными действиями игроков, подобно театральному представлению или детской сюжетно-ролевой игре. Исследователи ролевых игр Б.В. Куприянов и Е.А. Подобин предполагают, что данный факт объясняется богатой практикой военных игр, подобных «Зарнице» в пионерских летних лагерях бывшего СССР [3]. Ими же, а так же рядом других исследователей [3, 4, 6] утверждается, что катализатором для возникновения ролевых игр стало

распространение среди молодежи в 1990-х гг. книги английского писателя Джона Рональда Руэла Толкина «Властелин колец» – романа в жанре «фэнтези», повествующего об эпическом путешествии группы героев. В среде участников ролевых игр до сих пор ведется дискуссия о том, что именно сделало «Властелин колец» столь привлекательным для первых отечественных ролевых игроков или, как они сами себя назвали, «ролеви-ков». Высказываются предположения о привлекательности и архетипичности образов группы героев, отправляющихся в путешествие с целью спасти мир, об идеализированности описываемого в романе мира, четко разделенного на добро и зло, о метафоре взросления. Так или иначе, но в 1990 г. проводится первая ролевая игра живого действия, и посвящена она именно сюжетам и миру, описываемым во «Властелине колец». Оценки последовали разные. Одни средства массовой информации писали о новом виде творчества, духовном поиске молодежи среди холодного мира «перестройки» и катарсисе, другие представляли ролевые игры как сектантство, сатанизм или новую форму массового психоза. Так или иначе, но в обществе сложился стереотип взгляда на ролевые игры как на стремление личности уйти от действительности в мир иллюзий, фантазий инфантилизованной молодежи [2].

В последнее время ролевое движение в России получает достаточно широкое распространение. Доказательством данного тезиса может выступить увеличение количества заявок на участие в различных фестивалях «ролеви-ков»: на Казанском фестивале фантастики и ролевых игр, где в 1998 г. количество заявок было 600, в 2002 г. число участников превысило 2 тыс.

В настоящий момент, по непосредственным наблюдениям, контингент субкультуры ролевых игр состоит преимущественно из лиц в возрастном интервале между двадцатью и тридцатью годами. Именно поэтому для исследования индивидуально-психологического портрета участников субкультуры ролевых игр крайне важным является получение представления о проявлениях феномена инфантилизма среди участников субкультуры ролевых игр.

Данное исследование опирается на структурно-динамическую модель инфантилизма, предложенную А.А. Серegiной [5]. Согласно данной модели, понятие инфантилизма состоит из 3 компонентов:

1) психологического – незрелость эмоционально-волевой сферы, слабая потребность в достижениях, отсутствие трудовой мотивации, слабо развитая способность рефлексии;

2) социального – несамостоятельность решений и действий, зависимость личности от других, хаотичность поведения, позиция иждивенчества, гедонизма, несформированность преодолевающего поведения;

3) физического – отставание в физическом развитии, выражающееся в несоответствии имеющихся анатомических и физиологических особенностей критериям биологического возраста.

В каждом конкретном случае инфантилизации может наблюдаться индивидуальный рисунок выраженности каждого из компонентов, и лишь в случае, когда выраженными являются все три, можно говорить о тотальном инфантилизме.

Цель исследования – изучить психологический компонент инфантилизации участников субкультуры ролевых игр.

Материал и методы

Обследовали 50 участников ролевых игр (1-я группа) в возрасте 19–26 лет, средний возраст – $(23 \pm 0,8)$ лет. Мужчин было 25 (50 %), женщин – 25 (50 %). Стаж участия в ролевых играх у всех лиц 1-й группы составил более 3 лет. Ежегодно они пополняли игровой арсенал на 2-3 крупных (от 100 до 1000 участников) и 4-5 малых (менее 100 участников) новых игр.

Для доказательности результатов исследования была сформирована 2-я (контрольная) группа, состоящая из 50 человек аналогичных с участниками 1-й группы возраста и гендерного состава. 2-я группа была набрана слепым методом, без учета специфики социальных особенностей испытуемых.

Для диагностики характерологических и личностных особенностей испытуемых были использованы:

- опросник Шмишека (SF, H. Schmieschek) в адаптации В.М. Блейхера, Н.Б. Фельдмана. Опросник опубликован H. Schmieschek в 1970 г., состоит из 88 вопросов, позволяющих определять 10 типов акцентуации личности. Максимальный показатель по каждому типу акцентуации – 24 балла. Признаком акцентуации считается показатель выше 12 баллов;

- многофакторный личностный опросник Р. Кеттелла в адаптации А.Н. Капустиной. Отличительной особенностью опросника является его ориентация на выявление относительно независимых 16 факторов (шкал, первичных черт) личности. Качественно их определили с помощью факторного анализа из большого числа «поверхностных» черт личности;

- опросник «Уровень субъективного контроля» (УСК), разработанный Е.Ф. Бажиным, Е.А. Голынкиным и Л.М. Эткиндо. Опросник состо-

ит из 44 вопросов, выявляющих причины значимых событий или локуса контроля: 1) экстернальный или 2) интернальный. В первом случае человек полагает, что происходящие с ним события являются результатом действий внешних сил – случая, других людей и т. д., во втором – интерпретирует значимые события как результат своей собственной деятельности;

- тест Гилфорда «Социальный интеллект». Стимульный материал теста представляет собой набор из четырех тестовых тетрадей. Каждый субтест содержит от 12 до 15 заданий. Время выполнения заданий ограничено. Краткое описание субтестов:

1-й – «Истории с завершением» – оценивается способность предвидеть последствия поведения персонажей в определенной ситуации, предсказать, что произойдет в дальнейшем.

2-й – «Группы экспрессии» – измеряется способность к логическому обобщению, выделению общих существенных признаков в различных невербальных реакциях человека.

3-й – «Вербальная экспрессия» – оценивается способность понимать изменение значения сходных вербальных реакций человека в зависимости от контекста вызвавшей их ситуации.

4-й – «Истории с дополнением» – измеряется способность понимать логику развития ситуаций взаимодействия и значение поведения людей в этих ситуациях.

Так же в тесте присутствует шкала интерпертации «Композитная оценка», измеряющая общий уровень способности ориентироваться в гласных и негласных правилах окружающего социума.

Результаты исследования проверили на нормальность распределения. Полученные результаты обработали с использованием стандартных методов математической статистики, включенных в статистические пакеты SPSS 17.0 и ExcelXP (Microsoft 2007). Значимость различий между группами определяли по U-критерию Манна–Уитни. В таблицах представлены средние величины и стандартная ошибка средней величины.

Результаты и их анализ

Полученные данные о распространенности типов акцентуаций характера в группах позволяют выделить три ярко выраженных типа акцентуации характера у активных участников ролевых игр: «Демонстративный», «Экзальтированный» и «Циклотимный» (табл. 1).

Таблица 1

Выраженность типов акцентуаций характера по опроснику Шмишека, балл

Тип акцентуации	Группа		p <
	1-я	2-я	
Демонстративный	14,2 ± 3,6	8,6 ± 3,1	0,001
Застревающий	11,6 ± 3,1	11,4 ± 3,6	
Педантичный	8,1 ± 3,1	10,6 ± 4,4	
Возбудимый	11,9 ± 4,3	11,0 ± 6,0	0,001
Гипертимный	12,2 ± 5,6	10,0 ± 5,4	
Дистимический	8,6 ± 4,3	10,5 ± 6,4	
Тревожный	8,3 ± 5,4	12,1 ± 4,7	
Экзальтированный	16,1 ± 6,6	7,8 ± 5,8	0,02
Эмотивный	12,7 ± 5,2	9,8 ± 3,7	0,03
Циклотимный	15,0 ± 6,0	9,2 ± 3,1	0,05

Таким образом, усредненный характерологический портрет активного участника ролевых игр представляет эмоционально и психически лабильного индивида, остро реагирующего на относительно слабые стимулы среды, подверженного частой смене настроений и состояний, импульсивного и порывистого, зависимого от внешних импульсов, нуждающегося в близком контакте с другими людьми. В то же время этому индивиду присущи такие качества, как эгоцентризм, потребность в признании, восхищении, сочувствии и постоянном внимании к его персоне и, как следствие, склонность к манипулированию, высокой приспособляемости к другим людям, фантазерству, лживости и притворству, направленным на приукрашивание своей персоны. Такому индивиду могут быть свойственны легкость в установлении поверхностных контактов, провокативность (как потребности в вызывании эмоций у других), манипулирование чужими чувствами и реакциями, эпатажность и бравада, защищающие неадекватно высокую или заниженную самооценку. С другой стороны, для него может быть характерен уход в свои фантазии, мечтательность и отстраненность. Высокая эмоциональная чувствительность позволяет сопереживать выдуманным персонажам и ситуациям, что может являться более безопасным способом утоления эмоционального голода, чем реальный контакт с другими людьми.

Вышеописанные характерологические тенденции можно проследить и в личностном портрете участников ролевых игр, исследованном с помощью многофакторного личностного опросника Кеттелла (табл. 2).

Таблица 2

Показатели личностно-характерологических черт по опроснику Кеттелла, балл

Характеристика фактора			Группа		p <
+	-		1-я	2-я	
A	Замкнутость	Общительность	4,6 ± 1,6	5,0 ± 1,6	
B	Конкретное мышление	Абстрактное мышление	7,9 ± 2,1	5,8 ± 1,8	0,001
C	Эмоциональная нестабильность	Эмоциональная стабильность	6,4 ± 2,0	6,4 ± 2,2	
E	Подчиненность	Доминантность	7,3 ± 2,1	6,0 ± 1,6	0,004
F	Сдержанность	Экспрессивность	4,8 ± 1,3	4,8 ± 1,3	
G	Низкая нормативность поведения	Высокая нормативность поведения	3,7 ± 1,9	6,3 ± 1,4	0,001
H	Робость	Смелость	5,8 ± 2,3	5,1 ± 2,2	
I	Реализм	Чувствительность	6,8 ± 1,9	6,7 ± 1,7	
L	Подозрительность	Доверчивость	7,4 ± 1,5	5,4 ± 1,7	0,001
M	Практичность	Мечтательность	6,8 ± 2,1	5,3 ± 1,8	0,001
N	Прямолинейность	Проницательность	4,3 ± 1,5	5,5 ± 1,9	0,007
O	Спокойствие	Тревожность	6,3 ± 1,9	5,7 ± 1,7	
Q1	Консерватизм	Радикализм	6,2 ± 1,9	5,1 ± 1,7	0,001
Q2	Зависимость от группы	Самостоятельность	7,1 ± 2,5	5,1 ± 1,6	0,001
Q3	Низкий самоконтроль	Высокий самоконтроль	5,3 ± 2,0	7,0 ± 1,5	0,001
Q4	Расслабленность	Эмоциональная напряженность	7,1 ± 1,9	4,8 ± 2,2	0,001

Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что активным участникам ролевых игр свойственна большая, нежели испытуемым 2-й группы, независимость, самоуверенность, оригинальность, ориентированность на себя, стремление к самодостаточности и приоритет собственного мнения (факторы E+ и Q2+). Также следует отметить значимо выраженную внутреннюю напряженность, ревнивость, подозрительное отношение к окружению, взволнованность, нетерпеливость, избыток побуждений, не находящихся разрядки (L+) и (Q4+). Эти качества усугубляются горячностью, спонтанностью в поведении (N-), склонностью к небрежности, легкомысленности и непостоянности и нежелание связывать себя правилами, претенциозностью (G-).

Выявленное сочетание личностных факторов позволяет предположить внутриличностный конфликт, связанный с недоверчивым, противоречивым отношением к социальной действительности, негативизмом в отношении авторитетов и потребностью в самоутверждении и самоопределении. Внешнюю форму и особенности разрядки этого конфликта могут

определять такие качества, как высокий интеллектуальный и культурный уровень, умение анализировать и делать выводы (В+), углубленность в себя, склонность к рефлексии, увлеченность искусством, теорией, богатое воображение, оторванность от практики и быта (М+).

Ранее изложенный личностно-характерологический портрет дополняется данными о выраженной тенденции к экстернализации локуса контроля у участников субкультуры ролевых игр (табл. 3). Им свойственная тенденция возлагать ответственность за события, с ними происходящие на некие внешние факторы (судьба, другие люди, стечение обстоятельств, побочные влияния – все, что угодно, кроме принятия ответственности на себя).

Таблица 3

Показатели субъективного контроля по опроснику УСК, балл

Шкала	Характеристика интернальности	Группа		p <
		1-я	2-я	
Ио	Общая	3,5 ± 1,6	5,9 ± 1,4	0,001
Ид	В области достижений	4,3 ± 1,5	5,6 ± 1,4	0,001
Ин	В области неудач	3,7 ± 1,7	6,4 ± 2,4	0,001
Ис	В семейных отношениях	4,4 ± 2,0	5,1 ± 1,4	0,001
Ип	В области производственных отношений	3,5 ± 1,7	5,3 ± 2,1	0,001
Им	В области межличностных отношений	4,0 ± 1,5	4,6 ± 1,6	0,001
Из	В отношении здоровья и болезни	4,9 ± 1,6	5,6 ± 1,9	

Важным для исследования феномена психологического инфантилизма у участников ролевых игр живого действия является понимание особенностей их социальной адаптации и социального интеллекта. Согласно данным исследования (табл. 5), участникам ролевых игр присущ уровень и объем социального интеллекта, характеризующийся затрудненным пониманием социальных закономерностей, социальных последствий своих и чужих поступков, а так же сложностями при прогнозировании чужого поведения.

Исходя из ранее приведенных данных и их интерпретаций, участникам ролевых игр свойствен сниженный, относительно контрольной группы и статистической нормы, уровень социального интеллекта.

Таблица 5

Показатели теста Дж. Гилфорда «Социальный интеллект», балл

Номер субтеста	Характеристика субтеста	Группа		p <
		1-я	2-я	
1-й	Истории с завершением	3,9 ± 0,8	4,3 ± 0,7	0,002
2-й	Группы экспрессии	3,1 ± 0,8	4,3 ± 0,7	0,001
3-й	Вербальная экспрессия	3,4 ± 1,2	4,2 ± 0,7	0,003
4-й	Истории с дополнением	3,1 ± 0,9	3,2 ± 0,6	
Композитная оценка		3,5 ± 0,6	4,6 ± 0,5	0,001

Заключение

Таким образом, исходя из психодиагностического исследования, можно заключить, что у участников субкультуры ролевых игр чрезмерно выраженными являются те черты личности, которые связаны с эмоциональной чувствительностью, высокой психологической лабильностью, а также гипертрофированной потребностью во внимании. Согласно этим данным можно составить психологический портрет творческой, лабильной личности, акцентуированной в сторону эмоциональной сензитивности и поэтому крайне зависимой от окружающего мира личности. Ведущей акцентуацией черт характера является экзальтированность как необходимость в пассивном, созерцательном получении эмоций. Можно предположить, что сочетание этих качеств с потребностью во внимании, артистизмом и другими проявлениями демонстративности свидетельствует о поиске собственной идентичности через окружение. Это косвенно подтверждают данные теста Р. Кеттелла, позволяющие сделать вывод о том, что активным участникам ролевых игр свойствен психологический инфантилизм, возвращающий их на подростково-юношескую стадию развития.

Подтверждается выдвинутое ранее предположение о ролевой игре как способе поиска идентичности, так как, согласно концепции Э. Эриксона, основным содержанием кризиса перехода от подростково-юношеского к взрослому возрасту является поиск идентичности и путаница социальных ролей [7]. Это также объясняет тот факт, что активные участники ролевых игр проявляют большую, чем лица контрольной группы, склонность к экстернальному локусу контроля, то есть у них доминирует тенденция приписывать причины происходящего с ними внешним факторам (окружающей среде, судьбе, случаю или действиям других людей), снимая с себя любую ответственность.

Подобное сочетание черт характерно для периода, который В.А. Гурьева, В.Я. Семке и В.Я. Гиндикин называли старшим подростковым возрастом [1]. Также феномен инфантилизма проявляется у участников субкультуры ролевых игр через снижение уровня социального интеллекта. Является ли данный факт причиной или следствием инфантилизации – дискуссионный вопрос, требующий дальнейших исследований.

Литература

1. Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я. Психопатология подростково-го возраста (теоретический, клинический и судебно-психиатрический аспекты). – Томск : Изд-во Томского ун-та, 1994. – 308 с.
2. Кононенко Б.И. Большой толковый словарь по культурологии. – М. : Вече : АСТ, 2003. – 509 с.
3. Куприянов Б.В., Подобин А.Е. Очерки общественной педагогики: ролевое движение в России. – Кострома : КГУ им. Н.А. Некрасова, 2003. – 104 с.
4. Медведев Е.А. Субкультура участников ролевых игр и методы исследования ее воздействия на личность : автореф. дис. ... канд. социол. наук. – М., 2004. – 22 с.
5. Серегина А.А. Социально-психологические условия преодоления инфантилизма у безработной молодежи : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 2006. – 26 с.
6. Славко М.А. Ролевое движение в России в 1990–2006 гг. : автореф. дис. ... канд. ист. наук. – Чебоксары, 2007. – 23 с.
7. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис : [пер. с англ.] / общ. ред. и предисл. А.В. Толстых. – М. : Прогресс, 1996. – 344 с.

Malygin V.L., Shcherbachev V.V. Fenomen infantilizma sredi uchastnikov subkul'tury rolevykh igr [Phenomenon of infantilism in subculture of participants of live action role-playing games]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 50. P. 146–156.

Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov
(Russia, Moscow, Bolotnikovskaya st., 16)

Malygin Vladimir Leonidovich – Dr of Med. Sc. Prof., head of the department of counseling, psychotherapy and psycho-correction, Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov (117638, Russia, Moscow, Bolotnikovskaya st., 16), e-mail: malyginvl@yandex.ru;

Shcherbachev Vasily Vladimirovich – graduate student of department of counseling, psychotherapy and psycho-correction, Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov (117638, Russia, Moscow, Bolotnikovskaya st., 16), e-mail: vagosamedi@gmail.com.

Abstract. Described are the presentations of personal-characterological features common to the subculture of live-action role-playing games participants as exemplified in the sample of 50 participants from this subculture aged 19-25 years (study group), compared to 50 persons aged 19–25 years, never participated in a live-action role-playing games (control group). The study group showed marked values that significantly differ from the control group data of the following factors: "ostentation", "exaltation" and "cyclothymic" – in H. Schmieschek test, B+, E+, G–, L+, M+, N–, Q1+, Q2+, Q3–, Q4+ in Cattell test (Multivariate Personality Inventory R.Cattell, the III, IV and V octants in "I, real" (Aggressive, Suspicious and Obey) and II, VII and VIII in "I, ideal" (Selfish, Friendly and Altruistic) in Leary test, as well as the reduced level of social intelligence in all subtests of Guildford test "Social Intelligence".

Keywords: clinical psychology, gambling addiction, role-playing, psychology, psychological testing, infantilism.

References

1. Gur'eva V.A., Semke V.Ya., Gindikin V.Ya. Psikhopatologiya podrostkovo vozrasta (teoreticheskii, klinicheskii i sudebno-psikhiatricheskii aspekty) [Adolescent psychopathology (theoretical, clinical and forensic psychiatric aspects)]. Tomsk. 1994. 308 p. (In Russ.).
2. Kononenko B.I. Bol'shoi tolkovyi slovar' po kul'turologii [Big Dictionary of Cultural Studies]. Moskva. 2003. 509 p. (In Russ.).
3. Kupriyanov B.V., Podobin A.E. Ocherki obshchestvennoi pedagogiki: rolevoe dvizhenie v Rossii [Essays on social pedagogy: the role movement in Russia]. Kostroma. 104 p. (In Russ.).
4. Medvedev E.A. Subkul'tura uchastnikov rolevykh igr i metody issledovaniya ee vozdeistviya na lichnost' [Subculture of participants of role-playing games and methods to study its impact on the individual]. Moskva. 2004. 22 p. (In Russ.).
5. Seregina A.A. Sotsial'no-psikhologicheskie usloviya preodoleniya infantilizma u bezrabotnoi molodezhi [Socio-psychological conditions of overcoming infantilism in unemployed youth]. Moskva. 2006. 26 p. (In Russ.).
6. Slavko M.A. Rolevoe dvizhenie v Rossii v 1990–2006 [Role movement in Russia in 1990-2006]. Cheboksary. 2007. 23 p. (In Russ.).
7. Erikson E. Identichnost': yunost' i krizis [transl. Identity youth and crisis / Erik H. Erikson (New York)]. Moskva. 1996. 344 p. (In Russ.).



Уважаемые коллеги!

Учредителями журнала «Вестник психотерапии» являются Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России и Международный институт резервных возможностей человека (МИРВЧ, Санкт-Петербург), издается с 1991 г. 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 РФ. С 2002 г. **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 г. № 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 г.).

Желающие опубликовать свои научные материалы (статьи, обзоры, краткие информационные сообщения) **должны** представить их в редакцию журнала в 2 экземплярах в отпечатанном виде с приложением диска в текстовом редакторе WORD (не старше 2003 г.), шрифт Times New Roman, 14-й шрифт, межстрочный интервал полуторный, поля по 2,5 см с каждой стороны. 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 резюме (реферат), отражающее основное содержание работы, размером не менее ½ стр. Название статьи, реферат, ключевые слова, сведения об авторах, переводятся на английский язык. Англиязычное название места работы приводится в точном соответствии с Уставом учреждения. 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 7.05.2008 «Библиографическая ссылка...». Независимо от количества авторов все они выносятся в заголовочную библиографической записи.

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 научной-практической или теоретической значимостью. Фактический материал должен 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.

Направление статьи в журнал является согласием автора (авторов) на размещение статьи или ее материалов (реферата, цитатных баз и др.) в отечественных и зарубежных реферативно-библиографических базах данных.

Телефон (812) 592-35-79, 923-98-01 – 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@gambler.ru)

Научный редактор журнала – доктор медицинских наук профессор Евдокимов Владимир Иванович (e-mail: 9334616@mail.ru)

Журнал «Вестник психотерапии» зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 г.

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».

190005, г. Санкт-Петербург, Измайловский пр., д. 18-д.

тираж 1000 экз.

цена – свободная

Отпечатано в типографии «Политехника-сервис»
с оригинала-макета заказчика.
190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 18-д.
Подписано в печать 20.06.2014. Печать – ризография.
Бумага офсетная. Формат 60/84¹/₁₆. Тираж 1000 экз.
Объем 10 п. л. Заказ 788.