

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

---

**ВЕСТНИК  
ПСИХОТЕРАПИИ**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**Главный редактор В.Ю. Рыбников**

**№ 53 (58)**

Санкт-Петербург  
2015

## **Редакционная коллегия**

В.И. Евдокимов (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф., науч. ред.); С.Г. Григорьев (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Р. Мизерене (Литва, Паланга, д-р мед. наук); В.А. Мильчакова (Санкт-Петербург, канд. психол. наук доцент); Н.А. Мухина (Санкт-Петербург, канд. мед. наук доцент); В.Ю. Рыбников (Санкт-Петербург, д-р мед. наук, д-р психол. наук проф.)

## **Редакционный совет**

С.С. Алексанин (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); А.А. Александров (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Ю.А. Александровский (Москва, д-р мед. наук проф.); Г.В. Ахметжанова (Тольятти, д-р пед. наук проф.); С.М. Бабин (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Г.И. Григорьев (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Е.А. Колотильщикова (Санкт-Петербург, д-р психол. наук); О.М. Краснорядцева (Томск, д-р психол. наук проф.); Н.Г. Незнанов (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Е.Л. Николаев (Чебоксары, д-р мед. наук проф.); И.А. Новикова (Архангельск, д-р мед. наук проф.); М.М. Решетников (Санкт-Петербург, д-р психол. наук проф.); Е.И. Чехлатый (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); В.К. Шамрей (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.)

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, 2015
- © Международный институт резервных возможностей человека, 2015

**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 53 (58)**

St. Petersburg  
2015

## **Editorial Board**

V.I. Evdokimov (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof., Science Editor); S.G. Grigorjev (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); R. Mizeriene (Palanga, Lithuania, Dr. Med. Sci.); V.A. Milchakova (St. Petersburg, PhD Psychol. Sci. Associate Prof.); N.A. Mukhina (St. Petersburg, PhD Med. Sci., Associate Prof.); V.Yu. Rybnikov (St. Petersburg, Dr. Med. Sci., Dr. Psychol. Sci. Prof.)

## **Editorial Council**

S.S. Aleksanin (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); A.A. Aleksandrov (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); Yu.A. Aleksandrovskii (Moscow, Dr. Med. Sci. Prof.); G.V. Akhmetzhanova (Togliatti, Dr. Ed. Sci. Prof.); S.M. Babin (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); G.I. Grigorjev (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); E.A. Kolotilshikova (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci.); O.M. Krasnoryadtseva (Tomsk, Dr. Psychol. Sci. Prof.); N.G. Neznanov (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); E.L. Nikolaev (Cheboksary, Dr. Med. Sci. Prof.); I.A. Novikova (Arkhangelsk, Dr. Med. Sci. Prof.); M.M. Reshetnikov (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci. Prof.); E.I. Chekhlaty (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); V.K. Shamrey (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.)

## **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, 2015

© International Institute of Human Potential Abilities, 2015

# СОДЕРЖАНИЕ

## МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

**Лысенко И.С., Караваева Т.А.**

Определение психотерапевтических мишеней на основе особенностей мотивационных тенденций у больных с разными типами невротических расстройств ..... 7

**Абабков В.А., Пушкин И.А.**

Социально-психологическое исследование дезадаптации населения отдаленной территории Европейского Севера России (в связи с задачами психологических вмешательств) ..... 20

## МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ

**Баранецкая В.Н.**

Система смысложизненных ориентаций у больных с хронической почечной недостаточностью, перенесших трансплантацию почки ..... 35

**Рыбников В.Ю., Булыгина В.Г.**

Структурно-функциональная модель полипрофессиональной профилактики общественно опасных действий психически больных ..... 44

**Колчев А.И., Гвоздецкий А.Н., Даева Н.А., Петров М.В.**

Нейропсихологическая оценка когнитивного функционирования при дифференциальной диагностике аффективных расстройств ..... 61

**Хайретдинов О.З., Макаров И.В.**

Клинико-этологическая дифференциация аутистических расстройств у детей ..... 71

## МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОГЕНЕТИКА

**Ткаченко Г.А., Маливанова Т.Ф.**

Клинико-психологическое исследование влияния генетических факторов на уровень депрессии у женщин, страдающих раком молочной железы ..... 83

**Пятибрат А.О., Мельнов С.Б.**

Устойчивость когнитивных и нейродинамических функций при выполнении экстремальных видов профессиональной деятельности в зависимости от полиморфизмов генов серотонин- и дофаминэргических систем ..... 91

## МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И НАРКОЛОГИЯ

**Трусова А.В., Миронова Н.В.**

Взаимосвязь психосоциальных характеристик с показателями психологической адаптации больных алкоголизмом ..... 112

**Евдокимов В.И., Чехлатый Е.И.**

Информационное сопровождение диссертационных исследований по научной специальности 14.01.27 «Наркология» (2000–2014 гг.) ..... 124

Информация о журнале ..... 143

# CONTENTS

## MEDICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY

### **Lysenko I.S., Karavaeva T.A.**

The definition of psychotherapy targets on the basis of features motivational tendencies in patients with different types of neurotic disorders ..... 7

### **Ababkov V.A., Pushkin I.A.**

Social-psychological investigation of misadaptation of population of Russian European North distant region (in connection with tasks of psychological intervention) ..... 20

## MEDICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY

### **Baranetskaya V.N.**

The system of meaning-of-life orientations of patients with chronic renal disease after kidney transplantation ..... 35

### **Rybnikov V.Y., Bulygina V.G.**

Structural-functional model of the poly professional prevention of the social dangerous acts of mentally ill ..... 44

### **Kolchev A.I., Gvozdetsky A.N., Daeva N.A., Petrov M.V.**

Neuropsychological assessment of cognitive functioning in the differential diagnosis of affective disorders ..... 61

### **Khairtdinov O.Z., Makarov I.V.**

Clinical-ethological differentiation of autistic disorders in children ..... 71

## MEDICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOGENETICS

### **Tkachenko G.A. Malivanova T.F.**

Clinical-psychological studies the influence of genetic factors on the level of depression in women, breast cancer ..... 83

### **Pyatibrat A.O., Melnov S.B.**

Stability of cognitive and neurodynamic functions at performing extreme professional activity depending on polymorphism of serotonin and dopaminergic systems genes ..... 91

## MEDICAL PSYCHOLOGY AND NARCOLOGY

### **Trusova A.V., Mironova N.V.**

Correlation of psychosocial characteristics with indicators of psychological adaptation in patients with alcoholism ..... 112

### **Evdokimov V.I., Chekhaty E.I.**

Information support of dissertation research in field of 14.01.27 "Narcology" scientific specialty (2000–2014) ..... 124

Information about the Journal ..... 143

# МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 615.851 : 616.89

И.С. Лысенко, Т.А. Караваева

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МИШЕНИЙ НА ОСНОВЕ ОСОБЕННОСТЕЙ МОТИВАЦИОННЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМИ ТИПАМИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

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

Представлены результаты изучения мотивационных тенденций и соотношения их с выраженностью внутриличностной конфликтности и трудностями в межличностных отношениях у больных с истерическим, неврастеническим, обсессивно-фобическим типами невротических расстройств. В результате исследования выявлено, что мотивационные тенденции характеризуются противоречивостью и отличаются при разных типах невротических расстройств, что дает дополнительную информацию о содержании внутриличностного конфликта и для определения нозоспецифических психотерапевтических мишеней. Установлено, что наличие определенных мотивационных тенденций может служить дополнительными диагностическими признаками тяжести невротических проявлений. Выделены мишени психотерапии, характерные для каждого типа невротических расстройств. Применение полученных данных на практике способствует выработке более эффективной персонализированной психотерапевтической стратегии.

Ключевые слова: невротические расстройства, мотивационные тенденции, внутриличностные конфликты, межличностные отношения, дифференциальная диагностика, психотерапевтические мишени, психотерапевтическая стратегия.

### Введение

Мотивационные тенденции являются интегральными характеристиками личности и отражают ее значимые отношения, актуальные потребности

---

Лысенко Ирина Сергеевна – специалист отд. науч.-мед. информации С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3); e-mail: neolira@yandex.ru;

Караваева Татьяна Артуровна – д-р мед. наук, руководитель отд.-ния неврозов и психотерапии С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3); e-mail: tania\_kar@mail.ru.

сти, устойчивые стремления [3, 13]. Актуальность исследования мотивационных тенденций у больных с разными типами невротических расстройств обусловлена значением мотивационного фактора в формировании невротических конфликтов и в их разрешении [1, 2, 4, 8, 10].

Согласно динамическим представлениям, у больных с невротическими расстройствами удовлетворение биологических потребностей вступает в конфликт с морально-нравственными нормами и правилами и блокируется [12]. Формируются невротические тенденции, часто одновременно взаимоисключающие, которые характеризуются неосознанностью, компульсивностью и ненасыщаемостью [14, 15]. Также больные с невротическими расстройствами тревожны и чувствительны к фрустрации и отличаются низкой выносливостью к неудовлетворению потребностей [7, 8]. Угроза фрустрации запускает механизмы психологической защиты, искажающие понимание собственных мотивов и трансформирующие их реализацию [9, 11].

Динамические характеристики и мотивационные тенденции могут различаться при разных типах невротических расстройств. Понимание их особенностей важно при выборе эффективных стратегий лечения [5, 6].

*Целью исследования* было изучение мотивационных тенденций у больных с истерическим, неврастеническим и обсессивно-фобическим типами невротических расстройств с целью выделения нозоспецифических мишеней для психотерапии.

### **Материал и методы**

Обследовали 173 больных с невротическими расстройствами, проходивших лечение в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева, из них 126 женщин (72,8 %) и 47 мужчин (27,2 %). Возраст пациентов колебался от 18 до 55 лет, средний возраст –  $(35,8 \pm 0,9)$  года. На основании позитивной и негативной диагностики пациенты с невротическими расстройствами были разделены на три типа: истерический ( $n = 97, 56,1 \%$ ) характеризовался специфическими диссоциативными, конверсионными, эмоционально-аффективными, фобическими и астеническими проявлениями (F 40, F 41, F 44 по МКБ-10); обсессивный тип ( $n = 30, 17,3 \%$ ) был представлен в виде двух клинических вариантов – обсессивно-фобического (F 40, F 41.0 по МКБ-10) и обсессивно-компульсивного (F 42 по МКБ-10); неврастенический тип ( $n = 46, 26,6 \%$ ) характеризовался преобладанием общевротических, астеновегетативных расстройств (F48.0 по МКБ-10).



Группы схожи по половому и возрастному признакам, а также другим социально-демографическим характеристикам ( $p > 0,05$  по  $\phi$ -угловому преобразованию Фишера и критерию  $\chi^2$ ), что позволяет корректно оценивать и сравнивать их мотивационные характеристики.

Обследование проводилось с помощью методики «Пословицы», созданной С.М. Петровой и модифицированной в методику диагностики полимотивационных тенденций в «Я-концепции» личности Н.П. Фетискиным и соавт. (2005), теста по выявлению уровня внутриличностной конфликтности (Шипилов А.И., 1999), опросника для исследования межличностных проблем (Inventory of Interpersonal Problems, IIP), разработанный L.M. Horowitz и соавт. (1988).

Из статистических методов подсчитывались частоты, группы сравнивались с помощью критерия  $\phi$ -угловое преобразование Фишера, вычислялся коэффициент корреляции Спирмена.

### Результаты и их анализ

У больных с *истерическим типом* (табл. 1) невротического расстройства отмечается направленность на формирование мотивов социально привлекательного поведения. Часто отмечаются альтруистические (82,9 %) и коммуникативные (72,3 %) стремления, позитивное отношение к окружающим (65,8 %) и т.д.

Наиболее противоречивыми являются эгоцентрическая мотивационная тенденция (71,1 %), стремление к превосходству, потребность в уважении, авторитете среди окружающих, в признании и славе, в первенстве (55,3 %), что указывает на характеристики межличностных отношений.

Среди них чаще, чем среди больных с неврастеническим типом невротического расстройства, встречаются лица с направленностью на упрощенные способы существования, на веселую, легкую, радостную, счастливую жизнь ( $\phi = 1,802$ ;  $p < 0,05$ ), более характерно стремление положительно относиться к окружающим ( $\phi = 2,938$ ;  $p < 0,01$ ). Трудовая мотивация встречается реже ( $\phi = 1,713$ ;  $p < 0,05$ ), отношение к выполнению социальных и групповых норм, социальная идентификация у больных с истерическим типом расстройства более противоречивы, чем у больных с неврастеническим типом ( $\phi = 2,741$ ;  $p < 0,01$ ).

Таблица 1

Частота мотивационных тенденций (%) и взаимосвязи с уровнем внутриличностных конфликтов и межличностных трудностей у больных с истерическим типом невротического расстройства

Мотивационные тенденции	Преобладает противоположная тенденция	Противоположная и прямая в равной выраженности	Преобладает прямая мотивационная тенденция	Взаимосвязь уровня внутриличностной конфликтности и преобладания положительного полюса мотивационной тенденции		Взаимосвязь уровня межличностных трудностей и преобладания положительного полюса мотивационной тенденции	
				$r_s$	$p$	$r_s$	$p$
Акизитивная (материальная)	69,7	23,7	6,6	-0,03	0,827	0	0,984
Гедонистическая	31,6	52,6	15,8	0,03	0,767	0,02	0,89
Оптимистическая	15,8	26,3	57,9	-0,03	0,794	-0,06	0,596
Коммуникативная	0	27,6	72,3	0,01	0,917	-0,08	0,49
Познавательная	9,2	25	65,8	0,08	0,517	-0,18	0,131
Трудовая	19,7	15,8	64,5	-0,13	0,248	-0,27	<b>0,02</b>
Нормативная	26,3	52,6	21,1	-0,13	0,268	-0,14	0,247
Нравственная	32,9	34,2	32,9	0,32	<b>0,005</b>	0	0,967
Губристическая (как стремление к совершенству)	17,1	46,1	36,9	-0,14	0,231	-0,17	0,135
Пугническая	14,4	52,6	32,9	0,12	0,316	0,08	0,506
Губристическая (как стремление к превосходству)	26,3	55,3	18,4	0,1	0,368	0,1	0,374
Позитивного отношения к людям	6,6	27,6	65,8	-0,12	0,284	-0,28	<b>0,016</b>
Избегания неприятностей	13,1	51,3	35,5	-0,20	0,078	-0,18	0,115
Индивидуализации	5,3	51,3	43,4	-0,18	0,116	-0,24	<b>0,037</b>
Эгоцентрическая	15,8	71,1	13,1	0,25	<b>0,03</b>	-0,19	0,095
Альтруистическая	3,9	13,2	82,9	-0,04	0,741	-0,15	0,196

Здесь и в табл. 2, 3 полужирным шрифтом выделены статистически значимые корреляционные связи.

Были выявлены взаимосвязи между уровнем внутриличностной конфликтности и мотивационными тенденциями. У больных с истерическим типом невротического расстройства с повышенным уровнем внутриличностной конфликтности чаще встречались эгоцентрическая ( $r_s = 0,25$ ;  $p = 0,03$ ) и нравственная мотивационная тенденции ( $r_s = 0,32$ ;  $p = 0,05$ ). Можно

сделать вывод, что одновременное наличие таких разнонаправленных стремлений как желание ориентироваться на свои интересы и потребность в соблюдении нравственных норм являются прогностическим признаком более тяжелого переживания внутриличностного конфликта по истерическому типу.

Трудности в межличностных отношениях значительно меньше отмечались при стремлениях к труду ( $r_s = -0,27$ ;  $p = 0,02$ ), к позитивному отношению к окружающим ( $r_s = -0,28$ ;  $p = 0,016$ ), к индивидуализации ( $r_s = -0,24$ ;  $p = 0,037$ ). Данные мотивационные тенденции являются признаками наибольшего социального благополучия у больных с истерическим типом расстройства.

Ведущими мотивационными установками у больных с *неврастеническим типом* (табл. 2) невротического расстройства являются альтруистическая (94,3 %), – они стремятся помогать окружающим, даже если это не соответствует собственным интересам и возможностям, часто отмечается также ориентация на трудовую (77,1 %) и коммуникативную деятельность (62,8 %).

Стремление к совершенству, потребность в избегании неприятностей и активном преодолении трудностей являются противоречивыми более чем в половине случаев (68,6 %, 62,9, 62,9 % соответственно).

При сравнении с другими типами невротических расстройств в данной группе выявлены достоверные различия: чаще, чем в других группах, встречаются лица со стремлениями к достижениям, высоким результатам и переоценкой собственных возможностей ( $\varphi = 1,811$ ;  $p < 0,05$ ) ( $\varphi = 2,678$ ;  $p < 0,01$ ), а также часто встречаются противоречия в данной мотивационной тенденции ( $\varphi = 2,25$ ;  $p < 0,05$ ) ( $\varphi = 2,276$ ;  $p < 0,05$ ), реже встречаются гедонистическая мотивация, стремление к легкому получению удовольствия, чем в других группах ( $\varphi = 1,802$ ;  $p < 0,05$ ) ( $\varphi = 2,158$ ;  $p < 0,05$ ), также реже отмечается эгоцентрическая тенденция, что выражается в стремлении не допускать в деятельности ущерба для окружающих ( $\varphi = 1,700$ ;  $p < 0,05$ ) ( $\varphi = 2,185$ ;  $p < 0,05$ ).

По сравнению с больными с истерическим типом у них чаще возникает потребность в деятельности, ориентация на выполнение поставленной задачи, готовность к трудностям ( $\varphi = 1,713$ ;  $p < 0,05$ ), больные с неврастеническим типом невротического расстройства чаще испытывают противоречивое желание положительно и отрицательно оценивать перспективы (оптимистическая мотивационная тенденция) ( $\varphi = 2,276$ ;  $p < 0,05$ ).

Таблица 2

Частота мотивационных тенденций (%) и взаимосвязи с уровнем внутриличностных конфликтов и межличностных трудностей у больных с неврастеническим типом невротического расстройства

Мотивационные тенденции	Преобладает положительная тенденция	Противоположная и прямая в равной выраженности	Преобладает прямая мотивационная тенденция	Взаимосвязь уровня внутриличностной конфликтности и преобладания положительного полюса мотивационной тенденции		Взаимосвязь уровня межличностных трудностей и преобладания положительного полюса мотивационной тенденции	
				$r_s$	$p$	$r_s$	$p$
Акquisитивная (материальная)	71,4	28,6	0	0,21	0,236	-0,03	0,886
Гедонистическая	34,3	57,1	8,6	-0,17	0,343	-0,04	0,798
Оптимистическая	0	48,6	51,4	-0,08	0,658	-0,01	0,936
Коммуникативная	5,7	31,4	62,8	-0,04	0,822	0,05	0,786
Познавательная	0	45,7	54,2	-0,24	0,171	0,03	0,858
Трудовая	11,4	11,4	77,1	0,22	0,227	0,03	0,871
Нормативная	45,7	25,7	28,6	0,48	<b>0,005</b>	0,16	0,367
Нравственная	28,5	51,4	20	0,21	0,24	0,36	<b>0,035</b>
Губристическая (как стремление к совершенству)	5,7	68,6	25,7	-0,25	0,168	-0,37	<b>0,028</b>
Пугническая	11,4	62,9	25,7	-0,58	<b>0,001</b>	-0,01	0,949
Губристическая (как стремление к превосходству)	28,6	57,1	14,3	0,32	0,068	0,37	<b>0,027</b>
Позитивного отношения к людям	11,4	51,4	37,2	0,06	0,751	-0,09	0,614
Избегания неприятностей	0	62,9	37,1	0,11	0,55	0,1	0,558
Индивидуализации	5,7	45,7	48,6	-0,39	<b>0,023</b>	-0,31	0,071
Эгоцентрическая	28,6	48,6	22,8	-0,2	0,271	-0,11	0,535
Альтруистическая	0	5,7	94,3	0,01	0,941	-0,09	0,626

В отличие от больных с обсессивно-фобическим типом невротического расстройства, у больных с неврастеническим типом выше желание помогать окружающим людям ( $\varphi = 1,719$ ;  $p < 0,05$ ), реже отмечается тенденция ориентироваться на мнение окружающих ( $\varphi = 2,678$ ;  $p < 0,05$ ), что указывает на наличие потребности учитывать преимущественно собственное мнение, самостоятельно ставить перед собой цели, несколько чаще отмечается сниженная мотивация на усвоение образцов поведения окру-

жающего общества ( $\varphi = 1,719$ ;  $p < 0,05$ ). Значительно чаще противоречивой тенденцией по сравнению с больными с обсессивно-фобическим типом является стремление избегать неприятностей и трудностей ( $\varphi = 2,529$ ;  $p < 0,01$ ).

Высокие значения внутриличностной конфликтности чаще отмечались при наличии нормативной мотивационной тенденции ( $r_s = 0,48$ ;  $p = 0,005$ ). Стремление к долженствованию и ответственности сочетается с более тяжелыми невротическими проявлениями у больных с неврастеническим типом заболевания.

Наличие пугливой мотивационной тенденции ( $r_s = -0,58$ ;  $p = 0,001$ ) и стремления к индивидуализации ( $r_s = -0,39$ ;  $p = 0,023$ ), то есть потребность в действенном, активном преодолении трудностей и ориентация на собственные желания вместо желаний окружающих, напротив, сочетались с более низкой выраженностью внутриличностной конфликтности.

В межличностных отношениях нравственная ( $r_s = 0,36$ ;  $p = 0,035$ ) и губристическая (как стремление к превосходству) ( $r_s = 0,37$ ;  $p = 0,027$ ) мотивационные тенденции являются признаками недостаточного социального благополучия. Наличие губристической потребности (как стремления к развитию, самоопределению, совершенству) ( $r_s = -0,37$ ;  $p = 0,028$ ) отмечается при сниженной напряженности в межличностных отношениях.

У больных с **обсессивно-фобическим типом** (табл. 3) невротическое расстройство чаще всего встречаются мотивационные тенденции, направленные на трудовую деятельность (69,3 %), помощь окружающим (69,2 %), общение (69,3 %), избегание неприятностей (61,5 %), позитивного отношения к людям (53,9 %).

Часто отмечаются противоречия в стремлении к первенству, превосходству (губристическая мотивационная тенденция) (76,9 %), эгоцентрической (69,2 %), познавательной (53,8 %), нормативной (53,8 %) мотивационных тенденциях.

По сравнению с другими группами у них в большей степени выражены опасения и потребность в избегании неприятностей ( $\varphi = 2,252$ ;  $p < 0,05$ ) ( $\varphi = 2,256$ ;  $p < 0,05$ ), ниже потребность в индивидуализации ( $\varphi = 3,138$ ;  $p < 0,01$ ) ( $\varphi = 2,678$ ;  $p < 0,01$ ).

Для них характерны аскетические мотивационные тенденции ( $\varphi = 1,833$ ;  $p < 0,05$ ), долженствование и ответственность, ориентация на социальные нормы по сравнению с больными с неврастеническим типом невротического расстройства ( $\varphi = 1,719$ ;  $p < 0,05$ ), в то же время они в меньшей степени мотивированы поступать в ущерб себе ( $\varphi = 2,185$ ;  $p < 0,05$ ).

Таблица 3

Частота мотивационных тенденций (%) и взаимосвязи с уровнем внутриличностных конфликтов и межличностных трудностей у больных с обсессивно-фобическим типом невротического расстройства

Мотивационные тенденции	Преобладает положительная тенденция	Противоположная и прямая в равной выраженности	Преобладает прямая мотивационная тенденция	Взаимосвязь уровня внутриличностной конфликтности и преобладания положительного полюса мотивационной тенденции		Взаимосвязь уровня межличностных трудностей и преобладания положительного полюса мотивационной тенденции	
				$r_s$	$p$	$r_s$	$p$
Акзигитивная (материальная)	61,6	30,8	7,7	0,34	0,109	-0,10	0,625
Гедонистическая	46,2	38,5	15,4	0,37	0,075	0,08	0,688
Оптимистическая	15,4	38,5	46,2	0,24	0,263	-0,01	0,957
Коммуникативная	7,7	23,1	69,3	-0,20	0,341	0,06	0,78
Познавательная	7,7	53,8	38,5	0,11	0,618	0,48	<b>0,013</b>
Трудовая	23,1	7,7	69,3	0,02	0,938	0,35	0,076
Нормативная	15,4	53,8	30,8	0,41	<b>0,048</b>	0,11	0,577
Нравственная	23,1	46,2	30,8	-0,01	0,968	0,73	<b>0,001</b>
Губристическая (как стремление к совершенству)	30,8	46,2	23,1	-0,10	0,633	-0,54	<b>0,004</b>
Пугническая	23,1	53,8	23,1	0,09	0,691	-0,45	<b>0,02</b>
Губристическая (как стремление к превосходству)	23,1	76,9	0	0,06	0,795	0,46	<b>0,017</b>
Позитивного отношения к людям	15,4	30,8	53,9	-0,01	0,963	0,45	<b>0,02</b>
Избегания неприятностей	7,7	30,8	61,5	0,48	<b>0,018</b>	-0,17	0,403
Индивидуализации	30,8	30,8	38,5	-0,05	0,815	-0,06	0,754
Эгоцентрическая	7,7	69,2	23,1	0,42	<b>0,04</b>	0,22	0,284
Альтруистическая	15,4	15,4	69,2	-0,36	0,084	0,51	<b>0,007</b>

Для высокого уровня внутриличностной конфликтности у больных с обсессивно-фобическим типом невротического расстройства характерны нормативная ( $r_s = 0,41$ ;  $p = 0,048$ ), эгоцентрическая мотивационная тенденции ( $r_s = 0,42$ ;  $p = 0,04$ ) и стремление избегать неприятностей ( $r_s = 0,48$ ;  $p = 0,018$ ).

Трудности в межличностных отношениях чаще отмечаются при познавательной ( $r_s = 0,48$ ;  $p = 0,013$ ), нравственной ( $r_s = 0,73$ ;  $p = 0,001$ ), губристической (как стремление к превосходству) ( $r_s = 0,46$ ;  $p = 0,017$ ), альтруистической ( $r_s = 0,51$ ;  $p = 0,007$ ) мотивационных тенденциях, при стремлении позитивно относиться к окружающим ( $r_s = 0,45$ ;  $p = 0,02$ ).

Проблемы в межличностных отношениях были ниже при пугнической ( $r_s = -0,45$ ;  $p = 0,02$ ) и губристической (как стремление к совершенству) ( $r_s = -0,54$ ;  $p = 0,004$ ) мотивационных тенденциях.

Таким образом, мотивационные тенденции у больных с невротическими расстройствами обуславливаются вытесненными потребностями, их невротическими компенсациями и действием механизмов психологической защиты.

Мотивационные тенденции связаны с содержанием внутриличностных конфликтов и различаются у больных с разными типами невротических расстройств. Их особенности и противоречивость являются психотерапевтическими мишенями, специфичными для каждого типа невротических расстройств. Учет характерных мотивационных тенденций имеет важное значение для персонализированного подхода в построении эффективной психотерапевтической стратегии.

У больных с истерическим типом отмечается несколько более выраженная направленность на упрощенные способы существования, стремление положительно относиться к окружающим людям, реже встречается трудовая мотивационная установка, чаще определяется противоречивое отношение к выполнению социальных и групповых норм, к возможным неприятностям, к индивидуализации.

У больных с неврастеническим типом отмечается готовность к деятельности, преодолению трудностей, к достижениям, выше мотивационная установка на помощь окружающим, реже формируются тенденция ориентироваться на мнение окружающих, гедонистическая и эгоцентрическая тенденции. Для них более характерны противоречивые сочетания готовности к положительной оценке будущего и ожидания неблагоприятия, противоречия в стремлении избежать неприятностей и достигнуть совершенства.

У больных с обсессивно-фобическим типом несколько выше аскетические мотивационные тенденции, проявляющиеся в избегании гедонистических стремлений, направленность на учетывание и усвоение образцов поведения, норм и правил общества, в большей степени выражены опасе-

ния неприятностей, противоречия в эгоцентрической и губристической (направленной на превосходство окружающих) тенденциях.

Выявлено, что наличие некоторых мотивационных тенденций коррелирует с выраженностью внутриличностных конфликтов.

У больных с истерическим типом невротического расстройства напряженность внутриличностного конфликта чаще отмечается при нравственной и эгоцентрической мотивационных тенденциях. Поэтому в качестве психотерапевтических мишеней в лечении больных с истерическим типом невротического расстройства целесообразно рассматривать переоценку причин и содержания стремлений, связанных с выполнением моральных норм, и переосмысление приоритета собственных интересов.

У больных с неврастеническим типом невротического расстройства стремление к долженствованию и ответственности сочетается с более выраженными невротическими проявлениями, поэтому мишенью для психотерапевтической работы являются перфекционизм, отказ от чрезмерных обязательств и оценки окружающих и их действий на основе норм долженствования.

У больных с обсессивно-фобическим типом невротического расстройства высокий уровень внутриличностной конфликтности сочетается с целым рядом мотивационных тенденций: нормативная, эгоцентрическая мотивационная тенденции и стремление избегать неприятностей. Отношение к выполнению норм и правил, соотнесение с ними своих интересов и потребностей, отношение к неприятностям недостаточно осознаются и являются почвой для формирования более глубоких невротических механизмов. Осознание противоречивости мотивационных тенденций и формирование адекватной иерархической системы ценностей является психотерапевтической мишенью для этой группы больных.

В то же время ряд определенных мотивационных тенденций может способствовать социальной адаптации. Так, у больных с истерическим типом невротических расстройств такими тенденциями являются стремление к труду, к позитивному отношению к окружающим, к индивидуализации; у больных с неврастеническим типом – ориентация на развитие; у больных с обсессивно-фобическим типом невротического расстройства – потребность в действенном, активном преодолении трудностей и ориентация на собственные желания вместо желаний окружающих. Планируя психотерапевтическую стратегию необходимо учитывать эти ресурсные возможности.



## Заключение

Мотивационные тенденции могут быть свидетельством глубины внутрилличностного конфликта и напряженности в межличностных отношениях, учет таких особенностей у больных с разными типами невротического расстройства способствует повышению качества лечения и дает основание для разработки персонализированного подхода к психотерапии.

## Литература

1. Анцупов А.Я., Шипилов А.И. Конфликтология : учеб. для вузов. – 4-е изд., испр. и доп. – М. : Эксмо, 2009. – 512 с.
2. Гришина Н.В. Психология конфликта. – 2-е изд., доп. и перераб. – СПб. [и др.] : Питер, 2008. – 544 с.
3. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. – СПб. [и др.] : Питер, 2000. – 512 с.
4. Исурина Г.Л. Групповая психотерапия при неврозах (методы, психологические механизмы лечебного действия, динамика индивидуально-психологических характеристик) : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Л., 1984. – 25 с.
5. Караваева Т.А. Изменение психотерапевтических и реабилитационных стратегий при лечении невротических расстройств в условиях социально-экономических перемен // Обзор. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 2010. – № 1. – С. 13–17.
6. Карвасарский Б.Д. Неврозы. – 2-е изд. перераб. и доп. – М. : Медицина, 1990. – 576 с.
7. Колотильщикова Е.А. Психологическая диагностика невротических расстройств // Вестн. психиатрии и психологии Чувашии. – 2014. – № 10. – С. 91–108.
8. Колотильщикова Е.А. Психологические механизмы невротических расстройств : автореф. дис. ... д-ра психол. наук. – СПб., 2011. – 48 с.
9. Колотильщикова Е.А., Мизинова Е.Б., Лысенко И.С. [и др.]. Сравнительный анализ механизмов психологических защит больных с острым и хроническим течением невротических расстройств // Вестн. С.-Петербург. гос. ун-та. Сер. 12. Психология. Социология. Педагогика. – 2010. – Вып. 4. – С. 207–213.
10. Мясичев В.Н. О генетическом понимании психоневрозов // Совет. невропсихиатрия : сб. науч. трудов. – Л., 1939. – Вып. 2. – С. 112–140.
11. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. – М. : Изд-во МГУ, 1989. – 215 с.
12. Фрейд З. Я и Оно / [пер. с нем.]. – Харьков : АСТ Фолио, 2007. – 859 с.
13. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность [пер. с нем.]. – М. : Педагогика, 1986. – 24 с.
14. Хорни К. Ваши внутренние конфликты / [пер. с англ.]. – СПб. : Лань, 1997. – 237 с.
15. Хорни К. Невроз и личностный рост. Борьба за самореализацию. – М. : Изд-во Б&К, 2000. – 316 с.

**Lysenko I.S., Karavaeva T.A.** Opredelenie psikhoterapevticheskikh mishenei na osnove osobennostei motivatsionnykh tendentsii u bol'nykh s raznymi tipami nevroticheskikh rasstroiv [The definition of psychotherapy targets on the basis of features motivational tendencies in patients with different types of neurotic disorders]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 53. P. 7–19.

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

Lysenko Irina Sergeevna – specialist of Scientific and Medical Information Department, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (Russia, 192019, Saint-Petersburg, Bekhterev str., 3); e-mail: neolira@yandex.ru;

Karavaeva Tatyana Arturovna – Dr. Med. Sc., head of the Neurosis and Psychotherapy Department, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (Russia, 192019, Saint-Petersburg, Bekhterev str., 3); e-mail: tania\_kar@mail.ru.

**Abstract.** Presents the results of a study motivational trends and correlation with the severity of their intrapersonal conflicts and difficulties in interpersonal relationships in patients with hysterical, neurasthenic and obsessive-phobic types of neurotic disorders. The study revealed that motivational tendencies are characterized by contradictions and are different for types of neurotic disorders, which gives additional information about the content intrapersonal conflict and determine specifically psychotherapeutic targets. Selected psychotherapeutic targets specific to each type of neurotic disorders. It is established that the presence of certain motivational tendencies can serve as an additional diagnostic signs of the severity of neurotic manifestation. Selected psychotherapeutic targets specific to each type of neurotic disorders. Implementation of this data in practice contributes to the development of more effective psychotherapeutic strategies.

**Key words:** neurotic disorders, motivational tendencies, intrapersonal conflict, interpersonal relationships, differential diagnosis, psychotherapeutic target, psychotherapeutic strategy.

### References

1. Antsupov A.Ya., Shipilov A.I. *Konfliktologiya* [Conflictology]. Moskva, 2009. 512 p. (In Russ.)
2. Grishina N.V. *Psikhologiya konflikta* [Psychology of conflict]. Sankt-Peterburg, 2008. 544 p. (In Russ.)
3. Il'in E.P. *Motivatsiya i motivy* [Motivation and motives]. Sankt-Peterburg, 2000. 512 p. (In Russ.)
4. Isurina G.L. *Gruppovaya psikhoterapiya pri nevrozakh (metody, psikhologicheskie mekhanizmy lechbnogo deistviya, dinamika individual'no-psikhologicheskikh kharakteristik)* [Group psychotherapy of the neuroses (methods, psychological mechanisms of therapeutic action, the dynamics of individual-psychological characteristics)]: Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. Leningrad, 1984. 25 p. (In Russ.)
5. Karavaeva T.A. *Izmenenie psikhoterapevticheskikh i reabilitatsionnykh strategii pri lechenii nevroticheskikh rasstroiv v usloviyakh sotsial'no-ekonomicheskikh*

kikh peremen [Changing of the psychotherapeutic and rehabilitation strategies in the treatment of neurotic disorders in terms of socio-economic alterations]. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2010. N 1. Pp. 13–17. (In Russ.)

6. Karvasarskii B.D. Nevrozy [Neuroses]. Moskva, 1990. 576 p. (In Russ.)

7. Kolotil'shchikova E.A. Psikhologicheskaya diagnostika nevroticheskikh rastroistv [Psychological diagnosis of neurotic disorders]. *Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii* [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology]. 2014. N 10. Pp. 91–108. (In Russ.)

8. Kolotil'shchikova E.A. Psikhologicheskie mekhanizmy nevroticheskikh rastroistv [Psychological mechanisms of neurotic disorders] : Abstract dissertation Dr. Psychol. Sci. Sankt-Peterburg, 2011. 48 p. (In Russ.)

9. Kolotil'shchikova E.A., Mizinova E.B., Lysenko I.S. [et al.]. Sravnitel'nyi analiz mekhanizmov psikhologicheskikh zashchit bol'nykh s ostrym i khronicheskim techeniem nevroticheskikh rastroistv [Comparative analysis of the psychological protection mechanisms of patients with acute and chronic neurotic disorders]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Seriya 12: Psikhologiya. Sotsiologiya. Pedagogika* [Vestnik of Saint Petersburg university. Series 12. Psychology. Sociology. Education]. 2010. Issue 4. Pp. 207–213. (In Russ.)

10. Myasishchev V.N. O geneticheskom ponimanii psikhonevrozov [About the genetic understanding of psychoneuroses]. *Sovetskaya nevropsikhiatriya* [Soviet neuropsychiatry]: collection of scientific works. Leningrad, 1939. Issue 2. Pp. 112–140. (In Russ.)

11. Sokolova E.T. Samosoznanie i samootsenka pri anomalnykh lichnosti [Self-awareness and self-esteem abnormal personality]. Moskva, 1989. 215 p. (In Russ.)

12. Freid Z. Ya i Ono [Ego and id]. Khar'kov, 2007. 859 p. (In Russ.)

13. Khekkhauzen Kh. Motivatsiya i deyatel'nost' [Motivation and activity]. Moskva, 1986. 24 p. (In Russ.)

14. Khorni K. Vashi vnutrennie konflikty [Your internal conflicts]. Sankt-Peterburg, 1997. 237 p. (In Russ.)

15. Khorni K. Nevroz i lichnostnyi rost. Bor'ba za samorealizatsiyu [Neurosis and personal growth. The struggle for self-realization]. Moskva, 2000. 316 p. (In Russ.)

Received 05.03.2015

## СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕЗАДАПТАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ОТДАЛЕННОЙ ТЕРРИТОРИИ ЕВРОПЕЙСКОГО СЕВЕРА РОССИИ (В СВЯЗИ С ЗАДАЧАМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ)

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

Представлено сравнительное психологическое исследование дезадаптированного населения отдаленной территории Европейского Севера России, страдающего начальными стадиями алкоголизма. Цель исследования – определение факторов социально-психологической дезадаптации, которые способствовали развитию алкоголизма у населения одной из отдаленных территорий Архангельской области. У дезадаптированных лиц выявлены специфичные особенности: ограниченный репертуар копинг-поведения, сложности в межличностных отношениях, семейная разобщенность. В программах психологических вмешательств для таких лиц важную роль может играть семейная психотерапия с развитием навыков открытой и доверительной коммуникации, совместного решения проблем и эмоциональной связи. Особенное внимание следует уделять выработке навыков личностной устойчивости с возможностью преодоления жизненных трудностей, убеждений в позитивном исходе и самоэффективности. Представлена методика расчета риска развития психической дезадаптации для определения лиц, находящихся в группе риска развития алкоголизма.

Ключевые слова: социальная психология, Европейский Север России, отдаленная территория, адаптация, риск дезадаптации, алкоголизм, социально-психологические факторы.

### Введение

Развитие психической дезадаптации на Европейском Севере России связано с широким распространением алкоголизации местного населения, особенно проживающего на отдаленных территориях [7]. Значительная часть общей смертности в период 1975–2008 гг. на Европейском Севере России была обусловлена ассоциированной с алкоголем смертностью [9].

---

Абабков Валентин Анатольевич – д-р мед. наук, проф. кафедры мед. психологии и психофизиологии С.-Петерб. гос. ун-та (Россия, 199034, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6); e-mail: ababkov@nm.ru;

Пушкин Игорь Александрович – медицинский психолог, С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6); e-mail: igor-pushkin@yandex.ru.

Повышение риска развития психической дезадаптации при проживании в районах с неблагоприятными климатогеографическими условиями связано в первую очередь с нарушением микросоциального взаимодействия, жизненного стереотипа и отношением к условиям природной среды [4]. В последние десятилетия все больше внимания уделяется (помимо биологических и социальных факторов) изучению психологических механизмов, которые обеспечивают приспособление к стрессовой ситуации [2], исследованию протективных личностных качеств [10, 12]. При этом наличие устойчивой социальной поддержки с ее позитивным влиянием считается хорошими прогностическим критерием [14].

Среди жителей данных территорий, помимо дезадаптированных, немало лиц, проявляющих адаптивное поведение. Для понимания причин важно определять психологические механизмы и адаптации, и дезадаптации населения. Сравнение дезадаптированных респондентов с лицами, проживающими в иных условиях, а также с людьми из разных клинических групп помогает уточнять специфические и неспецифические механизмы как адаптации, так и дезадаптации.

*Цель исследования* – определение факторов социально-психологической дезадаптации, которые способствуют развитию алкоголизма населения одной из отдаленных территорий Европейского Севера России.

### **Материалы и методы**

Обследовали 307 человек, проживающих на территории Европейского Севера России, отличающихся по клиническим показателям и разделенных на 2 группы:

1-я (n = 120) – жители, проживающие на отдаленных территориях;

2-я (n = 187) – жители городов (Архангельска и Северодвинска).

Жителями отдаленной территории Европейского Севера России являлось население сельского поселения Ошевенское Каргопольского района Архангельской области, имеющего многовековую историю социальной отгороженности, обусловленную религиозными и культурными особенностями, частичной географической изоляцией. Данное поселение состоит из 13 деревень, отдаленных друг от друга. Проживание на данной территории характеризуется трудными климатическими и экономическими условиями, ограничением брачного выбора.

Жителей 1-й группы по уровню адаптации делились на две подгруппы: 1А – здоровые и 1Б – дезадаптированные. К последней подгруппе относились больные алкоголизмом. Их количество и социально-демографи-

ческие показатели указаны в табл. 1. Критерием включения в исследование являлось постоянное проживание на территории села Ошевенск, критерии исключения – алкоголизм III стадии, наличие психотических расстройств.

Таблица 1

Социально-демографические характеристики обследованных жителей  
Европейского Севера России

Показатель	Подгруппа					
	1А	1Б	2А	2Б	2В	2Г
Количество	50	70	47	72	20	48
Пол, n						
мужчины	28	40	20	45	16	18
женщины	22	30	27	27	4	30
Образование, %						
среднее	30,0	47,5		6,0		
среднее специальное	60,0	52,5	30,0	90,0	85,0	62,0
высшее	10,0		70,0	4,0	15,0	38,0
Семейное положение, %						
в браке	88,0	75,0	85,0	61,0	75,0	83,0
одинокие	12,0	25,0	15,0	39,0	25,0	17,0
Работающие, %	100,0	84,0	91,5	83,0	85,0	90,0
Возраст, лет	22–58	20–62	20–48	21–57	20–61	20–54

Городские жители Европейского Севера России были представлены 187 респондентами из 4 различных клинических подгрупп, являющимися жителями городов Архангельск и Северодвинск (см. табл. 1):

2А – здоровые лица;

2Б – больные алкоголизмом (пациенты наркологического отделения Архангельской областной клинической психиатрической больницы – АОКПБ);

2В – больные алкоголизмом, проходящие на базе наркологических диспансеров городов Архангельск и Северодвинск психосоциальную реабилитацию по программе «Анонимные алкоголики» (АА), стаж посещения группы – от 4 мес до 3 лет;

2Г – пациенты АОКПБ с другими непсихотическими психическими расстройствами.

Для получения клиничко-диагностических данных о жителях отдаленных территорий в качестве экспертов использовали медицинских работников населенных пунктов. Указанные специалисты ведут медицинское

наблюдение и лечение, в том числе проводят консультации с врачами-психиатрами АОКПБ. Также изучались заключения врачей наркологов и психиатров у лиц, проживающих в г. Архангельске и г. Северодвинске.

Уточнение клинических, психологических и социально-демографических характеристик обследуемых реализовали в виде собеседования. При экспериментально-психологическом исследовании использовали методики:

- определения характера копинг-поведения [11];
- оценки стратегии совладающего поведения [3];
- многомерную шкалу восприятия социальной поддержки [8];
- изучения межличностных отношений [1];
- шкалу семейной адаптации и сплочённости, FACES-3 [5];
- шкалу семейного окружения [13];
- мичиганский алкогольный скрининг-тест, MAST [15].

Математико-статистическую обработку данных проводили с помощью U-критерия Манна–Уитни и t-критерия Стьюдента в зависимости от нормальности распределения полученных экспериментальных данных, а также критерия  $\chi^2$  Пирсона (для номинативных признаков). Для установления статистических взаимосвязей между переменными использовали корреляционный анализ с помощью коэффициента Спирмена, а для определения вида корреляционных связей и прогнозирования зависимостей одних переменных от других – анализ множественной регрессии. Полученные результаты обработали с использованием стандартных методов математической статистики, включенных в статистический пакет SPSS 13.0.

В данной статье приводятся наиболее существенные из полученных результатов.

### **Результаты и их анализ**

У обследованных лиц 1А подгруппы по сравнению с обследованными 2А подгруппы существует более высокое восприятие социальной поддержки, а значит, имеется больше возможностей получать необходимую психосоциальную поддержку со стороны семьи ( $p < 0,001$ ), значимых других ( $p < 0,05$ ), друзей ( $p < 0,01$ ).

Обследованные 1А подгруппы уступают респондентам 2А подгруппы в соотношении выраженности когнитивных (39 против 55 %) и поведенческих копинг-стратегий (29,5 против 55,5 %). Данная ситуация может быть связана с тем, что лица 1А подгруппы при совладании с жизненными трудностями по методике определения характера копинг-поведения обладают

низким уровнем навыков «проблемного анализа» (9,8 %), «установки собственной ценности» (2,4 %) и «сотрудничества» (9,8 %) со значимыми людьми. При этом они имеют высокие значения таких копинг-механизмов, как «сохранение самообладания» (26,8 %) и «оптимизм» (65 %). При сравнительном анализе показателей обследованных 1А и 2А подгрупп также выяснилось, что в 1А подгруппе достоверно превалирует копинг «сохранение самообладания» и «отвлечение» от проблем в виде переключения на любимые и хозяйственные дела.

Важно подчеркнуть двойственность по отношению к жизненным трудностям у здоровых жителей 1А подгруппы в сравнении с 2А: они или вовлечены в эти трудности, или стараются максимально дистанцироваться от таких трудностей ( $p < 0,01$ ).

Имеющиеся трудности в межличностных отношениях в виде «холодности», «социального избегания» и «уступчивости», вызванные условиями проживания в отдаленной местности, могут уменьшать возможность обращения за помощью к окружающим людям у лиц 1А подгруппы, что подтверждается низким уровнем развития копинг-механизма «поиск социальной поддержки». Общая картина дополняется «неуверенностью» в интерперсональных отношениях. Лица 2А подгруппы проявили большую «автократичность» в межличностной проблематике. Их оценки по методике межличностных отношений были выше, чем у лиц 1А подгруппы: ( $7,4 \pm 4,0$ ) и ( $13,5 \pm 7,0$ ) баллов соответственно ( $p < 0,001$ ).

Семейные отношения у обследованных 1А подгруппы отличались от респондентов 2А подгруппы по шкале семейной адаптации и сплоченности (см. табл. 2) высокими показателями доверительных отношений между членами семьи: экспрессивностью ( $p < 0,05$ ), семейными границами ( $p < 0,001$ ) и принятием решений ( $p < 0,05$ ); показателями управления: организацией ( $p < 0,05$ ), дисциплиной ( $p < 0,001$ ), контролем ( $p < 0,05$ ) и правилами ( $p < 0,01$ ); направленностью на личностный рост: ориентацией на достижения ( $p < 0,05$ ) и морально-нравственными аспектами ( $p < 0,05$ ). Данные особенности указывают на важную протекторную роль более сплоченной и адаптированной семейной системы здоровых жителей отдаленной территории Европейского Севера России.



Таблица 2

Семейные показатели у жителей отдаленной территории Европейского Севера России, балл

Семейный показатель	Подгруппа, медиана (q25; q75)		p <
	1А	2А	
Экспрессивность	6 (5; 7)	5 (5; 6)	0,05
Семейные границы	7 (6; 9)	6 (5; 7)	0,001
Совместное принятие решений <sup>1</sup>	4 (4; 5)	4 (3; 5)	0,05
Организация	7 (6; 8)	5,5 (4; 8)	0,05
Дисциплина	7 (6; 9)	6 (5; 7)	0,001
Контроль <sup>2</sup>	8 (7; 8)	8 (6; 9)	0,05
Правила <sup>3</sup>	3 (2; 3)	3 (3; 4)	0,01
Ориентация на достижения	6 (5; 7)	5 (4; 6)	0,01
Морально-нравственные аспекты	4 (3; 5)	3 (2; 4)	0,01
Интеллектуально-культурная ориентация	4 (3; 5)	6 (5; 7)	0,001

При значении средних рангов: <sup>1</sup> – 45,8 и 35,6; <sup>2</sup> – 41,9 и 31,4; <sup>3</sup> – 34,8 и 50,4.

У дезадаптированных лиц 1Б подгруппы нет восприятия своей семьи как источника эмоциональной поддержки. Вместе с тем у них отмечался высокий уровень навыков адаптивного когнитивного копинг-поведения: «сохранение самообладания» и «установка собственной ценности». Данная особенность предполагает активное сдерживание своих эмоциональных реакций и самоподдержку в трудной жизненной ситуации.

Узкий копинг-репертуар дезадаптированных лиц 1Б подгруппы (также по методике определения характера копинг-поведения) без дальнейшего преодоления и веры в успех, останавливает их последующий личностный рост (табл. 3).

Таблица 3

Восприятие социальной поддержки и копинг-механизмы у жителей отдаленной территории Европейского Севера России, n (%)

Показатель	Подгруппа		p <
	1А	1Б	
Эмоциональная поддержка семьи	37 (80)	31 (50)	0,05
Установка собственной ценности	1 (2,4)	11 (17,7)	0,01
Придание смысла	4 (9,8)	0 (0)	0,01
Оптимизм	27 (65,9)	28 (45,2)	0,05

Наличие ведущих типов межличностных проблем по методике изучения межличностных отношений у жителей 1Б подгруппы («холодность» – 15 %, «социальное избегание» – 14 %, «уступчивость» – 28 % и «заботливость» – 22 %) указывает на разнонаправленные личностные тенденции. К ним относятся: наличие проблемы сказать «нет», отстоять свои личностные границы, трудности в принятии обязательств в отношении других, в демонстрации собственных чувств, любви и чувства близости, убежденность в том, что в отношениях с окружающими следует быть холодными, невозможность проявлять страх и робость перед другими людьми, сложности в присоединении к группе.

В семьях дезадаптированных испытуемых (сравнение подгрупп 1Б и 1А) не поощряется свободное выражение своих чувств, идей ( $p < 0,05$ ), члены семьи редко обсуждают и совместно принимают решения ( $p < 0,01$ ), также имеется низкий уровень дисциплины ( $p < 0,05$ ), указывающий на несформированные функции управления семейной системой. Данные показатели связаны с тем, что семейные отношения дезадаптированных лиц (подгруппа 1Б) разобщены (48 %), имеют низкую эмоциональную связь, ригидны (31 %) и хаотичны (33 %) при адаптации к жизненным условиям.

У здоровых лиц подгруппы 1А определенные типы проблем межличностных отношений имеют сильные связи с различными копинг-стратегиями. Данные копинг-механизмы зачастую соответствовали внутренним убеждениям по тематике межличностных проблем. Так, например, «уступчивость» (по методикам изучения межличностных отношений и определения характера копинг-поведения) связана с «самоконтролем» ( $p < 0,05$ ) и «смирением» ( $p < 0,05$ ), «холодность» – с «растерянностью» ( $p < 0,05$ ), «отступлением» ( $p < 0,001$ ) и слабым восприятием поддержки от друзей ( $p < 0,05$ ), а «социальное избегание» имело взаимосвязь с «самоконтролем» ( $p < 0,05$ ) и снижением «оптимизма» ( $p < 0,01$ ). Важную функцию компенсации у лиц 1А подгруппы играют семейные взаимоотношения с открытой коммуникацией, высокими организационными функциями и направленностью на личностный рост и адаптацию.

Сплоченные и устойчивые семейные отношения здоровых лиц 1А подгруппы в сравнении с респондентами 1Б подгруппы уменьшали необходимость обращения за помощью вне семьи ( $p = 0,001$ ), самостоятельного принятия решений ( $p = 0,035$ ) в трудных жизненных ситуациях и придания им смысла ( $p = 0,003$ ).

Определено, что у дезадаптированных лиц 1Б подгруппы ведущие типы межличностной проблематики связаны с меньшим использованием адаптивных копинг-стратегий («планирование решений») и более слабым восприятием социальной поддержки (от друзей и членов семьи), чем у лиц 1А подгруппы. Особенности лиц 1Б подгруппы не могли компенсировать напряжение при межличностных проблемах, а в большей части лишь их усиливали, формируя чувство внутренней неудовлетворенности. Низкая эмоциональная связь в семьях этих лиц в сравнении с подгруппой 1А по методике определения характера копинг-поведения усиливала развитие неадаптивных совладающих механизмов «самообвинение» ( $p < 0,001$ ) и «относительность» ( $p < 0,05$ ), блокировала адаптивные копинг-стратегии «сохранение самообладания» ( $p < 0,01$ ) и «сотрудничество» ( $p < 0,01$ ).

Имеющиеся социальные и физиологические проблемы алкоголизации у лиц 1Б подгруппы в сравнении с 1А подгруппой были связаны с конфликтными отношениями в семье ( $p < 0,01$ ), конкурирующим типом межличностных отношений ( $p < 0,01$ ) и копинг-стратегией «смирение» ( $p < 0,01$ ).

**Результаты изучения лиц, страдающих алкоголизмом в различных условиях проживания.** Выявлено (по методике определения характера копинг-поведения), что при решении жизненных проблем у лиц 1Б подгруппы преобладали адаптивные когнитивные (60 %) и эмоциональные (52 %) копинг-стратегии и относительно адаптивные поведенческие копинг-механизмы (56 %). У больных 2Б подгруппы в копинг-репертуаре ярко представлены неадаптивные когнитивные (48 %) и эмоциональные (48 %) копинг-механизмы и относительно адаптивные поведенческие копинг-стратегии (52 %). Жители 2В подгруппы имели выраженные относительно адаптивные и неадаптивные копинг-стратегии.

При этом обнаружена общность в слабом развитии копинг-стратегий «придача смысла» и «оптимизм» у больных алкоголизмом вне зависимости от места проживания. Тем не менее у дезадаптированных респондентов 1Б подгруппы оказались более выраженными «активное избегание» ( $p < 0,01$ ) и «отвлечение» от проблем занятием любимым делом ( $p < 0,05$ ). В отличие от больных алкоголизмом 1Б группы у пациентов 2Б подгруппы по методике определения характера копинг-поведения отмечается более слабая жизненная позиция при решении трудностей: «смирение» ( $p < 0,05$ ), «диссимуляция» ( $p < 0,05$ ) и «покорность» ( $p < 0,05$ ). Специфическими копинг-стратегиями у реабилитантов 2В группы в отличие от 1Б подгруппы оказа-

лись: «религиозность» ( $p < 0,05$ ), «придание смысла» ( $p < 0,05$ ) и «сотрудничество» ( $p < 0,05$ ).

Специфичность проблематики в межличностных отношений (методика изучения межличностных отношений) у лиц 2Б группы в сравнение с подгруппой 1Б, проявляется в «автократичности» ( $p < 0,01$ ) и «конкуренции» ( $p < 0,001$ ). Респондентам подгруппы 1Б в сравнении с подгруппой 2Б более свойственны «уступчивость» ( $p < 0,01$ ) и «заботливость» ( $p < 0,01$ ). Это может указывать на необходимость адаптироваться к общению с ограниченным количеством людей, важность поиска взаимоподдержки. Особенностью лиц 2В подгруппы в межличностной сфере по сравнению с больными алкоголизмом 2Б подгруппы является более низкое значение по параметру «конкуренция» ( $p < 0,05$ ).

Лица 2Б подгруппы в отличие от 1Б подгруппы по шкале семейной адаптации и сплочённости более «хаотичны» в семейной адаптации (68 %;  $p < 0,01$ ). Лица 1Б подгруппы отличались более ригидным уровнем данного параметра (31 %;  $p < 0,01$ ), хотя хаотичный уровень у них оказался также выраженным (33 %). Интересно отметить, что у больных 2Б подгруппы внешние семейные границы более развиты, чем у лиц 2В подгруппы ( $p < 0,01$ ). Это может указывать на большую закрытость семейной системы пациентов 2Б подгруппы и более проницаемые внешние границы у лиц 2В подгруппы. Результат подтверждается высокой частотой разобщенного типа семейной сплоченности у пациентов 2В подгруппы: 80 % – разобщенный, 10 % – разделенный, по 5 % – связанный и сцепленный типы. Семейная адаптация у большинства респондентов данной группы имела хаотичный характер – у 55 %, структурный – у 25 %, гибкий – у 15 %, ригидный – у 5 %.

При уточнении специфичности полученных факторов дезадаптации пациентов 2Б подгруппы при сравнении с 2Г подгруппой выяснилось, что характерными признаками первых являются копинг-механизмы снятия напряжения принятием алкоголя («компенсация»,  $p < 0,01$ ), приуменьшение значения своих жизненных проблем («диссимуляция»,  $p < 0,01$ ), конфликтность взаимоотношений, высокий уровень недоверия окружающим и агрессивность («конкурирующий тип»,  $p < 0,05$ ). Это может влиять на специфические задачи психокоррекционных мероприятий для больных алкоголизмом, проживающих в условиях городов Европейского Севера России. «Автократичный» тип межличностных проблем оказался общим для городских жителей в целом.

Применение множественного регрессионного анализа позволило разработать модель развития психической дезадаптации (коэффициент детерминации,  $R^2 = 0,837$ ; стандартная ошибка оценки = 4,407;  $F = 18,803$ ;  $p = 0,001$ ). На основании метода пошагового включения переменных и полученных регрессионных коэффициентов в модель включены 6 предикторов развития психической дезадаптации:

$$y = 19,882 - 13,008X_1 + 20,183X_2 + 6,182X_3 - 1,433X_4 + 1,402X_5 + 0,633X_6,$$

где  $y$  – вероятность развития дезадаптации населения отдаленных территорий Европейского Севера России; значение  $\leq 4$  – указывает на наличие проактивных личностных и социально-психологических факторов адаптации, а также на отсутствие социальных и физиологических проблем с алкоголизмом, при  $y > 4$  – вероятные признаки личностной и социально-психологической дезадаптации, наличие социальных и физиологических проблем с алкоголизмом;

$X_1$  – пол местного жителя Европейского Севера России (1 – мужчина, 2 – женщина);

$X_2$  – наличие копинг-механизма «подавление эмоций» (1 – да, 0 – нет);

$X_3$  – восприятие желания семьи помочь в трудную минуту (1 – да, 0 – нет);

$X_4$  – уровень эмоциональной связи в семье (количество баллов по тесту FACES-3);

$X_5$  – уровень контроля в семье (количество баллов по тесту ШСО);

$X_6$  – уровень «социального избегания» как проблематики межличностных отношений (количество баллов по методике «Межличностные отношения»).

Для выявления лиц, находящихся в группе риска развития дезадаптации, врачам и психологам, работающим с жителями отдаленных территорий Европейского Севера России следует обратить особое внимание на лиц мужского пола с межличностными трудностями сближения с людьми, замкнутых, испытывающих чувство одиночества, предпочитающих во время жизненных трудностей подавлять эмоции, а не выражать их более открыто в значимой группе, живущих в гиперконтролирующей семье с низкой эмоциональной связью.

Полученные данные позволяют обосновать практические рекомендации [6]:

– для жителей отдаленных территорий Европейского Севера России следует разработать психокоррекционные и психопрофилактические программы, направленные на развитие их адаптационных возможностей. Задачами психологических вмешательств могут быть повышение сплоченности в данных семьях, возможность более открытого выражения своих чувств, получение эмоциональной поддержки, развитие более широкого

репертуара навыков межличностного взаимодействия, активной жизненной позиции, совладающих со стрессом механизмов сотрудничества, обращения за помощью и принятия решений;

– при разработке программ психокоррекции и реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом, проживающих на отдаленных территориях Европейского Севера России, важную роль должна играть семейная психотерапия с развитием навыков открытой и доверительной коммуникации, совместного решения проблем и эмоциональной связи. Особенное внимание стоит уделять выработке навыков личностной устойчивости с возможностью преодоления возникших жизненных трудностей, убеждения в позитивном исходе и самоэффективности;

– медицинским работникам, педагогам и психологам, работающим с жителями отдаленных территорий Европейского Севера России, рекомендуется применять методику расчета риска развития психической дезадаптации для определения лиц, находящихся в группе риска развития алкоголизма с последующей организацией адресной помощи.

### **Выводы**

1. У дезадаптированных лиц отдаленных территорий Европейского Севера России выявлен узкий копинг-репертуар с превалированием «установки собственной ценности» при слабо выраженном восприятии семьи как источника эмоциональной поддержки. Важными факторами психологической дезадаптации является низкий уровень «оптимизма» и «придание смысла» происходящему. Семейная система дезадаптированных лиц разобщена и имеет низкую эмоциональную связь, отмечается ригидность и хаотичность. В таких семьях не поощряется свободное самовыражение и совместное принятие решений, а также имеется низкий уровень дисциплины.

2. Низкий уровень эмоциональной связи, навыков совместного принятия решений и дисциплины в семьях дезадаптированных лиц отдаленных территорий Европейского Севера России ухудшает навыки «сохранения самообладания» в стрессовой ситуации, увеличивает уровень «самообвинения» и «относительности», а также препятствует формированию развития навыков «сотрудничества», что ведет к алкоголизации. Факторами усиления имеющихся проблем, связанных с алкоголизацией, у дезадаптированного населения отдаленных территорий Европейского Севера России являлись конфликтные отношения в семье, «конкурирующий» тип межличностных отношений и копинг-стратегия «смирение».

3. Для прогноза риска развития социально-психологической дезадаптации лиц отдаленной территории Европейского Севера России наиболее значимыми предикторами были пол, наличие копинг-механизма «подавление эмоций», степень желаяния семьи помочь в трудной ситуации, уровень эмоциональной связи и контроля в семье, уровень «социального избегания».

4. Специфическими копинг-стратегиями для дезадаптированных лиц отдаленных территорий Европейского Севера России оказались «активное избегание» и «отвлечение», для больных алкоголизмом города – «смирение», «диссимуляция» и «покорность», а также «сотрудничество» и «компенсация». Для реабилитантов программы АА в целом более свойственны «ответственность», «религиозность», «придание смысла» и «сотрудничество», а также восприятие социальной поддержки от «друзей» и «значимых других». Совладающие механизмы «придание смысла» и «оптимизм» являлись во всех трех группах маркерами адаптированности. Таким образом, подтверждена определенная специфичность копинг-стратегий.

5. Семейная сплоченность больных алкоголизмом вне зависимости от места проживания характеризуется разобщенностью и разделенностью, однако у городской группы более выражены внешние семейные границы. Для всех групп характерен хаотичный тип семейной адаптации. Однако у пациентов, проживающих в отдаленных территориях, также представлен ригидный тип. Семьи реабилитантов по программе «Анонимные алкоголики» имеют более низкий уровень «эмоциональной связи» и навыков управления семейной системой.

### Литература

1. Абабков В.А. [и др.]. Разработка методики интерперсональной психотерапии для лечения невротических расстройств и оценка ее эффективности : метод. рекомендации. – СПб. : НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2007. – 50 с.
2. Абабков В.А., Перре М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. – СПб. : Речь, 2004. – 166 с.
3. Крюкова Т.Л., Куфтяк Е. В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) // Журнал практического психолога. – 2007. – № 3. – С. 93–112.
4. Лебедев В.И. Психология и психопатология одиночества и групповой изоляции. – М. : 2002. – 407 с.
5. Лидерс А. Г. Психологическое обследование семьи : учеб. пособие-практикум. – 2-е изд., стер. – М. : Академия, 2007. – 432 с.
6. Пушкин И.А. Особенности копинг-поведения и социально-психологической дезадаптации населения отдаленных территорий Европейского Севера России : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2014. – 24 с.
7. Сидоров П.И. Наркологическая превентология : руководство. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : МЕДпресс-информ, 2006. – 720 с.

8. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Копинг-поведение как проблема в наркологии // Вопросы наркологии. – 1966. – № 1. – С. 76–82.
9. Шельгин К.В. Медико-демографические ущербы и алкоголизация населения Европейского Севера России : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Архангельск, 2013. – 50 с.
10. Antonovsky A.T. Salutogenesis. – Tübingen : Dgvt-Verlag. – 1997. – 252 s.
11. Heim E. Coping und Adaptivat: Gibt es Geeignete oder Ungeeignetes Coping? // *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*. – 1988. – N. 1. – S. 8–17.
12. Kobasa S.C. Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness // *J. of Personality and Social Psychology*. – 1979. – Vol. 37. – P. 1–11.
13. Moos R., Moos B. Typology of family social environments. – N.Y. : Family Process, 1976. – P. 357–372.
14. Sarason B.R., Sarason I.G., Gurung R.A.R. Close personal relationships and health outcomes. A key to role of social support. *Handbook of personal relationships. Theory, research and interventions*. Ed. S. Duck. – 2<sup>nd</sup> ed. – Chichester : Wiley, 1997. – P. 547–574.
15. Selzer M.L. The Michigan alcoholism screening test: the question for a new diagnostic instrument // *Am. J. Psychiatry*. – 1971. – Vol. 127, N 12. – P. 1653–1658.

**Ababkov V.A., Pushkin I.A.** Sozialno-psihologicheskoe issledovanie dezadaptatsii naselenija otdalenoj territorii Evropejskogo Severa Rossii (v sviasi s zadachami psihologicheskikh vmeshatelstv) [Social-psychological investigation of misadaptation of population of Russian European North distant region (in connection with tasks of psychological intervention)]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 53. P. 20–34.

Saint-Petersburg state university  
(Russia, Saint-Petersburg, Makarova embank., 6)

Ababkov Valentin Anatolievich – Dr. Med. Sci. Prof., Saint-Petersburg state university (Russia, Saint-Petersburg, Makarova embank, 6); e-mail: ababkov@nm.ru;

Pushkin Igor Aleksandrovich, PhD Med. Sci., medical psychologist (Russia, Saint-Petersburg, Makarova embank, 6); e-mail: igor-pushkin@yandex.ru.

**Abstract.** The article is dedicated to comparative investigation of misadapted population of Russian European North distant region suffering from early stages of alcoholism. The aim of investigation was concluded in determining of factors of social-psychological misadaptation, which promoted to development of alcoholism of population of Russian European North distant region. The specific peculiarities of misadapted persons were revealed: restricted repertoire of coping behavior, definite problems of interpersonal relations, family disconnection. The programs of psychological intervention for these individuals could include family therapy with development of skills of transparent and confident communication, joint resolving of problems, emotional attachment. A special attention should be given to elaboration of skills of per-



sonal resistance for coping of life problems, beliefs in positive results, selfefficacy. The method for calculation of risk of development psychic misadaptation for persons from alcoholism risk group was presented.

Key words: social psychology, the European North of Russia, distant region, adaptation, risk of misadaptation, alcoholism, social-psychological factors.

### References

1. Ababkov V.A. [et al.]. Razrabotka metodiki interpersonal'noi psikhoterapii dlya lecheniya nevroticheskikh rasstroistv i otsenka ee effektivnosti [The elaboration of method of interpersonal psychotherapy for treatment of neurotic disorders and evaluation of its effectiveness]. Sankt-Peterburg. 2007. 50 p. (In Russ.)

2. Ababkov V.A., Perre M. Adaptatsiya k stressu. Osnovy teorii, diagnostiki, terapii [Adaptation to stress: basis of theory, diagnostics and therapy]. Sankt-Peterburg. 2004. 166 p. (In Russ.)

3. Kryukova T.L., Kuftyak E.V. Oprosnik sposobov sovladaniya (adaptatsiya metodiki WCQ) [The questionnaire of coping ways (adaptation of WCQ)]. *Zhurnal prakticheskogo psikhologa*. 2007. N 3. Pp. 93–112. (In Russ.)

4. Lebedev V.I. Psikhologiya i psikhopatologiya odinochestva i gruppovoi izolyatsii [Psychology and psychopathology of loneliness and group isolation]. Moskva. 2002. 407 p. (In Russ.)

5. Lidars A. G. Psikhologicheskoe obsledovanie sem'i [Psychological investigation of family]. Moskva. 2007. 432 p. (In Russ.)

6. Pushkin I.A. Osobennosti koping-povedeniya i sotsial'no-psikhologicheskoi dezadaptatsii naseleniya otdalennykh territorii Evropeiskogo Severa Rossii [Peculiarities of coping and socio-psychological misadaptation of population of distant region of European North of Russia] : Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 2014. 24 p. (In Russ.)

7. Sidorov P.I. Narkologicheskaya preventologiya [Narcological preventology]. Moskva. 2006. 720 p. (In Russ.)

8. Sirota N.A., Yaltonskii V.M. Koping-povedenie kak problema v narkologii [Coping as problem in narcology]. *Voprosy narkologii* [Journal of addiction problems]. 1966. N 1. Pp. 76–82. (In Russ.)

9. Shelygin K.V. Mediko-demograficheskie ushcherby i alkogolizatsiya naseleniya Evropeiskogo Severa Rossii [Medico-demographic loss and alcoholisation of population of European North of Russia] : Abstract dissertation Dr. Med. Sci. Arkhangel'sk. 2013. 50 p. (In Russ.)

10. Antonovsky A.T. Salutogenese. Tubingen : Dgvt-Verlag. 1997. 252 s. (In German)

11. Heim E. Coping und Adaptivat: Gibt es Geeignete oder Ungeeignetes Coping?. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*. 1988. N. 1. S. 8–17. (In German)

12. Kobasa S.C. Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *J. of Personality and Social Psychology*. 1979. Vol. 37. Pp. 1–11.

13. Moos R., Moos B. Typology of family social environments. N.Y.: Family Process, 1976. Pp. 357–372.

14. Sarason B.R., Sarason I.G., Gurung R.A.R. Close personal relationships and health outcomes. A key to role of social support. Handbook of of personal relationships. Theory, research and interventions. Ed. S. Duck. 2<sup>nd</sup> ed. Chichester : Wiley, 1997. Pp. 547–574.
15. Selzer M.L. The Michigan alcoholism screening test: the question for a new diagnostic instrument. *Am. J. Psychiatry*. 1971. Vol. 127, N 12. Pp. 1653–1658.

Received 05.11.2014

# МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ

УДК 316.613.4 : 616.61-006

В.Н. Баранецкая

## СИСТЕМА СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕ- НЕСШИХ ТРАНСПЛАНТАЦИЮ ПОЧКИ

Северо-Западный филиал Центра экстренной психологической помощи МЧС России  
(Россия, Санкт-Петербург, пр. Обуховской обороны, д. 43, корп. 2)

Представлены результаты исследования особенностей смысложизненных ориентаций в стрессовой ситуации витальной угрозы на примере 86 больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН), перенесших аллотрансплантацию почки, а также изменение ценностно-смысловой сферы в зависимости от длительности жизни с трансплантатом. У больных с ХПН, перенесших трансплантацию почки, выявляется убежденность в том, что у человека нет возможности контролировать свою жизнь, а по мере увеличения продолжительности жизни с трансплантатом отмечается снижение направленности в будущее, развитие неудовлетворенности прошлым и появление склонности жить сегодняшним днем. Полученные результаты показывают необходимость разработки и внедрения психокоррекционных программ для больных с ХПН в зависимости от срока жизни с трансплантатом.

Ключевые слова: социальная психология, хроническая почечная недостаточность, трансплантация почки, смысложизненные ориентации, локус контроля.

### Введение

Наиболее эффективным методом лечения хронической почечной недостаточности (ХПН), позволяющим продлить жизнь таким больным, является аллотрансплантация [1, 12]. Однако и после трансплантации почки сохраняется соматогенная витальная угроза, что обуславливает наличие повышенных требований к адаптационным возможностям больных. Среди психологических механизмов адаптации больных к хроническому соматическому заболеванию немаловажную роль имеют смысложизненные ориентации, обеспечивающие достижение жизненных ценностей и смысла жизни. Жизнь с аллотрансплантатом, представляя собой психологически

---

Баранецкая Виктория Николаевна – вед. психолог Сев.-Зап. фил. Центра экстрен. психол. помощи МЧС России (Россия, 192019, Санкт-Петербург, пр. Обуховской обороны, д. 43, корп. 2); e-mail: vbaranecskaya@yandex.ru.

сложную психотравмирующую ситуацию, является своеобразной психологической доминантой, детерминирующей трансформацию системы жизненных ценностей пациентов. В свою очередь, система жизненных ценностей как основополагающая характеристика человеческого способа существования [4] обеспечивает выбор приоритетных направлений жизнедеятельности.

В условиях соматически обусловленной витальной угрозы структура ценностно-мотивационной сферы может рассматриваться с позиции общей осмысленности жизни, наличия целей в будущем, эмоциональной насыщенности процесса жизни, удовлетворенности самореализацией. С точки зрения В. Франкла, смысл жизни меняется от ситуации к ситуации и всегда может быть найден, даже в тех обстоятельствах, которые представляются безвыходными [8]. Человек может черпать смысл своей жизни либо в будущем, либо в настоящем, либо в прошлом, либо во всех трех составляющих жизни [5]. Формирование определенного социального поведения как одного из путей реализации смысла жизни непосредственно связано с характером субъективного отношения к влиянию собственной деятельности на прошедшие, текущие и последующие события [11]. В связи с этим при оценке эффективности психологической адаптации к хроническому соматическому заболеванию важно учитывать возможность, с точки зрения самого человека, воздействовать на события собственной жизни, то есть такое свойство индивида, как интернальный (внутренний) локус контроля.

Несмотря на то что тема смысла жизни имеет отношение к экзистенциальным проблемам человека и является актуальным предметом изучения психологической науки, структура смысложизненных ориентаций больных ХПН после трансплантации почки в настоящее время остается малоизученной.

*Цель исследования* – изучить особенности смысложизненных ориентаций в стрессовой ситуации витальной угрозы у больных с ХПН, перенесших аллотрансплантацию почки.

### **Материалы и методы**

В исследовании приняли участие пациенты, находящиеся на лечении в Клиническом центре передовых медицинских технологий больницы № 31 (Санкт-Петербург), в отделении урологии, нефрологии и трансплантации, а также в Ленинградской областной клинической больнице в отделении нефрологии. Всего было обследовано 86 больных (40 мужчин и 46 женщин) в возрасте от 20 до 61 года, средний возраст –  $(39,1 \pm 1,1)$  года.

Продолжительность жизни с трансплантатом от 1 мес до 12,5 лет, в среднем –  $(3,0 \pm 0,3)$  года. Все больные получали перед трансплантацией лечение методом перманентного гемодиализа в различных центрах Санкт-Петербурга в сроки от полугода до 11 лет, в среднем –  $(2,6 \pm 0,2)$  года.

В соответствии с задачами исследования больные были разделены на 3 группы в зависимости от длительности жизни с трансплантатом:

- в 1-ю вошли 29 пациентов, проживших с трансплантатом от 1 мес до 1 года, в среднем –  $(0,13 \pm 0,02)$  года, их средний возраст был  $(40,0 \pm 2,1)$ ;

- 2-ю составили 25 больных, проживших с трансплантатом от 1 до 3 лет включительно, в среднем –  $(1,9 \pm 0,2)$  года, их средний возраст составил  $(39,3 \pm 1,7)$  года;

- в 3-ю вошли 32 пациента, имеющие срок жизни с пересаженной почкой от 3 до 12 лет, в среднем –  $(6,4 \pm 0,4)$  года, их средний возраст был  $(38,2 \pm 1,6)$  года.

Использовался психодиагностический тест «Смысложизненные ориентации» в сочетании с рядом социально-демографических и клинико-психологических данных. С помощью теста «Смысложизненные ориентации» исследовалась ценностно-мотивационная сфера, включая изучение собственно смысловых ориентаций, связанных с прошлым, настоящим и будущим, а также двух аспектов внутреннего локуса контроля, выявляющего наличие убежденности в том, что контроль возможен, и веру в то, что человек сам может осуществлять этот контроль [5].

Полученные данные обработали с применением методов статистического анализа, в частности одновыборочного t-критерия, критерия Шеффе и корреляции Спирмена ( $\rho$ ). Для подсчета данных использовалась программа IBM SPSS Statistics 20.

### **Результаты и их анализ**

В соответствии с задачами исследования на первом этапе были изучены особенности ценностно-смысловой сферы в условиях психотравмирующей ситуации, обусловленной витальной угрозой у всех обследованных больных с ХПН, перенесших трансплантацию почки. Результаты исследования ценностно-мотивационной сферы больных с ХПН, перенесших аллотрансплантацию, а также сравнения со средними показателями шкальных оценок нормативной выборки, полученных автором адаптированного теста [5], представлены в табл. 1, 2 отдельно для мужчин и женщин.

Как видно из табл. 1, у мужчин, страдающих ХПН и перенесших трансплантацию, достоверно ниже показатели шкал «процесс жизни» и

«локус контроля – жизнь» по сравнению с нормативными данными. То есть больные ХПН мужского пола, перенесшие трансплантацию, в меньшей степени, чем здоровые, удовлетворены эмоциональной и содержательной насыщенностью жизни в настоящем и в меньшей степени убеждены в том, что у человека есть возможность контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь, реализовывать собственные жизненные планы и решения.

Таблица 1

Показатели смысложизненных ориентаций у мужчин с ХПН,  
перенесших трансплантацию почки, (M ± σ) балл

Шкала теста	Мужчины с ХПН	Норма	p <
Осмысленность жизни	100,2 ± 16,2	103,1 ± 15,0	–
Цели в жизни	33,3 ± 5,7	32,9 ± 5,9	–
Процесс жизни	28,6 ± 6,1	31,1 ± 4,4	0,05
Результативность жизни	25,8 ± 4,3	25,4 ± 4,3	–
Локус контроля – Я	20,2 ± 4,8	21,1 ± 3,9	–
Локус контроля – жизнь	27,1 ± 6,7	30,1 ± 5,8	0,01

Согласно данным табл. 2, у женщин, страдающих ХПН и перенесших трансплантацию, достоверно ниже показатель шкалы «локус контроля – жизнь» по сравнению с нормативными данными, что свидетельствует о высокой убежденности в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, что бессмысленно что-либо загадывать на будущее, пытаться претворять в жизнь личные замыслы и намерения.

Таблица 2

Показатели «Смысложизненных ориентаций» у женщин с ХПН,  
перенесших трансплантацию почки, (M ± σ) балл

Шкала теста	Женщины с ХПН	Норма	p <
Осмысленность жизни	93,7 ± 22,5	95,8 ± 16,5	–
Цели в жизни	30,9 ± 8,4	29,4 ± 6,2	–
Процесс жизни	27,0 ± 7,6	28,8 ± 6,1	–
Результативность жизни	23,5 ± 6,8	23,3 ± 5,0	–
Локус контроля – Я	19,2 ± 5,5	18,6 ± 4,3	–
Локус контроля – жизнь	25,5 ± 8,2	28,7 ± 6,1	0,05

Следует подчеркнуть, что ряд исследователей отмечают положительное влияние внутреннего локуса контроля на эффективность клинико-психологического восстановления [9], на субъективное благополучие [10]. Таким образом, больные ХПН, перенесшие трансплантацию почки, характеризуются наличием убежденности в том, что у человека нет или мало возможности сознательно контролировать свою жизнь, свободно реализовывать собственные замыслы и намерения, что может затруднять психологическую адаптацию в условиях тяжелого соматического заболевания. При этом у таких больных мужского пола выявляется неудовлетворенность своей жизнью в настоящем.

Была изучена также трансформация системы жизненных ценностей у больных с ХПН в зависимости от длительности жизни с трансплантатом. В табл. 3 представлены результаты сравнительного исследования трех групп больных.

Таблица 3

Показатели «Смысложизненных ориентаций» у больных с ХПН и разным сроком жизни с трансплантатом почки, ( $M \pm m$ ) балл

Шкала теста	Группа			p <
	1-я	2-я	3-я	
Осмысленность жизни	102,0 ± 2,6	97 ± 5,3	91,7 ± 3,1	–
Цели в жизни	34,4 ± 0,9	32,4 ± 1,7	29,5 ± 1,4	1/3 – 0,05
Процесс жизни	29,7 ± 1,1	27,8 ± 1,5	26,0 ± 1,3	–
Результативность жизни	26,3 ± 0,7	24,6 ± 1,5	23,0 ± 1,0	1/3 – 0,1
Локус контроля – Я	20,5 ± 0,8	20,1 ± 1,2	18,6 ± 1,0	–
Локус контроля – жизнь	27,9 ± 1,2	25,6 ± 1,8	25,3 ± 1,3	–

Как следует из табл. 3, существуют статистически значимые различия на уровне тенденции, свидетельствующие о снижении показателя «результативность жизни» у больных, проживших с трансплантатом более 3 лет, по сравнению с теми больными, которые прожили с трансплантатом не более 1 года. Имеют место также статистически значимые различия по шкале «цели в жизни»: у пациентов, имеющих срок жизни с пересаженной почкой более 3 лет, субъективно в большей степени ограничены жизненные перспективы, чем у пациентов, проживших с трансплантатом не более 1 года.

Таким образом, у больных с ХПН, длительное время живущих с трансплантатом почки (от 3 лет и более), снижается уровень удовлетво-

ренности самореализацией, пройденным отрезком жизни с точки зрения продуктивности и осмысленности, снижается направленность в будущее и появляется склонность жить сегодняшним днем. «Смысловая смещенность» больных в условиях тяжелого соматического заболевания на события настоящего времени способствует снижению тревоги относительно неопределенного будущего, то есть несет защитную функцию [7]. Вместе с тем субъективное благополучие связано с наличием целей [6], смыслом жизни, оформленным в индивидуальном сознании в виде субъективной модели желаемого будущего [3], а соотнесение настоящего с прошлым и будущим ограждает индивида от полной зависимости от текущей ситуации, создавая «целостность, непрерывность жизни» [2].

Соотнесение смысложизненных ориентаций с клинико-психологическими характеристиками больных показывает, что в случае появления угрозы отторжения трансплантата у больных с ХПН, перенесших трансплантацию, снижаются как показатель «результативности жизни» ( $\rho = -0,245$ ;  $p < 0,05$ ), так и общий показатель «осмысленности жизни» ( $\rho = -0,242$ ;  $p < 0,05$ ). То есть в случае ухудшения качества функционирования трансплантата почки пациенты с ХПН склонны обесценивать прожитую часть жизни, что приводит к снижению осмысленности жизни в целом ( $\rho = 0,795$ ;  $p < 0,05$ ). Одновременно с этим снижаются показатели – как «локус контроля – Я» ( $\rho = -0,220$ ;  $p < 0,05$ ), так и «локус контроля – жизнь» ( $\rho = -0,326$ ;  $p < 0,05$ ), появляется неверие в свои возможности и, в целом, в возможности любого другого человека контролировать события собственной жизни, принимать решения и воплощать их в жизнь. При этом в ситуациях нестабильности функционирования трансплантата снижение интернальности «локуса контроля – Я» ( $\rho = 0,220$ ;  $p < 0,05$ ) с возложением ответственности за устранение фрустрирующих ситуаций на других лиц или внешние обстоятельства сопровождается, с одной стороны, появлением сильной обеспокоенностью состоянием своего здоровья ( $\rho = 0,307$ ;  $p < 0,05$ ), а с другой стороны, уменьшением самостоятельных попыток предпринимать какие-либо действия для сохранения собственного здоровья ( $\rho = -0,270$ ;  $p < 0,05$ ). Следовательно, блокируется возможность конструктивного реагирования на стрессовую ситуацию, что может усиливать ощущение невозможности преодоления сложившихся обстоятельств.



## Выводы

Больные с хронической почечной недостаточностью, перенесшие аллотрансплантацию почки, характеризуются неверием в наличие возможностей у человека контролировать события собственной жизни и реализовывать личные идеи и замыслы. Таким больным мужского пола свойственна неудовлетворенность текущим жизненным процессом.

По мере увеличения продолжительности жизни с трансплантатом у больных с хронической почечной недостаточностью в связи с хроническим стрессом, обусловленным сохранением витальной угрозы, снижается направленность в будущее, развивается неудовлетворенность прошлым и появляется склонность жить сегодняшним днем.

Снижение интернальности локуса контроля и появление ощущения невозможности преодоления действия фрустратора с возложением всей ответственности на окружающих характерно для психотравмирующего периода, связанного с усилением проблем с соматическим здоровьем вследствие ухудшения качества функционирования трансплантата. При этом снижение общего уровня осмысленности жизни обусловлено, в частности, обесцениванием достижений прожитой части жизни.

Полученные результаты показывают необходимость разработки и внедрения психокоррекционных программ для больных с хронической почечной недостаточностью в зависимости от срока жизни с трансплантатом с целью усиления интернальности локуса контроля, поиска ресурсов, с акцентом на прожитом отрезке жизни, поиска оптимального смысла жизни в конкретный момент времени, что может способствовать повышению осмысленности жизни и оказать позитивное влияние на соматическое состояние и отношение к лечению у таких пациентов.

## Литература

1. Данович Г.М. Руководство по трансплантации почки. – Тверь : Триада, 2004. – 472 с.
2. Зинченко В.П. Наука – неотъемлемая часть культуры? // Вопр. философии. – 1990. – № 1. – С. 33–50.
3. Карпинский К.В. Ценностные конфликты и смысложизненный кризис в развитии личности [Электронный ресурс] // Психол. исслед. : электрон. науч. журн. – 2011. – № 5 (19). – URL: <http://psystudy.ru>.
4. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. – М. : Смысл, 2007. – 511 с.
5. Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). – М. : Смысл, 2006. – 22 с.
6. Селигман М. Путь к процветанию: новое понимание счастья и благополучия. – М. : Манн, Иванов и Фербер, 2013. – 440 с.

7. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. – М. : SvR-Аргус, 1995. – 360 с.
8. Франкл В. Человек в поисках смысла. – М. : Прогресс, 1990. – 368 с.
9. Feifel H., Strack S., Tong Nagy V. Degree of life-threat and differential use of coping modes // *J. Psychosomatic Research*. – 1987. – Vol. 31, N 1. – P. 91–99.
10. Perkins T. Subjective Well-being // *Proceedings of the 9th Australian Conference on Quality of Life / Deakin University*. – Melbourne, 2008. – P. 22–41.
11. Rotter J.B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement // *Psychol. Monogr.* – 1966. – Vol. 80, N 1. – P. 1–28.
12. Szwarc I., Garrigue V., Delmas S. [et al.]. La reprise retardée de fonction: Une complication fréquente, non résolue, en transplantation rénale // *Nephrologie et Therapeutique*. 2005. – Vol. 1, N 6. – P. 325–334.

**Baranetskaya V.N.** Sistema smyslozhiznennykh orientatsii u bol'nykh s khronicheskoi pochechnoi nedostatochnost'yu, perenessikh transplantatsiyu pochki [The system of meaning-of-life orientations of patients with chronic renal disease after kidney transplantation]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 53. P. 35–43.

North-West Branch of the Center for Emergency  
Psychological Support of EMERCOM of Russia  
(Russia, St. Petersburg, Obukhovskaya Oborona Prospect, 43/2)

Baranetskaya Viktoriya Nikolaevna – leading psychologist, North-West Branch of the Center for Emergency Psychological Support of EMERCOM of Russia (Russia, 192019, St. Petersburg, Obukhovskaya Oborona Prospect, 43/2).

**Abstract.** The results of the research into specifics of meaning-of-life orientations in the stressful situation of vital danger are presented, evidence from 86 patients with chronic renal disease (CRD) after kidney transplantation, and the change of the value-semantic sphere depending on the years of life with graft. The patients with CRD after kidney transplantation are sure that a person has no possibility to control their life and as the life span with graft increases they tend to target less on the future, be more dissatisfied with the past and inclined to live for the day. The obtained results demonstrate the necessity to develop and introduce psychological correction programs for patients with CRD, depending on the years of life with graft.

**Key words:** social psychology, chronic renal disease, kidney transplantation, meaning-of-life orientations, locus of control.

### References

1. Danovich G.M. Rukovodstvo po transplantatsii pochki [Guidelines on Kidney Transplantation]. Tver'. 2004. 472 p. (in Russ.)
2. Zinchenko V.P. Nauka – neot'emlemaya chast' kul'tury? [Is Science an Integral Part of Culture?]. *Voprosy filosofii* [Problems of Philosophy]. 1990. N 1. P. 33–50. (in Russ.)

3. Karpinskii K.V. Tsennostnye konflikty i smyslozhiznennyi krizis v razviti lichnosti [Value Conflicts and Meaning of Life Crisis in Individual Development] [Electronic resource]. *Psikhologicheskie issledovaniya* [Psychological Studies]. 2011. N 5. URL: <http://psystudy.ru>. (in Russ.)
4. Leont'ev D.A. Psikhologiya smysla: priroda, stroenie i dinamika smyslovoi real'nosti [Psychology of Meaning: Nature, Structure and Dynamics of Meaningful Reality]. Moskva. 2007. 511 p. (in Russ.)
5. Leont'ev D.A. Test smyslozhiznennykh orientatsii (SZhO) [Test of Meaning of Life Orientations]. Moskva. 2006. 22 p. (in Russ.)
6. Seligman M. Put' k protsvetaniyu: novoe ponimanie schast'ya i blagopoluchiya [A Way to Prosper: New Concept of Happiness and Wellbeing]. Moskva. 2013. 440 p. (in Russ.)
7. Sokolova E.T., Nikolaeva V.V. Osobennosti lichnosti pri pogranichnykh rasstroistvakh i somaticheskikh zabolevaniyakh [Personality Characteristics in Case of Borderline Personality Disorders and Bodily Diseases]. Moskva. 1995. 360 p. (in Russ.)
8. Frankl V. Chelovek v poiskakh smysla [Man in Search for Meaning]. Moskva. 1990. 368 p. (in Russ.)
9. Feifel H., Strack S., Tong Nagy V. Degree of life-threat and differential use of coping modes. *J. Psychosomatic Research*. 1987. Vol. 31, N 1. P. 91–99.
10. Perkins T. Subjective Well-being. *Proceedings of the 9th Australian Conference on Quality of Life*. Deakin University, Melbourne, 2008. P. 22–41.
11. Rotter J.B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol. Monogr.* 1966. Vol. 80, N 1. P. 1–28.
12. Szwarc I., Garrigue V., Delmas S. [et al.]. La reprise retardée de fonction: Une complication fréquente, non résolue, en transplantation rénale [Delayed graft function: A frequent but still unsolved problem in renal transplantation]. *Nephrologie et Thérapeutique*. 2005. Vol. 1, N 6. P. 325–334. (in French)

Received 12.01.2015

## СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины  
им. А.М. Никифорова МЧС России  
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2);  
Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии  
и наркологии (Россия, Москва, Кропоткинский пер., д. 23)

Представлено теоретико-методическое обоснование структурно-функциональной модели полипрофессиональной профилактики общественно опасных действий психически больных, создание которой продиктовано недостаточной эффективностью современных лечебно-профилактических мероприятий. Изложены взгляды отечественных и зарубежных авторов на роль социально-психологических факторов в генезисе общественно опасных действий и социальной дезадаптации лиц с тяжелыми психическими расстройствами. Обсуждены основные направления профилактической и реабилитационной работы с учетом специфики лечебных мероприятий во время принудительного лечения. Дано обоснование авторской структурно-функциональной модели профилактики общественно опасных действий психически больных, центральными аспектами которой являются факторы риска и защитные факторы, а компонентами – клинко-социальные и психологические факторы, рассматриваемые в плане их терапевтической, коррекционной или реабилитационной резистентности.

Ключевые слова: социальная психология, девиантное поведение, судебно-психиатрическая профилактика, общественно опасные действия, реабилитация психически больных, психосоциальные интервенции, защитные факторы, риск насилия.

### Введение

Проблема взаимосвязи психических расстройств, криминального поведения и социума по-прежнему требует активной разработки, что связано

---

Рыбников Виктор Юрьевич – д-р мед. наук, д-р психол. наук проф., зам. директора по науч. и учеб. работе Всерос. центра экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), засл. деят. науки РФ; e-mail: [medicine@arcerm.spb.ru](mailto:medicine@arcerm.spb.ru);

Булыгина Вера Геннадьевна – канд. психол. наук доц., руководитель лаб. психол. пробл. судеб.-психиатр. профилактики Федер. мед. исслед. центра психиатрии и наркологии (Россия, 119991, Москва, Кропоткинский пер., д. 23); e-mail: [ver210@yandex.ru](mailto:ver210@yandex.ru).

с ростом преступности, а также изменениями законодательных основ оказания психиатрической помощи и клинико-реабилитационных подходов. В связи с сохраняющимся высоким риском совершения психически больными тяжких насильственных правонарушений предупреждение их общественно опасных действий (ООД) является одной из первостепенных задач психиатрии. Среди разнообразных мер профилактики ООД психически больных ведущую роль играет принудительное лечение (ПЛ). Эта мера, в отличие от других, имеет очерченные организационные формы, она наиболее специализирована, ее виды, порядок назначения, проведения, прекращения регламентированы на уровне Закона.

Вместе с тем относительная стабильность числа лиц (около 30 %), совершающих повторные ООД, и возрастание почти в 2 раза (с 12,3 до 23,1 %) числа пациентов, совершающих повторные ООД в течение первого года после прекращения стационарного ПЛ, определяют социальную значимость проблемы общественной опасности и превенции совершения ООД психически больными [11].

Одной из причин недостаточной эффективности профилактических мероприятий при осуществлении ПЛ является клинический патоморфоз психических заболеваний, заключающийся в их переходе с психотического на «неврозоподобный» и «психопатоподобный» уровни. Другой причиной недостаточной эффективности профилактических мероприятий является непосредственный перенос в практику ПЛ моделей психосоциального лечения и реабилитации, разработанных общими психиатрами для больных, не имеющих криминального анамнеза. Это приводит к тому, что эти знания отчасти теряют свою прикладную ценность. Также необходимо восполнение организационно-методических пробелов в изучении роли патопсихологических факторов в генезисе ООД лиц с тяжелыми психическими расстройствами. Что также обусловлено тем, что разработанные к настоящему времени критерии общественной опасности и концепции криминальной агрессии, в основном, касаются лиц с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости [11].

В связи с этим актуальной проблемой является разработка психологической концепции профилактики ООД психически больных, включая обоснование ее модели и принципов, а также методологии психосоциального лечения психически больных правонарушителей на основе интеграции существующих в отечественной и зарубежной практике подходов с учетом нормативной и социальной базы медицинских мер принудительного характера в нашей стране.

**Теоретико-методическое обоснование модели профилактики ООД психически больных.** ПЛ психически больных, совершивших ООД, представляет собой самостоятельный вид лечебно-реабилитационной деятельности специализированных психиатрических учреждений. В отличие от лечения в общепсихиатрической клинике, задачей которого является главным образом оказание помощи самому больному и улучшение его состояния в чисто клиническом смысле, ПЛ наряду с этим преследует также цель предотвращения новых опасных действий со стороны пациента [5, 7, 12, 15] (рис.1).

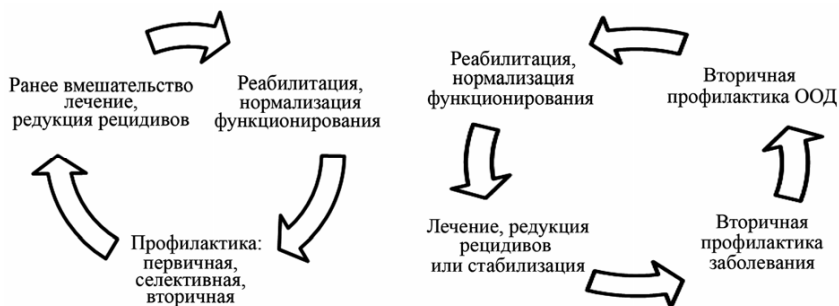


Рис. 1. Спектр вмешательств при психических расстройствах (слева) и при тяжелых психических расстройствах лиц, совершивших ООД (справа)

В отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами, имеющих криминальный анамнез, главная роль в нарушении социального функционирования принадлежит факторам социального окружения и особенностям взаимоотношений больных в семье [3, 8, 11, 21].

Исследования отечественных судебных психиатров позволили сформулировать ряд важных положений. Шкала опасности психопатологических синдромов лишь частично повторяет шкалу их тяжести и глубины. Опасность психически больного носит временный характер. Текущий синдром может находиться в нейтральных отношениях с риском опасного действия или быть его причиной. Чем меньше в клинической картине основного синдрома продуктивной симптоматики, тем большую роль в агрессивном поведении играют личность и особенно ситуационные факторы [2, 4, 8, 10, 14, 19].

Созданная М.М. Мальцевой и В.П. Котовым [12] концепция психопатологических механизмов ООД и их систематика и в настоящее время являются теоретической основой для разработки дифференцированных

профилактических мероприятий. Авторами было показано, что существенное значение в происхождении опасного поведения психически больных принадлежит и микросоциальным условиям, которые могут оказывать влияние на формирование преморбидных личностных особенностей и нередко выступают в качестве провоцирующих или даже причинных факторов, непосредственно способствующих реализации ООД. Выявленная однотипность повторных ООД у больных с негативными расстройствами и изменениями личности, тенденция к систематическому совершению правонарушений и к выработке связанного с этим поведенческого стереотипа выдвигают в качестве основной проблемы в профилактике повторных ООД смещение фокуса предупредительных и лечебных мероприятий в отношении лиц с преобладанием дефицитарных расстройств и изменений личности, а не психотических явлений. Появление общественной опасности у них не бывает связано с обострением или трансформацией заболевания, оно обусловлено постепенно формирующимися, но стойкими изменениями личности, определенными ситуационными и микросоциальными факторами, влиянием окружающей среды, контактами с антисоциальным окружением [9].

Несмотря на единодушие зарубежных и отечественных исследователей в том, что психиатрический статус является недостаточным предсказателем рецидивности и особое значение необходимо придавать социально-психологическим факторам, собственно психологические микросоциальные переменные в большинстве случаев остаются за скобками. Кроме того, внедрение социально-реабилитационного направления в практику ПЛ в рамках холистической парадигмы предполагает, в частности, большее внимание врача к личности пациента и его реакции на болезнь [1, 5, 6, 15]. В таблице представлены общепризнанные определения профилактики в общей и судебной психиатрии.

Современные направления и уровни профилактики в общей  
и судебной психиатрии

Вид	ПРОФИЛАКТИКА			
	процесс	результат	процесс	результат
	Общая психиатрия		Судебная психиатрия	
Первичная	Система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний	Здоровье или сокращение случаев заболеваний	Выявление лиц с опасными поведенческими тенденциями среди общего числа, получающих психиатрическую помощь и принятие мер по предупреждению реализации этих тенденций	Стабилизация состояния «социально-приемлемое поведение»
Вторичная	Комплекс мероприятий, направленных на устранение выраженных факторов риска, которые при определенных условиях могут привести к возникновению, обострению и рецидиву заболевания	Отсутствие рецидивов болезни	Лечение и медико-социальная реабилитация пациентов с психическими расстройствами	Стабилизация состояния, профилактика повторных ООД
Третичная (реабилитация трудодовая, психологическая, медицинская)	Комплекс мероприятий по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности	Восстановление личных и социальных взаимоотношений больного, нарушенных вследствие заболевания (собственно реабилитация), смягчение последствий заболевания или вызываемой им инвалидности	Не разработаны	Не разработаны

Обращает внимание, что задачи третичной профилактики не представлены как самостоятельное направление или этап судебно-психиатри-



ческой профилактики, что противоречит биопсихосоциальной модели лечения и реабилитации в психиатрии.

Кроме того, важные дополнения к пониманию реабилитации психически больных были сделаны зарубежными авторами [20, 24]. Эффект реабилитации находится в высокой степени корреляции с характером симптомов психических расстройств; умения и навыки пациента в значительной степени зависят от симптоматики его болезни, способность пациента функционировать в окружении одного типа (например, в стационаре) позволяет предвидеть его функционирование в окружении другого типа (например, на работе). Особого внимания заслуживает суждение о том, что не только хронически протекающие психические расстройства пациента оказывают постоянное влияние на его социальное окружение, но и динамика психических расстройств зависит от окружения и качества социальных отношений [26].

Из этого следует, что задача восстановления навыков социально-приемлемого поведения и преодоления последствий, связанных с болезнью у лиц с тяжелыми психическими расстройствами, диктует приоритетность использования парадигмы функционально ориентированной реабилитации, в рамках которой главный ее объект – функционирование и обстоятельства (условия жизни) пациента.

Необходимо отметить, что специфика реабилитационных мероприятий в условиях ПЛ определяется, помимо клинико-психопатологических и социально-психологических особенностей больных, рядом других факторов. Наиболее значимые из них: большой удельный вес больных, резистентных к терапии; достаточная представленность экзогенных факторов в анамнезе пациентов; госпитализм разной степени выраженности; пребывание в одном отделении психически больных с различными асоциальными формами поведения и длительной криминальной историей; социальная дезадаптация и дефицит социальных навыков; преобладание психопатоподобной симптоматики в картине заболевания; наличие зависимости от психоактивных веществ у подавляющего большинства пациентов; отсутствие приверженности лечению; наличие лиц с неоднократными суицидальными попытками в прошлом. Помимо этого, немаловажным фактором, требующим учета, является длительность ПЛ, которая значительно превышает курс терапии, необходимый для достижения собственно клинического эффекта. В тех случаях, когда клинические симптомы находятся на субпороговом уровне или отсутствуют, приходится иметь дело с индивидуальными

и ситуативными факторами, которые могут приводить к различным нарушениям режимных требований отделения и насилию [18, 20–22].

Безусловно, указанные факторы представляют серьезные препятствия для реализации в стационарах, осуществляющих ПЛ, пациент-центрированных стратегий [18, 25]. Некоторые из приведенных принципов (например, добровольность и осознанность), казалось бы, противоречат наиболее существенной особенности мер медицинского характера, заключающейся в их принудительности [13, 21, 23]. Однако исследования восприятия пациент-центрированной стратегии реабилитации во время ПЛ, показали, что ориентированность лечебно-реабилитационных мероприятий на поддержание и увеличение личностной автономности была более высокой у пациентов, чем у персонала [16, 17, 20].

Соответственно, совмещение задач судебно-психиатрической профилактики (принудительный характер) и парадигмы восстановления (принцип добровольности) возможно на основе интеграции заложенных в медицинской модели и модели восстановления положений об основных регулирующих механизмах работы системы служб, занятых судебно-психиатрической профилактикой, о причинах десоциализации и общественной опасности, о целях воздействий, о способах достижения положительных изменений и о специалистах, которые этим занимаются.

Одним из путей решения современных задач судебно-психиатрической профилактики являются идентификация и артикулирование философии психосоциальной реабилитации с формулированием ясных целей, принципов психокоррекции и психодиагностики, эффективного взаимодействия специалистов полипрофессиональных бригад.

***Модель профилактики ООД лиц с тяжелыми психическими расстройствами.*** Полагаем, что цели психосоциального лечения психически больных, совершивших ООД, могут быть сформулированы следующим образом: стабилизация болезни; обеспечение внутреннего и внешнего контроля, который препятствует пациентам действовать агрессивно и совершать другие правонарушения; достижение способности пациентов понимать и принимать свои клинические потребности и юридические (законные) требования системы и демонстрировать согласие с этими требованиями; улучшение социального функционирования, что в конечном итоге снижает общественную опасность пациентов.

Основу психологической концепции профилактики ООД лиц с тяжелыми психическими расстройствами можно отразить в виде модели, представленной на рис. 2.

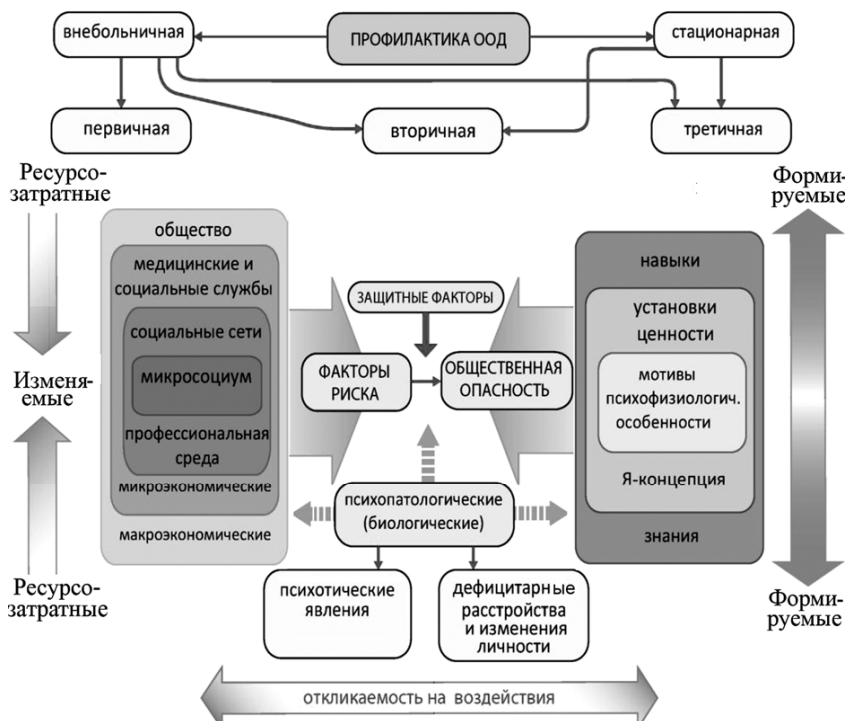


Рис. 2. Структурно-функциональная модель полипрофессиональной профилактики ООД психически больных

Важной характеристикой данной модели является оценка не только клинических факторов в плане их терапевтической резистентности, но и личностных структур, социальных факторов – по шкале коррекционной или реабилитационной резистентности. При понимании эффективности как «достижение желаемого результата с минимальными временными и ресурсными затратами» усилия специалистов, осуществляющих принудительное лечение, должны быть направлены на те защитные факторы, включая психологические и социальные, которые могут быть легче и быстрее изменены.

Все виды профилактики (первичной, вторичной и третичной) и психосоциальные вмешательства в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами должны быть направлены на повышение когнитивной, эмоциональной и коммуникативной компетентности. При вторичной профилактике коррекции подлежат в первую очередь способы саморегуляции на операционально-исполнительском уровне, сформированные дезадап-

тивные и криминогенные поведенческие стереотипы, которые определяют высокую степень общественной опасности лиц с преобладанием дефицитарных расстройств и изменений личности (рис. 3).

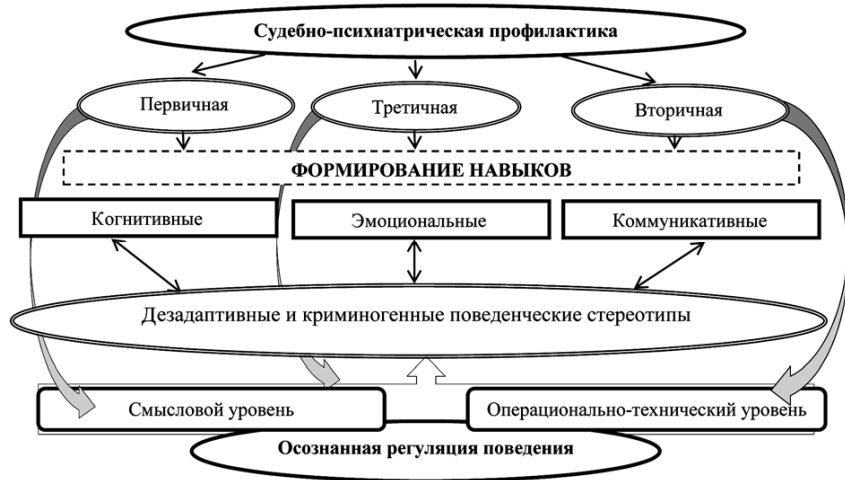


Рис. 3. Модель психосоциальных психологических вмешательств в рамках судебно-психиатрической профилактики

Кроме того, существенным аспектом данной модели является введение понятия защитные факторы – социально-психологические переменные, которые могут снижать риск совершения больными повторных ООД. Следует отметить, что за последние 15 лет в зарубежной судебно-психиатрической практике фокус исследователей сместился с изучения факторов риска на выделение роли протективных или защитных факторов [27, 28].

Эмпирические данные о существовании протективных факторов, не коррелирующих с факторами риска [29], с одной стороны, и выделение механизмов, приписываемых протективным факторам, имеющим прямое и косвенное влияние, с другой стороны, привели к разработке двух теоретических моделей [28] (рис. 4).

В модели «посредника» факторы риска оказывают непосредственное влияние на насильственное поведение и протективные механизмы и – как результат – косвенно воздействуют на агрессивное поведение (см. рис. 4).

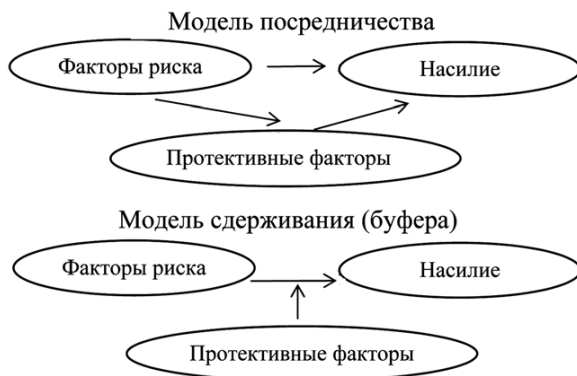


Рис. 4. Модели протективных факторов (адаптировано по Fitzpatrick, 1997)

В буферной модели факторы риска имеют только негативное влияние на агрессивное поведение в случае отсутствия протективных факторов. В этой модели факторы риска не оказывают отрицательного влияния на протективные факторы (см. рис. 4). В предлагаемой концепции мы придерживаемся понимания защитных факторов как своего рода буфера при решении задач превенций криминализации лиц с тяжелыми психическими расстройствами (рис. 5).

Все защитные факторы можно условно разделить на клинические, психологические и социальные. Внутри каждого домена есть факторы, защитный характер которых может быть усилен в результате мультидисциплинарного воздействия (фармакотерапевтического, психообразовательного, психокоррекционного и социально-педагогического).

Среди клинических переменных формируемы прогностически благоприятные типы отношения к болезни; правильное понимание пациентом наличия заболевания и адекватности предлагаемого лечения, восприятие тяжести заболевания, оценка риска возникновения рецидива в будущем, возникающие в результате развития способности у больных распознавать свою симптоматику; мотивации на участие в лечении и готовности активно решать проблемы, которые связаны с насильственным поведением. Преодолевается психологическое сопротивление медикации. Для формирования комплайенса необходимо создание и поддержание терапевтического альянса.

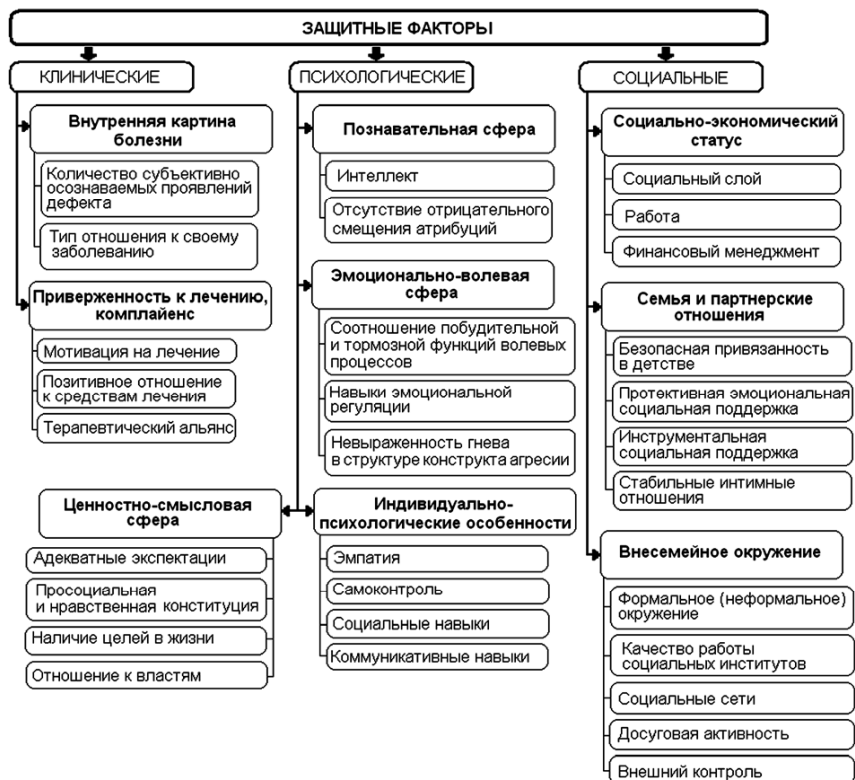


Рис. 5. Модель воздействия на защитные факторы при профилактике ООД психически больных

При воздействии на психологические защитные факторы приоритетными являются (см. рис. 5): формирование навыков эмоциональной регуляции, коммуникативных и других социальных навыков; обучение и совместное планирование решения объективных и субъективно значимых проблем, формулирование позитивных жизненных целей; формирование терпимого отношения и принятия необходимости следовать предписаниям полиции, суда и других лиц, представляющим власть.

Среди социальных факторов как внешних условий адаптации приоритет мультидисциплинарных воздействий смещается на обучение пациентов умениям правильно распоряжаться своими финансами, воздерживаться от импульсивной траты средств. В отношении социальной поддержки в семье – на усиление ее инструментальной составляющей. При

решении задач судебно-психиатрической профилактики усилия специалистов должны быть направлены на организацию стабильной и просоциальной сети контактов. Она обеспечивает сдерживающий эффект в отношении насильственного поведения и способствует активации жизненной позиции больного. Также необходима организация структурированной досуговой активности, которая порождает новые социальные контакты, помогает избежать одиночества и, кроме того, обеспечивает внешний контроль.

Соответственно, интервенции специалистов должны базироваться на четком понимании того, какие факторы влияют на те или иные варианты антисоциального и агрессивного поведения, а какие могут его сдерживать.

Последнее позволяет формулировать в качестве целей реабилитационных программ стабилизацию или редуцирование причинных факторов вышеуказанных форм поведения или, если это невозможно, минимизацию вредных эффектов от этих факторов.

### **Выводы**

В порядке обобщения изложенного материала можно сформулировать ряд выводов.

Общественно опасные действия лиц с тяжелыми психическими расстройствами детерминированы личностными, макро- и микросредовыми и клинико-психопатологическими факторами, находящимися в динамической взаимосвязи.

Патопсихологические факторы общественной опасности лиц с тяжелыми психическими расстройствами имеют сложную динамическую многоуровневую структуру, включают социально-психологические, индивидуально-психологические (характерологические) и конституционально (типологические) преморбидные переменные и рассматриваются нами как сложный психологический конструкт, базирующийся на статичных и динамических (реализующих) качествах личности пациента, реализованных на поведенческом уровне в социуме.

Лечение лиц с тяжелыми психическими расстройствами, направленное на снижение риска первичных и повторных опасных действий, должно быть ориентировано не только на уменьшение факторов риска, но и на усиление защитных факторов у каждого пациента.

Модели психосоциальных вмешательств, используемые в системе служб, занятых судебно-психиатрической профилактикой, представляют собой широкий спектр мероприятий, направленных на повышение когнитивной, эмоциональной и коммуникативной компетентности пациентов

как предпосылок их эффективной социальной адаптации. При вторичной профилактике коррекции подлежат в первую очередь способы саморегуляции на операционально-исполнительском уровне, сформированные дезадаптивные и криминогенные поведенческие стереотипы.

### Литература

1. Булыгина В.Г., Абдраязкова А.М. Цели психосоциальной реабилитации во время принудительного лечения в психиатрическом стационаре // Рос. психиатр. журн. – 2006. – № 2. – С. 23–27.

2. Вандыш-Бубко В.В. Органическое психическое расстройство и агрессивность: принципы и некоторые модели судебно-психиатрической экспертизы // Психиатрия и общество. – М., 2001. – С. 227–233.

3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М. : Медпрактика, 2004. – 492 с.

4. Дмитриева Т.Б., Иммерман К.Л., Качаева М.А., Ромасенко Л.В. Криминальная агрессия женщин с психическими расстройствами. – 2-е изд., перераб. и доп. – М., 2003. – 248 с.

5. Кабанов М.М. Экологизация медицины и концепция реабилитации // Реабилитация больных психозами : сб. науч. тр. – Л., 1981. – С. 5–12.

6. Казаковцев Б.А. Развитие служб психического здоровья : руководство для врачей. – М. : Гэотар-Медиа, 2009. – 672 с.

7. Керидо А. Профилактические аспекты охраны психического здоровья // Семинар по практике общественного здравоохранения и профилактике психических заболеваний. – Копенгаген : Изд-во ВОЗ, 1966. – С. 7–24.

8. Кондратьев Ф.В. Судебно-психиатрический аспект функционального диагноза и индивидуализированные программы профилактики общественно-опасных действий психически больных // Профилактика общественно опасных действий психически больных : сб. науч. тр. – М., 1986. – С. 16–24.

9. Котов В.П., Мальцева М.М., Булыгина В.Г., Каганович Ю.Т. Работа психолога в психиатрическом стационаре для принудительного лечения // Рос. психиатр. журн. – 2004. – № 1. – С. 29–37.

10. Кудрявцев И.А. Судебная психолого-психиатрическая экспертиза. – М. : Юрид. лит., 1988. – 224 с.

11. Макушкина О.А., Булыгина В.Г. Оценка эффективности судебно-психиатрической профилактики // Психол. наука и образование : [www.psyedu.ru](http://www.psyedu.ru). – 2014. – № 3. – С. 31–40.

12. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. – М. : Медицина, 1995. – 256 с.

13. Стяжкин В.Д., Тарасевич Л.А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении // Современные тенденции организации психиатрической помощи : материалы рос. конф. – М., 2004. – С. 425–428.

14. Шостакович Б.В. Основы судебной психиатрии. – М. : Изд-во ВШЭ, 2005. – 224 с.



15. Ястребов В.С., Митихина В.Г., Солохина Т.А., Михайлова И.И. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2008. – № 6. – С. 4–10.
16. Coffey M. Researching service user views in forensic mental health: A literature review // J. of Forensic Psychiatry & Psychology. – 2006. – Vol. 17, N 1. – P. 73–107.
17. Evin C. Improving the Response to Mental Health Needs in Europe Memorandum. Council of Europe. Parliamentary Assembly. Restricted AS/Soc. – 2004. – URL: [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_projects/2002/promotion/fp\\_promotion\\_2002](http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002).
18. Gudjonsson G.H., Webster G., Green T. The recovery approach to care in psychiatric services: Staff attitudes before and after training // The Psychiatrist. – 2010. – Vol. 34. – P. 326–329.
19. Hirschi T., Gottfredson M.R. In defense of self-control // Theor. Criminol. – 2002. – Vol. 4. – P. 55–69.
20. Livingston J.D., Rossiter K.R. Stigma as perceived and experienced by people with mental illness who receive compulsory community treatment: A qualitative study // Stigma Research & Action. – 2011. – Vol. 1. – P. 1–8.
21. Mezey G.C., Kavuma M., Turton P., Demetriou A., Wright C. Perceptions, experiences and meanings of recovery in forensic psychiatric patients // J. of Forensic Psychiatry & Psychology. 2010. – Vol. 21. – P. 683–696.
22. Nedopil N. The role of forensic psychiatry in mental health systems in Europe // Crim. Behav. Ment. Health. – 2009. – Vol. 19. – P. 224–234.
23. O'Brien A., White S., Fahmy R., Singh S.P. The development and validation of the SOLES, a new scale measuring engagement with mental health services in people with psychosis // J. of Mental Health. – 2009. – Vol. 18. – P. 510–522.
24. Paleologo M. Psychiatry on the prevention of crime // Behavioral. Res. – 1977. – Vol. 8. – P. 27–32.
25. Pouncey C., Lukens J. Madness versus badness: The ethical tension between the recovery movement and forensic psychiatry // Theoretical Medicine and Bioethics. – 2010. – Vol. 31. – P. 93–105.
26. Schwarz N. Situated Cognition and the Wisdom of Feelings // The wisdom in feelings / L. Barrett, P. Salovey ; Cognitive University of Michigan. – New York : Guilford Press, 2002. – P. 144–166.
27. Stadtland C., Nedopil N. Aspects of basic management of offenders with mental disorders Martin Humphreys // Violence in clinical psychiatry. – 2005. – Vol. 76. – P. 1402–1411.
28. De Vogel V., de Vries Robbé M., de Ruiter C., Bouman Y.H.A. Assessing protective factors in forensic psychiatric practice. Introducing the SAPROF // International J. of Forensic Mental Health. – 2011. – Vol. 10. – P. 171–177.
29. Farrington D.P. The development of offending and antisocial behavior from childhood: Key findings from the Cambridge study of delinquent development // J. of Child Psychology and Psychiatry – 1995. – Vol. 36. – P. 929–964.

**Rybnikov V.Y., Bulygina V.G.** Strukturno-funktsional'naya model' poliprofessional'noi profilaktiki obshchestvenno opasnykh deistvii psikhicheski bol'nykh [Structural-functional model of the poly professional prevention of the social dangerous acts of mentally ill]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 53. P. 44–60.

The Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine  
(Russia, Saint-Petersburg, Academica Lebedeva Str., 4/2);  
Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narchology  
of Ministry of healthcare of Russia  
(Russia, Moscow, Kropotkinsky lane, 23)

Rybnikov Viktor Yurievich – Dr. of Med. Sci., Dr. of Psychol. Sci. Prof., Deputy Director (Science and Education) of Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Russia, 194044, Saint-Petersburg, Academica Lebedeva Str., 4/2); e-mail: medicine@arcerm.spb.ru;

Bulygina Vera Gennadijevna – PhD Psychol. Sci. the head of laboratory of psychological problems of forensic psychiatric preventive treatment of Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narchology of Ministry of healthcare of Russia (Russia, 119991, Moscow, Kropotkinsky lane, 23); e-mail: ver210@yandex.ru.

Abstract. The article presents theoretical and methodological rationale for the structural-functional model of the poly professional prevention of the social dangerousness acts (SDA) of mentally ill, the creation of which is determined by the lack of effective therapeutic and preventive measures. The views expressed by domestic and foreign authors on the role of socio-psychological factors in the genesis of SDA and social exclusion of persons with severe mental disorders. The main areas of prevention and rehabilitation activities with specific therapeutic measures during coercive treatment are discussed. The substantiation of the author's structural-functional model of prevention of socially dangerous acts of the mentally ill is done, the central aspects of which are the risk factors and protective factors, and components – clinico-social and psychological factors, which are considered in therapeutic, corrective or rehabilitation resistance.

Key words: social psychology, deviant behavior, forensic psychiatry prevention; rehabilitation of the mentally ill persons; socially dangerous acts, psychosocial interventions, protective factors, violence risk.

### References

1. Bulygina V.G., Abdrazyakova A.M. Tseli psikhosotsial'noi reabilitatsii vo vremya prinuditel'nogo lecheniya v psikhiatricheskom statsionare [The aims of psychosocial rehabilitation during compulsory treatment]. *Rossiyskii psikhiatricheskii zhurnal* [Russian journal of psychiatry]. 2006. N 2. Pp. 23–27. (In Russ.)
2. Vandysh-Bubko V.V. Organicheskoe psikhicheskoe rasstroistvo i agressivnost': printsipy i nekotorye modeli sudebno-psikhiatricheskoi ekspertizy [Brain damage disorders and aggressiveness: principals and some models of the forensic psychiatry evaluation]. *Psikhiatriya i obshchestvo*. Moskva, 2001. Pp. 227–233. (In Russ.)

3. Gurovich I.Ya., Shmukler A.B., Storozhakova Ya.A. Psikhosotsial'naya terapiya i psikhosotsial'naya reabilitatsiya v psikiatrii [Psychosocial therapy and psychosocial rehabilitation in psychiatry]. Moskva, 2004. 492 p. (In Russ.)

4. Dmitrieva T.B., Immerman K.L., Kachaeva M.A., Romasenko L.V. Kriminal'naya agressiya zhenshchin s psikhicheskimi rasstroistvami [Criminal aggression among females with mental disorders]. Moskva, 2003. 246 p. (In Russ.)

5. Kabanov M.M. Ekologizatsiya meditsiny i kontseptsiya reabilitatsii [Ecological medicine and the rehabilitation conception]. *Reabilitatsiya bol'nykh psikhozami* [Rehabilitation of psychotic patients] : collection of scientific works. Leningrad, 1981. Pp. 5–12. (In Russ.)

6. Kazakovtsev B.A. Razvitie sluzhb psikhicheskogo zdorov'ya [The development of mental health services]. Moskva, 2009. 672 p. (In Russ.)

7. Kerido A. Profilakticheskie aspekty okhrany psikhicheskogo zdorov'ya // Seminar po praktike obshchestvennogo zdravookhraneniya i profilaktike psikhicheskikh zabolevaniy [Prevention aspects of mental healthcare// Practice of the public healthcare and prevention of mental illnesses workshop]. Kopenhagen, 1966. Pp. 7–24. (In Russ.)

8. Kondrat'ev F.V. Sudebno-psikhiatricheskii aspekt funktsional'nogo diagnoza i individualizirovannye programmy profilaktiki obshchestvenno-opasnykh deistvii psikhicheskii bol'nykh [Forensic psychiatry aspects of the functional diagnosis and individualized programs of the prevention of the socially dangerous acts of mentally ill]. *Profilaktika obshchestvenno-opasnykh deistvii psikhicheskii bol'nykh* [Prevention of the socially dangerous acts of mentally ill] : collection of scientific works. Moskva, 1986. Pp. 16–24. (In Russ.)

9. Kotov V.P., Mal'tseva M.M., Bulygina V.G., Kaganovich Yu.T. Rabota psikhologa v psikhiatricheskom statsionare dlya prinuditel'nogo lecheniya [The work of the psychologist in the forensic psychiatry hospital]. *Rossiyskii psikhiatricheskii zhurnal* [Russian journal of psychiatry]. 2004. N 1. Pp. 29–37. (In Russ.)

10. Kudryavtsev I.A. Sudebnaya psikhologo-psikhiatricheskaya ekspertiza [Forensic psychological and psychiatric examination]. Moskva, 1988. 224 p. (In Russ.)

11. Makushkina O.A., Bulygina V.G. Otsenka effektivnosti sudebno-psikhiatricheskoi profilaktiki [Evaluation of the effectiveness of the forensic psychiatry prevention]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie: www.psyedu.ru* [Psychological Science and Education: www.psyedu.ru. 2014. N 3. Pp. 31–40. (In Russ.)

12. Mal'tseva M.M., Kotov V.P. Opasnye deistviya psikhicheskii bol'nykh [Dangerous acts of mentally ill]. Moskva, 1995. 256 p. (In Russ.)

13. Styazhkin V.D., Tarasevich L.A. Psikhosotsial'naya reabilitatsiya bol'nykh shizofreniei, nakhodyashchikhsya na prinuditel'nom lechenii [Psychological rehabilitation of the schizophrenic patients during compulsory treatment]. *Sovremennye tendentsii organizatsii psikhiatricheskoi pomoshchi* [Modern trends in psychiatry care management]: Scientific. Conf. Proceedings. Moskva, 2004. Pp. 425–428. (In Russ.)

14. Shostakovich B.V. Osnovy sudebnoi psikiatrii [Fundamentals of forensic psychiatry]. Moskva, 2005. 224 p. (In Russ.)

15. Yastrebov V.S. Mitikhina V.G., Solokhina T.A., Mikhailova I.I. Cistemno-orientirovannaya model' psikhosotsial'noi reabilitatsii [The system-oriented model of

the psychosocial rehabilitation]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2008. N 6. Pp. 4–10. (In Russ.)

16. Coffey M. Researching service user views in forensic mental health: A literature review. *J. of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2006. Vol. 17, N 1. Pp. 73–107.

17. Evin C. Improving the Response to Mental Health Needs in Europe Memorandum. Council of Europe. Parliamentary Assembly. Restricted AS/Soc. – 2004. – URL: [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_projects/2002/promotion/fp\\_promotion\\_2002](http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002).

18. Gudjonsson G.H., Webster G., Green T. The recovery approach to care in psychiatric services: Staff attitudes before and after training. *The Psychiatrist*. 2010. – Vol. 34. Pp. 326–329.

19. Hirschi T., Gottfredson M.R. In defense of self-control. *Theor. Criminol*. 2002. Vol. 4. Pp. 55–69.

20. Livingston J.D., Rossiter K.R. Stigma as perceived and experienced by people with mental illness who receive compulsory community treatment: A qualitative study. *Stigma Research & Action*. 2011. Vol. 1. Pp. 1–8.

21. Mezey G.C., Kavuma M., Turton P., Demetriou A., Wright C. Perceptions, experiences and meanings of recovery in forensic psychiatric patients. *J. of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2010. Vol. 21. Pp. 683–696.

22. Nedopil N. The role of forensic psychiatry in mental health systems in Europe. *Crim. Behav. Ment. Health*. 2009. Vol. 19. Pp. 224–234.

23. O'Brien A., White S., Fahmy R., Singh S.P. The development and validation of the SOLES, a new scale measuring engagement with mental health services in people with psychosis. *J. of Mental Health*. 2009. Vol. 18. Pp. 510–522.

24. Paleologo M. Psychiatry on the prevention of crime. *Behavioral. Res*. 1977. Vol. 8. Pp. 27–32.

25. Pouncey C., Lukens J. Madness versus badness: The ethical tension between the recovery movement and forensic psychiatry. *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2010. Vol. 31. Pp. 93–105.

26. Schwarz N. Situated Cognition and the Wisdom of Feelings. The wisdom in feelings. L. Barrett, P. Salovey ; Cognitive University of Michigan. New York : Guilford Press, 2002. Pp. 144–166.

27. Stadtland C., Nedopil N. Aspects of basic management of offenders with mental disorders Martin Humphreys // Violence in clinical psychiatry. – 2005. – Vol. 76. – P. 1402–1411.

28. De Vogel V., de Vries Robbé M., de Ruiter C., Bouman Y.H.A. Assessing protective factors in forensic psychiatric practice. Introducing the SAPROF. *International J. of Forensic Mental Health*. 2011. Vol. 10. Pp. 171–177.

29. Farrington D.P. The development of offending and antisocial behavior from childhood: Key findings from the Cambridge study of delinquent development. *J. of Child Psychology and Psychiatry*. 1995. Vol. 36. Pp. 929–964.

Received 02.03.2015

## **НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ**

Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов  
(Санкт-Петербург, Большой Сампсониевский пр., д. 11);  
Городской психоневрологический диспансер № 7  
(Россия, Санкт-Петербург, наб. реки Фонтанки, д. 132);  
Санкт-Петербургский государственный университет  
(Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9)

Проведены исследования когнитивной сферы пациентов в целях совершенствования критериев дифференциальной диагностики шизофрении ( $n = 30$ ) и аффективных расстройств ( $n = 27$ ). Показано, что для дифференциальной диагностики различий когнитивного функционирования при этих патологических процессах наиболее информативными показателями являются следующие: беглость речи, психоomotorные навыки, рабочая память и слуховая память. Скорость психических процессов и проблемно-ориентированное поведение не могут быть достаточно информативными.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, нейропсихологические исследования, когнитивные функции, аффективные расстройства, шизофрения, аффективные расстройства.

### **Введение**

Важной проблемой психоневрологической клиники остается дифференциальная диагностика аффективных расстройств. В специализированной литературе неоднократно отмечалась [5, 8] недостаточная надежность современных критериев клинической диагностики аффективных рас-

---

Колчев Александр Иванович – д-р мед. наук проф., каф. соц. психиатрии и психологии С.-Петерб. ин-та усоверш. врачей-экспертов (Россия, 194044, Санкт-Петербург, Б. Сампсониевский пр., д. 11); e-mail: a.kolchev@mail.ru;

Гвоздецкий Антон Николаевич – клинич. ординатор каф. психиатрии и наркологии мед. фак-та С.-Петерб. гос. ун-та (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9); e-mail: Gvozdetskiy\_AN@outlook.com;

Даева Наталья Андреевна – мед. психолог Гор. психоневрол. диспансера № 7 (со стационаром) (Россия, Санкт-Петербург, наб. реки Фонтанки, д. 132); e-mail: Non73@yandex.ru;

Петров Максим Владимирович – аспирант каф. мед. психологии и психофизиологии фак-та психологии С.-Петерб. гос. ун-та (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9); e-mail: petrov\_m@list.ru.

стройств. Например, в исследовании П.Ю. Мучника и Ю.В. Снедкова [6] необоснованные диагностические решения при дифференциальной диагностики шизофрении и биполярного расстройства выявлены почти в половине изученных случаев (48,3 %). По данным J.D. Lish и соавт. [13], более 70 % пациентам с биполярным расстройством первоначально ставится ошибочный диагноз. Наиболее часто аффективные расстройства ошибочно диагностируются как расстройства шизофренического круга, алкогольная, наркотическая или лекарственная зависимость.

Возможности патопсихологического обследования в рамках клинического дифференциального диагноза, в том числе в отношении оценки мышления пациентов, хорошо известны. Ценность нейропсихологических методов в клинике органических и нейродегенеративных заболеваний также никем не оспаривается. Вместе с тем в последние годы многие отечественные и зарубежные специалисты [1, 4, 9, 16] предлагают использовать нейропсихологические методы при первичной и дифференциальной клинической диагностике шизофрении и аффективных расстройств, что потенциально может улучшить надежность и качество диагностического заключения.

Перспективным применением методов нейропсихологической диагностики может быть оценка когнитивного функционирования при психических расстройствах. Доказано, что нейрокогнитивный дефицит является ключевой характеристикой как шизофрении [12, 15], так и аффективных расстройств [2, 3, 11].

*Цель исследования* – изучение потенциальных возможностей нейропсихологической оценки когнитивной сферы пациентов в отношении повышения надежности клинического дифференциального диагноза шизофрении и аффективных расстройств.

### **Материалы и методы**

Объем исследуемой выборки составил 57 человек с выраженной праворукостью в возрасте 20–40 лет в клинически стабильный период заболевания. 1-я группа пациентов (n = 30) имела диагноз «шизофрения параноидная» (F20.0 по МКБ-10), 2-я – (n = 27) – «рекуррентное депрессивное расстройство» (F33 по МКБ-10).

Исследование проводилось в амбулаторных отделениях психоневрологических диспансеров № 7 и № 1 Санкт-Петербурга. Исключены из исследования пациенты с образованием ниже среднего, выраженным интеллектуально-мнестическим снижением, клинически значимыми последст-

виями черепно-мозговых травм или нейроинфекции в анамнезе, а также с актуальной наркологической коморбидной патологией. Основные социально-демографические, клинические характеристики пациентов и особенности получаемого лечения отображены в табл. 1.

Таблица 1  
Социально-демографические и клинические характеристики пациентов

Показатель	Группа	
	1-я	2-я
Количество	30	27
Социально-демографические характеристики		
Возраст, (M ± σ) лет	31,0 ± 7,0	31,6 ± 9,5
Пол, женщины/мужчины	5/25	18/9
Образование, среднее/высшее	25/5	11/16
Трудовой статус, работает/не работает	8/22	21/6
Клинические характеристики, (M ± σ)		
Возраст манифеста, лет	23,8 ± 4,5	25,1 ± 10,1
Длительность заболевания, лет	7,3 ± 5,0	6,6 ± 6,5
Количество госпитализаций	2,8 ± 1,1	2,5 ± 0,7
Количество эпизодов	3,9 ± 1,1	3,5 ± 0,9
Получаемое лечение, n (%)		
Типичные нейролептики	5 (17)	–
Атипичные нейролептики	23 (77)	15 (56)
Антидепрессанты	6 (20)	20 (74)
Транквилизаторы	15 (50)	4 (15)
Нормотимики	–	23 (85)

Как можно видеть из данных табл. 1, если по основным клиническим характеристикам группы сравнения сопоставимы, то по полу, полученному образованию, трудовому статусу, а также по характеру предписанного лечения имеют место существенные различия.

Для оценки когнитивного функционирования пациентов была применена стандартизированная шкала «Краткой оценки когнитивных функций у пациентов с шизофренией» (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia, BACS) [7]. Шкала BACS была разработана в Duke University, доступна на 9 языках, в том числе на русском, требует около 25–30 мин для проведения. Шкала включает 6 тестовых заданий для оценки функций программирования и контроля, скорости психических процессов, речевой бег-

лости, рабочей памяти, процессов вербального научения и памяти, а также моторных навыков. Ее надежность, валидность и сравнимость альтернативных форм были установлены разработчиками батареи в процессе тщательных эмпирических исследований.

Считается, что шкала BACS подходит для рутинной клинической практики, когда существует необходимость в краткой оценке статуса когнитивных функций. Очевидными преимуществами шкалы является портативность, краткость, а также наличие нормативных показателей, полученных на отечественной выборке. В то же время, диагностические возможности данной шкалы в контексте клинической первичной и дифференциальной диагностики психических расстройств остаются малоизученными.

Для статистической обработки данных использовался статистический пакет SPSS 20.0, для описания количественных данных – среднее арифметическая величина и стандартное отклонение этой величины ( $M \pm \sigma$ ). Поскольку большинство полученных данных отвечали критериям нормального распределения, были использованы математические процедуры параметрической статистики. Определение р-значимости при сравнительном анализе двух независимых групп осуществлялось при помощи критерия t Стьюдента. Учитывая малый объем выборки и некоторые различия между группами по социально-демографическим и клиническим характеристикам, в качестве критического уровня значимости был определен уровень статической значимости меньше  $p < 0,01$ .

### **Результаты и их анализ**

Результаты сопоставления когнитивных функций пациентов с шизофренией с нормативными показателями представлены в табл. 2. Показатели слухоречевой и рабочей памяти, беглости речи, психомоторных навыков статистически значимо отличались от нормативных показателей ( $p < 0,001$ ). Скорость психических процессов у пациентов также была значительно снижена, однако при выбранном уровне значимости различия не достигали статически существенной величины ( $p = 0,018$ ). Интересно, что по показателю проблемно-ориентированного поведения пациенты с шизофренией вне обострения получали оценки, сопоставимые с нормативными показателями.



Таблица 2

Сравнение когнитивных показателей пациентов с шизофренией  
с нормативными показателями, балл

Когнитивные функции	1-я группа	Нормативные показатели	p <
Слухоречевая память	32,40 ± 20,3	50,00 ± 10,08	0,001
Рабочая память	32,29 ± 8,89	50,00 ± 10,08	0,001
Беглость речи	17,28 ± 12,89	50,00 ± 10,08	0,001
Скорость психических процессов	32,77 ± 30,04	50,00 ± 10,08	0,018
Психомоторные навыки	17,05 ± 10,33	50,00 ± 10,08	0,001
Проблемно-ориентированное поведение	41,24 ± 14,69	50,00 ± 10,08	

При сравнении когнитивных функций пациентов с депрессивным расстройством с нормативными данными (табл. 3) статистически значимые различия выявлены только относительно психомоторных навыков. Оценки по показателям рабочей памяти, беглости речи, скорости психических процессов и проблемно-ориентированного поведения, хотя и обнаруживают некоторое снижение, но оно статистически незначимо.

Заслуживают специального внимания низкие оценки пациентов с депрессивным расстройством по показателю психомоторных навыков. В шкале BACS оценки данного показателя основаны на результатах выполнения теста жетонов, в ходе которого испытуемому в ограниченное время (60 с) нужно сложить в контейнер тонкие покерные фишки, непременно действуя двумя руками одновременно. Частые неудачи пациентов с депрессивным расстройством при выполнении данного задания могут указывать на нарушения межполушарного взаимодействия.

Таблица 3

Сравнение когнитивных показателей группы рекуррентной депрессии  
с нормативными показателями, балл

Когнитивные функции	2-я группа	Нормативные показатели	p <
Слухоречевая память	53,85 ± 11,41	50,00 ± 10,08	0,01
Рабочая память	41,07 ± 13,58	50,00 ± 10,08	
Беглость речи	40,78 ± 10,81	50,00 ± 10,08	
Скорость психических процессов	42,58 ± 16,13	50,00 ± 10,08	
Психомоторные навыки	28,79 ± 14,08	50,00 ± 10,08	0,001
Проблемно-ориентированное поведение	45,23 ± 17,06	50,00 ± 10,08	

При сравнении когнитивных показателей пациентов с шизофренией и аффективными расстройствами (табл. 4) было выявлено статистически значимое худшее функционирование пациентов с шизофренией в области слухоречевой памяти, беглости речи и психомоторных навыков. Относительно низкие оценки по показателям рабочей памяти и скорости психических процессов были типичны как для пациентов с шизофренией, так и для пациентов с депрессивным расстройством.

Таблица 4

Результаты сравнительной оценки когнитивных функций пациентов с шизофренией и рекуррентным депрессивным расстройством, балл

Когнитивные функции	Группа		p <
	1-я	2-я	
Слухоречевая память	32,40 ± 20,3	53,85 ± 11,41	0,001
Рабочая память	32,29 ± 8,89	41,07 ± 13,58	0,02
Беглость речи	17,28 ± 12,89	40,78 ± 10,81	0,001
Скорость психических процессов	32,77 ± 30,04	42,58 ± 16,13	
Психомоторные навыки	17,05 ± 10,33	28,79 ± 14,08	0,001
Проблемно-ориентированное поведение	41,24 ± 14,69	45,23 ± 17,06	

### Заключение

Таким образом, в результате исследования установлено, что при относительном равенстве социально-демографических и клинических характеристик пациенты с шизофренией по сравнению с пациентами с депрессивным расстройством имели тенденцию к более выраженным когнитивным нарушениям с охватом большего количества параметров нейропсихологической оценки когнитивного функционирования, что согласуется с данными литературы.

Наиболее информативные показатели, характеризующие различия по когнитивному функционированию между пациентами с шизофренией и депрессивным расстройством по уровню значимости и вычисленной мощности стали следующие: беглость речи, психомоторные навыки, рабочая и слухоречевая память. Скорость психических процессов и проблемно-ориентированное поведение, согласно данному исследованию, не могут быть признаны достаточно информативными.

Нейропсихологический анализ полученных данных указывает на снижение церебральной активности в нейронных сетевых связях, связывающих хорбито-фронтальные и медиобазальные области обоих полуша-

рий у пациентов с шизофренией, тогда как для пациентов с депрессивным расстройством были более типичны левополушарные нарушения.

Следовательно, применение стандартизированных методов нейропсихологической оценки при дифференциальной клинической диагностики аффективных расстройств вполне приемлемо и полезно.

Для современной клинической нейропсихологии характерной является тенденция выхода за пределы неврологической клиники, клиники отдаленных последствий локальных поражений головного мозга, в другую клиническую реальность, применение нейропсихологического подхода к широкому кругу патологических явлений человеческого поведения: аномалий развития, синдромов патологического старения, психосоматической дезадаптации, психотических расстройств [1, 10]. Теоретические и экспериментальные исследования последних 20 лет в данном направлении обогатили нейропсихологию не только новыми методологическими принципами, но и способствовали разработке новых методов исследования. Новые нейропсихологические методики впервые позволили выявлять слабо структурированные или скрытые нарушения психических функций, что существенно расширило диапазон эффективного применения нейропсихологической диагностики при тех формах патологии мозга, при которых ранее нейропсихологические исследования казались малоперспективными [1, 14]. Следует признать, что современная нейропсихология предлагает перспективные методы оценки, позволяющие получить надежные данные о состоянии нейрокогнитивных функций при психических расстройствах, что может быть востребовано в клинической, в особенности первичной и дифференциальной, диагностике.

### Литература

1. Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. Методы нейропсихологической диагностики : практ. руководство. – СПб. : Стройлеспечат, 1997. – 303 с.
2. Вассерман Л.И., Ананьева Н.И., Горелик А.Л. [и др.]. Аффективно-когнитивные расстройства: методология исследования структурно-функциональных соотношений на модели височной эпилепсии // Вестн. Юж.-Урал. гос. ун-та. Сер. 12: Психология. – 2013. – Т. 6, № 1. – С. 67–70.
3. Иванов М.В., Незнанов Н.Г. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия. – СПб. : НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2008 – 288 с.
4. Краснов В.Н. Роль нейропсихологии в развитии современной психиатрии // Сб. докладов I междунар. конф. памяти А.Р. Лурии / под ред. Е.Д. Хомской. – М., 1998. – С. 47–52.
5. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. – М. : Практ. медицина, 2011 – 432 с.

6. Мучник П.Ю., Снедков Е.В. Типичные врачебные ошибки в дифференциальной диагностике эндогенных психозов // *Обозр. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева.* – 2013. – № 2. – С. 32–36.

7. Саркисян Г.Р., Гурович И.Я., Киф Р.С. Нормативные данные для российской популяции и стандартизация шкалы «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией» (BACS) / *Соц. и клинич. психиатрия.* – 2010. – Т. 20, № 3. – С. 13–19.

8. Симуткин Г.Г. Современные инструменты скрининга биполярных аффективных расстройств (обзор литературы) // *Обозр. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева.* – 2012. – № 3. – С. 34–41.

9. Цветкова Л.С., Капитонова Ю.А., Цветков А.В. О роли нейропсихологической диагностики в сопровождении психиатрических пациентов // *Вестн. МГОУ. Сер.: Психол. науки.* – 2012. – № 2. – С. 25–30.

10. Хомская Е.Д. *Нейропсихология : учеб. для вузов.* – 4-е изд. – СПб. [и др.] : Питер, 2012. – 496 с.

11. Balanza-Martinez V., Rubio C., Selva-Vera G. [et al.]. Neurocognitive endophenotypes (Endophenocognitotypes) from studies of relatives of bipolar disorder subjects: a systematic review // *Neuros. And Biobeh. Rev.* – 2008. – Vol. 32. – P. 1426–1438.

12. Harvey P.D., Keefe R.S.E. Clinical neuropsychology of schizophrenia // *Neuropsychological assessment of neuropsychiatric and neuromedical disorders* / Eds.: Grant I., Adams K.M. – N.Y. : Oxford University Press, 2009. – P. 507–522.

13. Lish J.D., Dime-Meenan S., Whybrow P.C. [et al.]. The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members // *J. Affect. Disord.* – 1994. – Vol. 31, N 4. – P. 281–294.

14. Marshall J.C., Gurd J.M. *Neuropsychology: past, present, and future* // *Handbook of clinical neuropsychology* / Eds.: Halligan P.W., Kischka U., Marshall J.C. – London : Oxford University Press, 2003 – P. 4–12.

15. Palmer B.W., Dawes S.E., Heaton R.K. What do we know about neuropsychological aspects of schizophrenia // *Neuropsychol. Rev.* – 2009. – N. 19. – P. 365–384.

16. Torres I.J., Malhi G.S. Neurocognition in bipolar disorder // *Bipolar disorder: clinical and neurobiological foundations* / Eds.: L.N. Yatham, M. Maj. – Oxford : John Wiley&Sons, 2010 – P. 69–82.

**Kolchev A.I., Gvozdetsky A.N., Daeva N.A., Petrov M.V.** *Neiropsikhologicheskaya otsenka kognitivnogo funktsionirovaniya pri differentsial'noi diagnostiki affektivnykh rasstroistv* [Neuropsychological assessment of cognitive functioning in the differential diagnosis of affective disorders]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 53. P. 61–70.

Saint Petersburg Institute of Postgraduate Medical experts  
(Russia, St. Petersburg, Bol'shoi Sampsonievskii Ave., 11);  
Department of Social Psychiatry and Psychology Saint Petersburg  
(Russia, St. Petersburg, Embank. Fontanki, 132);

Saint-Petersburg State University  
(Russia, St. Petersburg, Universitetskaya Embank., 7/9).

Kolchev Aleksandr Ivanovich – Dr. Med. Sci. Prof., Department of Social Psychiatry and Psychology Saint Petersburg Institute of Postgraduate Medical experts, (Russia, 194044, St. Petersburg, Bol'shoi Sampsonievskii Ave., 11); e-mail: a.kolchev@mail.ru;

Gvozdetskii Anton Nikolaevich – clinical intern Department of Psychiatry and Addiction Medical Faculty Saint-Petersburg State University (Russia, 199034, St. Petersburg, Universitetskaya Embank., 7/9); e-mail: Gvozdetskiy\_AN@outlook.com;

Daeva Natal'ya Andreevna – clinical Psychologist Department of Social Psychiatry and Psychology St. Petersburg (Russia, 190005, St. Petersburg, Embank. Fontanki, 132); e-mail: Hon73@yandex.ru;

Petrov Maksim Vladimirovich – PhD student, Department of Psychiatry and Addiction Medical Faculty Saint-Petersburg State University (Russia, 199034, St. Petersburg, Universitetskaya Embank., 7/9); e-mail: petrov\_m@list.ru.

Abstract. Studied cognitive patients for differential diagnosis of schizophrenia (n = 30) and affective disorders (n = 27). It is shown that differences in the differential diagnosis of cognitive functioning in these pathological processes most informative indicators are as follows: fluency, psychomotor skills, working memory and auditory memory. The speed of mental processes and problem-oriented behavior can not be sufficiently informative.

Key words: clinical (medical) psychology, neuropsychological study, cognitive function, mood disorders, schizophrenia, affective disorders.

### References

1. Vasserman L.I., Dorofeeva S.A., Meerson Ya.A. *Metody neiropsikhologicheskoi diagnostiki* [Methods neuropsychological diagnosis: Pract. guide]. Sankt-Peterburg. 1997. 303 p. (in Russ.)

2. Vasserman L.I., Anan'eva N.I., Gorelik A.L. [et al.]. *Affektivno-kognitivnye rasstroistva: metodologiya issledovaniya strukturno-funktsional'nykh sootnoshenii na modeli visochnoi epilepsii* [Affective and cognitive disorders: research methodology of structural and functional relations on the model of temporal lobe epilepsy]. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta* [Bulletin of the South Ural State University. Series 12. Education, health, physical culture]. 2013. Vol. 6, N 1. P. 67–70. (in Russ.)

3. Ivanov M.V., Neznanov N.G. *Negativnye i kognitivnye rasstroistva pri endogennykh psikhozakh: diagnostika, klinika, terapiya* [The negative and cognitive disorders in endogenous psychoses: diagnostics, clinic, therapy]. Sankt-Peterburg. 2008. 288 p. (in Russ.)

4. Krasnov V.N. *Rol' neiropsikhologii v razvitii sovremennoi psikiatrii* [The role of neuropsychology in the development of modern psychiatry]. *Sbornik dokladov I mezhdunarodnoi konferentsii pamyati A.R. Lurii* [Reports I international conference memory AR Luria]. Ed. E.D. Khomskaya. Moskva. 1998. P. 47–52. (in Russ.)

5. Krasnov V.N. Rasstroistva affektivnogo spectra [Affective spectrum disorders]. Moskva. 2011 432 p. (in Russ.)
6. Muchnik P.Yu., Snedkov E.V. Tipichnye vrachebnye oshibki v differentsial'noi diagnostike endogennykh psikhozov [Typical medical errors in the differential diagnosis of endogenous psychoses]. *Obzrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2013. N 2. P. 32–36. (in Russ.)
7. Sarkisyan G.R., Gurovich I.Ya., Kif R.S. Normativnye dannye dlya rossiiskoi populyatsii i standartizatsiya shkaly «Kratkaya otsenka kognitivnykh funktsii u patsientov s shizofreniei» (BACS) [Normative data for the Russian population and standardization of scale "Brief assessment of cognitive functions in patients with schizophrenia» (BACS)]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2010. Vol. 20, N 3. P. 13–19. (in Russ.)
8. Simutkin G.G. Sovremennye instrumenty skrininga bipolyarnykh affektivnykh rasstroistv (obzor literatury) [Modern tools for screening bipolar affective disorders (review)]. *Obzrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2012. N 3. P. 34–41. (in Russ.)
9. Tsvetkova L.S., Kapitonova Yu.A., Tsvetkov A.V. O roli neiropsikhologicheskoi diagnostiki v soprovozhdenii psikiatricheskikh patsientov [On the role of neuropsychological diagnostics accompanied by psychiatric patients]. *Vestnik MGOU. Seriya: Psikhologicheskie nauki* [Bulletin of the Moscow state regional university. Series: Psychology]. 2012. Vol. 2. P. 25–30. (in Russ.)
10. Khomskaya E.D. Neiropsikhologiya [Neuropsychology: Proc. for high schools. 4th Edition.]. Sankt-Peterburg. 2012. 496 p. (in Russ.)
11. Balanza-Martinez V., Rubio C., Selva-Vera G. [et al.]. Neurocognitive endophenotypes (Endophenocognitypes) from studies of relatives of bipolar disorder subjects: a systematic review. *Neuros. And Biobeh. Rev.* 2008. Vol. 32. P. 1426–1438.
12. Harvey P.D., Keefe R.S.E. Clinical neuropsychology of schizophrenia. Neuropsychological assessment of neuropsychiatric and neuro medical disorders. Eds.: Grant I., Adams K.M. N.Y. : Oxford University Press, 2009. P. 507–522.
13. Lish J.D., Dime-Meenan S., Whybrow P.C. [et al.]. The National Depressive and Manicdepressive Association (DMDA) survey of bipolar members. *J. Affect. Disord.* 1994. Vol. 31, N 4. P. 281–294.
14. Marshall J.C., Gurd J.M. Neuropsychology: past, present, and future // *Handbook of clinical neuropsychology* / Eds.: Halligan P.W., Kischka U., Marshall J.C. – London : Oxford University Press, 2003 – P. 4–12.
15. Palmer B.W., Dawes S.E., Heaton R.K. What do we know about neuropsychological aspects of schizophrenia // *Neuropsychol. Rev.* – 2009. – N. 19. – P. 365–384.
16. Torres I.J., Malhi G.S. Neurocognition in bipolar disorder // *Bipolar disorder: clinical and neurobiological foundations* / Eds.: L.N. Yatham, M. Maj. – Oxford : John Wiley&Sons, 2010 – P. 69–82.

Received 04.11.2014

## КЛИНИКО-ЭТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина  
(Россия, Санкт-Петербург, Песочная наб., 4);  
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический  
институт им. В.М. Бехтерева  
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3)

Приводятся результаты клинико-этологического исследования невербального поведения при аутистических расстройствах детского возраста. Клинико-психопатологическое исследование особенностей невербального поведения проведено у 215 детей (40 девочек и 175 мальчиков, соотношение 1 : 4,4) в возрасте от 2 до 7 лет, в клинической картине заболевания которых наблюдались аутистические расстройства, соответствовавшие диагностическим критериям детского аутизма (F 84.0), атипичного аутизма (F 84.1), синдрома Аспергера (F 84.5), детского типа шизофрении (F 20.8X3) по МКБ-10. Выделены как общие, неспецифические клинико-этологические признаки, так и преобладающие, относительно специфичные для синдромов Каннера и Аспергера, аутистических расстройств при ранней детской шизофрении и резидуально-органических поражениях головного мозга, умственной отсталости с аутистическим поведением. Установленные различия могут служить основой для разработки дифференциально-диагностических критериев разграничения данных клинических вариантов аутистических расстройств, объединенных одной диагностической категорией в МКБ-10, но имеющих существенную специфику в лечебно-коррекционной тактике и различный прогноз.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, дети, невербальное поведение, аутистические расстройства, синдром Каннера, синдром Аспергера, ранняя детская шизофрения, резидуально-органическое поражение головного мозга, умственная отсталость.

### Введение

Детский аутизм остается одной из наиболее актуальных проблем в психиатрии в силу роста показателей распространенности, сложностей

---

Хайретдинов Олег Замильевич – врач-психиатр орг.-метод. отд-ния с консультативным приемом Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина (Россия, 197376, Санкт-Петербург, Песочная наб., д. 4); e-mail: psycheas@rambler.ru;

Макаров Игорь Владимирович – д-р мед. наук проф., руководитель отд-ния детской психиатрии С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3); e-mail: ppsy@list.ru.

своевременной диагностики и оказания комплексной специализированной помощи [2, 10, 13, 17]. В большой степени они обусловлены отсутствием единства взглядов относительно дифференциально-диагностических рамок как в случаях с другими нарушениями развития и психическими заболеваниями детского возраста, так и внутри группы расстройств аутистического континуума. Многие решающие аспекты – психопатологическая феноменология, этиопатогенетические механизмы, нозологическая принадлежность, выделение первичных и вторичных нарушений, дифференцированная терапия и психолого-педагогическая коррекция – остаются недостаточно определенными, противоречивыми, осложняющими своевременную диагностику и оказание помощи [2–5, 10, 13, 15, 17].

Наряду с детским аутизмом Каннера [18], были выделены другие сходные клинические формы, имеющие иные прогноз и тактику лечения: синдром Аспергера [16], органический [12], соматогенный и психогенный аутизм [19], аутизм при болезни Дауна и фенилкетонурии [20]. В МКБ-10 включена категория атипичного аутизма, а также синдромы Ретта и Геллера. В результате, по выражению В.Е. Кагана, Каннер «мог бы просто не узнать в лицо описанное им расстройство – так расширились его диагностические рамки» [7]. Несмотря на тенденции к объединению различных диагностических категорий в единое «расстройство аутистического спектра» в DSM-V и МКБ-11 [8], дифференциация внутри группы аутистических расстройств необходима в связи с различиями течения, терапии, прогноза, образовательного маршрута и пр. [2, 3, 6, 10, 13, 15, 17].

Недостаточно определенная диагностическая категория «атипичного аутизма» (F 84.1 по МКБ-10) или «первазивных расстройств развития без дополнительных уточнений» (PDDNOS) в DSM-IV была сформирована скорее по остаточному принципу и предполагает включение неоднородных клинико-нозологических состояний, что требует дальнейшего уточнения [13, 15, 17]. Наиболее распространенными клиническими вариантами аутистических расстройств в составе данной диагностической категории, помимо умственной отсталости с аутистическим поведением, являются состояния с фенотипически приближенной к синдрому Каннера симптоматикой при ранней детской шизофрении и органическом поражении головного мозга. Пациенты именно этой группы вызывают чаще всего диагностические расхождения между специалистами, а также во многом определяют различия статистических показателей распространенности аутистических расстройств в разных регионах страны. В традициях ленинградской–петербургской школы детской психиатрии аутистические расстройства при



органическом поражении головного мозга (органический аутизм) и умственная отсталость с аутистическими чертами, вслед за С.С. Мнухиным (1967), рассматриваются в качестве разновидностей атонической или астено-атонической форм резидуально-органических расстройств психики [1, 3, 5, 6, 10, 12].

Наибольшую значимость и надежность имеют, безусловно, динамические дифференциально-диагностические критерии – прогрессивное, стационарное или регрессирующее течение расстройств; феномены соматопсихического параллелизма или, напротив, балансирования; степень и качество ответа на осуществляемые терапевтические вмешательства и пр. При этом актуальной является и необходимость «поперечной», подчас и одномоментной оценки и дифференциальной диагностики для своевременного решения коррекционно-терапевтических и социальных вопросов, оснований для пенсионирования, определения образовательного маршрута и т. д.

Учитывая описанные сложности диагностики, возраст детей, высокую частоту речевых нарушений, облигатные для аутизма коммуникативные препятствия, нередкий дефицит достоверных анамнестических сведений и результатов объективных параклинических исследований, решающее значение в оценке и квалификации расстройств имеют признаки невербального поведения (НП), которые становятся основными критериями диагностики. В связи с этим перспективным представляется систематизированное изучение НП детей с разными клиническими вариантами аутистических расстройств.

Для объективизации и стандартизации диагностики аутистических расстройств у детей нами использован клинико-этологический метод, включающий фиксацию и анализ признаков НП на различных уровнях организации – элементов двигательных актов, простых комплексов поведения и сложных поведенческих форм [9, 14]. Несмотря на то, что основными диагностическими критериями аутистических расстройств у детей являются поведенческие признаки, при указанных нарушениях прежде не проводилось сравнительного систематического клинико-этологического исследования НП.

*Цель исследования* – выделение дифференциально-диагностических клинико-психопатологических признаков основных клинических вариантов аутистических расстройств у детей, дополненных результатами клинико-этологического исследования.

## Материал и методы

Клинико-психопатологическое исследование и изучение особенностей НП проведено у 215 детей (40 девочек и 175 мальчиков, соотношение 1 : 4,4) в возрасте от 2 до 7 лет, в клинической картине заболевания которых наблюдались аутистические расстройства, соответствовавшие диагностическим критериям детского аутизма (F 84.0), атипичного аутизма (F 84.1), синдрома Аспергера (F 84.5), детского типа шизофрении (F 20.8X3) по МКБ-10. Исследования проводили на базе детского отделения Самарской психиатрической больницы с 1997 по 2012 г. и в Центре восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина в 2013–2014 гг.

Были сформированы 5 клинико-нозологических групп пациентов:

- 1) с синдромом Каннера (СК) – 38 (29 мальчиков и 9 девочек);
- 2) с синдромом Аспергера (СА) – 31 (26 мальчиков и 5 девочек);
- 3) с умственной отсталостью с аутистическим поведением (УО) – 73 (60 мальчиков и 13 девочек);
- 4) с аутистическими расстройствами при резидуально-органических поражениях головного мозга (РО) – 44 (38 мальчиков и 6 девочек);
- 5) с аутистическими расстройствами при ранней детской шизофрении (ДШ) с манифестацией до 5-летнего возраста – 29 (22 мальчика и 7 девочек).

Помимо традиционных клинико-психопатологического и клинико-динамического методов использовали клинико-этологический. Исследование НП детей с аутистическими расстройствами проводили в стандартных условиях лечебно-профилактических учреждений в неизменной обстановке кабинета, а также при контакте со специалистами, персоналом, детьми и родственниками. Признаки НП фиксировали по составленной клинико-этологической карте обследования в течение 45–60 мин. Всего в исследование было включено 19 групп признаков НП (общее количество признаков – 150). Изучали особенности глазного контакта, мимики, жестикуляции, позы и проксемических характеристик, моторики (в том числе моторных стереотипий), походки, особенностей игры, невербальных характеристик речи, ритуальные действия. Кроме того, фиксировали отдельные признаки НП и ряд клинических характеристик состояния больных, выявленные ретроспективно в ходе бесед с родителями и изучения медицинской документации.

Клинико-катамнестический анализ осуществляли в отношении 74 больных (34,4 %) при повторных госпитализациях или амбулаторных консультациях продолжительностью от 1 до 9 лет в 2003–2012 гг. с целью ве-

рификации диагноза и целесообразности включения в определенную исследуемую группу, а также определения прогностических критериев.

Статистическую обработку результатов производили методом рангового анализа вариаций по Краскелу–Уоллису (Kruskel–Wallis ANOVA), предназначенного для непараметрического сравнения трех и более независимых групп, а также путем сравнительного анализа таблиц сопряженности и определения критерия  $\chi^2$  Пирсона ( $p < 0,05$ ).

### Результаты и обсуждение

В результате проведенного исследования выделены как общие клинико-этологические признаки, присущие пациентам всех изученных групп, так и специфические, характерные для детей с определенным клиническим вариантом аутистических расстройств.

В таблице приведены данные о частоте общих неспецифических клинико-этологических признаков, наблюдавшихся более чем в 50 % по усредненным значениям для всех исследованных групп.

Общие неспецифические клинико-этологические признаки  
для аутистических расстройств у детей

Признак	Частота признаков, %					
	СА	СК	УО	РО	ДШ	Средняя
Недостаточная способность уступить, пожалеть, учесть интересы другого	77,4	86,8	94,5	72,7	93,1	86,0
Слабое понимание простых социальных ситуаций	51,6	92,1	97,3	81,8	75,9	83,7
Недостаточность указательных жестов и коммуникативных жестов	71,0	94,7	97,3	65,9	51,7	80,5
Невозможность использовать простейшие социальные навыки без внешнего побуждения и диктовки	77,4	86,8	80,8	70,5	79,3	79,1
Неряшливость при приеме пищи	67,7	68,4	86,3	86,4	75,9	79,1
Отсутствие коммуникативных и ролевых игр	64,5	94,7	71,2	75,0	82,8	76,7
Нет стремления поделиться радостью, достижением с другими людьми	51,6	94,7	71,2	72,7	82,8	74,4
Отсутствие ответных эмоциональных реакций на ласку, похвалу	45,2	81,6	72,6	52,3	93,1	68,8
Отсутствие концентрации внимания на общих объектах	51,6	81,6	78,1	56,8	58,6	67,9
Глазной контакт практически отсутствует (редкие эпизоды не более 1–2 с)	45,2	81,6	61,6	52,3	75,9	62,8
Отсутствие гибкой реакции на полученное сообщение	87,1	63,2	56,2	54,5	65,5	62,8
Скованная походка	61,3	50,0	52,1	72,7	65,5	59,1
Угловатая, неловкая жестикуляция	77,4	55,3	54,8	65,9	41,4	58,6

Признак	Частота признаков, %					
	СА	СК	УО	РО	ДШ	Средняя
Повышенная активность, неусидчивость	54,8	68,4	39,7	77,3	62,1	57,7
Выраженная избирательность в еде	61,3	81,6	46,6	52,3	41,4	55,3
Скованность, механистичность, угловатость моторики	71,0	63,2	39,7	63,6	44,8	54,0
Отсутствие инициативы при разговоре	58,1	50,0	61,6	34,1	51,7	52,1
Жесты отстранения	67,7	57,9	39,7	40,9	72,4	51,6
Страхи обыденного содержания	45,2	57,9	54,8	52,3	31,0	50,2

Основным фокусом проведенного исследования было выделение специфических признаков НП, характерных для определенных клинических вариантов аутистических расстройств, для использования их с дифференциально-диагностической целью.

При *синдроме Аспергера* преобладали ( $p < 0,001$ ) активное стремление пациентов к прекращению контакта при попытке вступить во взаимодействие с ними (93,5 %); достаточно сформированная разговорная речь (87,1 %); стремление педантично следовать нормам и правилам, поддерживать порядок (80,6 %); необычные и традиционные увлечения, носящие сверхценный характер (по 74,2 %); предпочтение контактов со взрослыми, монолог «взахлеб» и отдельные попытки имитации и неловкого подражания взрослым в выполнении домашних или профессиональных функций (по 67,7 %); «книжная», «взрослая» речь со стремлением использовать специальную терминологию, штампованные фразы (61,3 %).

Для пациентов с *синдромом Каннера* в большей степени свойственны ( $p < 0,001$ ) манипулирование предметами в виде пересыпания, верчения, перекалывания, постукивания (78,9 %); однообразные манипуляции с игрушками в отрыве от их предназначения (73,7 %); сосредоточенность на отдельных свойствах или частях предмета без целостного использования (63,2 %); жесткая привязанность социальных и бытовых навыков к определенной ситуации или человеку и длительное фиксирование внимания на малодинамичных явлениях (по 60,5 %); пластичность отдельных действий на фоне общей неловкости (39,5 %). Значительно чаще ( $p < 0,001$ ), чем в других группах, при синдроме Каннера и в группах УО и РО наблюдались механическое использование руки взрослого в качестве инструмента (86,8 %); при СК и УО – отсутствие вопросов (81,6 %); при СК и РО – моторные стереотипии в виде взмахов, сгибания-разгибания рук в локтевых и плечевых суставах (63,2 %).

При *умственной отсталости с аутистическим поведением* наряду с признаками более равномерного и тотального психического недоразвития, в сравнении с пациентами из других групп, обращали на себя внимания отдельные навыки, умения и способности существенно более высокого уровня (использование сложной бытовой техники и электронных гаджетов, конструирование, сбор мозаики и паззлов с большим количеством элементов, впечатляющая географическая и пространственная ориентировка и память, знание иностранных фраз при отсутствии сопоставимого лексикона на родном языке и т. п.). Из признаков невербального поведения наиболее часто наблюдались ( $p < 0,001$ ) видимое пренебрежение реальной опасностью (75,3 %); отсутствие навыков пользоваться туалетом (65,8 %); отсутствие обращений с просьбой в какой бы то ни было форме (63,0 %); практически полное отсутствие разговорной речи без попыток компенсации мимикой и жестами (52,1 %). Чаще, чем в других группах, при УО и ДШ встречались нецеленаправленное блуждание и полевое поведение (86,3 %); при УО, ДШ и СК – отсутствие слежения за движениями находящегося рядом человека (61,6 %); при УО и РО – простые патологические привычные действия (65,8 %).

Учитывая наблюдавшуюся положительную динамику показателей уровня интеллекта (до 30 и более баллов по WISC) у некоторых больных при условии смягчения коммуникативных нарушений и жесткости стереотипного поведения, можно сделать парадоксальный, на первый взгляд, вывод о более благоприятных прогностических ожиданиях у пациентов данной группы в сравнении с умственно отсталыми детьми без аутистических симптомов. Недооценка или игнорирование аутистических черт поведения, на наш взгляд, в ряде случаев может приводить к ошибочным решениям при определении прогноза, коррекционно-терапевтической стратегии, своевременного изменения образовательного маршрута и пр.

При *аутистических расстройствах в рамках резидуально-органических поражениях головного мозга* чаще отмечались признаки атипизма ( $p < 0,001$ ): тенденция держаться рядом с родителем при стремлении уклоняться от попыток организовать взаимодействие с ним (47,7 %); в  $1/3$  случаев – стремление к телесным контактам, объятиям (36,4 %), мимика смущения и неразборчивость контактов (по 31,8 %); у  $1/4$  пациентов – фрагментарные попытки к компенсации дефицита разговорной речи мимикой и жестами (22,7 %;  $p < 0,01$ ); относительно сохраненный глазной контакт (15,9 %;  $p < 0,05$ ), редкость взгляда «мимо» и «рядом» с собеседником (6,8 %). Некоторые особенности НП пациентов данной группы оказались сходными с

признаками, характерными для *синдрома Аспергера*: попытки подражать взрослым в выполнении домашних или профессиональных функций (38,6 %); предпочтение контактов со взрослыми (31,8 %).

У многих пациентов с аутистическими расстройствами при резидуально-органических поражениях головного мозга отмечается метеолабильность и метеочувствительность, корреляция аутистических симптомов с интеркуррентными инфекционными заболеваниями и соматическим неблагополучием (так называемый феномен соматопсихического параллелизма).

Для детей с *аутистическими расстройствами при ранней детской шизофрении* характерны бег по кругу или «от стены к стене», удары туловищем и головой по твердым поверхностям, парадоксальная жестикуляция (по 79,3 %); взгляд «мимо» человека или «рядом» с ним, крайне необычные, нетипичные, вычурные страхи (по 72,4 %); жесты (65,5 %) и мимические изменения, не связанные с происходящим в данный момент; смена мимических выражений без плавных переходов (по 58,6 %); неологизмы (65,5 %); манерная походка, агрессивные жесты (62,1 %); активное отвержение глазного контакта в виде отворачивания, вскрикивания и закрывания лица руками при встрече с взглядом другого человека (55,2 %); несоответствие выражений разных областей лица, взгляд исподлобья и гротескность и причудливость размаха движений (по 34,5 %); прерывание начатого действия, застывания, замирания (31 %); гримасы, негативизм и требования участия окружающих в выполнении ритуалов (по 41,4 %); речь нараспев, растягивание слов и эпизоды субступора (по 27,6 %); эхомимия и непрерывный глазной контакт (по 24,1 %); немигающий взгляд (20,7 %). В анамнезе у многих пациентов с ранней детской шизофренией отмечался регресс речи, игровой деятельности, навыков самообслуживания (в том числе, навыков опрятности) после периода нормального или ускоренного развития детей в первые 1,5–2 года жизни.

### **Заключение**

Основными симптомами разных клинических вариантов аутистических расстройств у детей являются поведенческие нарушения. Клинико-этологический метод является существенным дополнением к клинико-патопсихологическому и позволяет выявлять и структурировать ряд дополнительных признаков невербального поведения в клинической картине детского аутизма.

Выявлены типологические особенности невербального поведения, относительно специфические для различных клинических вариантов аутистических расстройств. Установленные различия могут служить основой для разработки дифференциально-диагностических критериев разграничения данных клинических вариантов аутистических расстройств, объединенных одной диагностической категорией в МКБ-10, но имеющих существенную специфику в лечебно-коррекционной тактике и различный прогноз. Следует отметить, что большая «смешанная» группа пациентов, имеющих отдельные симптомы детского аутизма и психического недоразвития и неоднозначно оцениваемая разными специалистами (атипичный аутизм, умственная отсталость с коммуникативными нарушениями, аутистическое поведение и пр.), требует дополнительного многостороннего исследования.

### Литература

1. Автеньюк А.С., Макаров И.В. Синдром психической атонии – клиническая реальность детской психопатологии? // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2011. – № 1. – С. 60–63.
2. Башина В.М. Аутизм в детстве. – М. : Медицина, 1999. – 240 с.
3. Воронков Б.В., Рубина Л.П. Актуальные вопросы дифференциальной диагностики аутизма. – СПб., 2014. – 66 с.
4. Горюнова А.В., Шевченко Ю.С. Спорные вопросы в проблеме аутизма у детей // Аутизм: медико-психолого-педагогическая, социально-экономическая и правовая проблема: XII Мнухинские чтения : сб. ст. / под общ. ред. Ю.А. Фесенко, Д.Ю. Шигапова. – СПб. : Виктория плюс, 2014. – С. 32–33.
5. Иванов Е.С. Спорные вопросы диагностики раннего детского аутизма / Детский аутизм : хрестоматия / сост. Л.М. Шипицина. – СПб. : Дидактика плюс, 2001. – С. 51–59.
6. Каган В.Е. Аутизм у детей. – Л. : Медицина, 1981. – 208 с.
7. Каган В.Е. Детский аутизм: медицинский и немедицинский подходы // Материалы конгресса по детской психиатрии. – М. : РОСИНЭКС, 2001. – С. 34–35.
8. Корень Е.В., Куприянова Т.А. Классификация в детской психиатрии в перспективе принятия МКБ-11 // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 2, № 2. – С. 56–59.
9. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Коробов А.А., Корнетов Н.А. Этология в психиатрии. – Киев : Здоровья, 1990. – 216 с.
10. Макаров И.В. Лекции по детской психиатрии. – СПб. : Речь, 2007. – 293 с.
11. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. – СПб. : АДИС, 1994. – 208 с.

12. Мнухин С.С., Зеленецкая А.Е., Исаев Д.Н. О синдроме «раннего детского аутизма» или синдроме Каннера у детей // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1967. – № 10. – С. 1501–1506.
13. Расстройства аутистического спектра у детей / под ред. Н.В. Симашковой. – М. : Авторская академия, 2013. – 264 с.
14. Самохвалов В.П. Этологический метод и психиатрия (обзор) // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1984. – № 8. – С. 288–293.
15. Симашкова Н.В. Атипичный аутизм в детском возрасте : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2006. – 44 с.
16. Asperger H. Die «Autistischen Psychopaten» in Kindesalter // Arh. Psvchiat. Nervenkrank. – 1944. – Vol. 117, N 1. – P. 76–136.
17. Handbook of autism and pervasive developmental disorders, Vol. 2: Assessment, interventions, and policy (3rd ed.) / Ed. F.R. Volkmar. – N.J. : John Wiley & Sons Inc., 2005. – 789 p.
18. Kanner L. Autistic disturbances of affective Contact // Nervous Child. – 1943. – N 2. – P. 217–250.
19. Nissen G. Zur Klassifikation autistischer Syndrome im Kindesalter // Nervenartz. – 1971. – Bd 42. – S. 35–39.
20. Wing L. Early Childhood Autism. – Oxford : Pergamon Press, 1976. – 342 p.

**Khairtdinov O.Z., Makarov I.V.** Kliniko-etologicheskaya differentsiatsiya autisticheskikh rasstroystv u detey [Clinical-ethological differentiation of autistic disorders in children]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 53. P. 71–82.

St. Petersburg S.S. Mnuhin Center of Rehabilitation Treatment "Child psychiatry"  
 (Russia, Saint-Petersburg, Sand emb., 4);  
 V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute  
 (Russia, Saint-Petersburg, Bekhterev str., 3).

Khairtdinov Oleg Zamilevich – psychiatrist organizational methods of separation St. Petersburg S.S. Mnuhin Center of Rehabilitation Treatment "Child psychiatry" (Russia, 197376, Saint-Petersburg, Sand emb., 4); e-mail: psycheas@rambler.ru;

Makarov Igor Vladimirovich – Dr. Med. Sci. Prof., Head of the Department of Child Psychiatry V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (Russia, 192019, Saint-Petersburg, Bekhterev str., 3); e-mail: ppsy@list.ru.

Abstract. In clause results clinical-ethological researches of nonverbal behavior are resulted at autism spectrum disorders in children. A clinical and psychopathological features of nonverbal behavior research was conducted in 215 children (40 girls and 175 boys, the ratio of 1: 4.4) aged 2–7 years, the clinical picture of the disease which occurred autistic disorder, corresponded to the diagnostic criteria for infantile autism (F 84.0), atypical autism (F 84.1) Acperger syndrome (F 84.5), children such as schizophrenia (F 20.8x3) ICD-10. Are allocated as the general, nonspecific clinical-ethological attributes and prevailing, rather specific to Kanner's syndrome and Asper-



ger syndrome, autistic disorders in early childhood schizophrenia and residual-organic brain damage, mental retardation with autistic behavior. The distinction may serve as a basis for the development of differential diagnostic criteria of differentiation among these clinical variants of autistic disorders, united by one diagnostic category in ICD-10, but with significant specificity in medical correctional tactics and a different outlook.

Key words: clinical (medical) psychology, children, nonverbal behavior, autistic disorder, Kanner's syndrome, Asperger syndrome, early childhood schizophrenia, residual-organic brain damage, mental retardation.

### References

1. Avtenyuk A.S., Makarov I.V. Sindrom psikhicheskoi atonii – klinicheskaya real'nost' detskoj psikhopatologii? [Syndrome of mental atony – the clinical reality of child psychopathology?] *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2011. N 1. P. 60–63. (in Russ.)
2. Bashina V.M. Autizm v detstve [Autism in childhood]. Moskva. 1999. 240 p. (in Russ.)
3. Voronkov B.V., Rubina L.P. Aktual'nye voprosy differentsial'noi diagnostiki autizma [Topical issues of differential diagnosis of autism]. Sankt-Peterburg. 2014. 66 p. (in Russ.)
4. Goryunova A.V., Shevchenko Yu.S. Spornye voprosy v probleme autizma u detei [Controversial issues in autism in children]. *Autizm: mediko-psikhologopedagogicheskaya, sotsial'no-ekonomicheskaya i pravovaya problema* : XII Mnuhinskije chteniya [Autism: medical, psychological, educational, socio-economic and legal problem: XII Mnuhin reading]: collection of scientific works / Eds.: Yu.A. Fesenko, D.Yu. Shigashov. Sankt-Peterburg. 2014. P. 32–33. (in Russ.)
5. Ivanov E.S. Spornye voprosy diagnostiki rannego detskogo autizma [Controversial issues of diagnosis of infantile autism]. *Detskii autizm* [Infantile autism]. Ed. L.M. Shipitsina. Sankt-Peterburg. 2001. P. 51–59. (in Russ.)
6. Kagan V.E. Autizm u detei [Autism in children]. Leningrad. 1981. 208 p. (in Russ.)
7. Kagan V.E. Detskii autizm: meditsinskii i nemeditsinskii podkhody [Infantile autism : medical and non-medical approaches]. *Materialy kongressa po detskoj psikiatrii* [Proceedings of Congress on Child Psychiatry]. Moskva. 2001. P. 34–35. (in Russ.)
8. Koren' E.V., Kupriyanova T.A. Klassifikatsiya v detskoj psikiatrii v perspektive prinyatiya MKB-11 [Classification of child psychiatry in the future adoption of ICD- 11]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2014. Vol. 2, N 2. P. 56–59. (in Russ.)
9. Kornetov A.N., Samokhvalov V.P., Korobov A.A., Kornetov N.A. Etologiya v psikiatrii [Ethology in psychiatry]. Kiev. 1990. 216 p. (in Russ.)
10. Makarov I.V. Lektsii po detskoj psikiatrii [Lectures on child psychiatry]. Sankt-Peterburg. 2007. 293 p. (in Russ.)
11. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznei (10-i peresmotr). Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroistv. Issledovatel'skie diagnosticheskie

kriterii [International Classification of Diseases (10th revision). Classification of mental and behavioral disorders. Research diagnostic criteria]. Sankt-Peterburg. 1994. 208 p. (in Russ.)

12. Mnukhin S.S., Zelenetskaya A.E., Isaev D.N. O sindrome «rannego det-skogo autizma» ili sindrome Kanner'a u detei [About syndrome "early infantile autism" or Kanner's syndrome in children]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 1967. N 10. P. 1501–1506.

13. Rasstroistva autisticheskogo spektra u detei [Autism spectrum disorders in children]. Ed. N.V. Simashkova. Moskva. 2013. 264 p. (in Russ.)

14. Samokhvalov V.P. Etologicheskii metod i psikiatriya (obzor) [Ethological method and Psychiatry (Review)]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 1984. N 8. P. 288–293. (in Russ.)

15. Simashkova N.V. Atipichnyi autizm v detskom vozraste [Atypical autism in children] : Abstract dissertation PhD Med. Sci. Moskva. 2006. 44 p. (in Russ.)

16. Asperger H. Die «Autistischen Psychopaten» in Kindesalter. *Arch. Psychiat. Nervenkrank.* 1944. Vol. 117, N 1. P. 76–136.

17. Handbook of autism and pervasive developmental disorders. Vol. 2: Assessment, interventions, and policy (3rd ed.). Ed. F.R. Volkmar. N.J. : John Wiley & Sons Inc. 2005. 789 p.

18. Kanner L. Autistic disturbances of affective Contact. *Nervous Child.* 1943. N 2. – P. 217–250.

19. Nissen G. Zur Klassifikation autistischer Syndrome im Kindesalter. *Nervenartz.* 1971. Bd. 42. S. 35–39. (in German)

20. Wing L. Early Childhood Autism. Oxford : Pergamon Press, 1976. 342 p.

Received 12.01.2015

# МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОГЕНЕТИКА

УДК [159.9 : 618.19-006.6] : 575.1

Г.А. Ткаченко, Т.Ф. Маливанова

## КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА УРОВЕНЬ ДЕПРЕССИИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина  
(Россия, Москва, Каширское ш., д. 23)

Обсуждаются результаты клинико-психологического исследования у 82 женщин в возрасте 21–75 лет с диагнозом «рак молочной железы» (С.50 по МКБ-10). Пациентки находились в стационаре в предоперационном периоде хирургического лечения рака молочной железы. Психическое состояние определяли при помощи Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Представлены показатели уровня тревоги и депрессии как реакции на онкологическое заболевание и оценка влияния полиморфизма гена TNF -308(G>A) и -238(G>A) на уровень депрессии у больных раком молочной железы.

Ключевые слова: медицинская (клиническая) психология, рак молочной железы, тревога, депрессия, генетические факторы.

### Введение

Рак молочной железы (РМЖ) является наиболее распространенным онкологическим заболеванием среди женщин. Шоковое состояние на известие об онкологическом заболевании сменяется страхом, тревогой, которые у большинства женщин, перенесших радикальное лечение, в отдаленном периоде трансформируются в тяжелые невротические расстройства, депрессию различной степени выраженности. Постоянные воспоминания о перенесенной болезни и травмирующей операции вызывают тяжелые эмоциональные переживания, сопровождающиеся чувствами беспомощности, отверженности, потери женственности, неполноценности, ущербности,

---

Ткаченко Галина Андреевна – канд. психол. наук, мед. психолог Науч.-исслед. ин-та клинич. онкологии Рос. онкол. науч. центра им. Н.Н. Блохина (Россия, 115478, Москва, Каширское ш., д. 23); e-mail: mitg71@mail.ru;

Маливанова Татьяна Федоровна – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. лаб. онкогеномики Науч.-исслед. ин-та канцерогенеза Рос. онкол. науч. центра им. Н.Н. Блохина (Россия, 115478, Москва, Каширское ш., 23); e-mail: tmalivanova@yandex.ru.

страхом возможной социальной изоляции и распада семьи. У многих больных преобладает тревога за будущее, они живут в тревожном ожидании прогрессирования заболевания. При отсутствии адекватной психологической помощи в подавляющем большинстве нарушается психосоциальная адаптация, снижается качество жизни [3].

Сложные механизмы патогенеза РМЖ акцентируют эмоциональную составляющую этого заболевания. Связь между вегетативной (симпатической) и иммунной системами с участием эндокринной системы объясняет, почему стресс и неоптимальные функциональные состояния приводят к нарушению иммунной системы и развитию онкологического заболевания.

Из общих закономерностей течения острых стрессовых реакций следует, что длительные изменения нервно-психического статуса организма (эмоциональная депривация, депрессии, неврозы и др.) способствуют развитию или прогрессированию онкологического заболевания, что также указывает на необходимость проведения психологической коррекции.

В последние годы большое внимание уделяется выяснению молекулярно-генетических основ высшей нервной деятельности и взаимодействию иммунной и нервной системы, в том числе при посредничестве цитокинов. В зависимости от физиологического контекста эти специализированные белки, продуцирующиеся в основном клетками иммунной системы, а также микроглией ЦНС, способны контролировать процессы дифференцировки и пролиферации либо гибели клеток не только иммунной системы, но также и других тканей организма. Баланс про- и противовоспалительных цитокинов, в котором ключевую роль играет фактор некроза опухолей (Tumor Necrosis Factor, TNF), по-видимому, можно назвать универсальным регулятором адаптации к внешним и внутренним изменениям среды [10]. В настоящее время широко изучается роль TNF при инфекционных, аутоиммунных, сердечно-сосудистых, обменных заболеваниях. Относительно онкологии он принимает участие во всех этапах опухолевого роста (от инициации до прогрессирования заболевания) и ассоциирован с рядом онкологических заболеваний. TNF также рассматривается как патогенетический фактор при шизофрении, болезни Альцгеймера, депрессивных состояниях. Клинически выраженная депрессия, в свою очередь, повышает смертность онкологических больных [11].

Изменением уровня продукции TNF сопровождаются патологические процессы практических всех систем организма. При этом потенциальная способность к большей или меньшей продукции белка может определяться заменой одного нуклеотида на другой в регуляторной области ге-

на (Single-Nucleotide Polymorphisms, SNP, однонуклеотидный полиморфизм). Известно, что замена в положении -308(G>A)TNF способна увеличивать, а в положении -238(G>A)TNF снижать уровень продукции этого белка [6].

При изучении зависимости когнитивных функций от полиморфизма -308(G>A)TNF в норме было показано, что полиморфизм имеет разностороннее влияние на различные стороны когнитивных функций: аллель, связанный с повышенной продукцией цитокина, усиливал процесс восприятие информации и снижал способность к решению конфликта [4]. Этот аллель чаще (однако статистически не достоверно) встречался у больных РМЖ с выраженной депрессией спустя 1 год после операции [7]. У больных РМЖ ранних стадий обнаружили ассоциацию полиморфизма TNF с симптомами депрессии и нарушением памяти спустя 3 мес после первичного лечения [1, 5]. Полиморфизм -238(G>A)TNF значительно менее изучен.

Цель исследования – определить выраженность тревоги и депрессии как реакций на онкологическое заболевание и оценить влияние генетических факторов (полиморфизма гена TNF) на уровень депрессии у больных РМЖ в предоперационном периоде.

### **Материал и методы**

Исследование выполнено в Российском онкологическом научном центре им. Н.Н. Блохина. Обследовали 82 женщины в возрасте 21–75 лет с диагнозом РМЖ (С.50 по МКБ-10). Пациентки находились в предоперационном периоде хирургического лечения РМЖ.

В исследовании использовались клинический и психологический (психометрический) методы. Диагностическая процедура осуществлялась в рамках клинического метода на основе непосредственного обследования больных и включала анализ психического состояния, субъективных и объективных анамнестических сведений (учитывалась информация, полученная от пациентов, лечащих врачей-онкологов), медицинской документации (истории болезни). В соответствии с критериями включения и исключения из исследования были исключены пациентки с подозрением на психическую патологию и с выраженными акцентуациями характера.

Психическое состояние пациенток определили при помощи Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) [12]. Уровень тревоги (Т) и депрессии пациенток (Д) оценивался в баллах по результатам тестирования и признавался нормальным при значениях до 8 баллов, субклинически вы-

раженным – при 8–10 баллах и клинически выраженным – при 11 баллах и более.

Генотипирование по сайтам однонуклеотидных замен гена TNF проводили методами аллель-специфической полимеразной цепной реакции (ПЦР) для -308(G>A)TNF и полимеразной цепной реакции с последующим анализом полиморфизма длин рестрикционных фрагментов (ПЦР–ПДРФ) – для -238(G>A)TNF [2].

По результатам генотипирования были выделены следующие группы: 1-я (n = 8, или 9,8 %) – носители альтернативного аллеля -238(A)TNF; 2-я (n = 18, или 22 %) – носители альтернативного аллеля -308(A)TNF; 3-я (n = 55, или 67 %) с распространенным генотипом.

1 пациентка (1,2 %) оказалась носителем альтернативных аллелей по двум исследуемым сайтам. В исследовании ее результаты не участвовали.

При статистической обработке учитывалось, что результаты исследования представляют собой характеристику независимых, нормально распределенных малых выборок с широким диапазоном значений. Для сравнения средних использовали t-критерий Стьюдента, для сравнения частот использовали критерий  $\chi^2$  Пирсона. Значимыми признавались значения при  $p < 0,05$ .

### Результаты и их анализ

Проведенное исследование показало, что больше чем у половины больных выявлен повышенный уровень тревоги, причем примерно у  $1/3$  – высокий. Уровень депрессии повышен только у  $1/4$  больных (таблица).

Степень выраженности тревоги и депрессии по шкале HADS у больных РМЖ

Показатель опросника HADS	Группа				p
	общая	1-я	2-я	3-я	
Тревога					
балл, (M ± m)	8,9 ± 0,4	9,1 ± 1,8	9,0 ± 0,7	8,9 ± 0,5	
норма, %	36,4	37,5	29,4	38,5	
субклинически выраженная, %	36,4	37,5	47,1	32,7	
клинически выраженная, %	27,2	25,0	23,5	28,8	
Депрессия					
балл, (M ± m)	5,1 ± 0,4	7,4 ± 1,4	5,2 ± 0,9	4,6 ± 0,4	1/3 = 0,025
норма, %	75,0	62,5	76,5	76,9	
субклинически выраженная, %	19,5	12,5	11,7	21,2	
клинически выраженная, %	6,5	25,0	11,8	1,9	1/3 = 0,005

Сформированные по генетическим признакам группы не отличались по среднему уровню тревожности. В то же время средний уровень депрессии был достоверно выше в 1-й группе по сравнению с 3-й (см. таблицу). Аналогично, группы, распределенные по генотипам, не отличались при разной степени выраженности тревоги. При клинически выраженной депрессии распределение генотипов смещалось в сторону большей представленности альтернативных генотипов (группы 1-я и 2-я) при сравнении с другими степенями выраженности депрессии (см. таблицу).

Исследование показало, что полиморфизм гена TNF оказывает влияние на выраженность депрессии, но практически не влияет на уровень тревоги у женщин РМЖ в предоперационном периоде. Следует отметить, что носители альтернативных генотипов как низкоэкспрессирующего (1-я группа), так и высокоэкспрессирующего (2-я группа) составляют подавляющее большинство и в равной мере представлены среди пациентов с клинически выраженной депрессией. В литературных источниках можно найти данные об ассоциации депрессивных состояний как с повышенным, так и с пониженным уровнем провоспалительных цитокинов [8, 9], и это противоречие еще предстоит разрешить. По-видимому, принципиальным моментом нашего исследования следует считать то, что более распространенный генотип связан с более устойчивым эмоциональным состоянием.

И действительно, у большинства больных РМЖ уровень предоперационной тревоги был повышен, что совпадает с исследованиями других авторов [8, 12], которые характеризуют эту тревогу как ситуативно обусловленное состояние тревожности, связанное с предстоящим оперативным лечением. В то же время повышенный уровень депрессии наблюдался только у  $\frac{1}{4}$  больных, причем, как показало наше исследование, отмечалось это состояние у больных с альтернативными генотипами. Это дает возможность сделать вывод о генетической предрасположенности к реактивной депрессии.

### **Выводы**

Полученные данные требуют продолжения дальнейших исследований в этой области и уточнения выявленных закономерностей. Тем не менее полученные результаты имеют важное практическое значение для организации эффективной психологической помощи больным раком молочной железы. Основным направлением в программе психологического сопровождения должна быть коррекция реактивного депрессивного состоя-

ния для профилактики психосоциальной дезадаптации женщин, перенесших стресс, связанный с онкологическим заболеванием.

### Литература

1. Маливанова Т.Ф., Ткаченко Г.А., Родионова М.В. [и др.]. Полиморфизм гена фактора некроза опухолей TNF влияет на выраженность депрессии среди операбельных больных // Злокачественные опухоли. – 2014. – № 3. – С. 212–213.
2. Осташкин А.С., Маливанова Т.Ф., Юрченко В.А., Мазуренко Н.Н. Полиморфизм в локусе гена фактора некроза опухолей у больных раком молочной железы // Генетика. – 2008. – Т. 44, № 9. – С. 1275–1280.
3. Ткаченко Г.А. Психологическая коррекция кризисного состояния личности женщин, страдающих раком молочной железы // Сиб. психол. журн. – 2008. – № 3. – С. 97–101.
4. Beste C., Güntürkün O, Domschke K. [et al.]. Double dissociated effects of the functional TNF- $\alpha$  -308G/A polymorphism on processes of cognitive control // *Neuropsychologia*. – 2011. – Vol. 49, N 2. – P. 196–202.
5. Bower J.E., Ganz G.A., Irwin M.R. [et al.]. Inflammation and Behavioral Symptoms after Breast Cancer Treatment: Do Fatigue, Depression, and Sleep Disturbance Share a Common Underlying Mechanism? // *J. Clin. Oncol.* – 2011. – Vol. 10, N 29 (26). – P. 3517–3522.
6. Hajeer A.H., Hutchinson I.V. Influence of TNFalpha gene polymorphisms on TNFalpha production and disease // *Human Immunol.* – 2001. – Vol. 62, N 11. – P. 1191–1199.
7. Kim J.-M., Stewart R., Kim S.-Y. [et al.]. A one year longitudinal study of cytokine genes and depression in breast cancer // *J. of Affective Disorders* 2013. – Vol. 148, N 1. – P. 57–65.
8. O'Donovan A, Rush G, Hoatam G. [et al.]. Suicidal ideation is associated with elevated inflammation in patients with major depressive disorder // *Depress Anxiety*. – 2013. – Vol. 30, N 4. – P. 307–314.
9. Rethorst CD1, Toups MS, Greer TL. [et al.]. Pro-inflammatory cytokines as predictors of antidepressant effects of exercise in major depressive disorder // *Mol. Psychiatry*. – 2013. – Vol. 18, N 10. – P. 1119–1124.
10. Slavich G.M., Cole S.W. The Emerging Field of Human Social Genomics // *Clin. Psychol. Sci.* – 2013. – Vol. 1, N 3. – P. 331–348.
11. Vodermaier A., Linden W., Rnic K. [et al.]. Prospective associations of depression with survival: a population-based cohort study in patients with newly diagnosed breast cancer // *Breast Cancer Res. Treat.* – 2014. – Vol. 143, N 2. – P. 373–384.
12. Zigmond A.S. The Hospital Anxiety and Depression scale // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1983. – Vol. 67, N 6 – P. 361–370.

**Tkachenko G.A. Malivanova T.F.** Kliniko-psikhologicheskoe issledovanie vliyaniya geneticheskikh faktorov na uroven' depressii u zhenshchin, stradayushchikh rakom molochnoj zhelezy [Clinical-psychological studies the influence of genetic factors on the level of depression in women, breast cancer]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 53. P. 83–90.



Russian Cancer Research Center named Blokhin  
(Russia, Moscow, Kashirskoye road, 23)

Abstract. Discuss the results of clinical-psychological study in 82 women aged 21-75 years with a diagnosis of breast cancer (C.50). Patients were hospitalized in the preoperative period of surgical treatment of breast cancer. Mental state was determined using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Details the level of anxiety and depression as a reaction to cancer and evaluation of the impact of polymorphism of TNF -308 (G>) and -238 (G>) on the level of depression in patients with breast cancer.

Key words: medical (clinical) psychology, breast cancer, anxiety, depression, genetic factors.

Tkachenko Galina Andreevna – PhD Psychol. Sci. clinical psychologist Clinical Oncology from Russian Cancer Research Center named Blokhin (Russia, 115478, Moscow, Kashirskoye road, 23); e-mail: mitg71@mail.ru;

Malivanova Tat'yana Fedorovna – PhD Med. Sci., Senior Research Associate laboratory onkogenomiki Research Institute of Carcinogenesis from Russian Cancer Research Center named Blokhin (Russia, 115478, Moscow, Kashirskoye road, 23); e-mail: tmalivanova@yandex.ru.

### References

1. Malivanova T.F., Tkachenko G.A., Rodionova M.V. [et al.]. Polimorfizm gena faktora nekroza opukholey TNF vliyaet na vyrazhennost' depressii sredi operabel'nykh bol'nykh [Gene polymorphism of tumor necrosis factor TNF affects the severity of depression among patients with resectable tumors]. *Zlokachestvennyy opukholi* [Malignant tumour]. 2014. N 3. Pp. 212–213. (in Russ.)
2. Ostashkin A.S., Malivanova T.F., Yurchenko V.A., Mazurenko N.N. Polimorfizm v lokuse gena faktora nekroza opukholey u bol'nykh rakom molochnoy zhelezy [Tumor Necrosis Factor Gene Polymorphisms in Breast Cancer Patients]. *Genetika* [Russian Journal of Genetics]. 2008. Vol. 44, N 9. Pp. 1275–1280. (in Russ.)
3. Tkachenko G.A. Psikhologicheskaya korrektsiya krizisnogo sostoyaniya lichnosti zhenshchin, stradayushchikh rakom molochnoy zhelezy [Psychological correction of the crisis state of health women as personality who suffer from breast cancer.]. *Sibirskiy psikhologicheskii zhurnal* [Siberian psychological journal]. 2008. N 3. Pp. 97–101. (in Russ.)
4. Beste C., Güntürkün O, Domschke K. [et al.]. Double dissociated effects of the functional TNF- $\alpha$  -308G/A polymorphism on processes of cognitive control. *Neuropsychologia*. 2011. Vol. 49, N 2. Pp. 196–202.
5. Bower J.E., Ganz G.A., Irwin M.R. [et al.]. Inflammation and Behavioral Symptoms after Breast Cancer Treatment: Do Fatigue, Depression, and Sleep Disturbance Share a Common Underlying Mechanism? *J. Clin. Oncol.* 2011. Vol. 10, N 29 (26). Pp. 3517–3522.
6. Hajeer A.H., Hutchinson I.V. Influence of TNFalpha gene polymorphisms on TNFalpha production and disease. *Human Immunol.* 2001. Vol. 62, N 11. Pp. 1191–1199.

7. Kim J.-M., Stewart R., Kim S.-Y. [et al.]. A one year longitudinal study of cytokine genes and depression in breast cancer. *J. of Affective Disorders* 2013. Vol. 148, N 1. Pp. 57–65.
8. O'Donovan A, Rush G, Hoatam G. [et al.]. Suicidal ideation is associated with elevated inflammation in patients with major depressive disorder. *Depress Anxiety*. 2013. Vol. 30, N 4. Pp. 307–314.
9. Rethorst CD, Toups MS, Greer TL. [et al.]. Pro-inflammatory cytokines as predictors of antidepressant effects of exercise in major depressive disorder. *Mol. Psychiatry*. 2013. Vol. 18, N 10. Pp. 1119–1124.
10. Slavich G.M., Cole S.W. The Emerging Field of Human Social Genomics. *Clin. Psychol. Sci.* 2013. Vol. 1, N 3. Pp. 331–348.
11. Vodermaier A., Linden W., Rnic K. [et al.]. Prospective associations of depression with survival: a population-based cohort study in patients with newly diagnosed breast cancer. *Breast Cancer Res. Treat.* 2014. Vol. 143, N 2. Pp. 373–384.
12. Zigmond A.S. The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983 Vol. 67, N 6. Pp. 361–370.

Received 02.03.2015

## УСТОЙЧИВОСТЬ КОГНИТИВНЫХ И НЕЙРОДИНАМИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ВИДОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ СЕРТОНИН- И ДОФАМИНЭРГИЧЕСКИХ СИСТЕМ

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины  
им. А.М. Никифорова МЧС России  
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2);  
Международный государственный экологический университет  
им. А.Д. Сахарова  
(Республика Беларусь, г. Минск, ул. Долгобродского, д. 23)

Для оценки изменения нейродинамических и когнитивных функций на фоне экстремальных физических нагрузок в зависимости от полиморфизма генов, регулирующих моноаминовую систему головного мозга, обследовано 570 военнослужащих Вооруженных сил Республики Беларусь. Показано что для оценки изменения когнитивных функций наиболее информативными явились методики «Арифметический счет» и «Установление закономерностей». Результаты исследования свидетельствуют, что носители генотипов COMT Val/Val демонстрировали результаты достоверно более высокой когнитивной гибкости после экстремальных физических нагрузок в процессе занятий в полевых условиях, чем военнослужащие – носители аллеля COMT Met. Наиболее достоверные результаты изменений нейродинамических функций получены по методикам «Реакция на движущийся объект» и «Корректирующая проба с кольцами Ландольта». Военнослужащие с генотипами 5HTT S/S, 5HT2A C/C и DRD2 A1/A1 демонстрировали лучшие показатели по этим методикам на фоне экстремальных физических нагрузок, чем носители аллелей 5HTT L, 5HT2A T, DRD2 A2. Использование методов генетического скрининга позволяет существенно повысить прогностичность оценки пригодности сотрудников указанных структур к эффективной деятельности в экстремальных условиях. Показано, что для выявления пригодности кандидатов к использованию сложных эргономических систем в процессе выполнения экстремальных задач значимым является анализ по генам: 5HTT, 5HT2A, DRD2 и COMT.

---

Пятибрат Александр Олегович – канд. мед. наук, доц., зам. зав. науч.-исслед. отд. Всерос. центра экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2); e-mail: a5brat@yandex.ru;

Мельнов Сергей Борисович – д-р биол. наук, проф. каф. экол. и молекулярной медицины Междунар. гос. экол. ун-та им. А.Д. Сахарова (Республика Беларусь, 220070, г. Минск, ул. Долгобродского, д. 23); e-mail: sbmelnov@gmail.com.

Ключевые слова: экстремальная психология, военнослужащие, экстремальная деятельность, полиморфизм генов, молекулярная генетика, физическая выносливость, когнитивные функции, нейродинамические функции.

## Введение

В настоящее время проведение локальных боевых действий и контртеррористических операций существенно изменилось. Все большее распространение получают методы точечных ударов с использованием спецподразделений. Они позволяют избежать массовых жертв мирного населения и особенно эффективны при террористических угрозах. Проблема оценки психофизиологических резервов и подготовки сотрудников спецподразделений силовых структур, способных эффективно решать служебно-оперативные задачи в экстремальных условиях, является одной из важнейших в вопросах обеспечения государственной безопасности. Учитывая современные технологии проведения боевых спецопераций, стоит отметить, что военнослужащим для успешного выполнения поставленных задач необходимо использование сложных эргономических систем, что, в свою очередь, требует сохранения высоких кондиций нейродинамических и когнитивных функций. Однако распространенные в настоящее время методики оценки профессиональной предрасположенности, в большей мере основанные на системе организационно-методических мероприятий, включающих педагогические, социологические, психологические и медико-биологические аспекты, вовсе не гарантирует высокую точность прогнозирования, так как они не всегда отражают специфические характеристики организма индивида и особенности его наследственных признаков. Более того, чем сложнее многофакторный показатель прогнозирования успешности специалиста, тем чаще возникают ошибочные решения.

Современные молекулярно-генетические методы позволяют избежать многих неточных решений в вопросах прогнозирования успешности адаптации к экстремальным видам профессиональной деятельности с помощью генетических маркеров, четко отражающих наследственные задатки индивида. В качестве генетических маркеров могут использоваться легко определяемые устойчивые признаки организма, тесно связанные с генотипом и отражающие наследственные задатки отдельных индивидуумов [8, 16].

Наиболее важными признаками для отбора личного состава спецподразделений являются показатели, характеризующие деятельность мозга и позволяющие определять пригодность кандидатов для выполнения задач, связанных с применением сложных эргономических систем на фоне экс-

тремальной физической нагрузки. Опираясь на данные генетического анализа, представляется возможным давать прогностическую оценку лицам, обладающим необходимыми для эффективной деятельности в экстремальных условиях кондициями нейродинамических и когнитивных функций. Отработка универсальной генетической тест-системы позволит направленно исследовать характеристики, являющиеся ключевыми для определенных видов деятельности [14, 16, 20].

*Цель исследования* – на основании анализа нейродинамических и когнитивных функций определить генотипы генов дофамин- и серотонинэргической систем, ассоциированные с высокими адаптационными возможностями к экстремальным видам профессиональной деятельности.

### **Материалы и методы**

Обследовали 570 военнослужащих подразделений Вооруженных сил Республики Беларусь, выполняющих специальные задачи, проходящих службу по контракту и имеющих высокие показатели в профессиональной деятельности. Возраст обследуемых составил ( $21,3 \pm 2,4$ ) года, масса тела – ( $82,2 \pm 2,4$ ) кг. Все военнослужащие получали организованное питание по норме общевойскового пайка и проходили службу с одинаковым внутренним распорядком, а также условиями размещения, соответствующими требованиям руководящих документов.

Фоновые значения анализируемых показателей определяли во время повседневной деятельности (1-е обследование) и дважды по окончании выполнения учебно-боевых задач во время полевых учений, после возвращения в место постоянной дислокации: 1-й раз (2-е обследование) – в течение одних суток, 2-й (3-е обследование) – через 3 сут. Занятия в полевых условиях проходили 8 сут и включали в себя элементы тактико-специальной подготовки, минно-подрывного дела, защиты от оружия массового поражения, огневой и инженерной подготовки, маршрут составлял 366,5 км по пересеченной местности.

Сбор биологического материала и оценку функционального состояния организма проводили неинвазивными методами с соблюдением процедуры информированного согласия. ПЦР-анализ осуществлялся на базе объединенной белорусско-немецкой лаборатории молекулярной генетики Международного государственного экологического университета им. А.Д. Сахарова. В сборе и анализе биологического материала участвовала А.С. Козлова.

Основной метод исследования – сайт-специфическая полимеразная цепная реакция (ПЦР). Для выявления рестрикционных полиморфизмов проводилась обработка продуктов ПЦР рестриктазами производства NewEnglandBioLabs в соответствии с инструкцией и последующим разделением полученных фрагментов в 3 % агарозном геле. Структура праймеров, использованных в исследовании, и рестриктазы, использованные для выявления рестрикционных полиморфизмов, представлены в табл. 1.

Таблица 1

Структура праймеров, использованных в исследовании, рестриктазы, использованные для выявления рестрикционных полиморфизмов

Полиморфизм	Праймер	Рест-риктаза	Температура отжига, °С
Val158Met (G472A) гена COMT	F: TCACCATCGAGATCAACCCC R: ACAACGGGTCAGGCATGCA	Nla III	62
L/S гена 5HTT	F: CAATGTCTGGCGCTTCCCCTACATAT R: GACATAATCTGTCTTCTGGCCTCTCAA	–	58
T102C гена 5HT2A	F: CAAGGTGAATGGTGAGCAGAAA TGGCAAGTGACATCAGGAAATAGT	Msp I	58
C2137 гена DRD2	F: CCGTCGACCCCTTCTTGAGTGTATCA R: CCGTCGACGGCTGGCCAAGTTGTCTA	Taq I	65

Методики «Реакция на движущийся объект» (РДО), «Простая зрительно-моторная реакция» (ПЗМР) и «Корректирующая проба с кольцами Ландольта» проводили с помощью аппаратно программного комплекса «НС-ПсихоТест» фирмы «Нейрософт» (Иваново).

Скорость переработки зрительной информации (Q, бит/с) оценивалась с помощью корректирующей пробы с кольцами Ландольта и рассчитывалась по формуле:  $Q = V - 2,807 \cdot (P + O) / t$ , где t – время выполнения задания (с); P – количество пропущенных знаков; O – количество ошибочно или неправильно зачеркнутых знаков; V – объем зрительной информации (бит) за время t (с); потеря информации, приходящейся на один пропущенный знак, приравнивалась к 2,807 бита.

Оценку психических познавательных процессов проводили с помощью батареи тестов КР-3-85 [4].

Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета программ Statistica 8.0 и Microsoft Office Excel 2007.

## Результаты и их обсуждение

Для выявления высоких адаптационных возможностей к экстремальным видам профессиональной деятельности обследовали военнослужащих в период полевых учений. Основной задачей этого исследования явилось определение генетических признаков сохранения высоких кондиций когнитивных и нейродинамических функций на фоне экстремальных физических нагрузок.

Средняя величина суточных энергозатрат при повседневной деятельности составляла 3859 ккал/сут, диапазон колебания суточных энергозатрат в группе находился в пределах от 3683 до 4158 ккал, а во время полевых учений – от 5862 до 6430 ккал.

Распределение обследуемых военнослужащих по генотипам рассматриваемых кандидатных генов представлено в табл. 2. Исследовали полиморфизмы генов, регулирующих серотонин- и дофаминэргические системы головного мозга. Метаболизм серотонина играет важную роль в формировании и проявлении симптомов психических расстройств [12, 19]. Серотонин – один из наиболее важных нейромедиаторов, метаболизм которого играет важную роль в формировании и проявлении симптомов психических расстройств [2, 5]. Разнообразные фармакологические данные показывают, что серотонин участвует в регуляции эмоционального поведения, включая повышенную агрессивность и устойчивость к стрессу [12].

Таблица 2  
Распространенность генотипов генов у обследованных военнослужащих

	5HTT			5HT2A			COMT			DRD2		
	S/S	L/S	L/L	C/C	C/T	T/T	Val/Val	Val/Met	Met/Met	A2/A2	A2/A1	A1/A1
%	40	35	25	10	25	65	23	60	17	37	41	22
n	228	200	142	57	143	370	131	342	97	211	234	125

Ген 5-HTTLPR или 5HTT (serotonin-transporter-linked polymorphic region) является полиморфным участком в гене SLC6A4, кодирующем белок-переносчик серотонина. Транспортёр серотонина с коротким аллелем (S) имеет меньшую степень транскрипции, в связи с чем его экспрессия на пресинаптической мембране ниже, чем при длинном (L). По данным литературы (Wang Z. и соавт., 2014), носители S аллелей в условиях интенсивных физических нагрузок характеризуются более высокими показателями нейродинамических функций, но меньшей устойчивостью, также отмечена связь между S/S генотипом с развитием посттравматического стрессового

расстройства (ПТСР). В то же время, L/L генотип ассоциирован с агрессивным поведением, тревожностью и импульсивностью, а также развитием депрессивных расстройств у людей, испытывающих психологическую травму [12, 19].

Данные, приведенные в табл. 3, свидетельствуют, что до экстремальных физических нагрузок статистически достоверных отличий по показателям методик оценки познавательных психических процессов у военнослужащих с различными генотипами 5HTT не выявлено. После выполнения задач в экстремальных условиях у военнослужащих всех отмечалось достоверное ухудшение когнитивных функций по всем методикам теста, кроме методик «Образное мышление» и «Вербальная память». В процессе реабилитации после полевых учений в группе с генотипом 5HTT L/L показатели шкал методик «Установление закономерностей» и «Образное мышление» были выше относительно группы с генотипом 5HTT S/S, что говорит о более эффективном восстановлении познавательных психических процессов после физических нагрузок.

По данным, представленным в табл. 4, до полевых учений у военнослужащих достоверных различий по всем методикам оценки нейродинамических функций выявлено не было, тем не менее отмечалась явная тенденция лучшей подвижности нервных процессов в группе с генотипом 5HTT S/S. После выполнения задач у военнослужащих всех генотипов наблюдалось достоверное ухудшение нейродинамических функций, при этом у лиц с генотипом 5HTT S/S эти ухудшения были более выражены, а показатели простой зрительно-моторной реакции и количество точных попаданий реакции на движущийся объект были достоверно выше в группе с генотипом 5HTT L/L, чем в группе с генотипом 5HTT S/S.



Таблица 3  
Анализ познавательных психических процессов у военнослужащих в зависимости от генотипа 5НТТ, (M ± m) балл

Показатель	1-е обследование (фон)			2-е обследование			3-е обследование		
	S/S	L/S	L/L	S/S	L/S	L/L	S/S	L/S	L/L
Суммарный интеллект	157,1±1,7	158,3±1,5	159,1±1,2	152,1±1,6*	154,8±0,7*	154,1±1,2*	153,2±1,2	157,7±1,4	158,2±1,5
«Аналоги»									
продуктивность	26,4±1,4	27,2±1,2	27,9±1,4	22,3±1,6*	24,3±1,3*	26,1±1,4*	23,5±1,2	25,9±1,4	26,7±1,3
эффективность	26,2±1,1	27,1±1,3	27,6±1,2	22,1±1,5*	25,2±1,3*	23,3±1,4*	24,2±1,1	26,3±1,4	26,8±1,3
надежность	0,9±0,1	0,9±0,1	0,9±0,2	0,7±0,1*	0,8±0,2*	0,8±0,1*	0,8±0,2	0,9±0,3	0,9±0,1
«Числовые ряды»									
продуктивность	26,3±0,3	27,3±0,3	27,6±0,3	22,8±0,2*	24,7±0,3*	24,9±0,4*	23,1±0,2	25,4±0,3	25,8±0,4
эффективность	21,2±0,3	22,4±0,3	22,8±0,3	19,2±0,3*	20,4±0,2	20,1±0,5*	20,2±0,2	22,3±0,4	22,5±0,5
надежность	0,9±0,1	0,9±0,2	0,9±0,2	0,8±0,2	0,8±0,1	0,8±0,1	0,9±0,3	0,9±0,1	0,9±0,2
«Зрительная память»									
продуктивность	27,6±0,4	29,5±0,2	29,1±0,3	23,4±0,4*	27,3±0,4*	26,8±0,5*	25,2±0,2	27,8±0,2	28,9±0,4
эффективность	21,2±0,4	24,3±0,5	25,0±0,3	18,2±0,5*	20,6±0,3*	21,7±0,5*	19,3±0,4	22,4±0,2	24,6±0,3
надежность	0,8 ±0,1	0,9 ±0,1	0,9 ±0,1	0,7±0,2	0,8±0,1	0,8±0,2	0,7 ±0,1	0,9 ±0,1	0,9 ±0,1
«Образное мышление»									
продуктивность	27,1±0,3	29,4±0,3	29,1±0,2	26,1±0,4	28,0±0,3	28,9±0,2	26,2±0,3	28,7±0,5	29,7±0,2 <sup>#</sup>
эффективность	22,7±0,4	22,6±0,2	22,1±0,3	21,4±0,5	21,1±0,3	21,3±0,1	22,5±0,4	22,3±0,2	21,8±0,3
надежность	0,9±0,2	0,9±0,1	0,9±0,2	0,9±0,1	0,9±0,1	0,8±0,2	0,9±0,1	0,9±0,1	0,9±0,2
«Арифметический счет»									
продуктивность	18,4±0,2	19,1±0,4	19,2±0,6	16,1±0,5*	16,5±0,6*	16,9±0,7*	16,4±0,4	18,5±0,2	18,7±0,3
эффективность	16,7±0,2	16,5±0,3	15,9±0,4	15,1±0,6	15,5±0,4	15,6±0,5	15,4±0,2	16,2±0,3	16,3±0,4
надежность	0,9±0,2	0,9±0,3	0,9±0,2	0,8±0,1	0,8±0,2	0,7±0,1	0,9±0,3	0,9±0,2	0,9±0,2
«Вербальная память»									
продуктивность	28,3±0,5	28,7±0,3	28,8±0,3	23,5±0,3	26,6±0,2	26,4±0,5	27,1±0,4	27,9±0,2	28,2±0,3
эффективность	24,5±0,5	24,5±0,3	24,7±0,4	23,2±0,3	23,3±0,5	23,2±0,4	23,6±0,3	24,1±0,5	24,4±0,2
надежность	0,9 ±0,1	0,9 ±0,2	0,9 ±0,3	0,9 ±0,2	0,9 ±0,2	0,9 ±0,1	0,9 ±0,3	0,9 ±0,2	0,9 ±0,2
«Установление закономерностей»									
продуктивность	27,4±0,1	29,2±0,3	29,3±0,1	22,7±0,4*	26,5±0,5*	26,2±0,2*	23,2±0,2*	28,4±0,1	28,5±0,3 <sup>#</sup>
эффективность	24,8±0,6	25,4±0,3	25,6±0,2	22,4±0,3*	24,2±0,4	24,1±0,3	22,8±0,6	25,2±0,3	25,3±0,2
надежность	0,9±0,1	0,9±0,3	0,9±0,2	0,8±0,2	0,9±0,2	0,9±0,3	0,9±0,2	0,9±0,2	0,9±0,3

Различия при  $p \leq 0,05$ ; \* относительно фоновых данных; <sup>#</sup> к группе носителей генотипа 5НТТ S/S.

В то же время, процесс реабилитации после экстремальных физических нагрузок более эффективно проходил у военнослужащих с генотипам 5НТТ S/S и 5НТТ S/L, об этом свидетельствуют достоверные различия с группой 5НТТ L/L по показателям методик ПЗРМ и «корректирующая проба с кольцами Ландольта». Также большую эффективность процесса реабилитации в группе с генотипом 5НТТ S/S подтверждает восстановление показателей этих методик до уровня фоновых, чего не наблюдалось в группе 5НТТ L/L. Стоит отметить, что по анализу динамики показателей нейродинамических функций группа с генотипом 5НТТ S/L заняла промежуточное место см. табл. 4).

Ген 5НТ2А (5-hydroxytryptamine (serotonin) receptor 2A) кодирует один из рецепторов серотонина, который играет важную роль в контроле аппетита, терморегуляции и сна и принимает участие в деятельности сердечно-сосудистой системы и мышечном сокращении. По мнению ряда авторов, чувствительность серотонинового рецептора 2А повышается при различных психических расстройствах, а мутации в гене 5НТ2А связаны с повышенной склонностью к депрессии [7]. Считается, что наиболее значимым для исследования является полиморфизм С102Т, так как аллель 5НТ2А Т ассоциируется с повышенной экспрессией гена, а таким образом, и с повышенной агрессией, высокой скоростью развития усталости при физических нагрузках, а также сниженной психологической адаптацией к нагрузкам [1, 6, 13].

Анализ данных, представленных в табл. 5, свидетельствует, что статистически достоверных отличий по показателям методик оценки познавательных психических процессов до экстремальных физических нагрузок у военнослужащих с различными генотипами 5НТТ2А не было. После выполнения задач в экстремальных условиях кроме методик «Образное мышление» и «Вербальная память», отмечалось достоверное ухудшение когнитивных функций по всем методикам теста у военнослужащих всех групп. Также после выполнения учебно-боевых задач у носителей генотипа 5НТ2А Т/Т отмечались достоверно более низкие показатели по методикам «Аналогии», «Числовые ряды», «Арифметический счет» и «Установление закономерностей» относительно лиц с генотипом 5НТ2А С/С.

Через 3 сут после прибытия в часть показатели этих методик в группе с генотипом 5НТ2А Т/Т не восстановились до значений фоновых показателей и остались достоверно измененными, в отличие от группы с генотипом 5НТ2А С/С (см. табл. 5).

Таблица 4

Показатели нейродинамических функций у военнослужащих с различными генотипами 5НТТ, (M ± m)

Показатель	1-е обследование (фон)			2-е обследование			3-е обследование		
	S/S	L/L	L/L	S/S	L/S	L/L	S/S	L/S	L/L
ПЗМР, мс	209,2±11,3	212,3±7,3	214,4±8,3	267,4±7,5*	252,7±8,2*	235,4±7,9*	219,2±10,1	234,7±7,5	258,4±9,5*
Q, бит/с	1,7±0,21	1,56±0,14	1,54±0,18	1,15±0,15*	1,18±0,11*	1,34±0,16	1,62±0,14	1,49±0,17	1,36±0,22*
РДО (30 сигналов), количество точных	15,4±0,4	13,8±0,3	13,7±0,5	8,6±0,5*	8,3±0,3*	12,4±0,4*	14,9±0,7	12,2±0,7	12,1±0,9
опережений	7,5±0,4	8,6±0,5	8,8±0,4	11,2±0,4*	10,7±0,8*	9,6±0,5*	8,1±0,6	8,7±0,8	9,3±0,7
запаздываний	7,4±0,6	8,2±0,7	8,4±0,4	12,9±0,7*	10,4±0,6*	9,2±0,5*	7,8±0,7	8,9±0,9	9,4±0,5
РДО (30 сигналов), сумма, мс									
опережения	789,4±68,3	861,5±87,6	874,4±84,2	1198,7±86,4*	1153,6±97,3*	1068,4±82,4*	819,3±83,5	881,4±96,3	985,8±72,4
запаздывания	742,6±87,5	841,7±82,2	843,2±91,6	1294,7±82,3*	1112,2±91,7*	1082,3±94,2*	758,6±72,7	884,5±86,8	956,3±94,2

Различия при  $p \leq 0,05$ : \* относительно фоновых данных; # к группе носителей генотипа 5НТТ S/S.

Таблица 6

Показатели нейродинамических функций у военнослужащих с различными генотипами 5НТТ2А, (M ± m)

Показатель	1-е обследование (фон)			2-е обследование			3-е обследование		
	C/C	C/T	T/T	C/C	C/T	T/T	C/C	C/T	T/T
ПЗМР, мс	212,5±9,4	212,4±8,5	214,7±8,4	249,4±10,3*	254,4±8,5*	252,6±8,5*	225,3±8,6	242,7±10,5*	246,6±11,6*
Q, бит/с	1,62±0,18	1,64±0,17	1,59±0,21	1,26±0,17*	1,24±0,23*	1,27±0,19*	1,57±0,17	1,44±0,25*	1,42±0,19*
РДО (30 сигналов), количество точных	14,7±0,5	14,1±0,3	13,8±0,4	11,5±0,4*	10,2±0,5*	9,7±0,6*	14,9±0,7	13,2±0,7	11,1±0,9*
опережений	7,9±0,6	8,3±0,4	8,4±0,6	10,3±0,4*	10,5±0,8*	14,4±0,5*	7,6±0,6	8,9±0,8	12,4±0,7*
запаздываний	7,4±0,6	8,2±0,7	8,4±0,4	11,7±0,5*	10,3±0,7*	7,5±0,4*	7,9±0,5	8,1±0,8	8,7±0,5
РДО (30 сигналов), сумма, мс									
опережения	792,5±73,2	843,6±94,1	856,7±91,3	1124,41±86,5*	1179,5±87,4*	1558,4±98,5*	778,5±76,4	893,2±81,5	1158,7±128,6*
запаздывания	761,8±92,4	853,2±87,5	864,7±129,2	1258,9±132,8*	1074,3±97,6*	843,2±94,5*	782,8±83,4*	812,7±112,6	956,7±95,4

Различия при  $p \leq 0,05$ : \* относительно фоновых данных; # к группе носителей генотипа 5НТТ C/C.

Таблица 5  
Анализ познавательных психических процессов у военнослужащих в зависимости от генотипа 5HT2A, (M ± m) балл

Показатель	1-е обследование (фон)			2-е обследование			3-е обследование		
	C/C	C/T	T/T	C/C	C/T	T/T	C/C	C/T	T/T
Суммарный интеллект	159,8±1,5	158,4±1,2	155,2±1,3	156,2±1,6*	154,7±1,1*	151,4±1,4*	158,3±1,6	156,4±1,4	153,5±1,3
«Аналоги»									
продуктивность	28,8±0,9	26,7±1,2	24,9±0,8	25,2±1,4*	23,6±1,3*	20,2±1,2**	24,2±1,3	25,4±1,5	25,2±1,4
эффективность	27,2±1,2	26,8±1,3	26,7±1,4	24,4±1,3*	23,1±1,3*	21,6±1,2*	25,4±1,2	25,9±1,5	25,7±1,3
надежность	0,9±0,1	0,9±0,1	0,8±0,2	0,8±0,1	0,8±0,2	0,8±0,1	0,8±0,2	0,9±0,3	0,8±0,2
«Числовые ряды»									
продуктивность	27,3±0,3	26,8±0,4	26,9±0,5	24,9±0,2*	23,2±0,3*	21,1±0,5**	27,2±0,4	26,4±0,3	24,5±0,2#
эффективность	21,7±0,3	22,2±0,5	22,3±0,4	18,7±0,4*	19,2±0,3*	18,1±0,4*	21,3±0,3	21,7±0,5	22,1±0,5
надежность	0,9±0,1	0,9±0,2	0,9±0,2	0,9±0,1	0,9±0,2	0,9±0,1	0,9±0,2	0,9±0,3	0,9±0,1
«Зрительная память»									
продуктивность	28,3±0,3	28,7±0,5	28,8±0,4	25,7±0,3*	24,2±0,2*	23,4±0,3*	27,6±0,3	27,9±0,4	25,8±0,3
эффективность	24,8±0,3	24,3±0,2	22,4±0,2	19,8±0,3*	19,2±0,4*	18,8±0,6*	22,9±0,3	22,7±0,4	20,7±0,5
надежность	0,9±0,1	0,9±0,1	0,9±0,1	0,9±0,2	0,8±0,1	0,8±0,2	0,9±0,1	0,9±0,1	0,8±0,1
«Образное мышление»									
продуктивность	28,6±0,3	28,5±0,2	28,3±0,4	26,2±0,2	26,1±0,3	25,8±0,2	28,2±0,3	28,1±0,3	27,3±0,4
эффективность	23,4±0,2	22,5±0,3	21,5±0,2	20,7±0,3*	20,5±0,3*	19,8±0,2*	22,8±0,3	22,1±0,2	21,3±0,5
надежность	0,9±0,2	0,9±0,1	0,9±0,2	0,9±0,1	0,9±0,1	0,9±0,2	0,9±0,1	0,9±0,1	0,9±0,2
«Арифметический счет»									
продуктивность	21,3±0,5	20,4±0,4	18,6±0,6	18,6±0,4*	16,4±0,3*	13,3±0,5**	20,1±0,3	19,2±0,5	14,9±0,2**
эффективность	16,4±0,3	16,3±0,2	16,1±0,2	14,4±0,4	14,3±0,5	13,2±0,3	16,1±0,5	15,9±0,2	15,1±0,3
надежность	0,9±0,2	0,9±0,3	0,9±0,2	0,9±0,3	0,9±0,2	0,8±0,2	0,9±0,3	0,9±0,4	0,9±0,2
«Вербальная память»									
продуктивность	28,5±0,3	28,3±0,2	27,8±0,4	25,8±0,4	25,5±0,2	24,8±0,3	27,7±0,3	27,1±0,2	26,7±0,2
эффективность	25,2±0,4	24,4±0,3	23,7±0,5	22,6±0,4	22,4±0,5	21,5±0,3	24,8±0,5	24,6±0,3	22,9±0,4
надежность	0,9±0,2	0,9±0,2	0,9±0,3	0,9±0,1	0,9±0,2	0,9±0,2	0,9±0,2	0,9±0,3	0,9±0,3
«Установление закономерностей»									
продуктивность	28,8±0,1	28,4±0,3	26,7±0,1	25,4±0,2*	25,2±0,3*	21,5±0,2**	28,2±0,4	28,1±0,2	23,8±0,3**
эффективность	26,2±0,2	25,3±0,3	24,2±0,4	24,5±0,3	24,3±0,5	21,8±0,3*	25,7±0,3	25,5±0,1	22,3±0,3
надежность	0,9±0,2	0,9±0,2	0,9±0,1	0,9±0,2	0,9±0,3	0,9±0,4	0,9±0,2	0,9±0,2	0,9±0,3

Различия при  $p \leq 0,05$ ; \* различия относительно фоновых данных; # в группе носителей генотипа 5HT2A C/C.

По данным, представленным в табл. 6, до полевых учений у военнослужащих достоверных различий по всем методикам оценки нейродинамических функций выявлено не было. После выполнения задач у военнослужащих всех генотипов наблюдалось достоверное ухудшение нейродинамических функций, при этом у лиц с генотипом 5НТТ2А Т/Т количество опережений и сумма опережений реакции на движущийся объект были достоверно выше, чем в группе с генотипом 5НТТ2А С/С.

Эти данные свидетельствуют о повышении преждевременных реакций и повышенной импульсивности на фоне утомления. Процесс реабилитации после экстремальных физических нагрузок проходил неравномерно, в зависимости от генотипов испытуемых: у военнослужащих с генотипом 5НТТ2А С/С показатели нейродинамических функций через три дня восстановились до фоновых значений, в то время как в группах носителей аллеля 5НТТ2А Т показатели ПЗМР и «корректирующей пробы» оставались достоверно измененными, а у гомозигот с генотипом 5НТТ2А Т/Т также оставались повышенными показатели количества опережений и суммы опережений реакции на движущийся объект.

Ген COMT (catechol-O-methyltransferase) кодирует катехол-о-метилтрансферазу – цитоплазматический фермент, являющийся ключевым модулятором моноаминовой системы головного мозга [17]. Рядом авторов при изучении полиморфизма гена COMT Val158Met отмечено, что у носителей аллеля Met наблюдается снижение активности фермента на 40 %, что приводит к накоплению дофамина, особенно в префронтальной коре [3].

Частота встречаемости аллеля Met для популяции европейской части России и Беларуси приблизительно равна 0,5 (Palmatier, 1999).

В литературных данных имеются сведения об ассоциации аллеля Val с большей психической устойчивостью в условиях стресса. Исследование изменений когнитивных функций на фоне физических нагрузок показало, что Val/Val генотип способствует усилению когнитивной гибкости при неизменной рабочей памяти [9, 15]. Носители генотипа Met/Met, наоборот, имеют низкую устойчивость к стрессу, высокий риск развития ПТСР и склонность к агрессивному поведению. Также рядом авторов отмечено, что у гомозигот с генотипом COMT Met/Met наблюдается увеличение площади поперечного сечения мышц по сравнению с гетерозиготными носителями COMT Val/Met [11].

Таблица 7  
Анализ познавательных психических процессов у военнослужащих в зависимости от генотипа СОМТ, (М ± m) балл

Показатель	1-е обследование (фон)			2-е обследование			3-е обследование		
	Val/Val	Val/Met	Met/Met	Val/Val	Val/Met	Met/Met	Val/Val	Val/Met	Met/Met
Суммарный интеллект	156,2±1,7	157,9±1,5	159,5±1,2	152,4±1,3*	152,8±1,2*	153,2±1,4*	155,9±1,3	156,2±1,2	156,8±1,4
«Аналогии»									
продуктивность	25,8±1,2	27,5±1,3	28,1±1,5	24,7±1,4	24,1±1,3*	23,2±1,6*	25,2±1,3	25,3±1,2	26,2±1,4
эффективность	25,8±1,2	26,3±1,4	27,8±1,3	24,1±1,3	23,3±1,4	21,4±1,2*	22,7±1,2	24,3±1,4	26,9±1,2
надежность	0,8±0,2	0,9±0,1	0,9±0,2	0,8±0,2	0,7±0,1	0,7±0,1	0,8±0,1	0,7±0,3	0,7±0,1
«Числовые ряды»									
продуктивность	26,7±0,3	27,4±0,3	28,2±0,3	25,3±0,2	24,2±0,4*	22,8±0,4**	25,1±0,4	25,4±0,2	24,2±0,5*
эффективность	21,5±0,3	24,3±0,4	24,7±0,2	20,6±0,3	21,5±0,2*	18,7±0,4*	20,9±0,3	20,4±0,6	21,3±0,4
надежность	0,8±0,1	0,9±0,2	0,9±0,2	0,8±0,2	0,8±0,1	0,7±0,2	0,8±0,3	0,7±0,1	0,7±0,2
«Зрительная память»									
продуктивность	29,5±0,3	29,4±0,2	29,2±0,5	25,6±0,4*	26,4±0,2*	26,5±0,3*	29,1±0,2	28,7±0,2	28,8±0,3
эффективность	23,2±0,4	23,8±0,3	24,1±0,4	22,4±0,5	21,7±0,4*	21,9±0,3*	22,4±0,5	22,6±0,2	23,3±0,4
надежность	0,9±0,1	0,9±0,1	0,9±0,1	0,8±0,2	0,7±0,1	0,7±0,2	0,9±0,1	0,8±0,1	0,8±0,1
«Образное мышление»									
продуктивность	28,3±0,4	28,8±0,2	29,3±0,2	26,5±0,4*	25,8±0,2*	25,9±0,3*	27,7±0,3	27,8±0,3	28,1±0,4
эффективность	22,1±0,2	22,5±0,4	22,6±0,2	20,4±0,3*	19,5±0,4*	19,9±0,3*	22,1±0,4	21,8±0,2	21,9±0,4
надежность	0,8±0,2	0,9±0,1	0,9±0,2	0,8±0,1	0,7±0,1	0,7±0,2	0,8±0,1	0,8±0,1	0,8±0,2
«Арифметический счет»									
продуктивность	17,6±0,2	22,1±0,4	23,2±0,3	16,3±0,3	17,1±0,4*	16,8±0,5*	16,9±0,4	18,7±0,3	17,9±0,2*
эффективность	15,8±0,2	17,3±0,2	17,6±0,3	15,2±0,4	14,8±0,2	14,5±0,3*	15,5±0,3	15,2±0,6	15,4±0,5
надежность	0,8±0,2	0,9±0,3	0,9±0,2	0,8±0,2	0,8±0,1	0,7±0,1	0,9±0,2	0,8±0,3	0,8±0,2
«Вербальная память»									
продуктивность	27,8±0,3	28,9±0,3	29,3±0,4	24,6±0,2*	25,8±0,2*	26,2±0,3*	27,3±0,2	27,2±0,3	26,8±0,4
эффективность	24,5±0,5	24,5±0,3	24,7±0,4	22,2±0,3	22,3±0,5	22,5±0,4	23,6±0,3	24,1±0,5	24,4±0,2
надежность	0,8±0,1	0,9±0,2	0,9±0,3	0,8±0,2	0,7±0,2	0,7±0,1	0,8±0,2	0,8±0,3	0,8±0,2
«Установление закономерностей»									
продуктивность	27,2±0,2	29,2±0,2	29,3±0,3	26,6±0,3	25,2±0,4*	24,4±0,3*	27,2±0,2	26,3±0,3	26,2±0,2*
эффективность	24,2±0,4	25,7±0,3	25,8±0,2	23,6±0,3	22,4±0,3	22,3±0,3	23,9±0,4	23,7±0,3	23,8±0,2
надежность	0,8±0,1	0,9±0,3	0,9±0,2	0,9±0,2	0,8±0,2	0,8±0,3	0,9±0,2	0,8±0,2	0,8±0,3

Различия при  $p \leq 0,05$ : \* различия относительно фоновых данных; \*\* к группе носителей генотипа СОМТ Val/Val.

Анализ данных, представленных в табл. 7, свидетельствует о том, что по показателям методик оценки познавательных психических процессов в фоновом периоде у военнослужащих с различными генотипами COMT, статистически достоверных отличий не было.

Однако наблюдалась явная тенденция к более высоким показателям практически по всем методикам в группе с генотипом COMT Met/Met. После выполнения задач в экстремальных условиях в группах носителей аллеля COMT Met определялось достоверное снижение показателей по всем методикам относительно фоновых значений, в то же время, у военнослужащих с генотипом COMT Val/Val достоверных различий с фоновым периодом по методикам «Аналогии», «Числовые ряды», «Арифметический счет» и «Установление закономерностей» не было (см. табл. 7).

Через 3 сут после возвращения в расположение части показатели по методикам «Числовые ряды», «Арифметический счет» и «Установление закономерностей» оставались измененными относительно значений фонового периода только в группе гомозигот с генотипом COMT Met/Met, у всех остальных военнослужащих показатели когнитивных функций восстановились до исходных значений (см. табл. 7).

По данным, представленным в табл. 8, до полевых учений военнослужащие с генотипом COMT Met/Met характеризовались лучшей подвижностью нервных процессов по методикам ПЗМР и «корректирующая проба» относительно военнослужащих с генотипом COMT Val/Val. После выполнения задач у военнослужащих всех генотипов наблюдалось достоверное ухудшение нейродинамических функций, в то же время, у лиц с генотипом COMT Val/Val количество точных попаданий реакции на движущийся объект было достоверно выше, чем в группе с генотипом COMT Met/Met. В процессе реабилитации после возвращения в часть через 3 сут у военнослужащих с генотипом COMT Met/Met все показатели методик, характеризующих нейродинамические функции, оставались достоверно измененными относительно фонового периода, в то время как у военнослужащих с генотипами COMT Val/Val и COMT Val/Met эти показатели восстановились до исходных значений.

Таблица 8

Показатели нейродинамических функций у военнослужащих с различными генотипами СОМТ, (М ± м)

Показатель	1-е обследование (фон)			2-е обследование			3-е обследование		
	Val/Val	Val/Met	Met/Met	Val/Val	Val/Met	Met/Met	Val/Val	Val/Met	Met/Met
ПЗМР, мс	234,6±10,4	207,4±9,5	198,2±12,4 <sup>#</sup>	248,5±9,6*	252,8±11,7*	254,2±9,5*	239,4±12,2	232,7±11,3	246,9±12,5*
Q, бит/с	1,54±0,11	1,62±0,16	1,67±0,19 <sup>#</sup>	1,37±0,13	1,21±0,18*	1,18±0,19*	1,48±0,17	1,53±0,22	1,51±0,21*
РДЮ (30 сигналов), количество точных	14,4±0,2	14,3±0,3	14,5±0,3	12,7±0,6*	9,4±0,4*	9,1±0,4 <sup>#</sup>	14,2±0,6	11,3±0,9*	11,4±0,8*
опережений	8,4±0,5	7,5±0,4	7,4±0,7	9,6±0,4*	11,4±0,8*	11,7±0,5*	8,2±0,4	9,2±0,7	10,5±0,7*
запаздываний	7,4±0,6	8,2±0,7	8,4±0,4	8,8±0,6*	10,7±0,6*	9,5±0,5*	8,7±0,6	9,5±0,9	9,6±0,3*
РДЮ (30 сигналов), сумма, мс	846,8±89,3	779,4±95,3	768,6±94,4	984,37±93,7*	1124,6±69,4*	1269,4±78,4*	856,7±85,3	926,4±87,4	1124,5±91,7*
опережения	752,4±89,3	821,6±91,2	872,4±96,8	934,3±85,2*	1128,4±83,1*	1042,5±87,1*	912,6±76,2	979,4±95,3	1031,6±97,2*
запаздывания									

Различия при  $p \leq 0,05$ : \* относительно фоновых данных; <sup>#</sup> к группе носителей генотипа СОМТ Val/Val.

Таблица 10

Показатели нейродинамических функций у военнослужащих с различными генотипами DRD2, (М ± м)

Показатель	1-е обследование (фон)			2-е обследование			3-е обследование		
	Val/Val	Val/Met	Met/Met	Val/Val	Val/Met	Met/Met	Val/Val	Val/Met	Met/Met
ПЗМР, мс	229,5±8,3	218,5±9,2	204,2±7,5	258,6±9,2*	249,8±9,5*	231,2±9,5 <sup>#</sup>	247,4±10,2	238,2±8,4	218,9±9,5 <sup>#</sup>
Q, бит/с	1,49±0,12	1,58±0,18	1,71±0,14	1,12±0,14*	1,24±0,15*	1,44±0,15 <sup>#</sup>	1,32±0,15	1,49±0,22	1,68±0,21 <sup>#</sup>
РДЮ (30 сигналов), количество точных	12,5±0,1	14,7±0,2	16,8±0,2 <sup>#</sup>	9,2±0,5*	9,5±0,3*	13,4±0,4 <sup>#</sup> *	9,7±0,4*	12,4±0,7	14,7±0,9
опережений	9,8±0,4	7,8±0,4	6,7±0,5 <sup>#</sup>	12,8±0,7*	10,8±0,6*	8,2±0,7 <sup>#</sup> *	11,3±0,4*	8,6±0,7	7,5±0,6
запаздываний	8,2±0,5	9,4±0,6	6,8±0,7	8,4±0,5*	10,4±0,6*	7,4±0,5*	8,4±0,7	9,2±0,8	7,4±0,4
РДЮ (30 сигналов), сумма, мс	952,4±76,2	795,4±84,7	712,8±68,3 <sup>#</sup>	1296,46±82,6*	1092,5±78,5*	846,8±81,6 <sup>#</sup> *	1285,4±92,8*	917,5±85,6	784,7±72,3
опережения	867,3±92,3	1023,7±85,3	754,5±88,4	892,4±93,7*	1118,6±78,4*	812,3±76,9*	879,4±82,3	952,8±87,4	794,5±81,5
запаздывания									

Различия при  $p \leq 0,05$ : \* относительно фоновых данных; <sup>#</sup> к группе носителей генотипа DRD2.



Ген DRD2 располагается в регуляторной зоне гена, кодирует и регулирует экспрессию дофаминового рецептора второго типа (D2-рецептор), который принимает участие в регуляции процессов синтеза и высвобождения дофамина во внеклеточное пространство. Стимуляция D2-рецепторов приводит к торможению передачи нервного импульса в симпатических ганглиях, снижению выделения дофамина и норадреналина из симпатических окончаний. Полиморфизм гена DRD2 (TaqI A), в котором цитозин (C) заменяется на тимин (T) генетический маркер C2137T, в результате которого происходит замена аминокислоты глутамин на лизин (Glu713Lys) в позиции 713 аминокислотной последовательности белка ANKK1 (dopamine D2 receptor TaqIA C > T polymorphism), определяет плотность рецепторов дофамина второго типа в синаптической щели [10].

Основной аллель гена ANKK1 с азотистым основанием C обозначается как A2, а измененный минорный аллель T – как A1. По данным литературных источников, у носителей минорного (A1) Lys – аллеля плотность дофаминовых рецепторов D2 во всех участках полосатого тела снижается на 30 % и наблюдается снижение сродства рецепторов к дофамину. По мнению ряда авторов, генотип DRD2 Lys/Lys ассоциирован с повышением интеллекта, творческими наклонностями и поиском новизны [10, 18].

Анализ данных, полученных с помощью батареи тестов для оценки когнитивных функций (табл. 9), показал, что в группе военнослужащих с генотипом DRD2 A1/A1 показатели по методикам «Зрительная память» и «Вербальная память» были достоверно выше, чем в группе с генотипом DRD2 A2/A2. Такие же различия по этим методикам сохранились и после экстремальных физических нагрузок, к тому же в этот период выявилось достоверное снижение показателей по методике «Образное мышление» в группе с генотипом DRD2 A2/A2 относительно лиц с генотипом DRD2 A1/A1. В отношении фоновых показателей у всех военнослужащих выявлялось достоверное снижение значений по всем методикам.

Через 3 сут после возвращения в расположение части показатели по всем методикам восстановились к фоновым значениям у всех военнослужащих, исключением явился достоверно сниженный относительно фонового периода показатель продуктивности по методике «Образное мышление» в группе с генотипом DRD2 A2/A2 (см. табл. 9).

Таблица 9  
Анализ познавательных психических процессов у военнослужащих в зависимости от генотипа DRD2, (M ± m) балл

Показатель	До			После			Через		
	A2/A2	A2/A1	A1/A1	A2/A2	A2/A1	A1/A1	A2/A2	A2/A1	A1/A1
Суммарный интеллект	157,8±1,4	159,1±1,3	159,7±1,6	152,3±1,2*	154,2±1,5*	153,8±1,2*	153,2±1,8	155,3±1,6	157,2±1,7
«Аналогии»									
продуктивность	25,3±1,2	27,2±1,2	27,4±1,4	22,2±1,4*	24,5±1,2*	24,3±1,1*	25,1±1,2	24,7±1,2	24,6±1,3
эффективность	26,4±1,2	26,5±1,3	27,2±1,2	23,9±1,4*	24,2±1,2*	24,8±1,4*	25,2±1,4	25,3±1,3	26,8±1,2
надежность	0,9±0,2	0,9±0,1	0,9±0,1	0,8±0,1	0,8±0,2	0,8±0,1	0,8±0,2	0,9±0,3	0,9±0,2
«Числовые ряды»									
продуктивность	26,3±0,3	26,4±0,2	27,8±0,3	23,3±0,4*	24,2±0,3*	25,2±0,3*	25,8±0,4	26,2±0,2	26,9±0,3
эффективность	21,6±0,4	21,8±0,7	23,2±0,3	19,6±0,3*	19,4±0,2*	20,8±0,5*	21,2±0,3	21,3±0,5	22,6±0,4
надежность	0,9±0,1	0,9±0,2	0,9±0,2	0,9±0,3	0,9±0,2	0,9±0,1	0,9±0,1	0,9±0,1	0,9±0,2
«Зрительная память»									
продуктивность	27,3±0,6	27,7±0,3	29,2±0,3 <sup>#</sup>	23,7±0,5*	24,8±0,3*	27,5±0,4 <sup>#</sup>	26,2±0,5	26,8±0,3	28,6±0,5
эффективность	22,3±0,4	23,6±0,3	25,2±0,3	19,2±0,5*	19,7±0,2*	21,6±0,3*	20,3±0,4	21,5±0,3	24,2±0,4
надежность	0,9±0,1	0,9±0,1	0,9±0,1	0,9±0,1	0,9±0,1	0,9±0,2	0,8±0,2	0,9±0,1	0,9±0,1
«Образное мышление»									
продуктивность	27,9±0,3	28,5±0,5	28,9±0,3	25,4±0,5*	26,3±0,4*	28,2±0,2 <sup>#</sup>	26,1±0,5*	27,8±0,3	28,5±0,4
эффективность	21,5±0,2	22,5±0,3	23,4±0,2	20,8±0,2*	21,5±0,3*	21,7±0,3*	21,3±0,5	22,1±0,2	22,8±0,3
надежность	0,9±0,1	0,9±0,1	0,9±0,1	0,9±0,2	0,9±0,1	0,9±0,1	0,9±0,2	0,9±0,1	0,9±0,2
«Арифметический счет»									
продуктивность	18,7±0,3	19,2±0,2	21,6±0,6	16,4±0,5*	17,3±0,3*	18,2±0,4*	17,8±0,4	18,1±0,3	20,3±0,4
эффективность	16,2±0,2	16,3±0,2	16,2±0,3	15,1±0,5	15,2±0,4	15,2±0,4	15,3±0,5	15,7±0,3	16,2±0,4
надежность	0,9±0,2	0,9±0,1	0,9±0,2	0,9±0,2	0,9±0,2	0,9±0,1	0,8±0,2	0,9±0,4	0,9±0,3
«Вербальная память»									
продуктивность	26,2±0,2	27,3±0,5	29,8±0,3 <sup>#</sup>	22,4±0,4*	24,7±0,5*	27,2±0,4 <sup>#</sup>	25,5±0,4	27,8±0,3	29,3±0,2
эффективность	23,2±0,3	23,8±0,4	26,1±0,2*	22,3±0,3	22,7±0,4	24,2±0,5*	23,2±0,3	23,5±0,4	25,8±0,2
надежность	0,9±0,1	0,9±0,1	0,9±0,1	0,9±0,2	0,9±0,1	0,9±0,2	0,9±0,1	0,9±0,1	0,9±0,2
«Установление закономерностей»									
продуктивность	27,2±0,3	27,5±0,2	27,6±0,3	23,9±0,2*	24,3±0,3*	24,5±0,2*	26,7±0,5	27,3±0,2	27,5±0,3
эффективность	25,3±0,5	25,3±0,2	26,4±0,2	23,2±0,4*	23,5±0,2*	23,7±0,3*	23,8±0,4	24,1±0,2	24,9±0,3
надежность	0,9±0,1	0,9±0,2	0,9±0,1	0,9±0,2	0,9±0,1	0,9±0,1	0,9±0,1	0,9±0,2	0,9±0,2

Различия при  $p \leq 0,05$ ; \* относительно фоновых данных; <sup>#</sup> к группе носителей генотипа DRD2 A2/A2.

По данным, представленным в табл. 10, до полевых учений военнослужащие с генотипом DRD2 A1/A1 характеризовались лучшей подвижностью нервных процессов по методике РДО относительно военнослужащих с генотипом DRD2 A2/A2, достоверные различия выявлялись по количеству точных попаданий, количеству опережений и сумме опережений.

После выполнения задач у военнослужащих всех генотипов наблюдалось достоверное ухудшение нейродинамических функций, в то же время, у лиц с генотипом DRD2 A1/A1 показатели методики ПЗРМ, корректурной пробы и количество точных попаданий реакции на движущийся объект были достоверно выше, чем в группе с генотипом DRD2 A2/A2. В процессе реабилитации после возвращения в часть через 3 сут у военнослужащих с генотипом DRD2 A2/A2 показатели реакции на движущийся объект: количество точных попаданий, количество опережений и сумма опережений – оставались достоверно измененными относительно фонового периода, в то время как у военнослужащих с генотипами DRD2 A1/A1 и DRD2 A1/A2 эти показатели восстановились до исходных значений (см. табл. 10).

### **Заключение**

Результаты, полученные по молекулярно-генетическому анализу для носителей различных полиморфизмов генов 5HTT, 5HT2A, DRD2 и COMT, показывают, что наличие полиморфизмов LS и SS в гене 5HTT и полиморфизмов A1A1 и A1A2 в гене DRD2 приводит к значимому повышению нейродинамических функций и более эффективному восстановлению после высоких физических нагрузок. Также полиморфизм A1A1 в гене DRD2 ассоциирован с хорошей зрительной и вербальной памятью и их высокой устойчивостью при физических нагрузках. Полиморфизм Met/Met гена COMT ассоциирован с высокой устойчивостью когнитивных функций, и подвижности нервных процессов при экстремальных физических нагрузках. Лица с генотипом 5HTT2A C/C характеризуются высокой устойчивостью нейродинамических и когнитивных функций, а также быстрым восстановлением после многодневных физических нагрузок.

### **Литература**

1. Ахметов И.И. Молекулярная генетика спорта. – М. : Совет. спорт, 2009. – 266 с.
2. Голимбет В.Е., Лебедева И.С., Гриценко И.К. [и др.]. Связь полиморфизма генов серотонинергической и дофаминергической систем с вызванными потенциалами (компонент Р300) у больных шизофренией и их родственников // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2005. – № 10. – С. 35–41.

3. Кибитов А.О. Анализ Val158Met полиморфизма гена катехол-О-метилтрансферазы (COMT) у больных алкоголизмом и героиновой наркоманией с отягощенной наследственностью // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2010. – № 4. – С. 84–88.

4. Решетников М.М., Кулагин Б.В. Исследование общего уровня развития познавательных психических процессов. – Л. : ВМЕА, 1987 – 27 с.

5. Adayev T., Ranasinghe B., Banerjee P. Transmembrane signaling in the brain by serotonin, a key regulator of physiology and emotion // Biosci. Rep. – 2005. – Vol. 25. – P. 363–385.

6. Chee I.S., Lee S.W., Kim J.L. [et al.]. 5-HT2A receptor gene promoter polymorphism-1438A/G and bipolar disorder // Psychiatr. Genet. 2001. – Vol. 11, N 3. – P. 111–114.

7. Choi M.J., Lee H.J., Ham B.J. et al. Association between major depressive disorder and the -1438A/G polymorphism of the serotonin 2A receptor gene // Neuropsychobiology. – 2004. – Vol. 49, N 1. – P. 38–41.

8. Diamond A. Biological and social influences on cognitive control processes dependent on prefrontal cortex // Prog. Brain Res. – 2011. – Vol. 189. – P. 319–339.

9. Francesco P., Crawley J., Song J. [et al.]. Genetic Dissection of the Role of Catechol-O-Methyltransferase in Cognition and Stress Reactivity in Mice // J. Neurosci. – 2008. – Vol. 28, N 35. – P. 8709–8723.

10. Kaasinen V., Aalto S., Nagren K., Rinne J.O. Insular dopamine D2 receptors and novelty seeking personality in Parkinson's disease // Movement Disorders. – 2004. – Vol. 19, N 11 – P. 1348–1351.

11. Lipsky R., Sparling M., Ryan L. [et al.] Association of COMT Val158Met genotype with executive functioning following traumatic brain injury // J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. – 2005. – Vol. 17, N 4. – P. 465–471.

12. Maliuchenko N., Syssoeva O., VEDIKOV A. [et al.]. Effect of 5HTT genetic polymorphism on aggression in athletes // Zh. Vyssh. Nerv. Deiat. Im. I. P. Pavlova. – 2007. – Vol. 57, N 3. – P. 276–281.

13. Moresco F., Dieci M., Vita A. [et al.]. In vivo serotonin 5HT(2A) receptor binding and personality traits in healthy subjects: a positron emission tomography study // Neuroimage. – 2002. – Vol. 17. – P. 1470–1478.

14. Rankinen T., Bray M.S., Hagberg J.M. [et al.]. The human gene map for performance and health-related fitness phenotypes: the 2005 update // Med. Sci. Sports Exerc. – 2006. – Vol. 38, N 11. – P. 1863–1888.

15. Ronkainen P., Pöllänen E., Törmäkangas T. [et al.]. Catechol-o-methyltransferase gene polymorphism is associated with skeletal muscle properties in older women alone and together with physical activity // PLoS ONE. – 2008. – Vol. 19, N 3. – P. 372–386.

16. Stenson P., Mort M., Ball E. [et al.]. The Human Gene Mutation Database: 2008 update // Genome medicine. – 2009. – Vol. 1, N 1. – Art. 13.

17. Stroth S., Reinhardt R.K., Thöne J. [et al.]. Impact of aerobic exercise training on cognitive functions and affect associated to the COMT polymorphism in young adults // Neurobiol. Learn Mem. – 2010. – Vol. 94, N 3. – P. 364–372.

18. Tsai S.J., Yu Y.W., Lin C.H. [et al.]. Dopamine D2 receptor and N-methyl-D-aspartate receptor 2B subunit genetic variants and intelligence // *Neuropsychobiology*. – 2002. – Vol. 45. – P. 128–130.

19. Wang Z., Baker D.G., Harrer J. [et al.]. The relationship between combat-related posttraumatic stress disorder and the 5-HTTLPR/rs25531 polymorphism // *Depress Anxiety*. – 2011. – Vol. 28, N 12. – P. 1067–1073.

20. Williams A., Folland J. Similarity of polygenic profiles limits the potential for elite human physical performance // *J. Physiol.* – 2008. – Vol. 586. – P. 113–121.

**Pyatibrat A.O., Melnov S.B.** Ustoichivost' kognitivnykh i neirodinamicheskikh funktsii pri vypolnenii ekstremal'nykh vidov professional'noi deyatelnosti v zavisimosti ot polimorfizmov genov serotonin- i dofaminergicheskikh sistem [Stability of cognitive and neurodynamic functions at performing extreme professional activity depending on polymorphism of serotonin and dopaminergic systems genes]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 53. P. 91–111.

The Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine,  
EMERCOM of Russia  
(Russia, Saint-Petersburg, Academica Lebedeva Str., 4/2);  
International Sakharov Environmental University  
(Belarus, Minsk, Dolgobrodskaya Str., 23)

Pyatibrat Aleksandr Olegovich – PhD Med. Sci., Associate Prof., Head of the Research Department of the organization of scientific activity, Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Russia, 194044, St. Petersburg, Academica Lebedeva Str., 4/2); e-mail: a5brat@yandex.ru;

Melnov Sergei Borisovich – Dr. Biol. Sci., Prof. of the Department of Environmental and Molecular Medicine International Sakharov Environmental University (Belarus, 220070, Minsk, Dolgobrodskaya Str., 23); e-mail: sbmelnov@gmail.com.

**Abstract.** To assess changes in neurodynamic and cognitive functions associated with extreme exercise loads depending on gene polymorphism which regulates cerebral monoaminergic system, there were examined 570 military men of the Armed Forces of Belarus. It is shown that the most informative techniques to assess changes in cognitive functions are "Arithmetic count" and "Conformity establishment". The results of the examination stated that people with genotypes COMT Val/Val demonstrated evidently higher cognitive flexibility after extreme exercise loads at performing training-combat tasks than those with alleles COMT Met. The most reliable results of changes in neurodynamic functions were obtained using techniques "Reaction to the moving object" and "Landolt's rings visual acuity test". Military men with genotypes 5HTT S/S, 5HT2A C/C and DRD2 A1/A1 demonstrated the best indices after extreme exercise loads than those with alleles 5HTT L, 5HT2A T, DRD2 A2. Using methods of genetic screening allows a significant increase of prognostic selection and evaluation of specialists' abilities necessary for the efficient activity in extreme conditions

within the stated above forces. It was shown that gene analysis 5HTT, 5HT2A, DRD2 and COMT is significant at professional selection of the candidates to use difficult ergonomic systems at performing combat tasks.

Key words: extreme psychology military, extreme activity, gene polymorphism, molecular genetics, physical endurance, current mental state, cognitive function, neural function.

### References

1. Akhmetov I.I. Molekulyarnaya genetika sporta [Molecular genetics of sport]. Moskva, 2009. 266 p.
2. Golimbet V.E., Lebedeva I.S., Gritsenko I.K. [et al.]. Svyaz' polimor-fizma genov serotoninergicheskoi i dofaminergicheskoi sistem s vyzvannymi potentsialami (komponent R300) u bol'nykh shizofreniei i ikh rodstvennikov. *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2005. N 10. Pp. 35–41.
3. Kibitov A.O. Analiz Val158Met polimorfizma gena katekhol-O-metiltransferazy (SOMT) u bol'nykh alkogolizmom i geroinovoi narkomaniei s otyagoshchennoi nasledstvennost'yu. *Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2010. N 4. Pp. 84–88.
4. Reshetnikov M.M., Kulagin B.V. Issledovanie obshchego urovnya razvitiya poznavatel'nykh psikhicheskikh protsessov [A study of the general level of development of cognitive processes]. Leningrad, 1987. 27 p.
5. Adayev T., Ranasinghe B., Banerjee P. Transmembrane signaling in the brain by serotonin, a key regulator of physiology and emotion. *Biosci. Rep.* 2005. Vol. 25. Pp. 363–385.
6. Chee I.S., Lee S.W., Kim J.L. [et al.]. 5-HT2A receptor gene promoter polymorphism-1438A/G and bipolar disorder. *Psychiatr. Genet.* 2001. Vol. 11, N 3. Pp. 111–114.
7. Choi M.J., Lee H.J., Ham B.J. et al. Association between major depressive disorder and the -1438A/G polymorphism of the serotonin 2A receptor gene. *Neuropsychobiology.* 2004. Vol. 49, N 1. Pp. 38–41.
8. Diamond A. Biological and social influences on cognitive control processes dependent on prefrontal cortex. *Prog. Brain Res.* 2011. Vol. 189. Pp. 319–339.
9. Francesco P., Crawley J., Song J. [et al.]. Genetic Dissection of the Role of Catechol-O-Methyltransferase in Cognition and Stress Reactivity in Mice. *J. Neurosci.* 2008. Vol. 28, N 35. Pp. 8709–8723.
10. Kaasinen V., Aalto S., Nagren K., Rinne J.O. Insular dopamine D2 receptors and novelty seeking personality in Parkinson's disease. *Movement Disorders.* 2004. Vol. 19, N 11 Pp. 1348–1351.
11. Lipsky R., Sparling M., Ryan L. [et al.]. Association of COMT Val158Met genotype with executive functioning following traumatic brain injury. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 2005. Vol. 17, N 4. Pp. 465–471.
12. Maliuchenko N., Sysoeva O., Vediakov A. [et al.]. Effect of 5HTT genetic polymorphism on aggression in athletes. *Zh. Vyssh. Nerv. Deiat. Im. I. P. Pavlova.* 2007. Vol. 57, N 3. Pp. 276–281.

13. Moresco F., Dieci M., Vita A. [et al.]. In vivo serotonin 5HT(2A) receptor binding and personality traits in healthy subjects: a positron emission tomography study. *Neuroimage*. 2002. Vol. 17. Pp. 1470–1478.
14. Rankinen T., Bray M.S., Hagberg J.M. [et al.]. The human gene map for performance and health-related fitness phenotypes: the 2005 update. *Med. Sci. Sports Exerc.* 2006. Vol. 38, N 11. Pp. 1863–1888.
15. Ronkainen P., Pöllänen E., Törmäkangas T. [et al.]. Catechol-o-methyltransferase gene polymorphism is associated with skeletal muscle properties in older women alone and together with physical activity. *PLoS ONE*. 2008. Vol. 19, N 3. Pp. 372–386.
16. Stenson P., Mort M., Ball E. [et al.]. The Human Gene Mutation Database: 2008 update. *Genome medicine*. 2009. Vol. 1. N 1. Art. 13.
17. Stroth S., Reinhardt R.K., Thöne J. [et al.]. Impact of aerobic exercise training on cognitive functions and affect associated to the COMT polymorphism in young adults. *Neurobiol. Learn Mem.* 2010. Vol. 94, N 3. Pp. 364–372.
18. Tsai S.J., Yu Y.W., Lin C.H. [et al.]. Dopamine D2 receptor and N-methyl-D-aspartate receptor 2B subunit genetic variants and intelligence. *Neuropsychobiology*. 2002. Vol. 45. Pp. 128–130.
19. Wang Z., Baker D.G., Harrer J. [et al.]. The relationship between combat-related posttraumatic stress disorder and the 5-HTTLPR/rs25531 polymorphism. *Depress Anxiety*. 2011. Vol. 28, N 12. Pp. 1067–1073.
20. Williams A., Folland J. Similarity of polygenic profiles limits the potential for elite human physical performance. *J. Physiol.* 2008. Vol. 586. Pp. 113–121.

Received 05.03.2015

# МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И НАРКОЛОГИЯ

УДК [159.9 : 316.613] : 616.89-008.441.13

А.В. Трусова, Н.В. Миронова

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Санкт-Петербургский государственный университет  
(Россия, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6);  
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический  
институт им. В.М. Бехтерева  
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3)

Представлены результаты изучения взаимосвязи психосоциальных характеристик с уровнем и качественными характеристиками психологической адаптации 93 мужчин, больных алкоголизмом, находящихся на разных стадиях ремиссии, в соответствии с критериями Международной классификации болезней и расстройств поведения (МКБ-10): «воздержание» (n = 26), «ранняя ремиссия» (n = 16), «частичная ремиссия» (n = 15), «полная ремиссия» (n = 36). Анализ взаимосвязей проводился в группах больных алкоголизмом, находящихся на разных стадиях ремиссии, с помощью метода ранговой корреляции Спирмена с использованием  $\rho$ -критерия. Показано, что для разных сроков ремиссии взаимовлияния психосоциальных характеристик и характеристик психологической адаптации отличаются, что предполагает дифференцированный подход к психологическому сопровождению и вмешательствам в общей системе мер, направленных на лечение и социальную реабилитацию больных алкоголизмом.

Ключевые слова: медицинская (клиническая) психология, аддикции, алкогольная зависимость, ремиссия, психологическая адаптация, личностный адаптационный потенциал, самоактуализация.

### Введение

Комплексный подход к профилактике и терапии алкогольной зависимости требует изучения различных аспектов функционирования больно-

---

Трусова Анна Владимировна – канд. психол. наук, доц. каф. мед. психологии и психофизиологии С.-Петерб. гос. ун-та (Россия, 199034, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6), науч. сотр. С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3);

Миронова Нина Викторовна – аспирант каф. мед. психологии и психофизиологии С.-Петерб. гос. ун-та (Россия, 199034, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6); e-mail: mironova29031970@mail.ru.



го – как на индивидуально-психологическом, так и психосоциальном уровнях. Несмотря на то что биопсихосоциальная природа алкоголизма в настоящее время не вызывает сомнения, роль психосоциальных факторов, непосредственно влияющих на формирование и протекание этого заболевания, остается недостаточно изученной. Принято рассматривать различные психосоциальные характеристики больного алкоголизмом как факторы риска или защиты относительно употребления алкоголя. Однако роль таких факторов, как социальная поддержка/социальная изоляция, особенности межличностного взаимодействия и адаптационный потенциал личности, нуждаются в более глубоком и детальном изучении, в том числе в целях формирования дифференцированного подхода к психологическому сопровождению и реабилитации лиц с алкогольной зависимостью.

Актуальной проблемой современной наркологии является «стабилизация и повышение качества ремиссии у больных с алкогольной зависимостью» [с. 63, 5]. Больные алкоголизмом на всех сроках ремиссии нуждаются в реабилитационной (социальной и психологической) помощи, специфической для разных стадий ремиссии. Основной задачей такого вида помощи является повышение личностного адаптационного потенциала, мобилизация собственных ресурсов организма и личности на борьбу с аддикцией, восстановление личного статуса и ресоциализация пациентов наркологической клиники. Немаловажное значение в этом процессе имеет актуальный психосоциальный статус больного, особенности его социального окружения, отношение к болезни и лечению. В связи с этим представляется актуальным изучение взаимосвязи личностного адаптационного потенциала с психосоциальными характеристиками и значимыми личностными отношениями больных алкоголизмом с различной длительностью ремиссий.

*Цель исследования* – изучить взаимосвязи психосоциальных характеристик с уровнем и качественными характеристиками адаптации мужчин, зависимых от алкоголя, находящихся на разных стадиях ремиссии.

### **Материал и методы**

Объект исследования составили 93 мужчины с синдромом зависимости от алкоголя (F10.2 по МКБ-10), проходившие лечение в наркологических учреждениях Санкт-Петербурга. 51,6 % обследованных лиц прошли лечение амбулаторно, 16,1 % – лечились в стационаре и 32,3 % – прошли реабилитационное лечение в группах взаимопомощи. Все пациенты дали добровольное информированное согласие на участие в психологическом исследовании.

В соответствии с целью исследования все пациенты были разделены на 4 группы в зависимости от срока ремиссии к моменту психологического исследования:

1-я (n = 26) – воздержание в условиях больницы или диспансера, исключающее употребление алкоголя (F.10.210);

2-я (n = 16) – ранняя ремиссия (от 1 до 3 мес) (F.10.200);

3-я (n = 15) – частичная ремиссия (от 3 до 12 мес) (F. 10.201);

4-я (n = 36) – полная ремиссия (срок ремиссии более 1 года) (F. 10.202).

Средний возраст исследованных лиц составил  $(39,9 \pm 10,3)$  лет. Наиболее молодые пациенты были в 4-й группе.

Изучение социальных позиций исследованных лиц показало, в целом, их высокий образовательный статус: 53,8 % имеют высшее образование, 40,9 % – незаконченное высшее образование, 5,4 % – являются студентами вузов, и это распределение не отличается в отдельных клинических группах. Наибольший процент (в среднем – 64,5 %) на всех сроках ремиссии приходится на постоянно работающих лиц; среди работающих пациентов большинство заняты в технической области (55,9 %), в гуманитарной – 40,9 %, в художественной сфере деятельности – 3,2 %. Собственную семью имеют 60,2 % обследованных пациентов (проживают с женами в зарегистрированном или гражданском браке).

Таким образом, выборку исследованных лиц составили мужчины с синдромом зависимости от алкоголя, находящиеся на разных сроках ремиссии. Среди них резко преобладают образованные люди экономически активного возраста; более половины имеют собственную семью и детей, что может рассматриваться как ресурс для преодоления патологической зависимости от алкоголя. В то же время,  $\frac{1}{4}$  пациентов не имеет работы, а снижение профессионального статуса отмечено почти у половины больных.

В исследование включали больных, не имеющих сопутствующие психические заболевания или выраженную соматическую патологию. Психологическое обследование проводилось после полного купирования проявлений алкогольного абстинентного синдрома. Использовали: специально разработанное клиничко-психологическое структурированное интервью [3]; многоуровневый личностный опросник (МЛО) «Адаптивность» [6]; самоактуализационный тест (САТ) [1].

В основу структурного интервью положен адаптированный к исследованию лиц с алкогольной зависимостью вариант «Шкалы психосоциаль-

ной адаптации» [4]. Интервью состоит из 20 пунктов, отражающих социально-демографические (возраст, образование, трудовой статус и характер труда и др.), социально-психологические (семейные отношения, межличностные отношения, характер проведения досуга и др.) и другие характеристики больных. Особое место в интервью занимает утверждение, касающееся экзистенциальных проблем. Предполагается длительная целенаправленная беседа с больным, но для удобства статистической обработки и лаконичного представления результатов в тексте статьи оно формулируется как «Отношение к жизни». Другой пункт интервью касался одного из самых информативных критериев терапевтической динамики в процессе лечения алкоголизма – преодоления анозогнозии (отрицания патологической зависимости от алкоголя и отсутствия сознания болезни). В разработанном интервью этому соответствовало понятие «Осознание и отношение к патологической зависимости». Интервью включало также пункт, отражающий субъективную оценку больным нервно-психического и соматического состояния, «Оценка психического и физического состояния» и вопрос, раскрывающий характер межличностных отношений. Каждый пункт интервью имел несколько градаций, расположенных по нарастанию выраженности признака, образуя тем самым шкалу.

В качестве характеристики психологической адаптации выступал обобщенный показатель методики «Адаптивность», названный авторами «Личностный адаптационный потенциал» (ЛАП), который складывается из отдельных показателей адаптированного поведения: «Поведенческая регуляция», «Коммуникативный потенциал», «Моральная нормативность» [6]. Кроме того, в соответствии с современными представлениями, в качестве фактора психологической адаптации рассматривался многомерный феномен самоактуализации [8], который изучался с помощью САТ, содержащего 14 психодиагностических показателей (шкальных оценок) [1], характеризующих различные проявления самоактуализации личности в понимании Э. Шостром [7].

Проверка на нормальность распределения позволила использовать для сравнения четырех клинических групп параметрический метод Шеффе. Метод множественного сравнения Шеффе – это модификация t-критерия Стьюдента. Этот метод выявляет наличие статистически значимых различий связанных групп на основе дисперсионного анализа. Объемы выборок могут различаться. Метод Шеффе использует линейные комбинации средних по выборкам. В отличие от t-критерия Стьюдента, метод позволяет сравнивать средние значения трех и более групп [9]. Для установ-

ления взаимосвязи между психосоциальными характеристиками и показателями психологической адаптации использовался метод ранговой корреляции и  $\rho$ -критерий Спирмена.

### Результаты и их анализ

В табл. 1 представлены результаты изучения психического статуса пациентов по шкалам МЛЮ «Адаптивность», по которым получены значимые различия в группах. Психический статус обследованных больных с алкоголизмом различался. В 1-й группе в клинической картине доминировали лабильная аффективная симптоматика (снижение настроения, тревога, чувство вины), дисфорические, астенические, апатические нарушения, часто и легко возникающее влечение к алкоголю, а также остаточные элементы вегетативных дисфункций – нарушение сна, снижение аппетита, головные боли и т. п.

Таблица 1  
Психический статус пациентов с алкоголизмом, (M ± σ) балл

Шкала МЛЮ «Адаптивность»	Группа				p <
	1-я	2-я	3-я	4-я	
Депрессия	72,1 ± 10,3	73,3 ± 8,1	65,9 ± 10,7	61,5 ± 6,7	1-4**, 2-4**
Психастения	69,3 ± 8,5	69,5 ± 3,5	63,6 ± 5,2	65,1 ± 5,1	1-3*; 2-3*
Шизоидность	70,6 ± 9,5	71,1 ± 6,9	65,4 ± 7,5	65,1 ± 5,1	1-4*; 2-4*
Гипомания	65,0 ± 8,3	62,8 ± 7,9	64,9 ± 7,5	59,2 ± 8,1	1-4*
Социальная интроверсия	61,6 ± 6,5	67,9 ± 7,1	63,0 ± 7,2	61,8 ± 8,2	2-4*

\* p < 0,05, \*\* p < 0,001.

Во 2-й группе преимущественно отмечались неустойчивость настроения с тенденцией к понижению и легкому возникновению тревоги, сниженная фрустрационная толерантность, обостренное реагирование на ситуации напряженного взаимодействия в сфере межличностных контактов, актуализирующее влечение к алкоголю.

3-ю группу пациентов при наличии относительно устойчивого нервно-психического состояния и отсутствии выраженных тревожных и депрессивных проявлений характеризует чувство внутреннего напряжения, проявляющееся в астенических и/или дисфорических реакциях. Влечение к алкоголю, как правило, характеризуется осознанностью, «борьбой мотивов» и возникает при воздействии различных психотравмирующих факторов.

В 4-й группе пациентов отмечаются стабильный эмоциональный фон, отсутствие постоянного внутреннего напряжения при сохраняющейся избирательной чувствительности к психотравмирующим факторам в сфере межличностного общения. Влечение к алкоголю в этой группе больных возникает сравнительно редко, и больные уверены в своих поведенческих навыках по контролю над употреблением алкоголя (что не исключает срывов и рецидивов).

В табл. 2 приведены результаты корреляционного анализа психологической адаптации (по показателю ЛАП методики «Адаптивность») и психосоциальных характеристик пациентов, полученных авторским структурированным интервью.

Таблица 2

Взаимосвязь психосоциальных характеристик больных алкоголизмом с показателем ЛАП методики «Адаптивность»

Психосоциальная характеристика	Группа			
	1-я	2-я	3-я	4-я
Межличностные отношения	0,48*			
Отношение к жизни	0,40*		0,54*	
Отношение к болезни		0,56*		
Оценка психического и соматического состояния	0,51**			0,54**

Здесь и в табл. 3: \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ .

Положительные значения коэффициента корреляции свидетельствуют о том, что адаптационный потенциал тем выше, чем лучше (благоприятнее) психосоциальный статус пациентов, а именно: выше удовлетворенность межличностными отношениями, своим психическим и физическим самочувствием, адекватнее (реалистичнее) восприятие актуальной жизненной ситуации, осознание патологической зависимости от алкоголя и собственного стремление к лечению.

Полученные данные позволяют предположить, что больные с алкоголизмом 1-й группы на стадии воздержания нуждаются в большей психосоциальной помощи для успешной адаптации в стационаре, чем больные алкоголизмом, пребывающие в свободном режиме (см. табл. 2). Эти пациенты проходят адаптацию более благополучно, если они оценивают нервно-психическое и соматическое состояние как удовлетворительное или хорошее, у них отсутствуют суицидальные намерения, апатия, безразличие,

отчаяние, а также если межличностные отношения оцениваются ими как удовлетворяющие.

На стадии ранней ремиссии успешнее адаптируются лица, которые проходят лечение в наркологических лечебных учреждениях и считают себя больными алкоголизмом (см. табл. 2). На стадии частичной ремиссии доминирующим фактором, способствующим адаптации, является «Отношение к жизни». Чем оптимистичнее пациенты смотрят на жизнь, тем успешнее адаптация (см. табл. 2). На стадии полной ремиссии положительную взаимосвязь с личностным адаптационным потенциалом имеет удовлетворенность своим нервно-психическим и соматическим состоянием: если больные алкоголизмом оценивают свое состояние как удовлетворительное или хорошее, то адаптация протекает благополучней (см. табл. 2).

Можно предположить, что на стадии воздержания адаптация больных, зависимых от алкоголя, протекает тяжелее, чем в других группах испытуемых. Осознание является благоприятным фактором в лечении зависимости от алкоголя в период ранней ремиссии и может способствовать психологической адаптации больных. На стадии частичной ремиссии для пациентов, больных алкоголизмом, ведущей психосоциальной характеристикой для успешной адаптации является позитивное, деятельное отношение к жизни. Пациенты, зависимые от алкоголя, на стадии полной ремиссии адаптируются тем успешнее, чем выше субъективная оценка своего психического и соматического состояния.

На следующем этапе были изучены взаимосвязи между психосоциальными характеристиками пациентов с показателями САТ. Результаты корреляционного анализа представлены в табл. 3.

У пациентов 1-й группы (стадия воздержания) выявлены 5 статистически достоверных положительных взаимосвязей связей между психосоциальными характеристиками и характеристиками самоактуализации (показателями САТ). Результаты анализа свидетельствуют о том, что чем больше пациенты удовлетворены межличностными отношениями, тем выше их ценностные ориентации; чем позитивнее и деятельнее они относятся к жизни, тем лучше они ощущают неразрывность прошлого, настоящего и будущего своей жизни, принимают свои негативные чувства, оценивая их как естественное проявление человеческой природы; чем сильнее пациенты отрицают свою болезнь (т. е. чем больше выражена анозогнозия), тем положительнее воспринимают природу человека; чем лучше пациенты оценивают свое нервно-психическое и соматическое состояние, тем целостнее воспринимает свою жизнь.

Таблица 3

Взаимосвязь психосоциальных характеристик больных с алкоголизмом с показателями САТ

Показатель САТ	Психосоциальная характеристика			
	межличностные отношения	отношение к жизни	отношение к болезни	оценка психического и соматического состояния
1-я группа				
Ориентация во времени		0,45*		0,44*
Ценностные ориентации	0,42*			
Представление о природе человека			0,39*	
Принятие агрессии		0,42*		
2-я группа				
Поддержка			-0,54*	
Контактность	-0,55*			-0,58*
Креативность			-0,68**	
3-я группа				
Сензитивность				0,58*
Самоуважение			-0,53*	
Принятие агрессии	0,62*			
4-я группа				
Ориентация во времени		0,35*		
Ценностные ориентации				0,40*
Сензитивность			-0,39*	
Самопринятие				-0,37*
Представление о природе человека			0,45**	

У пациентов 2-й группы (стадия ранней ремиссии) выявлены 4 отрицательные статистически достоверные связи, которые свидетельствуют о том, что чем лучше пациенты оценивают свои межличностные отношения, тем эти отношения поверхностнее: пациенты на этой стадии ремиссии легко вступают в контакт с людьми, но эти отношения неустойчивы, лишены глубины и привязанности. Кроме того, выявленные взаимосвязи показателя, отражающего отношение к болезни (осознанность – анозогнозия), и показателей «Поддержка» и «Креативность» методики САТ свидетельствуют о том, что отрицание патологического влечения к алкоголю взаимосвязано с «полнезависимостью» (независимостью от внешних влияний, оценок) и творческим потенциалом личности. Вероятно, отрицание своей болезни

повышает самооценку у больных алкоголизмом и они в большей степени ориентируются на свои убеждения (возможно, неконструктивные), а также эффективно используют свои творческие потенциалы для отрицания своей болезни. Выявлено также, что чем лучше пациенты на этой стадии ремиссии оценивают свое нервно-психическое и соматическое состояние, тем острее ощущают неспособность к установлению тесных контактов с другими людьми.

У пациентов 3-й группы (стадия частичной ремиссии) выявлены 3 статистически достоверные связи между психосоциальными характеристиками пациентов и показателями методики САТ. На основании результатов корреляционного анализа можно предположить, что чем лучше оценивают (более удовлетворены) пациенты свои межличностные отношения, тем более склонны принимать свою агрессивность как естественное проявление человеческой природы; пациенты, больные алкоголизмом, отрицающие наличие болезни, испытывают большее самоуважение к себе; большая удовлетворенность своим психическим и соматическим состоянием взаимосвязана с большей способностью ощущать свои потребности и чувства, способностью к рефлексии.

У пациентов 4-й группы (стадия полной ремиссии) получены 5 статистически достоверных связей между изучаемыми показателями. Можно предположить, что чем оптимистичнее и деятельнее относятся пациенты к своей жизни, тем целостнее воспринимают ее, видя закономерную связь между своим прошлым, настоящим и будущим. Чем меньше пациенты склонны считать себя больными, тем меньше они способны отдавать отчет в своих потребностях и чувствах, менее дифференцированы и сензитивны и тем отрицательнее они воспринимают природу человека. Выявлено также, что чем более пациенты на этой стадии ремиссии удовлетворены своим самочувствием, тем больше они имеют социально одобряемых ценностных ориентаций, однако хорошая субъективная оценка своего физического и психического состояния отрицательно коррелирует с оценкой себя как личности (самопринятием, уважением к себе).

Таким образом, по результатам проведенного анализа взаимосвязей психосоциальных характеристик больных с алкоголизмом и показателей методики САТ можно отметить, что с различными аспектами самоактуализации как важного ресурса и результата психологической адаптации наиболее тесно взаимосвязаны на всех сроках ремиссии субъективная оценка психического и физического состояния, а также отношение к болезни и лечению (сознание болезни или, напротив, анозогнозия). Наиболее тесно



анозогнозия взаимосвязана с представлениями о природе человека: отрицание больным алкоголизмом своей болезни приводит к отрицанию положительной природы человека, порождает недоверие к людям и социуму в целом. Следует отметить, что оптимистичное и деятельное отношение к жизни тесно взаимосвязано с базовой шкалой методики САТ «Ориентация во времени».

### **Заключение**

Психосоциальные характеристики больных алкоголизмом (характер и удовлетворенность межличностными отношениями, отношение к жизни, отношение к болезни и лечению, субъективная оценка нервно-психического и соматического состояния) и характеристики адаптации/дезадаптации («Личностный адаптационный потенциал» методики «Адаптивность», характеристики самоактуализации) оказывают значительное взаимовлияние друг на друга у больных с алкоголизмом.

Однако для разных сроков ремиссии эти взаимовлияния отличаются по уровню и качественным характеристикам, что предполагает дифференцированный подход к психологическому сопровождению и вмешательствам в общей системе мер, направленных на лечение и социальную реабилитацию больных алкоголизмом.

### **Литература**

1. Гозман Л.Я., Кроз М.В., Латинская М.В. Самоактуализирующий тест. – М. : Рос. пед. аг-во, 1995. – 44 с.
2. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: десятый пересмотр. – Женева : ВОЗ, 1995. – Т. 1, ч. 1. – 698 с.
3. Миронова Н.В., Щелкова О.Ю. Психосоциальные характеристики пациентов с алкогольной зависимостью на разных сроках ремиссии заболевания // Вестн. Юж.-Урал. гос. ун-та. Сер. Психология. – 2014. – Т. 7, № 2. – С. 54–60.
4. Рустанович А.В., Фролов Б.С. Многоосевая диагностика психических расстройств у военнослужащих. – СПб. : ВМедА, 2001. – 40 с.
5. Рыбакова К.В., Дубинина Л.А., Незнанов Н.Г. [и др.]. Оценка качества ремиссии у больных алкогольной зависимостью на основе клинических и социально-психологических критериев реадaptации к трезвости // Обзор психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 2012. – № 4. – С. 63–72.
6. Чермянин С.В., Корзунин В.А., Юсупов В.В. Диагностика нервно-психической неустойчивости в клинической психологии : метод. пособие. – СПб. : Речь, 2011. – 190 с.
7. Шостром, Э. Человек-манипулятор. – М. : Апрель-Пресс, 2008. – 192 с.
8. Яценко Е.Ф. Самоактуализация и субъективное благополучие как социально-психологические проблемы профессионального образования: студенты

и преподаватели университета // Вестн. Юж.-Урал. гос. ун-та. Сер. Психология. – 2012. – Т. 18, № 3. – С. 56–63.

9. Scot E.M., Harold D.D. Designing Experiments and Analyzing Data: A Model Comparison. Lawrence Erlbaum Associates // Lawrence Erlbaum Associates, 2004. – P. 217–218.

**Trusova A.V., Mironova N.V.** Vzaimosvyaz' psikhosotsial'nykh kharakteristik s pokazatelyami psikhologicheskoi adaptatsii bol'nykh alkogolizmom [Correlation of psychosocial characteristics with indicators of psychological adaptation in patients with alcoholism]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 53. P. 112–123.

Saint-Petersburg State University  
(Russia, Saint-Petersburg, Makarova Embank., 6);  
V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute  
(Russia, Saint-Petersburg, Bekhterev Str., 3).

Trusova Anna Vladimirovna – PhD, Associate Prof. Department of Psychology, Division of Medical Psychology and Psychophysiology, Saint-Petersburg State University (Saint-Petersburg State University (Russia, 199034, Saint-Petersburg, Makarova Embank., 6); Research Associate, Department of Addictions, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (Russia, 192019, Saint-Petersburg, Bekhterev Str., 3);

Mironova Nina Victorovna – PhD Student, the department of medical psychology and psychophysiology, Saint Petersburg State University (Russia, 199034, Saint-Petersburg, Makarova Embank., 6).

**Abstract.** The article presents the results of a study of the relationship between psychosocial characteristics with the level and quality characteristics of psychological adaptation 93 men, alcoholics, are at different stages of remission (in accordance with the criteria of ICD-10, 1995): "abstinence" (n = 26), "early remission" (n = 16), "partial remission" (n = 15), "complete remission" (n = 36). Association analysis was carried out separately in groups of patients with alcoholism at different stages of remission, using the method of the Spearman's rank correlation using c-criterion. It is shown that for different periods of remission interaction of psychosocial characteristics and characteristics of psychological adaptation differ, which suggests a differentiated approach to psychological support and interventions in the General system of measures aimed at the treatment and rehabilitation of alcoholics.

**Key words:** medical (clinical) psychology, addiction, alcohol dependence, in remission, psychological adaptation, personal adaptive capacity, self actualization.

### References

1. Gozman L.Ya., Kroz M.V., Latinskaya M.V. Samoaktualiziruyushchii test [Self-Actualization Test]. Moskva. 1995. 44 p. (In Russ.)

2. Mezhdunarodnaya statisticheskaya klassifikatsiya boleznei i problem, svyazannykh so zdorov'em: desyatyi peresmotr [International statistical classification of diseases and related health problems: 10th revision]. Zheneva. 1995. Vol. 1, part. 1. – 698 p. (In Russ.)

3. Mironova N.V., Shchelkova O.Yu. Psikhosotsial'nye kharakteristiki patsientov s alkohol'noi zavisimost'yu na raznykh srokakh remissii zabolevaniya [Psychosocial characteristics of patients with alcohol dependence at different stages of disease remission]. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psikhologiya* [Bulletin of the South Ural State University. Series: Psychology]. 2014. Vol. 7, N 2. Pp. 54–60. (In Russ.)

4. Rustanovich A.V., Frolov B.S. Mnogoosovaya diagnostika psikhicheskikh rasstroistv u voennosluzhashchikh [Multiaxial diagnosis of mental disorders in the military]. Sankt-Peterburg. 2001. 40 p. (In Russ.)

5. Rybakova K.V., Dubinina L.A., Neznamov N.G. [et al.]. Otsenka kachestva remissii u bol'nykh alkohol'noi zavisimost'yu na osnove klinicheskikh i sotsial'no-psikhologicheskikh kriteriev readaptatsii k trezvosti [Assessment of the quality of remission in patients with alcohol dependence based on the clinical and psychosocial sobriety readaptation criteria]. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2012. N 4. Pp. 63–72. (In Russ.)

6. Chermyanin S.V., Korzunin V.A., Yusupov V.V. Diagnostika nervno-psikhicheskoi neustoichivosti v klinicheskoi psikhologii [Diagnosis of nervous and mental instability in clinical psychology]. Sankt-Peterburg. 2011. 190 p. (In Russ.)

7. Shostrom E. Chelovek-manipulyator [Man, the Manipulator]. Moskva. 2008. 192 p. (In Russ.)

8. Yashchenko E.F. Samoaktualizatsiya i sub"ektivnoe blagopoluchie kak sotsial'no-psikhologicheskie problemy professional'nogo obrazovaniya: studenty i prepodavateli universiteta [Self-actualization and subjective wellbeing as psychosocial problems of professional education: university students and lecturers]. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psikhologiya* [Bulletin of the South Ural State University. Series: Psychology]. 2012. Vol. 18, N 3. Pp. 56–63. (In Russ.)

9. Scot E.M., Harold D.D. Designing Experiments and Analyzing Data: A Model Comparison. Lawrence Erlbaum Associates. Lawrence Erlbaum Associates, 2004. P. 217–218.

Received 20.02.2015

**ИНФОРМАЦИОННОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДИССЕРТАЦИОННЫХ  
ИССЛЕДОВАНИЙ ПО НАУЧНОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ  
14.01.27 «НАРКОЛОГИЯ» (2000–2014 гг.)**

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины  
им. А.М. Никифорова МЧС России  
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2);  
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический  
институт им. В.М. Бехтерева  
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3)

Представлен алгоритм поиска авторефератов диссертаций в электронных базах данных ведущих библиотек страны. Проанализирован массив из 350 диссертаций по научной специальности 14.01.27 (14.00.45) «Наркология», представленных в диссертационные советы России в 2000–2014 г. В указанный период ежегодно рассматривалось по  $(23 \pm 2)$  диссертации. Докторских диссертаций было 17,7 %, медицинских – 94,3 %, биологических – 5,7 %. Диссертационных исследований, выполненных на стыке наук (по двум специальностям), оказалось 63,1 %. Биологические основы алкоголизма, наркомании, токсикомании и других зависимостей исследовались в 12,8 % диссертаций, медицинские основы – в 87,2 %, в том числе вопросы разработки и внедрения новых психотерапевтических и реабилитационных методов лечения – в 16,4 %. Проведенный анализ показал, что около 90 % оцифрованных авторефератов диссертаций по специальности 14.01.27 «Наркология» за 2000–2012 гг. представляются читателям в свободном доступе на сайтах Электронных библиотек Российской государственной библиотеки и Российской национальной библиотеки. С апреля 2012 г. полные тексты авторефератов кандидатских и докторских диссертаций размещаются на официальном сайте Высшей аттестационной комиссии Минобрнауки РФ. Для оптимизации процесса оцифровки фондов хранения работникам библиотек необходимо распределить сферы деятельности по отраслям науки или периодам публикаций. Исключив ведомственные разногласия, следует создать для научных работников единую базу данных оцифрованных материалов диссертационных исследований (диссертаций и авторефератов диссертаций). Для интеграции

---

Евдокимов Владимир Иванович – д-р мед. наук проф., Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2); e-mail: 9334616@mail.ru;

Чехлатый Евгений Иванович – д-р мед. наук проф., вед. науч. сотр. отделения неврозов и психотерапии С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3); e-mail: chekhlaty@mail.ru.

в мировое научное сообщество соискателям ученых степеней на последней странице автореферата желательно представлять резюме на английском языке.

Ключевые слова: диссертации, авторефераты диссертаций, наркология, аддикции, электронные ресурсы, базы данных, Российская национальная библиотека, Российская государственная библиотека, Высшая аттестационная комиссия.

## **Введение**

Диссертация (лат. *dissertatio* – рассуждение, исследование) – вид индивидуального исследовательского труда, который представляется для публичной защиты в диссертационном (ученом) совете с целью получения ученой степени.

В большинстве зарубежных стран претенденты представляют диссертации на соискание ученой степени доктора наук, как правило, доктора философии (лат. *Philosophiae Doctor, Ph. D., PhD*). Эта ученая степень – дань устоявшейся традиции и ничего общего с философией не имеет. В Российской империи медицинские работники могли претендовать на ученую степень доктора медицины и доктора медицины по хирургии. В 1918 г. ученые степени и ученые звания в советской Российской Федерации были отменены, и только в 1934 г. в СССР была создана Высшая аттестационная комиссия (ВАК) и стали присуждаться ученые степени кандидата наук и доктора наук.

Подготовка и защита диссертационных исследований в России регламентируется официальными документами [9, 10]. Диссертация должна быть написана автором самостоятельно, обладать внутренним единством, содержать новые научные результаты и положения, выдвигаемые для публичной защиты, и свидетельствовать о личном вкладе автора диссертации в науку.

Диссертация на соискание ученой степени доктора наук – научно-квалификационная работа, в которой на основании выполненных автором исследований разработаны теоретические положения, совокупность которых можно квалифицировать как научное достижение; либо решена научная проблема, имеющая важное политическое, социально-экономическое, культурное или хозяйственное значение; либо изложены новые научно обоснованные технические, технологические или иные решения, внедрение которых вносит значительный вклад в развитие страны [п. 9, 9].

Диссертация на соискание ученой степени кандидата наук – научно-квалификационная работа, в которой содержится решение задачи, имеющей значение для развития соответствующей отрасли знаний; либо изло-

жены новые научно обоснованные технические, технологические или иные решения и разработки, имеющие существенное значение для развития страны [п. 9, 9].

Научная специальность 14.00.45 «Наркология» введена в Номенклатуру специальностей научных работников в 1988 г. [5]. В 2009 г. специальность «Наркология» стала входить в раздел 14.01.00 «Клиническая медицина» и получила новый шифр – 14.01.27 [4].

Содержание диссертации по наркологии должно соотноситься с паспортом научной специальности [8]. Наркология – область медицинской науки, изучающая биологические основы возникновения и механизмы формирования зависимости от психоактивных веществ, их токсические эффекты, эпидемиологические и клинические закономерности, а также медико-социальные последствия алкоголизма, наркоманий и токсикоманий с целью разработки современных методов диагностики, лечения и профилактики этих заболеваний. Области исследований:

1) биологические основы зависимости от психоактивных веществ:

– биологические механизмы формирования алкогольной и наркотической зависимости (нейрохимические, нейрофизиологические, генетические, биохимические и др. аспекты);

– поиск биологических маркеров наследственной предрасположенности к алкоголизму, наркоманиям, токсикоманиям;

– нейрофизиологические, патофизиологические, иммунологические, биохимические нарушения при алкоголизме, наркоманиях и токсикоманиях;

– генетика алкоголизма и наркоманий;

– токсическое действие психоактивных веществ на организм, в том числе на клеточном и субклеточном уровнях;

– разработка в условиях эксперимента новых фармакологических средств и методов для профилактики и лечения зависимости от психоактивных веществ, апробация и внедрение их в клиническую практику;

2) клиника алкоголизма, наркоманий и токсикоманий:

– клинические варианты алкоголизма, наркоманий и токсикоманий;

– новые подходы к классификации заболеваний;

– диагностические и прогностические критерии заболеваний;

– симптоматика, клиника, диагностика и лечение психозов, обусловленных психоактивными веществами;

– симптоматика, клиника, диагностика и лечение сомато-неврологической патологии, обусловленной психоактивными веществами;

- разработка и внедрение новых психотерапевтических и реабилитационных методов лечения зависимости от психоактивных веществ;
- разработка новых форм организации наркологической помощи, профилактики и реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ.

Диссертация относится к биологическим отраслям науки, если были проведены исследования по п. 1 паспорта специальности, к медицинским – за исследования по п. 2.

В настоящее время диссертации по специальности 14.01.27 «Наркология» рассматривают 3 диссертационных совета в России (табл. 1). В настоящее время ВАК Минобрнауки России в очередной раз проводит реорганизацию и сокращение количество диссертационных советов стране. В этом случае при небольшом потоке диссертаций по наркологии (в 2013 г. было 22 защиты, в 2014 г. – 9) возникает недоумение, почему закрыли советы в Сибири и в то же время оставили работать 2 диссертационных совета в одном учреждении (см. табл. 1).

Таблица 1

Диссертационные советы России, принимающие к рассмотрению диссертации на соискание ученой степени кандидата и доктора наук по специальности 14.01.27 «Наркология» (по состоянию на 04.02.2015 г. [11])

Шифр совета	Отрасль науки, по которым рассматриваются работы	Учреждение
Д 208.093.01	Медицинские	Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева
Д 208.051.01	Медицинские, биологические	Национальный научный центр наркологии (структурное учреждение Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии)
Д 208.024.01	Медицинские	Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии

В отличие от зарубежных (например, ProQuest Dissertations & Theses Database, которая содержит около 2,9 млн диссертаций стран мира [3]) в России нет единой базы данных (БД) материалов диссертационных работ (диссертаций и авторефератов диссертаций).

В последнее время отмечается тенденция уменьшения рассылки авторефератов диссертаций на бумажных носителях. На основании Федерального закона «Об обязательном экземпляре документов» (от 29.12.1994 г. № 77 ФЗ, в редакции от 05.05.2014 г.) диссертационные советы посылают 9 обя-

зательных экземпляров авторефератов диссертаций и диссертаций в виде научных докладов в Информационное телеграфное агентство России (ИТАР-ТАСС) – организацию, являющуюся правопреемником Российской книжной палаты [ст. 7, 7]. Диссертации передаются в Российскую государственную библиотеку (РГБ, Москва), за исключением работ по медицине и фармацевтике, они направляются в Центральную научную медицинскую библиотеку (ЦНМБ, Москва) [ст. 10, 7]. ИТАР-ТАСС рассылает авторефераты диссертаций в ведущие библиотеки страны, в том числе в Библиотеку Российской академии наук (БАН, Санкт-Петербург) и Российскую национальную библиотеку (РНБ, Санкт-Петербург) и др.

В последние годы ведущие библиотеки страны стали оцифровывать материалы диссертационных работ (сотрудники РГБ – диссертации и авторефераты диссертаций, РНБ – авторефераты диссертаций), которые были доступны читателям в залах библиотек бесплатно, а в режиме отдаленного доступа – за плату. В настоящее время изменился интерфейс представления информации Электронных библиотек (ЭБ) РГБ и РНБ и пользователи Интернет могут ознакомиться с оцифрованными авторефератами диссертаций бесплатно.

*Цель исследования* – провести наукометрический анализ диссертаций по специальности 14.01.27 «Наркология» за 2000–2014 гг. и предоставить научным работникам алгоритмы поиска оцифрованных материалов диссертационных исследований.


### **Материалы и методы**

Объект исследования составили фонды хранения и БД ЭБ ЦНМБ, РГБ и РНБ, электронные ресурсы авторефератов диссертаций учреждений, при которых были созданы диссертационные советы по специальности 14.01.27 (14.00.45) «Наркология» и ВАК Минобрнауки РФ. Применять для целей формирования массива диссертаций по определенной отрасли знаний книжное издание «Летопись авторефератов диссертаций», выходящее ежемесячно, нецелесообразно.

К сожалению, по разным причинам годовое количество авторефератов диссертаций, хранящихся в фондах указанных ранее библиотек, различается, в связи с чем был сформирован массив диссертаций по научной специальности 14.01.27 (старый шифр 14.00.45) «Наркология» и путем сравнения потоков авторефератов диссертаций РГБ, РНБ и ЦНМБ за 2000–2014 гг. [1–4].



При поиске оцифрованных авторефератов в РГБ с главной страницы сайта РГБ переходят на страницу ЭБ (рис. 1), где через опцию «Библиотека диссертаций» открывают ее каталог. При «простом» поиске обычно ищут конкретную диссертацию, когда известны ее автор или заглавие. Желательно фамилию, имя и отчество автора при поиске указывать полностью, а не инициалами.



Электронная библиотека:  
**Библиотека диссертаций**

---

**Расширенный поиск**

любой элемент  начинается с

год издания  дословно

искать все или  искать только авторефераты или  искать только диссертации

Выберите внизу раздела каталога, по которому будет осуществлен поиск  
шифр специальности:  **Медицинские науки**

**Очистить**

**Каталог**

01 Физико-математические науки    13 Педагогические науки

02 Химические науки                    14 Медицинские науки

**Искать**

---

номер специальности  дословно

год издания  дословно

Поиск ведется на пересечении поисковых элементов. Для усечения слов используйте символ \*

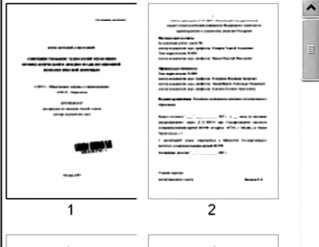
---

Найдены 34 записи. Для сортировки результатов нажмите на название колонки  
**Страница 1 2 Далее**

№	Автор	Заглавие	Данные	Действия
5.	Брюн Евгений Алексеевич	Совершенствование технологий управления профилактической и лечебно-реабилитационной наркологической помощью: автореферат дис. ... доктора медицинских наук : 14.00.33, 14.00.45 / Брюн Евгений Алексеевич ; [Место защиты: Гос. ин-т усовершенствования врачей]	Москва, 2007	<a href="#">описание</a> <a href="#">загрузить</a> <a href="#">в подборку</a>

Количество страниц: 51 с.  
 [Электронный ресурс](#)

---



На правах рукописи

**БРЮН ЕВГЕНИЙ АЛЕКСЕЕВИЧ**

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ УПРАВЛЕНИЯ  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ  
НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ**

14.00.33 Общественное здоровье и здравоохранение  
14.00.45 Наркология

**АВТОРЕФЕРАТ**

Рис. 1. Алгоритм поиска авторефератов диссертаций на сайте РГБ (<http://diss.rsl.ru/>)

Расширенный поиск (см. рис. 1, п. 1) ведется при пересечении поисковых выражений. Он позволяет искать в БД или только диссертации, или только авторефераты, или все документы по заглавию, автору, году, шифру научной специальности и пр. В нашем исследовании мы ограничились изучением только авторефератов диссертаций.

Поисковый режим ограничивали отраслью науки (активировали в каталоге опцию «14 Медицинские науки». В связи с тем, что при первоначальном поиске невозможно задать шифр специальности, в окошечке поисковых выражений указывали год издания и активировали опцию «Искать» (см. рис. 1, п. 1). В 2000 г. в БД были оцифрованы 86 авторефератов диссертации по медицинской отрасли знания, после чего возникала возможность искать документы уже по шифру специальности.

К сожалению, поиск работ по медицине проводится в ЭБ РГБ только по старым шифрам Номенклатуры специальностей научных работников (2000 г.) [4], для специальности «Наркология» – только по шифру 14.00.45. Включение в поисковый режим ЭБ новых шифров научных специальностей документов не выдает, что является серьезным недостатком.

В окошечке поисковых выражений в опции «Номер специальности» указывали шифр специальности, в представленном примере – 14.00.45 (см. рис. 1, п. 2). Оказалось, что в 2007 г. в ЭБ РГБ имелись 34 оцифрованных автореферата диссертаций. Просматривали библиографические записи найденных документов (см. рис. 1, п. 3) порциями по 20. Найденные документы можно располагать по алфавиту авторов или заглавий. Активировав опцию «Электронный ресурс» (см. рис. 1, п. 4), переходили на страницу программ, при помощи которых открывается отсканированный документ. В связи с тем что авторефераты диссертаций стали находиться в свободном доступе, полный текст документа появляется при активировании опции «Открыть документ».

На рис. 2 представлен алгоритм поиска полных текстов отсканированных авторефератов диссертаций. Активировав опцию «Электронная библиотека» (см. рис. 2, п. 1), переходили на окно коллекций электронных изданий библиотеки (см. рис. 2, п. 2).

Через опцию «Авторефераты» открывали окно поисковых режимов (см. рис. 2, п. 3). Поиск возможен по заглавию, автору, году издания, шифру специальности, ключевым словам и пр. Например, задав в окне поиска шифр специальности 14.00.45, открывали список из 255 отсканированных авторефератов диссертаций (см. рис. 2, п. 4). Авторефераты диссертаций можно сортировать по заглавию, году издания, автору и т. д.

**РОССИЙСКАЯ НАЦИОНАЛЬНАЯ БИБЛИОТЕКА**  
*Гордость Отеческой культуры      Открыта на пользу общую*

- Электронные каталоги
- Электронная библиотека 1

**Коллекция электронных изданий Российской национальной библиотеки**

- Авторефераты 2
- Библиографические указатели

Коллекция 3 совпадает Авторефераты

Код специальности совпадает 14.00.45

Релевантность  
Дата создания  
Популярность  
Автор  
Заглавие

Результаты 11–20 из **255** в Электронном каталоге 4 Сортировка: Дата создания ▾

Любое поле  
Заглавие  
Автор  
Код специа

**Пивной алкоголизм, осложненный гашишной наркоманией, у подростков (клиника, диагностика, терапия): автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук специальность 14.01.27 <Наркология>**

Автореферат Аносова, Е. В. (Елена Васильевна) 2011

5 Электронная копия. Библиотека также имеет физические копии.  
 Просмотр онлайн Заказать Места хранения Полное описание

**Заглавие:** Пивной алкоголизм, осложненный гашишной наркоманией, у подростков (клиника, диагностика, терапия): автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук специальность 14.01.27 <Наркология>

**Автор:** Аносова, Е. В. (Елена Васильевна)

6

**Ссылки**

- OPAC
- Читать в Вивальди 7

**Вивальди**

Открыть 7

**Доступные права:**

Просмотр:  
● 100 % с начала документа

Печать:  
● 100 % с начала документа

8

На правах рукописи  
*Е. В. Аносова*

АНОСОВА  
Елена Васильевна

ПИВНОЙ АЛКОГОЛИЗМ, ОСЛОЖНЕННЫЙ  
ГАШИШНОЙ НАРКОМАНИЕЙ У ПОДРОСТКОВ  
(КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ТЕРАПИЯ)

14.01.27 – Наркология

АВТОРЕФЕРАТ  
диссертации на соискание ученой  
степени кандидата медицинских наук

Москва – 2011

Рис. 2. Алгоритм поиска авторефератов диссертаций на сайте РНБ  
 ([http://primo.nlr.ru/primo\\_library/](http://primo.nlr.ru/primo_library/))

Слева от списка представлены показатели обобщенного анализа найденного массива авторефератов. В нашем массиве оказалось, что диссертаций по специальностям биологической отрасли знания (шифр 03.00.00) оказалось 16, медицинской отрасли (шифр 14.00.00) – 175, клинической медицине (шифр 14.01.00) – 166, период издания – с 1998 по 2012 г. и т. д.

Опциями по 10 документов просматривали список. Активировав опцию «Просмотр онлайн» (см. рис. 2, п. 5) или картинку страницы автореферата (в этом случае вначале появляется полное библиографическое описание документа (см. рис. 2, п. 6)), посредством программы «Vivaldi» (см. рис. 2, п. 7) открывали отсканированный в формате PDF автореферат диссертации (см. рис. 2, п. 8) и постранично изучали его.

Каталог авторефератов и диссертаций по медицине, фармакологии и ветеринарии представлен на сайте «Медицинские диссертации» (<http://medical-diss.com/>) (рис. 3).

The screenshot shows the website 'МЕДИЦИНСКИЕ ДИССЕРТАЦИИ'. At the top, there is a search bar with a magnifying glass icon and a search button labeled 'найти'. Below the search bar, the main heading reads 'Автореферат и диссертация по медицине (14.01.06) на тему: Клинические особенности ремиссий невротического уровня у больных алкоголизмом'. To the left, there is a sidebar with a 'Каталог диссертаций' section, listing various medical specialties such as Anesthesiology, Hematology, Rheumatology, Urology, Transplantology, Pulmonology, Cardiovascular Surgery, and Narcology. The 'Наркология' section is highlighted with a circled '4'. Below this, a table lists dissertations on the topic of Narcology, with columns for 'Тема диссертации', 'Авторы', and 'Год'. The first entry is highlighted with a circled '5'. The main content area shows two document thumbnails, with the second one highlighted by a circled '2'. To the right of the thumbnails, there is a profile section for 'Конищев, Алексей Сергеевич' from 'Москва' in '2011 г.', with a circled '2'. Below this, it states 'УЧЕНАЯ СТЕПЕНЬ кандидат медицинских наук'. At the bottom right, there is a preview of a PDF document, with a circled '3' indicating the document title and author information.

**МЕДИЦИНСКИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

Похожие научные работы

Каталог диссертаций

Медицинские науки 14.00.00

- 14.01.20 Анестезиология и реаниматология
- 14.01.21 Гематология и переливание крови
- 14.01.22 Ревматология
- 14.01.23 Урология
- 14.01.24 Трансплантатология и искусственные органы
- 14.01.25 Пульмонология
- 14.01.26 Сердечно-сосудистая хирургия
- 14.01.24 Наркология (4)

Специальность ВАК РФ 14.01.27, авторефераты и диссертации по теме

**Наркология**

Тема диссертации	Авторы	Год
Базовые принципы профилактики ВИЧ-инфекции в наркологической практике (5)	Должанская, Наталья Александровна	2013
Алкогольная анозогнозия: методика оценки и взаимосвязь с клиническими и психосоциальными характеристиками больных	Рыбакова, Юлия Валерьевна	2012
Амбулаторная реабилитация пациентов наркологического профиля	Соборникова, Екатерина Анатольевна	2012

Автореферат и диссертация по медицине (14.01.06) на тему: **Клинические особенности ремиссий невротического уровня у больных алкоголизмом**

Конищев, Алексей Сергеевич (2)

Москва (2)

2011 г.

УЧЕНАЯ СТЕПЕНЬ кандидат медицинских наук

Читайте АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕР

3

Конищев Алексей Сергеевич

Клинические особенности ремиссий невротического уровня у больных алкоголизмом

14.01.06 «Психиатрия» (фед. музгл)  
14.01.27 «Наркология» (фед. музгл)

Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

4846167  
12 MAR 2011  
Москва - 2011

Рис. 3. Алгоритм поиска авторефератов диссертаций на сайте «Медицинские диссертации» (<http://medical-diss.com/>)

Поиск на сайте можно проводить по известным данным (например, по фамилии имени и отчеству автора или названию). Если сведения поиска совпадают с документом, содержащимся в БД сайта (рис. 3, п. 1), то в этом случае открывается окно общих сведений об авторе, автореферате и диссертации (рис. 3, п. 2). Активировав опцию «Читать автореферат» и в режиме свободного доступа можно изучать постранично автореферат диссертации в формате PDF (рис. 3, п. 3). Пользователь бесплатно открывает 10 страниц текста диссертации, а остальные, при необходимости, за небольшую плату.

Поиск можно также осуществить по опции «Каталог диссертации», активировав шифр или название специальности Номенклатуры специальностей научных работников (рис. 3, п. 4). Открывается хронологический перечень авторефератов диссертаций. Например, на момент подготовки данной статьи БД сайта содержала 75 диссертаций и авторефератов диссертаций по специальности 14.01.27 (14.00.45) «Наркология». Если пользователь нашел нужный автореферат диссертации и курсором проактивировал название или фамилию автора (см. рис. 3, п. 5), то в автоматическом режиме открывается окно общих сведений о диссертации (см. рис. 3, п. 3).

### **Результаты и их анализ**

Проведенный поиск в электронных БД позволил создать обобщенный массив из 350 диссертаций по научной специальности 14.01.27 (14.00.45) «Наркология», представленных в диссертационные советы России в 2000–2014 г. Ежегодно в указанный период диссертационные советы рассматривали по  $(23 \pm 2)$  диссертации, в том числе по  $(4 \pm 1)$  докторских и  $(19 \pm 2)$  кандидатских. Полиномиальный тренд динамики диссертаций при невысоком коэффициенте детерминации ( $R^2 = 0,50$ ) показывает тенденцию уменьшения количества работ (рис. 4).

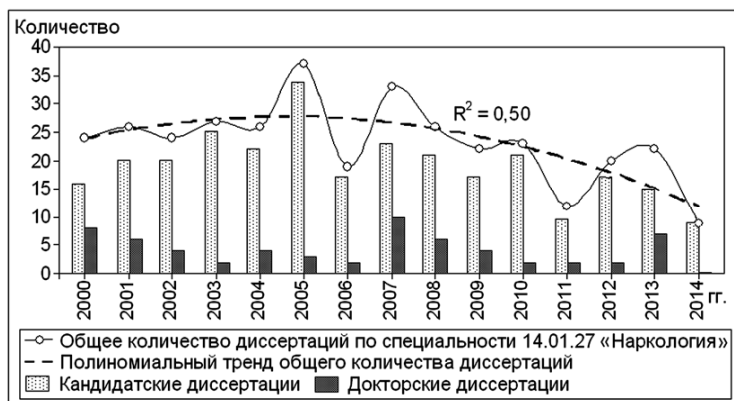


Рис. 4. Динамика количества диссертаций по специальности 14.01.27 «Наркология» в России

Докторских диссертаций было 17,7 %, кандидатских – 82,3 %. За аналогичный период массив медицинских диссертаций в России составил 64 424 диссертации, в том числе докторских – 9740, биологических – 22 739 и 3375 соответственно [2]. В обобщенном потоке медицинских и биологических работ докторских диссертаций было меньше – 15,1 %, но различия статистически незначимые ( $p > 0,05$ ). В обобщенном массиве медицинских диссертаций оказалось 330, или 94,3 %, биологических – 20, или 5,7 %. Структура диссертаций по ученым степеням и отраслям науки представлена на рис. 5.



Рис. 5. Обобщенная структура диссертаций по специальности 14.01.27 «Наркология» в России (2000–2014 гг.)

Диссертаций по одной специальности 14.01.27 (14.00.45) было 129 (36,9 %), на стыке наук (по двум специальностям) – в 1,7 раза больше, или 221 (63,1 %). Результаты убедительно показывают, что изучение аспектов наркологии диссертанты проводили с точки зрения развития биологических, медицинских и поведенческих отраслей науки. Само собой разумеется, что самый большой вклад в структуру вторых специальностей (74,2 %) оказали разделы клинической медицины, и, в частности, психиатрия (61,5 %) (табл. 2).

Таблица 2  
Структура научных специальностей у диссертаций, выполненных на стыке наук

Шифр		Название специальности	n (%)
новый	старый		
03.00.00	<i>Биологические науки</i>		18 (8,15)
03.01.04	03.00.04	Биохимия	2 (0,9)
03.02.08	03.00.16	Экология	1 (0,45)
03.03.01	03.00.13	Физиология	13 (5,9)
03.03.04	03.00.25	Клеточная биология, цитология, гистология	2 (0,9)
14.01.00	<i>Клиническая медицина</i>		164 (74,2)
14.01.04	14.00.05	Внутренние болезни	6 (2,7)
14.01.05	14.00.06	Кардиология	5 (2,3)
14.01.06	14.00.18	Психиатрия	136 (61,5)
14.01.07	14.00.08	Глазные болезни	1 (0,45)
14.01.08	14.00.09	Педиатрия	4 (1,8)
14.01.09	14.00.10	Инфекционные болезни	1 (0,45)
14.01.11	14.00.13	Нервные болезни	4 (1,8)
14.01.13	14.00.19	Лучевая диагностика, лучевая терапия	1 (0,45)
14.01.16	14.00.30	Фтизиатрия	1 (0,45)
14.01.20	14.00.37	Анестезиология и реаниматология	3 (1,4)
14.01.21	14.00.29	Гематология и переливание крови	1 (0,45)
14.01.30		Геронтология и гериатрия	1 (0,45)
14.02.00	<i>Профилактическая медицина</i>		8 (3,6)
14.02.03	14.00.33	Общественное здоровье и здравоохранение	8 (3,6)
14.03.00	<i>Медико-биологические науки</i>		23 (10,45)
14.03.03	14.00.16	Патологическая физиология	7 (3,2)
14.03.04	14.00.20	Токсикология	1 (0,45)
14.03.06	14.00.25	Фармакология, клиническая фармакология	13 (5,9)
14.00.09	14.00.36	Клиническая иммунология, аллергология	1 (0,45)
14.03.10	14.00.46	Клиническая лабораторная диагностика	1 (0,45)

Шифр		Название специальности	n (%)
новый	старый		
19.00.00	Психологические науки		8 (3,6)
19.00.02	19.00.02	Психофизиология	2 (0,9)
19.00.04	19.00.04	Медицинская психология	6 (2,7)
Всего			221 (100,0)

Высчитан вклад направлений научных исследований (табл. 3). Для наглядности показателей некоторые направления исследований паспорта специальности (см. табл. 1) были объединены. У ряда диссертации содержание соответствовало нескольким направлениям исследованиям – они были учтены при определении структуры.

Таблица 3

Структура направлений научных исследований по специальности  
14.01.27 «Наркология» (2000–2014 гг.)

Характеристика направления научного исследования		%
1.	Биологические основы алкоголизма, наркомании, токсикомании и других зависимостей	12,8
	• биологические основы зависимостей от психоактивных веществ (нейрохимические, нейрофизиологические, генетические, биохимические, патофизиологические, иммунологические и др. аспекты)	6,4
	• токсическое действие психоактивных веществ на организм	5,9
	• разработка, апробация и внедрение новых фармакологических средств в условиях эксперимента для профилактики и лечения зависимостей от психоактивных веществ	0,5
2.	Клинические основы алкоголизма, наркомании, токсикомании и других зависимостей	87,2
	• клинические варианты алкоголизма, наркомании, токсикомании и других зависимостей	37,2
	• диагностические и прогностические критерии заболеваний	9,2
	• симптоматика клиника, диагностика и лечение психозов, обусловленных психоактивными веществами	5,0
	• симптоматика клиника, диагностика и лечение соматоневрологической патологии, обусловленной психоактивными веществами	12,3
	• разработка и внедрение новых психотерапевтических и реабилитационных методов лечения	16,4
	• разработка новых форм организации наркологической помощи, профилактики и реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ	7,1

Оказалось, что биологические основы алкоголизма, наркомании, токсикомании и других зависимостей изучались в 12,8 % диссертаций по



специальности 14.01.27 «Наркология». В то же время работ, отнесенных к биологическим наукам, было 5,7 %. Клинические основы алкоголизма, наркомании, токсикомании и других зависимостей исследовались в 87,2 % диссертаций.

С 9.04.2012 г. полные тексты авторефератов кандидатских и докторских диссертаций размещаются на официальном сайте ВАК Минобрнауки РФ, в связи с чем нами высчитан процент оцифрованных авторефератов диссертаций в РГБ и РНБ за 2000–2012 гг. Как видно из рис. 7, отмечается неравномерная динамика сканирования авторефератов диссертаций. Непонятно, по каким причинам отсутствуют электронные версии авторефератов в РГБ в 2003 и 2006 гг.



Рис. 7. Динамика оцифрованных авторефератов диссертаций по специальности 14.01.27 «Наркология» в РГБ и РНБ, %

Электронная библиотека диссертаций РГБ содержит 44,5 % оцифрованных авторефератов от сформированного нами массива в 316 диссертаций, представленных в диссертационные советы в 2000–2012 гг., РНБ – 79,3 %. Исключив повторы (к сожалению, каждая библиотека сканировала материалы диссертационных исследований самостоятельно, согласованности по отраслям наук или годам публикации не было), оказалось, что научный работник в общей сложности в отдаленном режиме может ознакомиться с полными текстами 90,3 % авторефератов диссертаций (рис. 8).

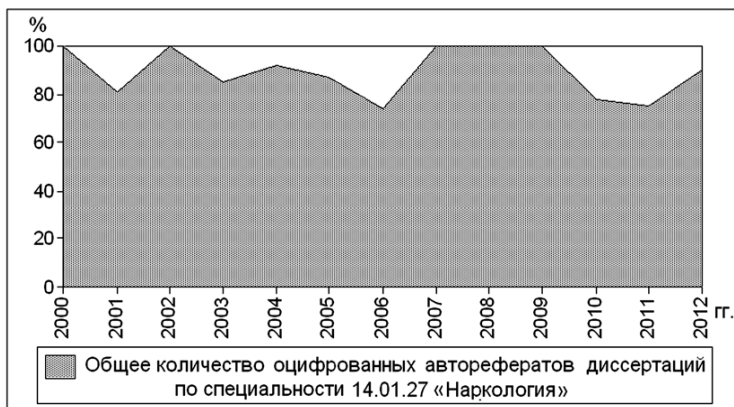


Рис. 8. Динамика общего количества оцифрованных авторефератов диссертаций по специальности 14.01.27 «Наркология», %

Кроме незначительных неточностей, которые почти всегда присутствуют при работе с большими потоками информации, анализ массива оцифрованных диссертаций выявил системные ошибки, которые могут затруднить поиск материалов диссертационных исследований. С 2010 г. в России введена новая Номенклатура специальностей научных работников [4], однако поиск авторефератов диссертаций по наркологии в ЭБ РГБ и РНБ возможен только по старому шифру (14.00.45).

### Заключение

Проведенный поиск позволил создать массив из 350 диссертаций по научной специальности 14.01.27 (14.00.45) «Наркология», представленных в диссертационные советы России в 2000–2014 г. В указанный период диссертационные советы рассматривали ежегодно по  $(23 \pm 2)$  диссертации. Докторских диссертаций было 17,7 %, медицинских – 94,3 %, биологических – 5,7 %.

Отмечается высокая интеграция диссертационных исследований по наркологии с проблемами других биологических, медицинских и поведенческих отраслей науки. Диссертационных исследований, выполненных на стыке наук, оказалось 63,1 %. Биологические основы алкоголизма, наркомании, токсикомании и других зависимостей исследовались в 12,8 % диссертаций, медицинские основы – в 87,2 %, в том числе вопросы разработки и внедрения новых психотерапевтических и реабилитационных методов лечения – в 16,4 %.

Сканирование материалов диссертационных исследований в ведущих библиотеках страны открывает большие возможности научным работникам для изучения их в отдаленном доступе. Около 90 % авторефератов диссертаций по специальности 14.01.27 (14.00.45) «Наркология» за 2000–2012 гг. представляются в свободном доступе на сайтах Электронных библиотек диссертаций Российской государственной библиотеки и Российской национальной библиотеки. Для оптимизации процесса оцифровки фондов хранения работникам библиотек следует распределить сферы деятельности по отраслям науки или периодам публикаций.

В постановлении Правительства России «О федеральной информационной системе государственной научной аттестации» [6] ничего не сказано о том, что необходимо делать с уже опубликованными материалами диссертаций и авторефератов диссертаций. Исключив ведомственные разногласия, следует создать для научных работников единую базу данных оцифрованных материалов диссертационных исследований, как, например, ProQuest Dissertations & Theses Database или база данных Science Index для диссертационных советов, которую планировала представить в 2014 г. Научная электронная библиотека [1].

Большинство зарубежных научных исследователей не знают русского языка. Для интеграции в мировое научное сообщество соискателям ученых степеней желательно переводить автореферат диссертации на английский язык и направлять его в ProQuest Dissertations & Theses Database. В крайнем случае, на последней странице автореферата представлять резюме на английском языке.

### Литература

1. Еременко Г.О. Российский индекс научного цитирования и информационно-аналитическая система Science Index [Электронный ресурс] // Science Index-2012 : материалы науч.-практ. конф. – URL: [http://elibrary.ru/projects/science\\_index/](http://elibrary.ru/projects/science_index/).
2. Кадры высшей научной квалификации [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.science-expert.ru>.
3. Кармишенская Г. ProQuest Dissertations and Theses: крупнейшая полнотекстовая база данных научных диссертаций [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.liber.rsuh.ru/sites/default/files/11>.
4. Номенклатура специальностей научных работников : утв. приказом Минобрнауки РФ от 25.02.2009 г. № 59 с изм. и доп. / ВАК Минобрнауки РФ [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.wak.gov.ru>.
5. Номенклатура специальностей научных сотрудников : утв. постановлением Гос. ком. по науке и технике СССР от 4.10.1988 г. № 386 // Бюл. ВАК СССР. – 1989. – № 2. – С. 9–20; № 3. – С. 15–21.

6. О федеральной информационной системе государственной научной организации : постановление Правительства от 18.10.2013 г. № 1035 [Электронный ресурс]. – URL: <http://vak.ed.gov.ru/documents/>.

7. Об обязательном экземпляре документов, об электронной подписи : новое в законодательстве. – М. : Профиздат, 2014. – 80 с.

8. Положение о порядке присуждения ученых степеней : утв. постановлением Правительства РФ от 24.09.2013 г. № 842. – URL: <http://vak.ed.gov.ru/documents/>.

9. Положение о совете по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук : утв. приказом Минобрнауки РФ от 13.01.2014 г. № 7 [Электронный ресурс]. – URL: <http://vak.ed.gov.ru/documents/>.

10. Список действующих диссертационных советов / ВАК Минобрнауки РФ [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.vak.ed.gov.ru/dissovnet/acting/>.

**Evdokimov V.I., Chekhlaty E.I.** Informationsnoe soprovozhdenie dissertatsionnykh issledovaniy po nauchnoi spetsial'nosti 14.01.27 «Narkologiya» (2000–2014 gg.) [Information support of dissertation research in field of 14.01.27 "Narcology" scientific specialty (2000–2014)]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 53. P. 124–142.

The Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine,  
EMERCOM of Russia  
(Russia, Saint-Petersburg, Academica Lebedeva Str., 4/2);  
V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute  
(Russia, Saint-Petersburg, Bekhterev str., 3)

Evdokimov Vladimir Ivanovich – Dr. Med. Sci. Prof., of Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Russia, 194044, St. Petersburg, Academica Lebedeva Str., 4/2); e-mail: 9334616@mail.ru;

Chekhlaty Evgeny Ivanovich – Dr. Med. Sc. Prof., Leading research associate of the Neurosis and Psychotherapy Department, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (Russia, 192019, Saint-Petersburg, Bekhterev Str., 3); e-mail: chekhlaty@mail.ru.

**Abstract.** An algorithm for dissertation abstracts searching in country's leading libraries' electronic databases is given. Array of 350 theses in field of 14.01.27 "Narcology" scientific specialty that were presented in Russian dissertation councils in 2000–2014 period is analyzed. During this period (23 ± 2) thesis were considered annually – 17.7 % were theses for doctoral degree, 94.3 % were medical theses, 5.7 % – biological theses. There were 63.1 % of dissertation research that were carried out at intersection of science (two scientific specialties). They were biological foundations of alcoholism, drug addiction, substance abuse and other dependencies in 12.8 % of dissertations, medical foundations – in 87.2 %, including development and implementation of new methods of psychotherapy and rehabilitation (16.4 %). The analysis re-

vealed that about 90 % of digitized theses for 2000–2012 in field of 14.01.27 "Narcology" scientific specialty are in free access on websites of electronic libraries of Russian State Library and the National Library of Russia. Since April 2012 full texts of abstracts of theses for candidate and doctoral degrees are available on the official website of the Higher Attestation Commission of the Ministry of Education of the Russian Federation. To optimize digitization storage librarians need to allocate areas of activity by field of science or period of publication. Unified database of digitized materials of dissertation research (dissertations and theses) should be established for scientists by excluding departmental discordance. For integration into the global scientific community it is desirable for degree seekers to provide an English language summary on the last page of the dissertation abstract.

Key words: dissertation, dissertation abstracts, narcology, drug and alcohol abuse, addiction, electronic resources, databases, the National Library of Russia, Russian State Library, Higher Attestation Commission.

### References

1. Eremenko G.O. Rossiiskii indeks nauchnogo tsitirovaniya i informatsionno-analiticheskaya sistema Science Index [Russian Science Citation Index and 'Science Index' information analysis system]. Science Index-2012 : Scientific. Conf. Proceedings. URL: [http://elibrary.ru/projects/science\\_index/](http://elibrary.ru/projects/science_index/).

2. Kadry vysshei nauchnoi kvalifikatsii [Highly qualified scientific personnel]. URL: <http://www.science-expert.ru>.

3. Karmishenskaya G. ProQuest Dissertations and Theses: krupneishaya polnotekstovaya baza dannykh nauchnykh dissertatsii [ProQuest Dissertations and Theses: the largest full-text database of scientific theses]. URL: <http://www.liber.rsu.ru/sites/default/files/11>.

4. Nomenklatura spetsial'nostei nauchnykh rabotnikov : prikaz Ministerstva obrazovaniya i nauki Rossii ot 25.02.2009 g. N 59 [Nomenclature of scientific specialties: approved by the Ministry of Education and Science of the Russian Federation on 25.02.2009, N 59]. URL: <http://www.wak.gov.ru>.

5. Nomenklatura spetsial'nostei nauchnykh sotrudnikov : postanovlenie Gosudarstvennogo komiteta po nauke i tekhnike Sovetskogo Soyuzha ot 4.10.1988 N 386 [Nomenclature of researchers' specialties: approved by the State Committee on Science and Technology of the USSR on 04.10.1988, N 386]. Byulleten' Vysshei attestatsionnoi komissii Sovetskogo Soyuzha [Bulletin of the Higher Attestation Commission of the Soviet Union]. 1989. N 2. Pp. 9–20 ; N 3. Pp. 15–21. (in Russ.)

6. O federal'noi informatsionnoi sisteme gosudarstvennoi nauchnoi attestatsii : postanovlenie Pravitel'stva Rossii ot 18.10.2013 N 1035 [On the Federal information system of the State scientific certification: Russian Government regulation, 18.10.2013 N 1035]. URL: <http://vak.ed.gov.ru/documents/>.

7. Ob obyazatel'nom ekzempliare dokumentov, ob elektronnoi podpisi : novoe zakonodatel'stvo [On legal deposit of documents, electronic signature: new in legislation]. Moskva. 2014. 80 p. (in Russ.)

8. Polozhenie o poryadke prisuzhdenii uchenykh stepeni : postanovlenie Pravitel'stva Rossii ot 24.09.2013 N 842 [Regulation on the award of scientific de-

grees: Russian Government regulation, 24.09.2013 N 842]. URL: <http://vak.ed.gov.ru/documents/>.

9. Polozhenie o sovete po zashchite dissertatsii na soiskanie uchenoi stepeni kandidata nauk, na soiskanie uchenoi stepeni doktora nauk : prikaz Ministerstva obrazovaniya i nauki Rossii ot 13.01.2014 g. N 7 [Regulation on the Council on defense of thesis for candidate of Science degree and Doctor of Science degree: Order of the Ministry of Education and Science of the Russian Federation, 01.13.2014, N 7]. URL: <http://vak.ed.gov.ru/documents/>.

10. Spisok deistvuyushchikh dissertatsionnykh sovetov. Vysshaya attestatsionnaya komissiya Ministerstva obrazovaniya i nauki Rossii [. A list of current dissertation councils. Higher Attestation Commission of the Ministry of Education and Science of Russia]. URL: <http://www.vak.ed.gov.ru/ru/dissovet/acting/>.

Received 06.02.2015



ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ»  
Редакционная коллегия

194352 Россия, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11,  
тел. (812) 592-35-79, 923-98-01  
e-mail: vestnik-pst@yandex.ru

**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 России № 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 печатном виде с приложением диска в текстовом редакторе WORD (не старше 2003 г.), шрифт Times New Roman, 14-й шрифт, межстрочный интервал полуротный, 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. Англоязычное 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 заголовок 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 научно-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@rambler.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 26.03.2015. Печать – ризография.

Бумага офсетная. Формат 60/84<sup>1/16</sup>. Тираж 1000 экз.

Объем 9 п. л. Заказ 8431.