

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

**ВЕСТНИК
ПСИХОТЕРАПИИ**

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор В.Ю. Рыбников

№ 62 (67)

Санкт-Петербург
2017

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.); Е.Н. Ашанина (Санкт-Петербург, д-р психол. наук); С.М. Бабин (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Т.Г. Бохан (Томск, д-р психол. наук проф.); Р.М. Грановская (Санкт-Петербург, д-р психол. наук проф.); Г.И. Григорьев (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Е.В. Змановская (Санкт-Петербург, д-р психол. наук проф.); Е.А. Колотильщикова (Санкт-Петербург, д-р психол. наук); 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, 2017
- © Международный институт резервных возможностей человека, 2017

**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 62 (67)

**St. Petersburg
2017**

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.); E.N. Ashanina (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci.); S.M. Babin (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); T.G. Bohan (Tomsk, Dr. Psychol. Sci. Prof.); R.M. Granovskaya (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci. Prof.); G.I. Grigorjev (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); E.V. Zmanovskaya (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci. Prof.); E.A. Kolotilshchikova (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci.); 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, 2017

© International Institute of Human Potential Abilities, 2017

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Григорьев Г.И., Григорьева А.Г., Мизерене Р., Григорьев С.Г., Мильчакова В.А., Мизерас С. Повторные обращения больных алкоголизмом за психотерапевтической помощью.....	7
Миткевич В.А., Соловьев А.Г. Междисциплинарно-интегративный подход в психотерапевтической помощи детям и подросткам с невротическими расстройствами	27
Шамрей В.К., Евдокимов В.И., Лобачев А.В., Григорьев С.Г., Сивашенко П.П. Медико-статистические показатели психических расстройств у военнослужащих по контракту (рядовые, сержанты, старшины) в 2003–2016 гг. ...	36

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Герцев А.В., Ищук В.Н. Оценка эффективности применения импульсной электротерапии (электросонотерапии) в комплексном лечении артериальной гипертензии, протекающей на фоне астеноневротических нарушений, у мужчин молодого возраста экстремальных профессий.....	61
Змановская Е.В., Миропольская О.В. Диагностика склонности к зависимому поведению на основе теста Роршаха	74
Лакомская А.В. Психологическое благополучие у больных, перенесших операцию на сосудах сердца	87
Федоряка Д.А., Резникова Т.Н., Селиверстова Н.А. Изучение субъективных ощущений у больных паническими атаками в структуре внутренней картины болезни	99
Кукшина А.А., Котельникова А.В., Верещагина Д.А., Ткаченко Г.А. Скрининговое использование опросников SCL-90-R, SF-36 и визуальной аналоговой шкалы в процессе психокоррекции у пациентов с нарушениями двигательных функций	110
Смирнова Н.Н., Соловьев А.Г. Психологическая подготовка специалистов как залог успешности непрерывного профессионального образования в наркологии	123
Фисенко Д.Н. Ценностно-смысловые уровни личности в консультативном процессе	136
Информация о журнале	149

CONTENTS

PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY

Grigoreiv G.I., Grigorieva A.G., Mizerene R., Grigoriev S.G., Milchakova V.A., Mizeras S.	
Patients with alcoholism repeatedly seeking psychotherapy.....	7
Mitkevich V.A., Soloviev A.G.	
Interdisciplinary and integrative approach to the psychological care of children and adolescents with neurotic disorders.....	27
Shamrei V.K., Evdokimov V.I., Lobachev A.V., Grigoriev S.G., Sivashchenko P.P.	
Medical and statistical indicators of mental disorders for contract servicemen (privates, sergeants, petty officers) in 2003–2016	36

MEDICAL PSYCHOLOGY

Gertsev A.V., Ischuk V.N.	
Evaluating the effectiveness of impulse electrotherapy (electrosnotherapy) in combined treatment of arterial hypertension, been accompanied by a asthe- noneurotic violations in young men of intensive professions.....	61
Zmanovskaya E.V., Miropolskaia O.V.	
Dependent Behavior Diagnosis based on the Rorschach Test.....	74
Lakomskaya A.V.	
Psychological well-being in patients undergoing surgery on the blood vessels of the heart	87
Fedoriaka D.A., Reznikova T.N., Seliverstova N.A.	
The study of subjective sensations in patients with panic attacks in the structure of the internal representation of disease	99
Kukshina A.A., Kotelnikova A.V., Verechshagina D.A., Tkachenko G.A.	
Screening use of questionnaires SCL-90-R, SF-36 and visual analogue scale in the process of psychocorrection of the patients with movement disorders	110
Smirnova N.N., Soloviev A.G.	
Psychological preparation of the experts as a key to the success of continuing professional education in narcology	123
Fisenko D.N.	
Value-semantic levels of personality in the consultative process	136
Information about the Journal	149

ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 616.89 : 615.851

Г.И. Григорьев^{1,4}, А.Г. Григорьева³, Р. Мизерене²,
С.Г. Григорьев³, В.А. Мильчакова^{1,4}, С. Мизерас⁴

ПОВТОРНЫЕ ОБРАЩЕНИЯ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ ЗА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ

¹ Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова (Россия, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41);

² Психотерапевтический кабинет
(Литовская Республика, г. Кретинга, ул. Кястучио, д. 18);

³ Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6);

⁴ Международный институт резервных возможностей человека
(Россия, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11).

На основе катamnестического наблюдения 9432 пациентов, пролеченных в Международном институте резервных возможностей человека (МИРВЧ) по поводу алкоголизма и повторно обратившихся за психотерапевтической помощью по поводу алкоголизма, определены их клинические и психологически-установочные характеристики. Дана оценка длительности ремиссии и длительности рецидива, а также связь длительности ремиссии и длительности рецидива со сроком взятго зарока у больных, повторно обратившихся за психотерапевтической помощью в МИРВЧ по поводу алкоголизма. Определены сроки обраше-

Григорьев Григорий Игоревич – д-р мед. наук проф., проф. каф. общ., мед. психологии и педагогики Сев.-Зап. гос. мед. ун-та им. И.И. Мечникова, директор Междунар. ин-та резервных возможностей человека (Россия, 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41), e-mail: grigorijgi@hotmail.com;

Григорьева Анастасия Григорьевна – врач-терапевт I клиники усовер. врачей Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, ул. Акад. Лебедева, д. 6);

Мизерене Рута – д-р медицины, врач-психиатр, директор Психотерапевтического кабинета (Литовская Республика, 97001, г. Кретинга, ул. Кястучио, д. 18); e-mail: meshkelis@yandex.ru;

✉ Григорьев Степан Григорьевич – д-р мед. наук проф., Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: gsg_rj@mail.ru;

Мильчакова Валентина Александровна – канд. психол. наук доц., доц. каф. общ., медиц. психологии и педагогики Сев.-Зап. гос. мед. ун-та им. И.И. Мечникова, мед. психолог Междунар. ин-та резервных возможностей человека (Россия, 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41), e-mail: vestnik-pst@yandex.ru;

Мизерас Саулус – канд. психол. наук, врач-психиатр, мед. психолог Междунар. ин-та резервных возможностей человека (Россия, 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11), e-mail: sauliusm@yandex.ru.

ния за лечебно-психологической помощью после начала рецидива в группах пациентов, давших церковный зарок в православном храме после первого лечения от алкоголизма и не дававших зарок. Выявлены основные причины нарушения зарока в группах больных с разным временем нарушения зарока.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, духовно ориентированная психотерапия, религиозный зарок, наркология, алкоголизм.

Введение

Для алкоголизма, как и для многих других хронических заболеваний, характерно перемежающееся течение с периодами ремиссии и рецидивов.

Ремиссией считается полное воздержание больного от употребления спиртных напитков не менее 6 мес. с сохранением всех расстройств, свойственных алкоголизму. Выделяют ремиссии терапевтические (наступают после проведенного лечения) и спонтанные (под влиянием соматических и/или социальных факторов).

Терапевтические ремиссии обусловлены качеством лечебных мероприятий, тяжестью заболевания и личностными особенностями больного. Воздержание от употребления алкоголя после лечения в течение 6–12 мес. считается терапевтической ремиссией, в течение 1–5 лет расценивается как хороший, а в течение более 5 лет – как очень хороший результат. Но и в этих случаях любое возобновление употребления алкоголя обычно ведет к потере контроля и возвращению всех проявлений алкогольной зависимости.

Изучению продолжительности терапевтической ремиссии при первичном антиалкогольном лечении уделено внимание многих авторов [3–5, 8, 9]. Детально изучены и факторы, влияющие на качество и длительность первой терапевтической ремиссии [4, 5].

Значимость различных факторов варьирует в зависимости от периода заболевания. Более всего нам близка точка зрения В.Ю. Завьялова (1988) [6], который считает общей причиной развития рецидивов заболевания, даже при очень длительных сроках воздержания, усилившуюся потребность в изменении психологического состояния, то есть актуализацию первичного (психического) влечения к алкоголю.

В Международном институте резервных возможностей человека, основанном в 1988 г., разработан и много лет успешно используется психотерапевтический метод лечения алкоголизма – духовно ориентированная психотерапия в форме целебного зарока (ДОПЦЗ).

Методология ДОПЦЗ включает данные естественнонаучного познания: учет клинических симптомов алкоголизма и обыденный здравый смысл, богословскую экзегезу и философскую рефлексию, духовный опыт и этические нормы христианства. Рациональность и медицинский прагма-

тизм в данном методе гармонично сочетаются с мистическим учением Церкви. Доступное для восприятия пациентов вербальное изложение научно-медицинской и духовно-религиозной информации, а также фабулы строго продуманного многоэтапного лечения обеспечивают высокое качество психотерапевтических результатов [4].

Общая организационная структура метода ДОПЦЗ получила письменное благословение митрополита Санкт-Петербургского и Ладожского Иоанна (ноябрь 1994 г.), а в 1996 г. патриарх Московский и всея Руси Алексей II и министр здравоохранения России А.Д. Царегородцев подписали «Соглашение о сотрудничестве», где говорилось и о совместной работе по организации и обеспечению деятельности церковных обществ и братств трезвости.

На сегодняшний день метод полностью соответствует «Основам социальной концепции Русской Православной Церкви», принятой на юбилейном Архиерейском соборе в 2000 г. Его организационно-структурная и лечебная последовательность детально описана в литературе [4, 5]. В 2003 г. было подписано новое «Соглашение о сотрудничестве между Министерством здравоохранения РФ и Русской Православной Церковью», и, таким образом, взаимодействие врачей и священников было окончательно узаконено как мирской, так и духовной властью [4].

В МИРВЧ в периоде от 23.01.1988 до 12.09.2015 г. пролечилось 65 506 человек, обратившихся по поводу зависимости от алкоголя. Мужчин было 55 967 (85,4 %), женщин – 9539 (14,6 %). Все они получили многократную психотерапевтическую помощь. Каждому из них первое лечение проводили по поводу алкоголизма. В дальнейшем больные алкоголизмом могли повторно лечиться от алкоголизма после наступившего рецидива или обращаться по поводу других зависимостей, находясь в ремиссии по поводу алкоголизма. По результатам более чем 10-летнего катамнестического наблюдения больные алкоголизмом разделены на 3 группы.

В 1-ю вошли пациенты, лечившиеся однократно по поводу алкоголизма – 52 934 человека (81 %). Анализ результатов лечения этой группы больных приведен в монографии «Духовно ориентированная психотерапия» под ред. проф. Г.И. Григорьева (2008 г.). По результатам исследования этой группы больных и анализа данных о результатах их лечения сотрудниками МИРВЧ защищено 11 диссертаций.

Во 2-ю группу вошли пациенты, лечившиеся несколько раз по поводу алкоголизма после наступившего рецидива – 10 651 (16 %).

3-ю группу составили пациенты, лечившиеся первично от алкоголизма, а затем, находясь в ремиссии по поводу алкоголизма, обратившиеся за помощью от других зависимостей (никотинизма, ожирения, наркомании или азартных игр) – 1922 (3 %).

Гендерный состав групп представлен в табл. 1.

Таблица 1
Гендерный состав групп больных алкоголизмом, n (%)

Пол	Группа			
	1-я	2-я	3-я	Общая
Мужской	44 956 (68,6)	9469 (14,5)	1543 (2,4)	55 968 (85,4)
Женский	7978 (12,2)	1182 (1,8)	379 (0,6)	9539 (14,6)
Всего	52 934 (80,8)	10 651 (16,3)	1922 (3,0)	65 507 (100,0)

В наших предыдущих публикациях приведены результаты исследования гендерно-возрастной, клинической и социально-психологической характеристик обратившихся больных, приведены результаты анализа выбора срока залога и длительности ремиссии разной продолжительности в зависимости от пола и возраста пациентов, от объема оказанной психотерапевтической помощи и других факторов [2, 4].

Не менее важный вопрос любого лечебного метода и оказанной помощи – как будут себя вести больные алкоголизмом в период рецидива. Литературные данные о повторных лечених при алкоголизме, как и о повторных ремиссиях, очень скудны и неполные. Некоторые авторы утверждают, что повторные ремиссии значительно короче предыдущих, другие указывают, что повторно лечиться от алкоголизма тем же методом в принципе нежелательно.

Тяжесть рецидива может быть различной. В части случаев рецидив протекает в форме псевдозапоев с употреблением тех же дозировок алкоголя, что и до наступления ремиссии, а длительность ежедневного потребления алкоголя не превышает продолжительности свойственных больному периодов пьянства. В этих случаях и форма потребления алкоголя, и поведение в опьянении, и тяжесть абстинентного синдрома остаются прежними [5].

Но также рецидив может протекать более тяжело, чем злоупотребление алкоголем, отмечавшееся до наступления ремиссии. Это выражается в удлинении псевдозапоев, возрастании суточных дозировок спиртного, резком утяжелении проявлений абстинентного синдрома, вплоть до появления судорожных припадков и развития алкогольных психозов.

Наконец, рецидив может отличаться меньшей тяжестью, чем запой, наблюдавшиеся до наступления ремиссии: больные пьянеют от меньших дозировок алкоголя, псевдозапой укорачиваются, суточные дозы алкоголя уменьшаются [9].

Цель исследования – анализ повторных обращений за психотерапевтической помощью в МИРВЧ по поводу алкоголизма.

Задачи исследования:

1) дать клиническую и психологически-установочную характеристику группы больных, повторно обратившихся за психотерапевтической помощью в МИРВЧ по поводу алкоголизма;

2) оценить длительность ремиссии и длительность рецидива пациентов, повторно обратившихся за психотерапевтической помощью в МИРВЧ по поводу алкоголизма, а также связь длительности ремиссии и длительности рецидива со сроком взятого зарока;

3) определить сроки обращения за лечебно-психологической помощью после начала рецидива в группах пациентов, давших церковный зарок в храме после первого лечения от алкоголизма и не дававших зарок;

4) выявить основные причины нарушения зарока в группах больных с различным временем нарушения зарока.

Материал и методы

Объектом исследования стала 2-я группа больных алкоголизмом (10 651 человек), из их числа катамнестическим наблюдением охвачено 9432 человека, или 88,6 %. Исследовательскую группу составили 89 % мужчин и 11 % женщин.

Обследование проводили на 14–25-е сутки добровольного воздержания от алкоголя, перед обращением на амбулаторное психотерапевтическое лечение в МИРВЧ. Пациенты подписывали информированное согласие на проведение обследования.

Клиническую оценку больных, в соответствии с критериями МКБ-10, проводил врач психиатр-нарколог. Критериями не включения в исследование являлись: I и III стадии синдрома зависимости от алкоголя (по критериям МКБ-10), коморбидная патология зависимости от алкоголя с эндогенными психическими, аффективными преморбидными расстройствами, ВИЧ-инфекцией и/или вирусным гепатитом С, сочетанное употребление алкоголя и других психоактивных веществ, острые психотические состояния, хронические соматические заболевания в стадии обострения.

Статистическая доказательность обеспечена расчетом относительных величин уровня и структуры, а также оценкой значимости различия относительных величин частоты с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты и их анализ

Решение 1-й задачи. Преобладающая давность злоупотребления алкоголем от 6 до 20 лет и более установлена у 70 % больных. Алкогольное окружение сформировано у 61 % пациентов. В суточном потреблении алкоголя, в пересчете на водку, преобладали высокие дозы – более 500 мл/сутки употребляли 60 % больных. Из алкогольных напитков предпочтение отдавалось водке (79 %), суррогаты употребляли 19 %, не употребляли алкоголь «в одиночку» только 14 % больных. Наличие запоев отметили 79 % пациентов, с преобладающей продолжительностью до 3 дней (44 %) и до 2 нед (31 %). Пытались самостоятельно прекратить пьянство 83 % больных. В продолжительности люцидных промежутков преобладали сроки от 1 нед до 1 мес (52 %). Длительные сроки воздержания от алкоголя (1 год и больше), которые возможно оценить как спонтанные ремиссии, отмечены у 11 % пациентов.

В трезвом состоянии хорошо понимали опасность употребления спиртного 84 %, однако при этом считали себя алкоголиками только 15 %. Таким образом, алкогольная анозогнозия в той или иной степени отмечалась у 85 %. В клинической структуре абстинентного синдрома наиболее часто встречались: астения – почти у 90 % пациентов, диссомния – у 86 %, потеря аппетита – у 83 % и тремор рук – у 71 % больных. Реже всего встречались пароксизмальные состояния (5 %) и предделириозные состояния (14 %).

33 % пациентов отмечали факт злоупотребления алкоголя родителями. На перенесенные в юношеском периоде травмы и заболевания указали 42 % больных (травмы головы – 9 %, органические заболевания ЦНС – 7 %, тяжелые психотравмы – 26 %). Личностные девиации в преморбиде по типу психопатических черт характера отметили 40 %.

Об алкогольном изменении личности по данным самооценки свидетельствуют следующие проявления: грубость – 59 %, раздражительность – 82 %, лживость – 47 %, пассивность – 54 %, другие расстройства – 51 %.

В период злоупотребления алкоголем отметили снижение интереса к работе 50 %, к семье – 43 %, к прошлым увлечениям – 61 % опрошенных. 63 % больных имели приводы в милицию из-за пьянства или связанных с ним событий.

Психологически-установочная характеристика больных по отношению к лечению и к трезвости оценивалась нами по следующим показателям: по мнению больного об употреблении алкоголя в обществе (за «культурное питье» – 70 %, за «сухой» закон – 30 %) и по источнику платы за лечение (средства, заработанные самостоятельно – 92 %, средства родственников, в редких случаях средства предприятия – 8 %).

Наибольшая доля пациентов (33,5 %) выбирала срок залога 5 лет: среди мужчин таких лиц было 34 % и среди женщин – 29,4 %. Со сроком залога на 3 года определились 24,9 % пациентов, 1 год – 18 %, на 10 лет – 8,6 %. Распределение мужчин и женщин в этих группах достоверных различий не показало. Срок залога на всю жизнь выбрали 14,9 % больных (13,9 % мужчин и 23,3 % женщин).

Деление пациентов на 3 возрастные подгруппы провели в соответствии с рекомендациями ВОЗ: 1-я – до 40 лет; 2-я – мужчины 40–60 лет, женщины 40–55 лет; 3-я – мужчины 60 лет и старше, женщины 55 лет и старше.

Распределение мужчин и женщин различных возрастных подгрупп по срокам выбранного залога при первом лечении (рис. 1) показывает, что во всех возрастных группах доля женщин, выбравших срок залога на всю жизнь, превышала долю мужчин. Максимально значимые различия были в старшей возрастной подгруппе.



Рис. 1. Распределение мужчин и женщин в возрастных группах по сроку залога (%)

Любой срок выбранного зарока может иметь два варианта реализации: 1) в виде полной ремиссии (ремиссия сохраняется в течение выбранного времени) или 2) ремиссия может быть прервана до завершения выбранного срока зарока. Ремиссия могла прерываться вследствие нарушения зарока по различным причинам или снятия зарока раньше намеченного срока с возможным развитием рецидива. Также возможен вариант продления зарока после завершения его срока с дальнейшим сохранением ремиссии. Чаще всего продлевали зарок пациенты, давшие его на 1 год – 17,6 %.

В течение 10-летнего наблюдения установили, что с увеличением срока выбранного зарока возрастает доля пациентов, нарушивших зарок внутри выбранного времени зарока (то есть не осуществивших свои планы). В группе больных, давших зарок на 1 год, таких лиц было 44,2 %, давших зарок на 10 лет – 75,5 % (рис. 2). От 6,8 до 11,5 % больных добровольно снимали зарок без нарушения до его окончания, и это практически не зависело от выбранного срока зарока.

Среди пациентов, давших зарок не употреблять алкоголь в течение 1 года, в ремиссии на весь срок удержались 49 %, давших зарок на 3 года – 33,1 %, на 5 лет – 26,6 %, на 10 лет – 13 % (см. рис. 2).

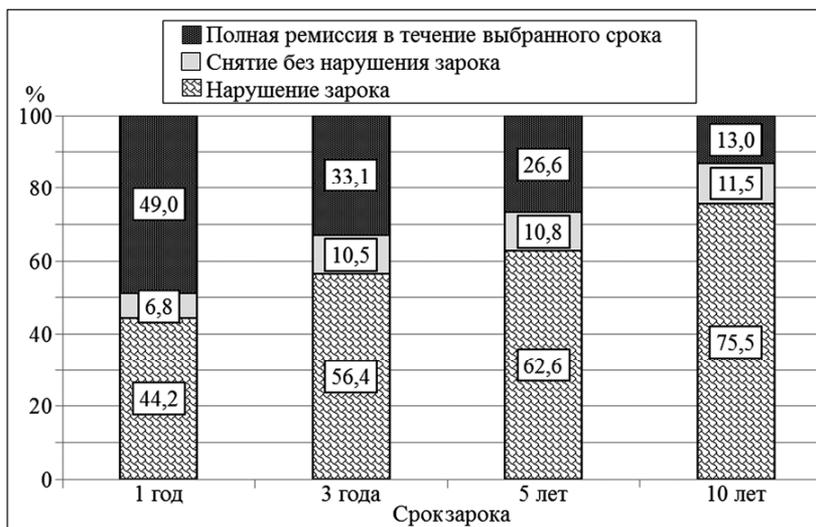


Рис. 2. Поведение пациентов внутри периода выбранного срока зарока (%)

Решение 2-й задачи. По данным литературы [3, 4], рецидивы в течение 1-го года наиболее часты. Большой интерес представляет анализ частоты рецидивов в течение 1-го года после лечения в зависимости от установки больного на трезвость при его обращении (то есть от выбранного им срока зарока при обращении).

Рецидивы после первого лечения в течение 1-го года наблюдались с частотой от 31 до 41 % в зависимости от выбранного срока зарока. В группе пациентов, выбравших срок зарока 1 год, частота рецидивов составила 37,2 %, выбравших 3 года – 34,9 %, 5 лет – 33,4 %, 10 лет – 30,9 %. В группе со сроком зарока на всю жизнь частота рецидивов оказалась максимальной и составила 41 % (рис. 3).

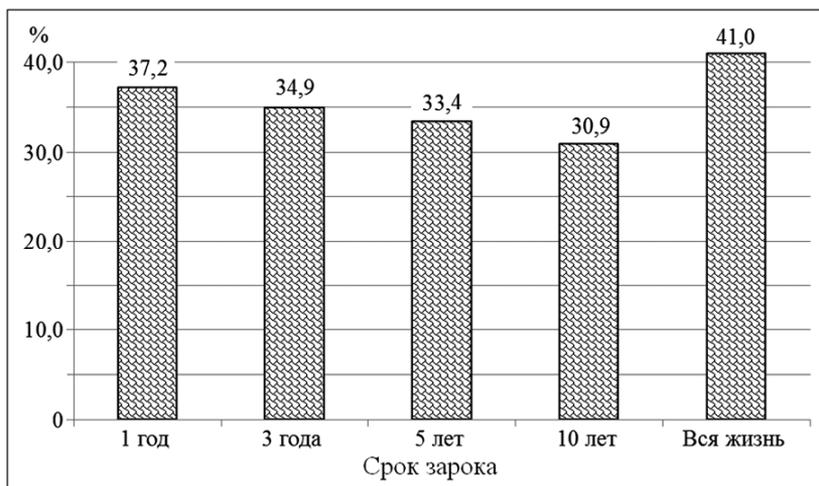


Рис. 3. Частота прерывания ремиссии в течение 1-го года после лечения (%)

Распределение пациентов с различными сроками зарока в зависимости от времени срывов в течение 1-го года (рис. 4) показывает, что избранный срок практически предопределяет распределение долей сорвавшихся по кварталам ($p < 0,05$). С увеличением выбранного срока зарока на конкретный период трезвости (1, 3, 5 и 10 лет) доля сорвавшихся в I квартале после сеанса психотерапии уменьшается с 46 до 32 %. В то же время увеличивается доля сорвавшихся в IV квартале – с 10 до 24 %. Своеобразно ведут себя пациенты, которые избрали срок зарока на всю жизнь. Их рас-

пределение оказалось практически однородным, как и у пациентов, давших зарок на 1 год.



Рис. 4. Доля пациентов, нарушивших зарок в течение 1-го года после лечения (%)

Решение 3-й задачи. Изучили факт и время обращения на повторное лечение больных, посетивших и не посетивших православный храм после первого лечения.

По данным предыдущих исследований, проведенных в МИРВЧ [3], известно, что посещение храма после первого лечения предопределяет достоверно более высокую частоту повторных обращений от алкоголизма в случае срыва первой ремиссии.

Пациенты, давшие дополнительно и церковный зарок в храме после первого лечения, в случае рецидива болезни достоверно ($p < 0,001$) чаще (18 %) обращались за повторной помощью, чем те, кто после первого лечения храм не посещали (только 14 %) [3].

Нами проведен анализ времени от начала рецидива до второго лечения в группах пациентов, давших церковный зарок в храме после первого лечения от алкоголизма и не дававших зарок.

Распределение пациентов в группах давших и не давших зарок в храме по длительности рецидива представлено в табл. 2. У 29 % больных,

давших церковный зарок в храме, длительность рецидива оказалась менее 1 мес, а доля таких больных из числа не давших зарок составила 17,9 %.

Таблица 2

Распределение пациентов по длительности времени от начала рецидива до обращения за повторным лечением

Длительность рецидива	Зарок в храме после первого лечения от алкоголизма				Всего	
	дали		не дали			
	п	%	п	%	п	%
До 1 мес	300	29,0	1511	17,9	1811	19,2
От 1 до 2 мес	110	10,6	846	10,0	956	10,1
От 2 до 3 мес	58	5,6	487	5,8	545	5,8
От 3 до 6 мес	99	9,6	1072	12,7	1171	12,4
От 6 мес до 1 года	116	11,2	1241	14,7	1357	14,4
От 1 года до 2 лет	101	9,8	1119	13,3	1220	12,9
От 2 до 3 лет	113	10,9	1029	12,2	1142	12,1
От 3 до 5 лет	31	3,0	266	3,2	297	3,1
От 5 до 10 лет	81	7,8	590	7,0	671	7,1
Более 10 лет	25	2,4	260	3,1	285	3,0
Всего	1034	100,0	8421	100	9455	100,0

В течение 1-го года после срыва первой ремиссии 66,2 % пациентов, давших церковный зарок в храме, обратились за повторным лечением. Доля таких пациентов в группе не дававших второго целебного зарока в храме оказалась достоверно ($p < 0,05$) меньшей и составила 61,2 %. Распределение пациентов по длительности рецидива в течение 1-го года представлено на рис. 5.

Как отмечено ранее, зарок может иметь два варианта реализации: 1) в виде полной ремиссии (в течение выбранного времени) или 2) ремиссия может быть прервана до завершения выбранного срока зарока и наступает рецидив.

Изучили связь длительности рецидива в зависимости от предыдущей ремиссии в двух подгруппах больных:

- 1-я – прервавших зарок до его окончания, не реализовав свою установку на трезвость;
- 2-я – пребывавших в трезвости до окончания взятого срока зарока.

В зависимости от длительности ремиссии больные 1-й подгруппы разделены еще на 5 подгрупп второго уровня: до 1 года, от 1 года до 2 лет,

2–3 года, от 3 до 5 лет, 5 лет и более. Больные 2-й группы разделены в зависимости от реализации взятого срока зарока: 1 год, 2 года, 3 года, 5 лет, 10 лет.

В каждой из этих подгрупп изучалось распределение больных по длительности рецидивов: 3 мес, от 4 до 6 мес, от 7 мес до 1 года, от 1 года до 2 лет, от 2 до 3 лет, от 3 до 5 лет, 5 лет и более.

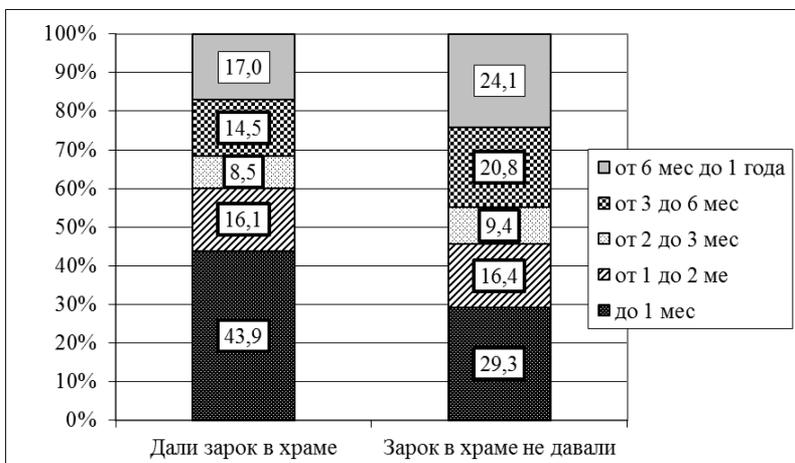


Рис. 5. Распределение пациентов по длительности рецидива в течение 1-го года (%)

В подгруппах второго уровня больных с любым сроком ремиссии 1-й подгруппы (рис. 6) длительность рецидива от 32 до 51 % больных составила 3 мес. При этом наибольшая доля пациентов оказалась в подгруппе с длительностью ремиссии до 1 года – 50,6 %, минимальная – в подгруппе с длительностью ремиссии 2 лет и более – 32 %. Распределение пациентов по другим срокам рецидива оказалось в интервале от 4,1 до 17,8 %.

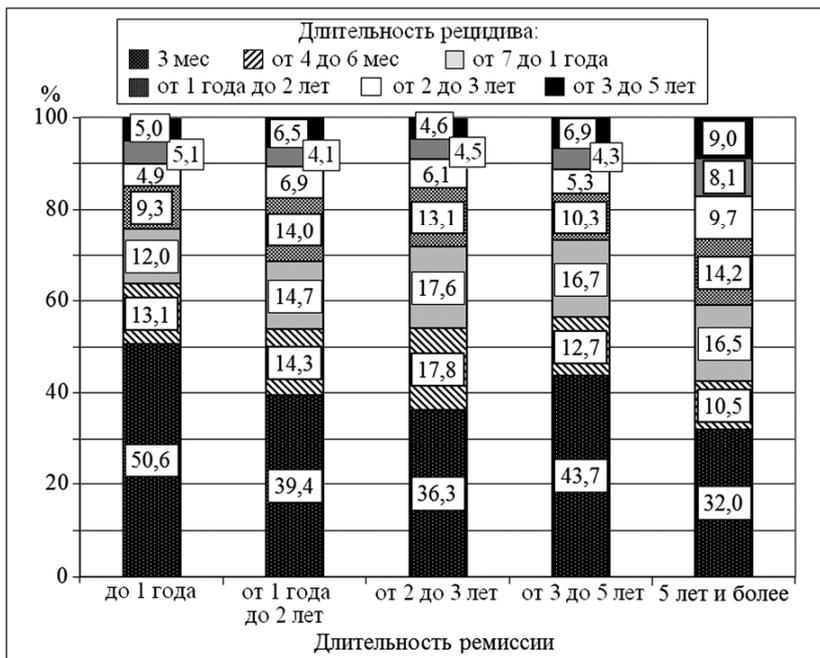


Рис. 6. Распределение больных 1-й подгруппы (нарушивших срок зарока) по длительности рецидива с различной длительностью ремиссии (%)

Другую картину представляет распределение больных, сохранивших срок зарока, по длительности рецидива в группах с различной длительностью ремиссии (рис. 7). С увеличением длительности ремиссии уменьшалась доля больных, у которых рецидив продолжался не более 3 мес (от 13,9 до 2,6 %), и увеличивалась доля больных с длительностью рецидива 5 лет и более (с 15,3 до 38,1 %).

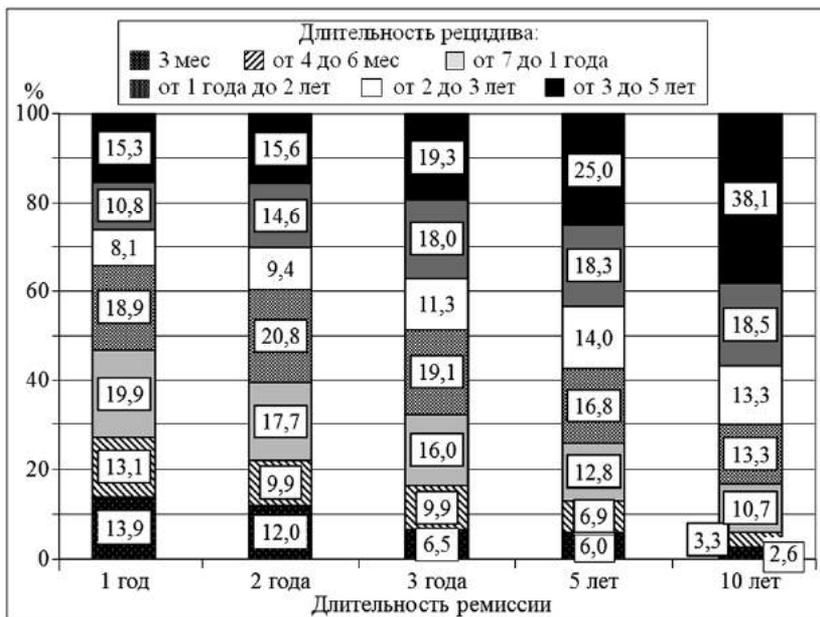


Рис. 7. Распределение больных 2-й подгруппы (сохранивших срок зарока) по длительности рецидива с различной длительностью ремиссии (%)

Решение 4-й задачи. Выделили два временных промежутка: нарушение произошло до 1 года и нарушение произошло через 1 год и позже.

При анализе причин нарушения в период до 1 года (рис. 8), интересным представляется тот факт, что доля больных, нарушивших зарок по причине сохранившегося влечения к алкоголю, оказалась максимальной в среде нарушивших зарок в первые 2 нед после лечения. С увеличением времени в ремиссии доля таких пациентов существенно ($p < 0,05$) снизилась: с 64 % в подгруппе сорвавшихся в первые 2 нед до 12 % в подгруппе сорвавшихся во 2-м полугодии. В то же время, существенно возростала доля пациентов, назвавших причиной нарушения зарока возобновление влечения к алкоголю в результате постоянного стресса (с 10 до 30 %) и влияния социальной среды (с 12 до 32 %). Вклад других причин в распределение причин нарушения зарока оказался не столь значимым.



Рис. 8. Распределение больных с различным временем нарушения зарока в течение 1-го года по причинам нарушения (%)

При нарушении зарока после 1 года пребывания в ремиссии преобладающими причинами нарушения его становятся влияние социальной среды (от 26 до 47 %) и возобновление влечения после стресса (от 24 до 35 %). Доля пациентов, не определивших причину нарушения зарока, составляла от 12 до 22 % во всех подгруппах (рис. 9).

Больные, давшие зорок, при его нарушении, как правило, обращаются в МИРВЧ для снятия зарока. Распределение таких больных по срокам от времени нарушения зарока до его снятия представлено на рис. 10, из которого видно, что 30 % больных, нарушивших зорок, обращаются в лечебную организацию для снятия последствий нарушения в течение 1-й нед, 60 % – в течение 1-го мес.



Рис. 9. Распределение больных с различным временем нарушения зарока по причинам нарушения (%)

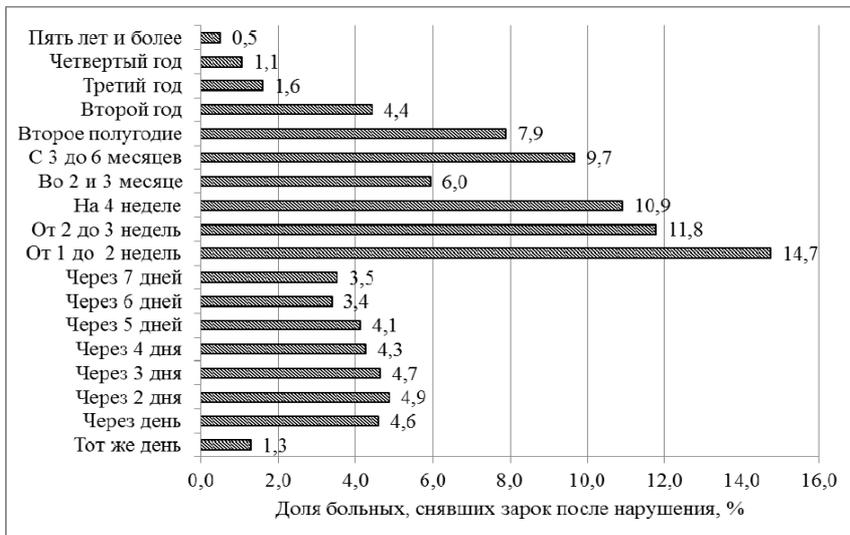


Рис. 10. Распределение больных по времени снятия зарока после его нарушения (%)

Выводы

1. Для повторного лечения от алкоголизма обращается около 16 % больных, пролеченных от алкоголизма методом духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока в Международном институте резервных возможностей человека.

2. Основной срок зарока при первом и втором лечении практически одинаков и в 60 % случаев составляет 3 и 5 лет. Выбор срока зарока зависит от пола и возраста пациентов.

3. Частота рецидивов в течение 1-го года после лечения зависит от установки на трезвость – выбранного срока зарока при поступлении на лечение. Чем установка на трезвость выше и выбранный срок зарока больше, тем ниже частота рецидивов в течение первого года после лечения.

4. Пациенты, определивший срок зарока на всю жизнь, рецидивируют с такой же частотой, как и пациенты, давшие зарок на 1 год.

5. Присутствие факта дачи зарока еще и в храме (церковного зарока) после первого лечения методом духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока демонстрирует положительное влияние на поведение больного во время ремиссии. Длительность рецидива существенно короче в группе больных, давших два зарока (врачу и в храме). В случае срыва ремиссии обращение больных на повторное лечение в этой группе достоверно чаще.

6. У больных, сохранивших свой выбранный срок зарока полностью, рецидивы проходят легче, и они обращаются на лечение существенно позже, чем больные, нарушившие зарок на каком-то этапе его реализации.

7. Почти $\frac{2}{3}$ больных после нарушения зарока обращаются для снятия зарока и последствий нарушения его в течение первого месяца после факта нарушения.

Литература

1. Боровиков В.П. Statistica: искусство анализа данных на компьютере : для профессионалов. – СПб. [и др.] : Питер, 2001. – 665 с.
2. Гофман Л.Г. Клиническая наркология. – М. : Миклош, 2003. – 214 с.
3. Григорьев Г.И. Грех как аддиктивное поведение: богословские основания и медико-психологический опыт исследования : монография. – СПб., 2014. – 472 с.
4. Духовно ориентированная психотерапия / под ред. Г.И. Григорьева. – СПб. : ВМедА, 2008. – 504 с.
5. Ерышев О.Ф. Этапы течения ремиссий при алкоголизме и профилактика рецидивов : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 1998. – 52 с.

6. Завьялов В.Ю. Необъявленная психотерапия. – М.: Акад. проект ; Екатеринбург : Деловая кн., 1999. – 250 с.

7. Кокс Д.Р., Оукс Д. Анализ данных типа времени жизни : пер. с англ. – М. : Финансы и статистика, 1988. – 191 с.

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

9. Скворцов Н.Л. Понятие ПАВ. Алкоголизм // Психиатрия и наркология : электрон. учеб. – URL: <https://sites.google.com/site/spbgmupsy2/obucenie/kurs-psihiatrii/5-kurs-lecebnyj-fakultet/elektronnyj-ucebnik-po-psihiatrii>.

Поступила 30.04.2017

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Григорьев Г.И., Григорьева А.Г., Мизерене Р., Григорьев С.Г., Мильчакова В.А., Мизерас С. Повторные обращения больных алкоголизмом за психотерапевтической помощью // Вестн. психотерапии. 2017. № 62 (67). С. 7–26.

PATIENTS WITH ALCOHOLISM REPEATEDLY SEEKING PSYCHOTHERAPY

**Grigoriev G.I.^{1,4}, Grigorieva A.G.², Mizerene R.³,
Grigoriev S.G.², Milchakova V.A.^{1,4}, Mizeras S.⁴**

¹ North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov
(Kirochnaya Str., 41, Saint-Petersburg, Russia);

² Kirov Military Medical Academy
(Academica Lebedeva Str., 6, Saint-Petersburg, Russia);

³ Psychotherapy office (Kyastuchio Str., 18, Kretinga, Republic Lithuania);

⁴ International Institute of Human Reserve Opportunities
(Pridorozhnaya alley, 11, Saint-Petersburg, Russia).

Grigorii Igorevich Grigoriev – Dr. Med. Sci. Prof., Professor of Department of General and Medical Psychology and Pedagogics, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (Kirochnaya Str., 41, Saint-Petersburg, 191015, Russia), Director, International Institute of Human Reserve Opportunities (Pridorozhnaya alley, 11, Saint-Petersburg, 194352, Russia), e-mail: grigori-jgi@hotmail.com;

Anastasia Grigoryevna Grigorieva – therapist, Clinic № 1 for postgraduate doctoral training, Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, Saint-Petersburg, 194044, Russia);

Ruta Mizerene – D.M., psychiatrist, Director of Psychotherapy Office (Kyastuchio Str., 18, Kretinga, 97001, Republic Lithuania), e-mail: meshkelis@yandex.ru;

✉ Stepan Grigoryevich Grigoriev – Dr. Med. Sci. Prof., Senior Research Associate of the research center of Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, Saint-Petersburg, 194044, Russia), e-mail: gsg_rj@mail.ru;

Valentina Aleksandrovna Milchakova – Cand. Psychol. Sci., Associate Professor, Associate Professor of Department of General and Medical Psychology and Pedagogics, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, clinical psychologist, International Institute of Human Reserve Opportunities (Kirochnaya Str., 41, Saint-Petersburg, 191015, Russia), e-mail: vestnik-pst@yandex.ru;

Saulius Mizeras – Cand. Psychol. Sci., psychiatrist, clinical psychologist, International Institute of Human Reserve Opportunities (Pridorozhnaya alley, 11, Saint-Petersburg, 194352, Russia), e-mail: sauliusm@yandex.ru.

Abstract. Based on the follow-up of 9432 patients treated at the International Institute of Human Reserve Opportunities (MIRVCh) for alcoholism and re-applied for alcoholism-related psychotherapy, their clinical characteristics and attitudes were studied. Duration of remission and relapse, as well as its relationship of with the term of the vow in patients repeatedly applied for alcoholism-related psychotherapy in MIRVCh were assessed. Time to seeking medical and psychological help was determined since the relapse beginning in groups of patients who had and had not given a church vow in the Temple after the first treatment against alcoholism. The main causes of vow breaking were revealed in the groups of patients who broke their vows at various times.

Keywords: clinical (medical) psychology, spiritually oriented psychotherapy, religious vow, narcology, alcoholism.

References

1. Borovikov V.P. Statistica: iskusstvo analiza dannyh na komp'yutere : dlja professionalov [Statistica: the art of data analysis on a computer: for professionals]. Sankt-Peterburg. 665 p. (In Russ)
2. Gofman L.G. Klinicheskaja narkologija [Clinical narcology]. Moskva. 2003. 214 p. (In Russ)
3. Grigor'ev G.I. Greh kak additivnoe povedenie: bogoslovskie osnova-nija i mediko-psihologicheskij opyt issledovanija [Sin as addictive behavior: theological grounds and medico-psychological experience of research]. Sankt-Peterburg. 2014. 472 p. (In Russ)
4. Duhovno orientirovannaja psihoterapija [Spiritually oriented psychotherapy]. Ed. G.I. Grigor'ev. Sankt-Peterburg. 2008. 504 p. (In Russ)
5. Eryshev O.F. Jetapy techenija remissij pri alkogolizme i profilaktika recidivov [Stages of the remission in alcoholism and the prevention of relapse]. Abstract dissertation Dr. Med. Sci. Sankt-Peterburg. 1998. 52 p. (In Russ)
6. Zav'jalov V.Ju. Neobjavlenaja psihoterapija [Undeclared psychotherapy]. Moskva ; Ekaterinburg. 1999. 250 p. (In Russ)

7. Cox D.R., Oakes D. Analysis of survival data : Transl. English. Moskva. 1988. 191 p. (In Russ)

8. Mizerene R.V. Ocenka i prognoz dlitel'nosti remissii pri lechenii alkoholizma metodom jemocional'no-jesteticheskoj psihoterapii [Estimation and prognosis of the duration of remission in the treatment of alcoholism using emotional-aesthetic psychotherapy]: Abstract dissertation PhD Med. Sci.. Sankt-Peterburg. 2000. 24 p. (In Russ)

9. Skvorcov N.L. Ponjatie PAV. Alkoholizm. Psihiatrija i narkologija [Alcoholism. Psychiatry and narcology]. URL: <https://sites.google.com/site/spbgmupsy2/obucenie/kurs-psihiatrii/5-kurs-lecebnyj-fakultet/elektronnyj-ucebnik-po-psihiatrii>. (In Russ)

Received 30.04.2017

For citing. Grigor'ev G.I., Grigor'eva A.G., Mizerene R., Grigor'ev S.G., Mil'chakova V.A., Mizeras S. Povtornye obrashhenija bol'nyh alkoholizmom za psihoterapevticheskoj pomoshh'ju. *Vestnik psikhoterapii*. 2017. N 62. Pp. 7–26. **(In Russ.)**

Grigoreiv G.I., Grigorieva A.G., Mizerene R., Grigoriev S.G., Milchakova V.A., Mizeras S. Patients with alcoholism repeatedly seeking psychotherapy. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2017. N 62. Pp. 7–26.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНО-ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Северный государственный медицинский университет
(Россия, г. Архангельск, Троицкий пр., д. 51)

Представлено обоснование интегративных аспектов групповой психотерапии на примере образно-игровой сказкотерапии, использующей творческий потенциал личности и направленной на устранение болезненной симптоматики, восстановление внутрисемейных отношений, социально-психологическую адаптацию, а также формирование психологической устойчивости к психотравмирующим ситуациям у детей и подростков с нервно-психическими расстройствами. Показана роль составных элементов арт-терапии, музыкотерапии, психодрамы, семейной терапии в рамках междисциплинарного/межпрофессионального психотерапевтического направления. Обосновано взаимодействие государственных и общественных организаций, занимающимися медицинскими и социальными проблемами детей, подростков и их семей.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, психотерапия, групповая психотерапия, сказкотерапия, междисциплинарно-интегративный подход, дети и подростки, нервно-психические расстройства.

Введение

В формировании и динамике непсихотических форм психической патологии и нарушений поведения у детей и подростков средовые факторы играют ведущую роль [5]. В перечень влияющих на растущий организм и адаптационный потенциал ребенка психологических и социальных факторов риска современный этап развития общества вынуждает включать широкое распространение стрессовых ситуаций, дестабилизацию жизни, военные действия, межэтнические конфликты, чрезвычайные ситуации, их последствия и многие иные [12, 15]. Многообразие взглядов на этиопатогенез психических расстройств у детей обуславливает необходимость мультидисциплинарных исследований и актуальность использования новых подходов к построению лечебно-реабилитационных программ, как для

✉ Миткевич Владимир Анатольевич – канд. мед. наук, доц. каф. психиатрии и клинич. психологии, Сев. гос. мед. ун-т (Россия, 163000, Архангельск, Троицкий пр., д. 51), e-mail: birina@ Rambler.ru;

Соловьев Андрей Горгоньевич – д-р мед. наук проф., зав. каф. психиатрии и клинич. психологии, Сев. гос. мед. ун-т (Россия, 163000, Архангельск, Троицкий пр., д. 51), e-mail: ASoloviev1@yandex.ru.

комплексного подхода к диагностике, так и профилактике отдаленных последствий поражения центральной нервной системы [3]. Служба детской психиатрии должна выйти за рамки традиционных форм помощи, что позволит добиться ее максимальной эффективности [7].

Интегративные процессы в сфере медицины, а также смежных наук, дают возможность психотерапевтам заимствовать те или иные методы из других дисциплин, что продиктовано стремлением повышения эффективности психотерапии. Важнейшей характеристикой интегративного движения в психотерапии является учет психотерапевтом при выборе методов не столько собственных теоретических позиций, сколько индивидуальных клиничко-психологических особенностей личности и болезни, а также потребностей пациента [2]. Вместе с тем, несмотря на значительное число работ, посвященных проблемам детской психиатрии и психотерапии, в настоящее время недостаточно изучены междисциплинарные и интегративные подходы в этой области, в частности между психотерапией и искусством, что и определило необходимость обоснования нового научного направления психотерапии детей и подростков, имеющих нарушения в нервно-психической сфере и членов их семей.

Цель – обоснование интегративных и междисциплинарных аспектов групповой психотерапии детей и подростков с нервно-психической патологией на примере образно-игровой сказкотерапии.

Методология исследования

Групповая психотерапия создает уникальную терапевтическую ситуацию, связанную с включением пациента в реальное взаимодействие с другими людьми, при которой возникают условия интенсивного психологического воздействия на все плоскости личностного функционирования. Групповая психотерапия с неизбежностью подводит к использованию приемов, предназначенных для воздействия на когнитивные, эмоциональные и поведенческие аспекты личности, разработанных в рамках различных терапевтических подходов [2].

Сказкотерапия – направление практической психологии и групповой психотерапии, использующее метафорические ресурсы сказки, что позволяет людям развить самосознание и построить особые уровни взаимодействия друг с другом, создает условия для становления их субъектности. Сказки, как и игра, – важная сторона жизни детей, которую необходимо поддерживать и всячески использовать в терапевтических целях. Современный этап этого направления связан с формированием концепции ком-

плексной сказкотерапии, с пониманием ее как органичной человеческому восприятию воспитательной системы, проверенной многими поколениями наших предков, которую можно использовать в работе с детьми с нервно-психической патологией [4].

Игра, по многим причинам, является важным инструментом терапии. Поскольку один из аспектов игры – установление взаимоотношений, то игра может использоваться для формирования отношений между ребенком и терапевтом. В игре легко инициировать взаимодействие, легко добиться близости с ребенком и легко сформировать чувство безопасности. Вторая причина эффективности игры в терапии – самораскрытие ребенка, осознанное или неосознанное. В процессе игры терапевт может многое узнать о ребенке, избегая болезненных вопросов, просто наблюдая за ним и отслеживая невербальную информацию, которую он транслирует. Наконец, игра может использоваться, чтобы помочь ребенку решить проблемы и узаконить невербальные стратегии, как нормальный инструмент терапевтического процесса. Эти три аспекта игры можно обозначить как функции общения, самораскрытия и исцеления, аналогично функциям саморазвития, общего развития и общения в повседневной жизни.

Предложенный нами вариант образно-игровой сказкотерапии является методом групповой психотерапии, использующим творческий потенциал личности и направленным на устранение болезненной симптоматики, восстановление внутрисемейных отношений, социально-психологическую адаптацию, а также формирование психологической устойчивости к психотравмирующим ситуациям у детей и подростков с нервно-психическими расстройствами [9]. Групповая форма сказкотерапии сочетается с индивидуальным подходом к пациенту в соответствии с его личностными, социальными, семейными особенностями и имеющейся болезненной симптоматикой. К психотерапевтическому процессу привлекается вся семья ребенка, в некоторых занятиях участвуют родители. Используемый нами психотерапевтический процесс построен так, что в нем интегрируются как игровой, так и сказкотерапевтический групповые методы лечения с элементами арт-терапии, музыкотерапии и психодрамы.

Изобразительная деятельность является одной из наиболее характерных и ярко выраженных форм реагирования детей на окружающее. Рисование в арт-терапии рассматривается как специальная техника, позволяющая осуществлять балансировку физического, психического и эмоционального состояния ребенка посредством выбора адекватных методов оздоровления, психологической коррекции, социальной терапии, а также

психотерапевтических процедур [13]. Эффективность применения творческих методов в контексте лечения основывается на воздействии на эмоциональную сферу, а также личностные особенности для устранения у ребенка болезненной симптоматики и адаптации его в обществе и семье, вовлечения в активную творческую деятельность [11].

Музыка традиционно считается одним из мощнейших средств регуляции эмоциональной составляющей психической деятельности человека. Музыкальная психотерапия – эффективный, но недостаточно изученный отечественной психологией метод воздействия на сознание человека в результате включения его в разные виды музыкальной деятельности [10]. Музыкалотерапия проводится нами в пассивном и активном вариантах, с использованием простых музыкальных инструментов и совместного пения.

Исцеляющее воздействие психодрамы как группового метода во многом связано и с тем, что психологическая правда клиента предъясвляется им в ситуации безопасности и эмоционального принятия. В психодраме используются все три временных измерения с акцентом на «сейчас», но в условиях драмы можно решать проблемы прошлого и будущего, как будто они происходят в настоящем [8].

Одновременно проводится и семейная психотерапия с родителями детей и подростков, которая играет важную роль в лечении любой нозологической формы пограничных психических расстройств. Задача психотерапевта заключается в том, чтобы в результате совместной психотерапии родители более адекватно и внимательно относились к ребенку, понимали и изменяли свои отношения, что важно в преодолении вновь возникающих трудностей; как следствие, происходит оптимизация семейных взаимоотношений.

На наш взгляд, интеграция этих методов психотерапии наиболее оптимальна в лечении детей и подростков с пограничной нервно-психической патологией.

Другим аспектом нашего исследования являлся междисциплинарный подход: к работе с детьми и подростками привлекались психиатры, психотерапевты, психологи, художники, артисты, музейные педагоги.

До настоящего времени в детской психиатрии нет устоявшихся, основанных на доказательном подходе форм мультидисциплинарного взаимодействия [16]. Особенно перспективным в создании более скоординированного плана услуг считается междисциплинарное/межпрофессиональное направление. Междисциплинарная команда характеризуется определенным порядком взаимодействия. Регулярные встречи представляют собой,

главным образом, обсуждение случаев. Применяя интерактивный подход для оказания более качественных услуг клиенту, команда может вступать во взаимодействие с какими-либо другими службами или передавать им роль лидера в оказании целевых услуг.

Для обеспечения оптимального режима работы группы необходимо соблюсти необходимый баланс между профессиональной автономией членов группы и их совместной деятельностью, а также создать четкую систему, в которой каждый член группы был бы ответственен за определенную часть работы. При работе с клиентом междисциплинарные группы проходят следующие этапы деятельности: рассмотрение случая, обмен мнениями, распределение обязанностей между членами, оценка ситуации и планирование вмешательства, вмешательство, анализ проделанной работы и ее завершение. Междисциплинарная практика рассматривает работу людей с различной профессиональной подготовкой, как совместную, с единым подходом для достижения общей цели [14].

В междисциплинарной команде во главе стоит руководитель, который координирует совместную деятельность и определяет ответственность каждого члена за определенную часть работы. Так, врач-психиатр выявляет особенности нервно-психического статуса ребенка, нарушения его внутрисемейного и социального функционирования и, при наличии показаний, направляет к психотерапевту для проведения групповых занятий. Психологи, артисты ответственны за сказкотерапевтическую и психодраматическую часть работы, художник – арт-терапевтическую, музыкант – музыка- и вокало-терапевтическую. Команда объединена общей целью и общим подходом для реализации поставленных задач.

Еще одним ресурсом сотрудничества в последние годы стало взаимодействие государственных организаций с общественными, занимающимися медицинскими и социальными проблемами детей и их семей [1]. Примером эффективного взаимодействия в реализации групповой образно-игровой сказкотерапии в г. Архангельске является успешное сотрудничество трех организаций: Северного государственного медицинского университета (СГМУ), Государственного музейного объединения (ГМО) «Художественная культура Русского Севера» и Архангельской региональной общественной организации «Адаптационно-коррекционный центр “ЭГО”» (АКЦ «ЭГО»). СГМУ как центр сосредоточения теоретических и прикладных медицинских и психологических знаний осуществляет научное руководство исследованиями. ГМО «Художественная культура Русского Севера» предоставляет студийные помещения и экспозиции для проведения за-

ятий. Активное участие в работе этой организации особенно важно, так как музеи представляют собой часть того неагрессивного пространства, где создается непринужденная обстановка для встреч людей, чье воображение дает импульс творчеству и инновациям, помогая создавать банк идей, там могут создаваться проекты, направленные на решение сложнейших социальных проблем, таких как наркомания или социальная отчужденность и т. д. [6]. АКЦ «ЭГО», миссией которого является привлечение внимания общественности к проблемам детей и подростков с отклонениями в развитии и работа с ними, контактирует со специалистами и проводит психотерапевтические мероприятия.

Заключение

Таким образом, межведомственный интегративно-междисциплинарный подход в осуществлении нового метода – групповой образно-игровой сказкотерапии является перспективным направлением в организации психотерапевтической помощи детям и подросткам с нервно-психическими расстройствами.

Литература

1. Агарков А.П., Агарков А.А., Логунцова О.Н. Научно-организационные проблемы оказания психоневрологической помощи в детско-подростковом возрасте // Сиб. вестн. психиатрии и наркологии. – 2004. – № 3. – С. 37–40.
2. Александров А.А. Интегративная психотерапия. СПб. [и др.] : Питер, 2009. – 352 с.
3. Бочарова Е.А., Корытова Н.Г., Труфанова Л.В. [и др.]. Проблемы ранней диагностики и профилактики отдаленных последствий перинатального поражения центральной нервной системы // Рос. педиатр. журн. – 2003. – № 3. – С. 52–54.
4. Бремс К. Полное руководство по детской психотерапии. – М. : Эксмо-Пресс, 2002. – 640 с
5. Корень Е.В. Психосоциальная реабилитация детей и подростков с психическими расстройствами в современных условиях // Соц. и клинич. психиатрия. – 2008. – № 4. – С. 5–14.
6. Лэндри Ч. Лицом к будущему // Музеи. Маркетинг. Менеджмент : практ. пособие. – М. : Прогресс-Традиция, 2001. – С. 14–23.
7. Макаров И.В. Организация психиатрической помощи детям и подросткам // Педиатрия. Журн. им. Н.Г. Сперанского. – 2004. – № 3. – С. 74–77.
8. Методы и техники практической психологии / под общ. ред. Л.М. Попова, С.В. Петрушина. – СПб. : Речь, 2007. – 224 с.
9. Миткевич В.А., Соловьев А.Г. Групповая образно-игровая сказкотерапия // Вестн. психотерапии. – 2011. – № 37 (42). – С. 19–29.

10. Петрушин В.И. Интеграция музыкальной психотерапии с концепциями ведущих направлений психотерапии и консультирования // Психотерапия. – 2006. – № 2. – С. 14–23.

11. Полищук Ю.И. Значение гуманитарной составляющей в психиатрии // Обзор. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 2006. – № 2. – С. 7–9.

12. Поляшова Н.В., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Адаптационный потенциал младших школьников и его взаимосвязь с параметрами физического развития // Экология человека. – 2008. – № 2. – С. 34–38.

13. Сизова А.В. Арттерапия как направление психолого-педагогической помощи детям с проблемами в развитии // Коррекц. педагогика. – 2005. – № 3. – С. 76–80.

14. Фукс Д. Возрастающая роль социальной работы и ее влияние на прогрессивные перемены в системе психиатрической помощи в России // Соц. и клинич. психиатрия. – 2005. – № 2. – С. 24–29.

15. Чичерин Л.П. Актуальные вопросы организации медико-психологической помощи детям и подросткам // Вестн. соц. и коррекц.-реабилитационной работы. – 2002. – № 4. – С. 29–39.

16. David-Ferdon C., Kaslov N. J. Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression // J. Clinical Child Adolescent Psychology. – 2008. – Vol. 37, N 1. – P. 62–104.

Поступила 30.05.2017

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Миткевич В.А., Соловьев А.Г. Междисциплинарно-интегративный подход в психотерапевтической помощи детям и подросткам с невротическими расстройствами // Вестн. психотерапии. 2017. № 62 (67). С. 27–35.

INTERDISCIPLINARY AND INTEGRATIVE APPROACH TO THE PSYCHOLOGICAL CARE OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH NEUROTIC DISORDERS

Mitkevich V.A., Soloviev A.G.

Northern State Medical University
(Troitsky Ave., 51, Arkhangelsk, Russia)

✉ Vladimir Anatol'evich Mitkevich – PhD Med. Sci., Associate Prof. of Psychiatry and Clinical Psychology Department, Northern State Medical University (Troitsky Ave., 51, Arkhangelsk, 163000, Russia), e-mail: birina@rambler.ru;

Andrey Gorgonyevitch Soloviev – Dr. Med. Sci. Prof., Head of Psychiatry and Clinical Psychology Department, Northern State Medical University (Troitsky Ave., 51, Arkhangelsk, 163000, Russia), e-mail: asoloviev1@yandex.ru.

Abstract. A study of the integrative aspects of group psychotherapy on the example of figurative game of fairytale therapy had been presented, that uses the creative potential of the individual and aimed at eliminating the painful symptoms, restore family relationships, socio-psychological adaptation and development of psychological resilience to traumatic situations in children and adolescents with neuropsychiatric disorders. The role of the constituent elements – art therapy, music therapy, psychodrama, family therapy within the interdisciplinary / interprofessional psychotherapeutic directions had been shown. The author proves the interaction of state and public organizations involved in health and social problems of children, adolescents and their families.

Keywords: clinical (medical) psychology, psychotherapy, group psychotherapy, therapy interdisciplinary integrative approach, children and adolescents, neuropsychological disorders.

References

1. Agarkov A.P., Agarkov A.A., Loguntsova O.N. Nauchno-organizatsionnye problemy okazaniya psikhonevrologicheskoi pomoshchi v detsko-podrostkovom vozraste [Scientific and organizational problems of providing neuropsychiatric care in children and adolescence]. *Sibirskii vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Journal of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2004. N 3. Pp. 37–40. (In Russ)
2. Aleksandrov A.A. Integrativnaya psikhoterapiya [Integrative psychotherapy]. Sankt-Peterburg. 2009. 352 p. (In Russ)
3. Bocharova E.A., Korytova N.G., Trufanova L.V. [et al.]. Problemy rannei diagnostiki i profilaktiki otdalennykh posledstviy perinatal'nogo porazheniya tsentral'noi nervnoi sistemy [An early diagnosis and prevention of remote consequences of perinatal lesion to the central nervous system]. *Rossiiskii pediatricheskii zhurnal* [The Russian journal of pediatrics]. 2003. N 3. Pp. 52–54. (In Russ)
4. Brems K. Polnoe rukovodstvo po detskoj psikhoterapii [Comprehensive guide to child psychotherapy]. Moskva. 2002. 640 p. (In Russ)
5. Koren E.V. Psikhosotsial'naya reabilitatsiya detei i podrostkov s psikhicheskimi rasstroistvami v sovremennykh usloviyakh [Psychosocial rehabilitation of children and adolescents with mental disorders: modern perspective]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2008. N 4. Pp. 5–14. (In Russ)
6. Lendri Ch. Litsom k budushchemu [To the future]. Muzei. Marketing. Menedzhment [Museums, Marketing, Management]. Moskva. 2001. Pp. 14–23. (In Russ)
7. Makarov I.V. Organizatsiya psikiatricheskoi pomoshchi detyam i podrostkam [Organization of children and adolescent psychiatric care service]. *Pediatrica. Zhurnal imeni N.G. Speranskogo* [Pediatrics named after G.M. Speransky]. 2004. N 3. Pp. 74–77. (In Russ)
8. Metody i tekhniki prakticheskoi psikhologii [Methods and techniques of practical psychology]. Eds.: L.M. Popov, S.V. Petrushin. Sankt-Peterburg. 2007. 224 p. (In Russ)

9. Mitkevich V.A., Soloviev A.G. Gruppovaya obrazno-igrovaya skazkotterapiya [Group image-game fairy-tale therapy]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2011. N 37. Pp. 19–29. (In Russ)

10. Petrushin V.I. Integratsiya muzykal'noi psikhoterapii s kontseptsiyami vedushchikh napravlenii psikhoterapii i konsultirovaniya [Integration of music therapy with the concepts of leading directions of psychotherapy and counseling]. *Psikhoterapiya* [Psychotherapy]. 2006. N 2. Pp. 14–23. (In Russ)

11. Polishchuk Yu.I. Znachenie gumanitarnoi sostavlyayushchei v psikhiiatrii [The importance of human component in psychiatry]. *Obzrenie psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2006. N 2. Pp. 7–9. (In Russ)

12. Polyashova N.V., Soloviev A.G., Novikova I.A. Adaptatsionnyi potentsial mladshikh shkol'nikov i ego vzaimosvyaz' s parametrami fizicheskogo razvitiya [Adaptative potential of junior schoolchildren and its interaction with parameters of physical development]. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2008. N 2. Pp. 34–38. (In Russ)

13. Sizova A.V. Artterapiya kak napravlenie psikhologo-pedagogicheskoi pomoshchi detyam s problemami v razvitiu [Art therapy as the direction of psychological and pedagogical assistance to children with problems in development]. *Korreksionnaya pedagogika* [Correctional pedagogy]. 2005. N 3. Pp. 76–80. (In Russ)

14. Fuchs D. Vostrastayushchaya rol' sotsial'noi raboty i ee vliyanie na progressivnye peremeny v sisteme psikhiiatricheskoi pomoshchi v Rossii [The rapidly emerging of role of social work and its implications for effecting progressive change in the mental health system in Russia]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2005. N 2. Pp. 24–29. (In Russ)

15. Chicherin L.P. Aktual'nye voprosy organizatsii mediko-psikhologicheskoi pomoshchi detyam i podrostkam [Urgent issues of organization of medical-psychological help to children and adolescents]. *Vestnik sotsial'noi i korrektsionno-reabilitatsionnoi raboty* [Bulletin of social and correctional reabiative work]. 2002. N 4. Pp. 29–39. (In Russ)

16. David-Ferdon C., Kaslov N.J. Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression. *J. Clinical Child Adolescent Psychology*. 2008. Vol. 37, N 1. Pp. 62–104. (In Russ)

Received 30.05.2017

For citing. Mitkevich V.A., Soloviev A.G. Mezhdistsiplinarno-integrativnyi podkhod v psikhoterapevticheskoi pomoshchi detyam i podrostkam s nevroticheskimi rasstroistvami. *Vestnik psikhoterapii*. 2017. N 62. Pp. 27–35. (In Russ.)

Mitkevich V.A., Soloviev A.G. Interdisciplinary and integrative approach to the psychological care of children and adolescents with neurotic disorders. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2017. N 62. Pp. 27–35.

**МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО КОНТРАКТУ
(РЯДОВЫЕ, СЕРЖАНТЫ, СТАРШИНЫ) В 2003–2016 ГГ.**

¹ Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6);

² Всероссийский центр экстренный и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2).

Проведен статистический анализ 60 % медицинских отчетов о состоянии здоровья личного состава и деятельности медицинской службы воинских частей по форме 3/МЕД за период с 2003 по 2016 г. Установлен невысокий вклад психических расстройств в структуру обобщенных показателей нарушений здоровья у военнослужащих по контракту, однако доля увольняемости по психическим расстройствам сохраняется на высоком уровне, что обуславливает их социальную значимость. Среднегодовой уровень общей заболеваемости психическими расстройствами военнослужащих по контракту составил ($5,45 \pm 0,34$) %, первичной заболеваемости – ($2,88 \pm 0,19$) %, динамического диспансерного наблюдения – ($0,92 \pm 0,09$) %, госпитализации – ($2,35 \pm 0,25$) %, дней нетрудоспособности – ($51,8 \pm 6,2$) %, увольняемости по здоровью – ($0,08 \pm 0,14$) %. Полиномиальные тренды перечисленных показателей расстройств здоровья за исключением нетрудоспособности показывали тенденции их уменьшения. Отмечается тенденция увеличения дней нетрудоспособности. Для повышения уровня психического здоровья военнослужащих по контракту, в первую очередь, необходимо оптимизировать психо-

Шамрей Владислав Казимирович – д-р мед. наук проф., нач. каф. психиатрии, гл. психиатр Вооруженных сил России, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: shamreyv.k@yandex.ru;

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

Лобачев Александр Васильевич – канд. мед. наук, докторант каф. психиатрии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: doctor.lobachev@gmail.com;

Григорьев Степан Григорьевич – д-р мед. наук проф., Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: gsg_gj@mail.ru;

Сивашенко Павел Павлович – канд. мед. наук, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6), e-mail: pavel-siv@yandex.ru.

профилактическую работу в отношении невротических расстройств, связанных со стрессом, соматоформных расстройств и расстройств поведения.

Ключевые слова: психиатрия, военная медицина, военнослужащие по контракту, психическое расстройство, заболеваемость, госпитализация, трудопотери, увольняемость.

Введение

В 1993 г. был принят Федеральный закон «О воинской обязанности и военной службе», который ввел в армию институт контрактной службы. В соответствии с реформой к военнослужащим контрактной службы стали относить лиц, заключивших контракт на прохождение военной службы [1, 12]. С 2008 г. началась новая организационно-штатная реформа Вооруженных сил (ВС) России, что способствовало ликвидации всех должностей прапорщиков и мичманов, сокращению на $\frac{1}{3}$ офицерских должностей и увеличению военнослужащих по контракту (рядовых, сержантов и старшин) в 2 раза. Тем не менее, задача формирования ВС России на контрактной основе не была реализована полностью, кроме того, снизились требования к кандидатам [15], желающим поступить на военную службу по контракту, что могло привести к снижению эффективности «барьерного» элемента психопрофилактической работы.

Научные публикации, связанные с изучением вопросов профилактики психических расстройств среди военнослужащих по контракту, в основном раскрывают психолого-педагогические проблемы (физического развития, психических качеств, профессиональной адаптации и пр.) совершенствования боеспособности у военнослужащих [5, 6, 10]. Кроме того, исследования по изучению психического здоровья военнослужащих по контракту немногочисленны [7, 11, 16].

Ряд авторов указывает, что неблагоприятные факторы военного труда, воздействующие на военнослужащих по контракту, во многом определяются качеством жизни [2] и, в частности, профессиональными отношениями в коллективе и условиями военной службы [3, 4, 9]. Также установлено, что по сравнению с военнослужащими по призыву у военнослужащих по контракту адаптация к новым условиям военной службы формируется в более короткие сроки и с меньшим напряжением функциональных систем организма [13]. Однако в перечисленных исследованиях не были учтены последние медико-статистические показатели психического здоровья военнослужащих, проходящих военную службу по контракту.

Цель исследования – изучить медико-статистические показатели психического здоровья у военнослужащих по контракту для определения

основных направлений психопрофилактической работы в Вооруженных силах Российской Федерации.

Материал и методы

Провели статистический анализ медицинских отчетов о состоянии здоровья личного состава и деятельности медицинской службы по форме 3/МЕД воинских частей, в которых проходили службу около 60 % от общего числа личного состава в ВС России с 2003 по 2016 г. Рассчитали общепринятые медико-статистические показатели состояния здоровья военнослужащих:

- общую заболеваемость (обращаемость) – сумму всех (первичных и повторных) обращений за медицинской помощью к врачу в воинской части;
- первичную заболеваемость – сумму новых, ранее не зарегистрированных и впервые выявленных заболеваний у военнослужащего в воинской части. Единицей учета являлось первичное обращение;
- нуждаемость в диспансерном наблюдении военнослужащих, которые имеют отклонения в состоянии здоровья;
- заболеваемость с госпитализацией (госпитализацию) – число больных военнослужащих, направленных на стационарное лечение;
- заболеваемость с временной утратой трудоспособности (трудопотери) – величину потерь трудоспособности в днях по медицинским показаниям;
- увольняемость из ВС России по состоянию здоровья.

Для классификации болезней использовали Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10). В табл. 1 показаны группы (блоки) V класса «Психические расстройства и расстройства поведения» по МКБ-10.

Анализ медико-статистических показателей заболеваемости проведен по группам психических расстройств, показатели которых имели вклад в структуру анализируемых данных не менее 5 %. Данные о состоянии здоровья рассчитали на 1000 военнослужащих по контракту, или в ‰. Коэффициент смертности определяли на 100 тыс. военнослужащих.

Представлены средние арифметические показатели и ошибки средней величины ($M \pm m$). Динамику показателей здоровья исследовали с помощью анализа динамических рядов и расчета полиномиального тренда второго порядка. При расчете сконструированного обобщенного показателя нарушений психического здоровья военнослужащих по контракту вклад в структуру увольняемости группы психических расстройств умножали на

коэффициент 2, остальные данные имели коэффициент 1. На основе полуженной суммы структурных данных определяли комплексный показатель нарушения психического здоровья.

Таблица 1
Группы (блоки) психических расстройств и расстройств поведения
(V класс по МКБ-10)

Группа	Название	Таксон МКБ-10
1-я	Органические, включая симптоматические, психические расстройства	F00–F09
2-я	Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ	F10–F19
3-я	Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства	F20–F29
4-я	Расстройства настроения (аффективные расстройства)	F30–F39
5-я	Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства	F40–F48
6-я	Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами	F50–F59
7-я	Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте	F60–F69
8-я	Умственная отсталость	F70–F79
9-я	Расстройства психологического развития	F80–F89
10-я	Эмоциональные расстройства, расстройства поведения, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте	F90–F98
11-я	Неуточненные психические расстройства	F99

Результаты и их анализ

Общая заболеваемость. Среднегодовой уровень общей заболеваемости психическими расстройствами у военнослужащих по контракту был – $(5,45 \pm 0,34)$ ‰, уровень общей заболеваемости по всем классам МКБ-10 у данных военнослужащих – $(1032,08 \pm 37,99)$ ‰. В их структуре психические расстройства составили 0,54 % и 14-й ранг среди 15 классов болезней по МКБ-10. При низком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,51$) полиномиальный тренд показывал уменьшение доли психических расстройств в структуре общей заболеваемости по 15 классам МКБ-10 у военнослужащих по контракту в 2003–2016 гг.

Уместно заметить, что показатели уровня общей заболеваемости психическими расстройствами у офицеров $(8,07 \pm 0,81)$ ‰ [14] были статистически достоверно больше, чем у военнослужащих по контракту ($p < 0,001$).

Полиномиальный тренд общей заболеваемости психическими расстройствами у военнослужащих по контракту при низком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,59$) показывает уменьшение данных (рис. 1).



Рис. 1. Динамика уровня общей заболеваемости психическими расстройствами у военнослужащих по контракту

В табл. 2 представлен уровень общей заболеваемости у военнослужащих по контракту по группам психических расстройств V класса МКБ-10. Наибольшие показатели общей заболеваемости были у военнослужащих по контракту со 2-й и 5-й группой психических расстройств – $(0,95 \pm 0,13)$ и $(2,69 \pm 0,21)$ ‰ соответственно.

На рис. 2 изображена структура общей заболеваемости психическими расстройствами у военнослужащих по контракту, на рис. 3 – динамика этой структуры. 5 групп болезней (1-, 2-, 4-, 5-я и 7-я) составили 88 % вклада общей заболеваемости.

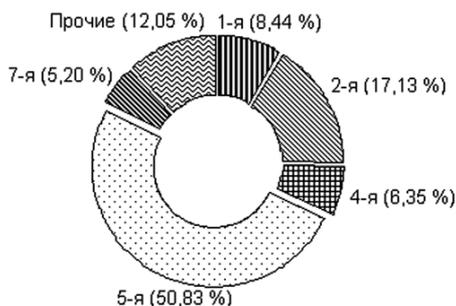


Рис. 2. Структура общей заболеваемости психическими расстройствами у военнослужащих по контракту (2003–2016 гг.)

Таблица 2

Уровень общей заболеваемости психическими расстройствами военнослужащих по контракту (%)

Группа	Год														
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2003–2016
1-я	0,23	0,07	1,08	0,74	0,37	1,20	0,95	0,96	0,27	0,13	0,20	0,26	0,12	0,08	0,48 ± 0,11
2-я	0,55	1,24	0,97	1,10	2,35	1,27	0,93	0,81	0,50	0,47	0,47	0,91	1,17	0,51	0,95 ± 0,13
3-я	0,08	0,09	0,11	0,22	0,26	0,35	0,33	0,36	0,48	0,23	0,21	0,10	0,09	0,04	0,21 ± 0,04
4-я	0,42	0,98	0,19	0,53	0,37	0,36	0,42	0,66	0,36	0,11	0,10	0,20	0,22	0,17	0,36 ± 0,06
5-я	4,36	2,93	2,52	2,15	3,72	1,73	1,34	2,86	2,91	2,96	3,20	2,15	2,33	2,47	2,69 ± 0,21
6-я	0,08	0,08	0,03	0,17	0,30	0,27	0,38	0,03	0,05	0,48	0,10	0,19	0,27	0,02	0,18 ± 0,04
7-я	0,14	0,14	0,15	0,19	0,08	0,86	0,74	1,25	0,37	0,10	0,09	0,06	0,05	0,06	0,31 ± 0,10
8-я	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,02	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
9-я	0,0	0,0	0,01	0,01	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,08	0,0	0,01	0,01	0,02	0,01 ± 0,01
10-я	0,11	0,02	0,02	0,01	0,05	0,15	0,17	0,28	0,0	0,0	0,10	0,02	0,03	0,03	0,07 ± 0,02
11-я	0,38	1,07	0,19	0,16	0,24	0,10	0,06	0,10	0,05	0,09	0,01	0,14	0,19	0,02	0,20 ± 0,07
Итого	6,34	6,63	5,28	5,27	7,75	6,31	5,32	7,32	5,00	4,64	4,50	4,04	4,47	3,42	5,45 ± 0,34

Таблица 3

Уровень первичной заболеваемости психическими расстройствами военнослужащих по контракту (%)

Группа	Год														
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2003–2016
1-я	0,07	0,05	0,63	0,54	0,21	0,80	0,83	0,65	0,24	0,10	0,12	0,08	0,10	0,06	0,32 ± 0,08
2-я	0,19	0,57	0,60	0,72	0,97	0,84	0,66	0,57	0,42	0,33	0,29	0,49	1,09	0,51	0,59 ± 0,07
3-я	0,06	0,08	0,05	0,12	0,10	0,30	0,22	0,25	0,31	0,06	0,12	0,05	0,05	0,04	0,13 ± 0,03
4-я	0,14	0,44	0,16	0,27	0,06	0,34	0,39	0,56	0,34	0,05	0,07	0,10	0,12	0,14	0,23 ± 0,04
5-я	1,86	1,36	1,03	1,29	1,02	0,78	0,73	1,01	0,93	1,15	1,66	1,21	1,62	1,32	1,21 ± 0,09
6-я	0,03	0,04	0,02	0,09	0,04	0,23	0,19	0,01	0,02	0,11	0,04	0,08	0,11	0,01	0,07 ± 0,02
7-я	0,05	0,09	0,08	0,18	0,05	0,46	0,45	0,75	0,14	0,09	0,04	0,04	0,05	0,05	0,18 ± 0,06
8-я	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,02	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
9-я	0,0	0,0	0,01	0,01	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,01	0,01	0,0	0,0
10-я	0,05	0,02	0,02	0,01	0,01	0,09	0,10	0,24	0,0	0,0	0,02	0,01	0,02	0,03	0,04 ± 0,02
11-я	0,14	0,44	0,11	0,12	0,13	0,09	0,06	0,10	0,05	0,03	0,01	0,08	0,09	0,01	0,01 ± 0,03
Итого	2,59	3,08	2,69	3,35	2,58	3,95	3,63	4,14	2,45	1,91	2,37	2,14	3,24	2,18	2,88 ± 0,19

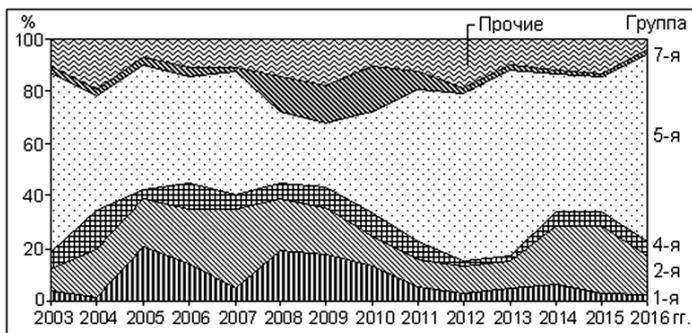


Рис. 3. Динамика структуры общей заболеваемости психическими расстройствами у военнослужащих по контракту

В структуре общей заболеваемости у военнослужащих по контракту невротические расстройства имели долю 24,8 %, соматоформные – 26,1 %, зависимость от алкоголя – 14,9 %.

Первичная заболеваемость. Среднегодовой уровень первичной заболеваемости психическими расстройствами у военнослужащих по контракту составил $(2,88 \pm 0,19)$ ‰, уровень первичной заболеваемости по всем классам МКБ-10 у данных военнослужащих – $(459,23 \pm 12,58)$ ‰. В их структуре психические расстройства составили 0,65 % и 13-й ранг среди 15 классов болезней по МКБ-10. Полиномиальный тренд при низком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,26$) выявил тенденцию стабилизации низкой доли психических расстройств в структуре первичной заболеваемости по 15 классам МКБ-10 у военнослужащих по контракту в 2003–2016 гг. Практически аналогичным был уровень первичной заболеваемости психическими расстройствами у офицеров ВС России $(2,74 \pm 0,12)$ ‰ ($p > 0,05$) [14].

Полиномиальный тренд уровня первичной заболеваемости психическими расстройствами у военнослужащих по контракту за 2003–2016 гг. при низком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,22$) показывал тенденцию стабилизации низких данных (рис. 4).



Рис. 4. Динамика уровня первичной заболеваемости психическими расстройствами у военнослужащих по контракту

Уровень первичной заболеваемости у военнослужащих по контракту по группам психических расстройств V класса МКБ-10 представлен в табл. 3. Наибольшие показатели общей заболеваемости у военнослужащих по контракту были во 2-й и 5-й группе психических расстройств – $(0,59 \pm 0,07)$ и $(1,21 \pm 0,09)$ ‰ соответственно. Практически аналогичными были показатели перечисленных групп психических расстройств у офицеров ВС России – $(0,63 \pm 0,07)$ и $(1,47 \pm 0,11)$ ‰ соответственно ($p > 0,05$) [14].

На рис. 5 показана структура первичной заболеваемости психическими расстройствами у военнослужащих по контракту, на рис. 6 – динамика этой структуры. Установлено, что 5 групп болезней (1-, 2-, 4-, 5-я и 7-я) определили 88,3 % вклада первичной заболеваемости. В структуре первичной заболеваемости доля невротических расстройств была 24,2 %, соматоформных – 20,9, зависимости от алкоголя – 17,3 %. Эти данные подтверждают необходимость психопрофилактики указанных заболеваний в ВС России.

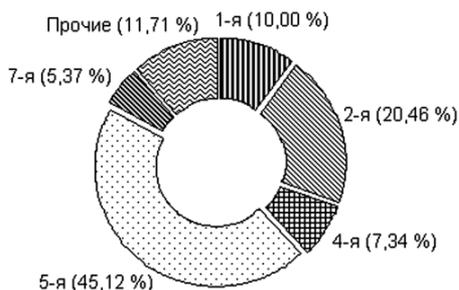


Рис. 5. Структура первичной заболеваемости у военнослужащих по контракту психическими расстройствами (2003–2016 гг.)

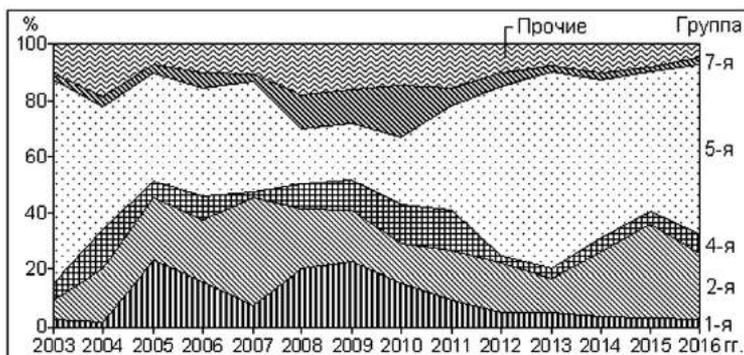


Рис. 6. Динамика структуры первичной заболеваемости у военнослужащих по контракту психическими расстройствами

Диспансерное наблюдение. Среднегодовой уровень нуждаемости военнослужащих по контракту с психическими расстройствами в диспансерном наблюдении был $(0,92 \pm 0,09) \%$, нуждаемость в диспансерном наблюдении всех военнослужащих по контракту с заболеваниями по 15 классам МКБ-10 – $(78,19 \pm 5,07) \%$. В структуре уровня общего диспансерного наблюдения психические расстройства составили 1,18 % и 13-й ранг среди 15 классов болезней по МКБ-10. Полиномиальный тренд за 2003–2016 гг. при низком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,40$) показывал тенденцию уменьшения доли психических расстройств в общей структуре нуждаемости в диспансерном наблюдении военнослужащих по контракту.

Полиномиальный тренд при значимом коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,77$) выявил уменьшение показателей нуждаемости в диспансерном наблюдении военнослужащих по контракту с психическими расстройствами (рис. 7).

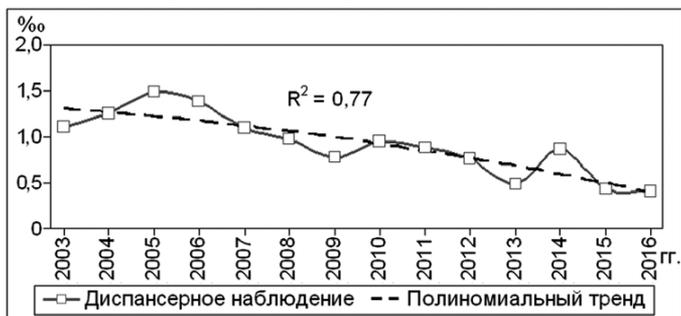


Рис. 7. Динамика уровня нуждаемости в диспансерном наблюдении военнослужащих по контракту с психическими расстройствами

В табл. 4 представлен уровень нуждаемости в диспансерном наблюдении у военнослужащих по контракту по группам психических расстройств V класса МКБ-10. Наибольшие показатели нуждаемости в диспансерном наблюдении были у военнослужащих по контракту со 2-й и 5-й группой психических расстройств – $(0,20 \pm 0,04)$ и $(0,48 \pm 0,06)$ ‰ соответственно. По сравнению с офицерами ВС России [$(0,37 \pm 0,06)$ и $(0,68 \pm 0,10)$ ‰ соответственно] статистически значимых различий не выявлено ($p > 0,05$) [14].

На рис. 8 показана структура диспансерного наблюдения у военнослужащих по контракту с психическими расстройствами, на рис. 9 – динамика этой структуры. Выявлено, что 4 группы психических расстройств (1-, 2-, 4-я и 5-я) определили 89,8 % вклада диспансерного наблюдения. Доля невротических расстройств у военнослужащих по контракту составила 26,1 %, соматоформных – 28,7 %, зависимости от алкоголя – 18,7 %.

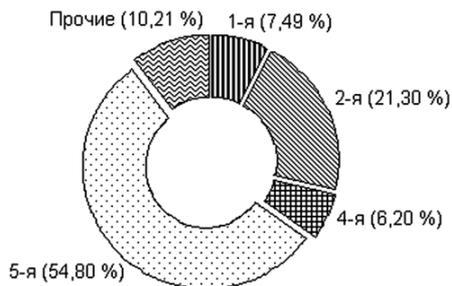


Рис. 8. Структура диспансерного наблюдения военнослужащих по контракту с психическими расстройствами (2003–2016 гг.)

Таблица 4
Уровень нуждаемости в диспансерном наблюдении военнослужащих по контракту с психическими расстройствами (%)

Группа	Год														
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2003-2016
1-я	0,03	0,01	0,43	0,05	0,06	0,24	0,09	0,10	0,02	0,03	0,01	0,07	0,01	0,00	0,08 ± 0,03
2-я	0,11	0,25	0,21	0,38	0,49	0,31	0,22	0,15	0,05	0,06	0,09	0,39	0,06	0,06	0,20 ± 0,04
3-я	0,01	0,00	0,01	0,0	0,02	0,01	0,04	0,04	0,06	0,04	0,01	0,0	0,0	0,0	0,02 ± 0,04
4-я	0,09	0,10	0,09	0,15	0,07	0,07	0,06	0,12	0,02	0,02	0,04	0,03	0,01	0,0	0,06 ± 0,01
5-я	0,77	0,65	0,68	0,76	0,38	0,18	0,22	0,51	0,73	0,53	0,32	0,31	0,35	0,32	0,48 ± 0,06
6-я	0,01	0,01	0,01	0,01	0,03	0,11	0,12	0,0	0,01	0,0	0,0	0,01	0,01	0,0	0,02 ± 0,01
7-я	0,03	0,00	0,03	0,01	0,01	0,03	0,01	0,0	0,01	0,0	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01 ± 0,00
8-я	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
9-я	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,04	0,0	0,01	0,0	0,0	0,0
10-я	0,03	0,01	0,01	0,01	0,01	0,03	0,03	0,03	0,0	0,0	0,0	0,01	0,0	0,0	0,01 ± 0,00
11-я	0,03	0,23	0,01	0,02	0,01	0,01	0,00	0,00	0,0	0,05	0,01	0,04	0,0	0,0	0,03 ± 0,02
Итого	1,10	1,25	1,49	1,38	1,09	0,98	0,78	0,95	0,88	0,76	0,49	0,87	0,44	0,40	0,92 ± 0,09

Таблица 5
Уровень госпитализации военнослужащих по контракту с психическими расстройствами (%)

Группа	Год														
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2003-2016
1-я	0,08	0,05	0,71	0,54	0,21	0,77	0,83	0,66	0,23	0,06	0,11	0,09	0,08	0,04	0,32 ± 0,08
2-я	0,18	0,61	0,45	0,61	1,14	0,79	0,65	0,57	0,41	0,34	0,29	0,15	0,20	0,51	0,49 ± 0,07
3-я	0,07	0,08	0,06	0,12	0,11	0,30	0,22	0,25	0,32	0,05	0,13	0,05	0,05	0,04	0,13 ± 0,03
4-я	0,18	0,34	0,16	0,26	0,09	0,30	0,33	0,45	0,34	0,03	0,04	0,02	0,03	0,08	0,19 ± 0,04
5-я	0,59	1,36	0,96	1,03	0,79	0,68	0,57	0,86	0,88	0,87	0,88	0,76	0,98	0,77	0,86 ± 0,05
6-я	0,01	0,03	0,01	0,01	0,01	0,21	0,24	0,01	0,02	0,06	0,04	0,03	0,06	0,01	0,06 ± 0,02
7-я	0,02	0,08	0,07	0,18	0,05	0,44	0,40	0,66	0,16	0,10	0,04	0,03	0,04	0,03	0,16 ± 0,05
8-я	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,02	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
9-я	0,0	0,0	0,01	0,01	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,01	0,01	0,0	0,0
10-я	0,05	0,01	0,02	0,01	0,01	0,11	0,11	0,22	0,0	0,0	0,02	0,01	0,02	0,01	0,04 ± 0,02
11-я	0,14	0,44	0,07	0,12	0,13	0,08	0,06	0,10	0,05	0,03	0,01	0,03	0,01	0,0	0,09 ± 0,03
Итого	1,31	3,00	2,51	2,93	2,54	3,70	3,43	3,79	2,41	1,54	1,56	1,18	1,48	1,50	2,35 ± 0,25

В последний период в структуре нуждаемости в диспансерном наблюдении отмечается увеличение доли военнослужащих по контракту с 5-й группой психических расстройств и уменьшение доли со 2-й группой (см. рис. 9).

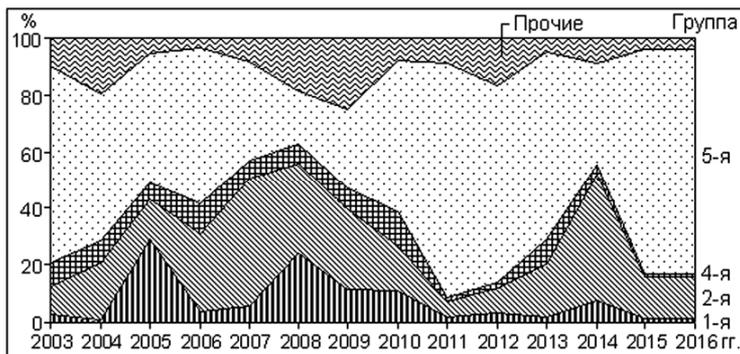


Рис. 9. Динамика структуры диспансерного наблюдения военнослужащих по контракту с психическими расстройствами

Госпитализация. Среднегодовой уровень госпитализации военнослужащих по контракту с психическими расстройствами был $(2,35 \pm 0,25) \%$, уровень госпитализации всех военнослужащих по контракту – $(236,81 \pm 7,34) \%$. В их структуре психические расстройства составили 1 % и 12-й ранг среди 15 классов болезней по МКБ-10. Полиномиальный тренд при низком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,51$) выявил тенденцию уменьшения доли психических расстройств в структуре госпитализации по 15 классам МКБ-10 у военнослужащих по контракту в 2003–2016 гг.

Полиномиальный тренд уровня госпитализации военнослужащих по контракту с психическими расстройствами при низком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,56$) напоминает пологую инвертируемую U-кривую (рис. 10) с максимальными значениями в 2008–2010 гг. и показывает тенденцию уменьшения случаев стационарного лечения.

В табл. 5 представлен уровень госпитализации у военнослужащих по контракту по группам психических расстройств V класса МКБ-10. Наибольшие показатели госпитализации были у военнослужащих по контракту со 2-й и 5-й группой психических расстройств – $(0,49 \pm 0,07)$ и $(0,86 \pm 0,05) \%$ соответственно. По сравнению с офицерами ВС России $[(0,73 \pm 0,06)$ и $(1,00 \pm 0,06) \%$ соответственно] перечисленные показатели у воен-

нослужащих по контракту оказались статистически достоверно меньше ($p < 0,05$) [14].

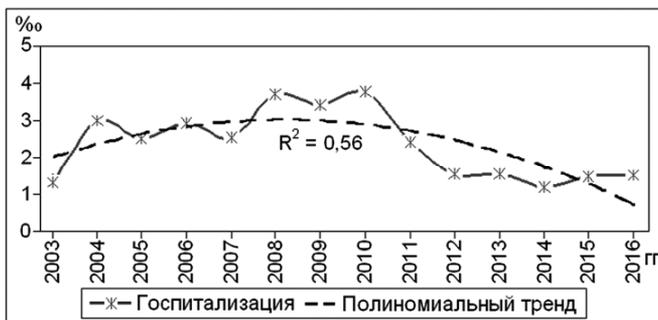


Рис. 10. Динамика уровня госпитализации военнослужащих по контракту с психическими расстройствами

В военных госпиталях проходили обследование и лечение 88,1 % военнослужащих по контракту с психическими расстройствами, в лазаретах войсковых частей – 3,5 %, в гражданских медицинских организациях – 8,4 %.

На рис. 11 показана структура госпитализации военнослужащих по контракту с психическими расстройствами, на рис. 12 – динамика этой структуры.

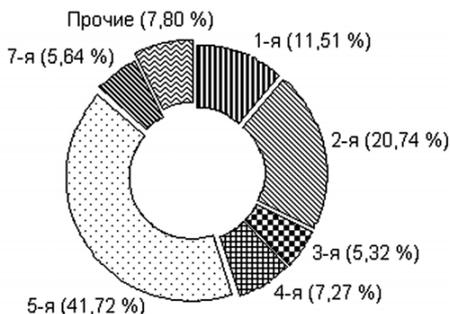


Рис. 11. Структура госпитализации военнослужащих по контракту с психическими расстройствами (2003–2016 гг.)

7 групп болезней (1–5-я и 7-я) составили 92,2 % вклада госпитализации, в том числе на зависимость от алкоголя приходилось 17,9 %, невротические расстройства – 23,2 %, соматоформные – 18,5 %. Следует указать, что алкоголизм был причиной стационарного лечения у офицеров ВС России достоверно чаще, чем у военнослужащих по контракту ($p < 0,01$) [14].

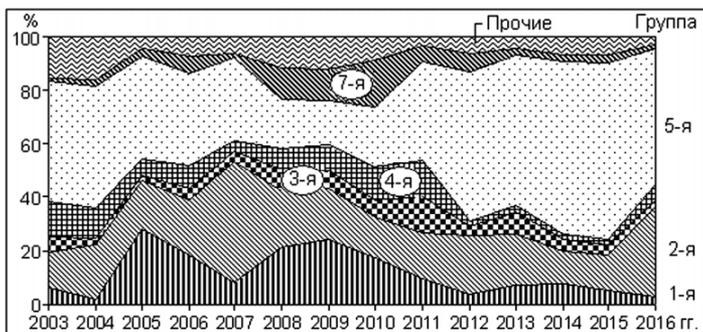


Рис. 12. Динамика структуры госпитализации военнослужащих по контракту с психическими расстройствами

Трудопотери. Среднегодовой уровень трудопотерь в днях военнослужащих по контракту с психическими расстройствами был $(51,8 \pm 6,2) \%$, уровень трудопотерь всех военнослужащих по контракту – $(3902,9 \pm 117,5) \%$. В их структуре психические расстройства составили 1,3 % и занимали 12-й ранг среди 15 классов болезней по МКБ-10. Полиномиальный тренд при коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,60$) выявил незначительное уменьшение доли психических расстройств в структуре трудопотерь в днях по 15 классам МКБ-10 у военнослужащих по контракту в 2003–2016 гг.

Полиномиальный тренд трудопотерь в днях при низком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,58$) военнослужащих по контракту с психическими расстройствами напоминает инвертируемую U-кривую с максимальными показателями в 2008–2010 гг. и прогнозирует уменьшение трудопотерь в последнее время (рис. 13).

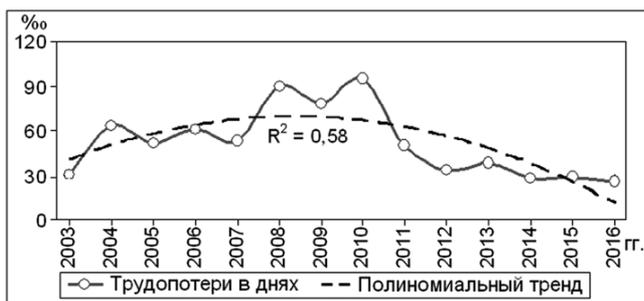


Рис. 13. Динамика уровня трудопотерь в днях у военнослужащих по контракту с психическими расстройствами

Таблица 6
Уровень трудопотерь в днях военнослужащих по контракту с психическими расстройствами (%)

Группа	Год														
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2003-2016
1-я	2,6	1,7	11,2	10,7	5,2	17,3	17,7	23,8	3,7	1,6	1,9	1,8	3,8	1,2	7,4 ± 2,0
2-я	2,6	11,6	7,7	10,1	19,5	16,2	10,2	7,7	5,4	4,3	4,5	2,6	3,6	3,1	7,8 ± 1,4
3-я	4,4	5,0	5,1	3,5	5,4	8,7	5,6	7,0	9,9	2,6	4,5	2,7	2,4	1,3	4,9 ± 0,6
4-я	3,3	7,4	3,5	6,4	2,4	6,6	5,5	6,6	5,9	0,8	0,9	0,5	1,5	1,8	3,8 ± 0,7
5-я	13,6	27,4	18,3	19,9	17,2	16,1	16,3	15,9	18,3	19,1	24,7	17,6	14,0	15,3	18,1 ± 1,0
6-я	0,9	0,3	2,1	0,2	0,2	3,0	3,4	0,1	0,2	1,1	0,6	0,6	0,9	0,2	1,0 ± 0,3
7-я	0,3	2,4	2,2	5,4	1,3	15,0	13,3	22,2	5,8	2,9	0,5	1,0	2,1	2,0	5,5 ± 1,8
8-я	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
9-я	0,0	0,0	0,3	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1 ± 0,0
10-я	0,2	0,3	0,5	0,1	0,0	3,7	3,8	8,1	0,0	0,0	0,4	0,2	0,3	0,5	1,3 ± 0,6
11-я	2,3	6,4	2,6	2,4	1,9	3,1	1,8	3,7	0,7	0,7	0,2	0,6	0,2	0,2	1,9 ± 0,5
Итого	30,4	63,0	51,8	61,0	53,2	90,0	77,6	95,1	49,9	33,2	38,1	27,7	28,9	25,9	51,8 ± 6,2

Таблица 7
Уровень увольняемости по состоянию здоровья военнослужащих по контракту с психическими расстройствами (%)

Группа	Год														
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2003-2016
1-я	0,07	0,03	0,09	0,26	0,12	0,25	0,23	0,42	0,19	0,03	0,04	0,06	0,03	0,04	0,13 ± 0,03
2-я	0,14	0,12	0,16	0,18	0,43	0,21	0,18	0,09	0,12	0,09	0,04	0,05	0,04	0,13	0,14 ± 0,03
3-я	0,08	0,07	0,06	0,12	0,08	0,27	0,13	0,14	0,13	0,03	0,07	0,05	0,04	0,04	0,09 ± 0,02
4-я	0,01	0,05	0,04	0,07	0,01	0,21	0,19	0,26	0,20	0,02	0,02	0,01	0,02	0,0	0,08 ± 0,02
5-я	0,04	0,17	0,09	0,39	0,18	0,12	0,21	0,08	0,14	0,18	0,18	0,09	0,05	0,29	0,16 ± 0,03
6-я	0,02	0,03	0,01	0,07	0,00	0,03	0,04	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,01 ± 0,01
7-я	0,07	0,04	0,03	0,12	0,01	0,30	0,34	0,52	0,06	0,07	0,01	0,02	0,03	0,04	0,12 ± 0,04
8-я	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,01	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
9-я	0,0	0,0	0,01	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10-я	0,0	0,0	0,0	0,01	0,0	0,09	0,09	0,21	0,0	0,0	0,0	0,01	0,01	0,0	0,03 ± 0,02
11-я	0,01	0,03	0,06	0,01	0,04	0,03	0,19	0,05	0,0	0,0	0,0	0,0	0,01	0,0	0,03 ± 0,01
Итого	0,44	0,54	0,55	1,23	0,88	1,50	1,62	1,77	0,84	0,41	0,37	0,28	0,23	0,56	0,80 ± 0,14

В табл. 6 представлен уровень дней трудопотерь у военнослужащих по контракту по группам психических расстройств V класса МКБ-10. Наибольшие показатели трудопотерь были у военнослужащих по контракту с 1-й, 2- и 5-й группой психических расстройств – $(7,4 \pm 2,0)$, $(7,8 \pm 1,4)$ и $(18,1 \pm 1,0)$ % соответственно.

На рис. 14 изображена структура трудопотерь в днях у военнослужащих по контракту с психическими расстройствами, на рис. 15 – динамика этой структуры. 6 групп болезней (1–5-я и 7-я) составили 92,7 % вклада трудопотерь, в том числе органические психические расстройства – 12 %, зависимость от алкоголя – 12,2 %, невротические расстройства – 23,2 %, соматоформные – 17,9 %.

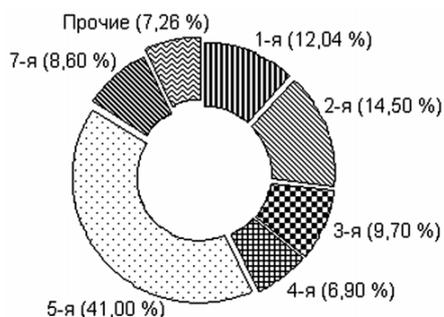


Рис. 14. Структура трудопотерь в днях у военнослужащих по контракту с психическими расстройствами (2003–2016 гг.)

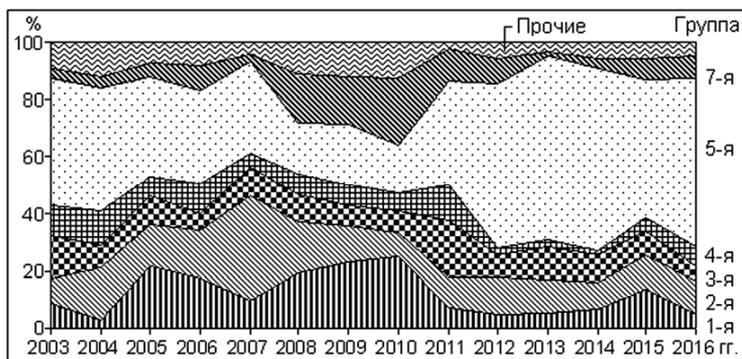


Рис. 15. Динамика структуры трудопотерь в днях у военнослужащих по контракту с психическими расстройствами

Увольняемость. Среднегодовой уровень увольняемости по состоянию здоровья военнослужащих по контракту с психическими расстрой-

ствами был $(0,80 \pm 0,14) \text{ ‰}$, уровень увольняемости всех военнослужащих по контракту – $(4,05 \pm 0,35) \text{ ‰}$. В их структуре психические расстройства составили 20,3 % и занимали 1-й ранг среди 15 классов болезней по МКБ-10. Полиномиальный тренд при низком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,52$) выявил уменьшение доли психических расстройств в структуре увольняемости по 15 классам МКБ-10 у военнослужащих по контракту в 2003–2016 гг.

Полиномиальный тренд уровня увольняемости по состоянию здоровья военнослужащих по контракту с психическими расстройствами при низком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,49$) напоминал инвертируемую U-кривую и показывал уменьшение данных в последние годы (рис. 16).

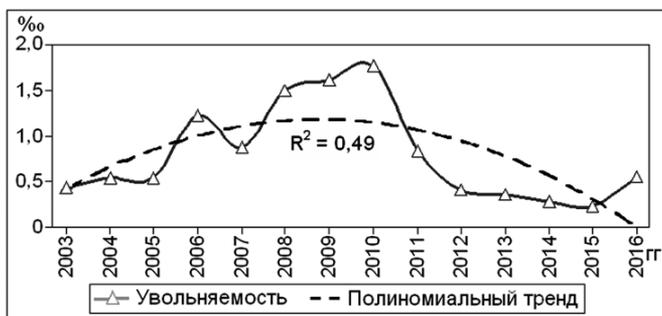


Рис. 16. Динамика уровня увольняемости по состоянию здоровья военнослужащих по контракту с психическими расстройствами

В табл. 7 представлен уровень увольняемости у военнослужащих по контракту по группам психических расстройств V класса МКБ-10. Отмечаются низкие показатели увольняемости даже по основным группам психических расстройств.

На рис. 17 показана структура увольняемости по состоянию здоровья военнослужащих по контракту с психическими расстройствами, на рис. 18 – динамика этой структуры.

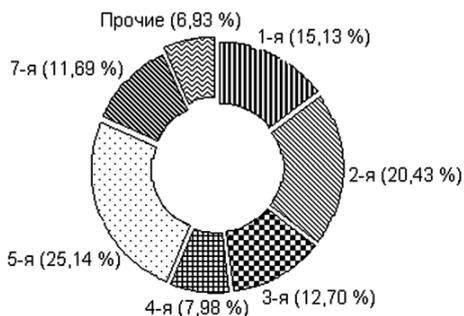


Рис. 17. Структура увольняемости по состоянию здоровья военнослужащих по контракту с психическими расстройствами (2003–2016 гг.).

Выявлено, что 6 групп болезней (1–5-я и 7-я) определили 93,7 % вклада увольняемости по состоянию здоровья, в том числе органические психические расстройства – 15,1 %, зависимость от алкоголя – 16,5 %, невротические расстройства – 15 %, соматоформные – 10,1 %.

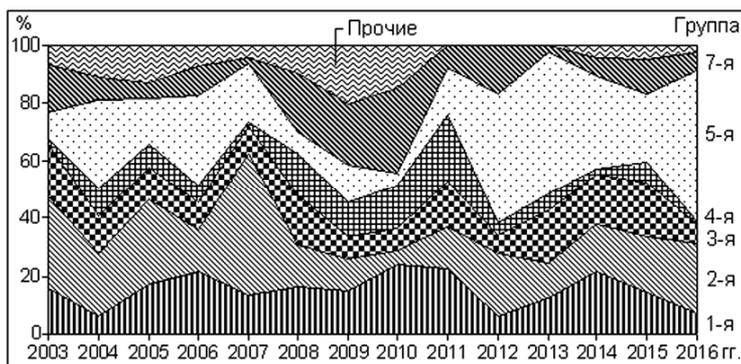


Рис. 18. Динамика структуры увольняемости по состоянию здоровья военнослужащих по контракту с психическими расстройствами

Полагаем, что для снижения уровня увольняемости военнослужащих по контракту по психическим расстройствам следует усилить психопрофилактику невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств.

Смертность. Отмечается низкий уровень смертности у военнослужащих по контракту. Коэффициент смертности на 100 тыс. военнослужащих составил – $(0,42 \pm 0,31)$, в связи с чем показатели смертности не включены в расчет обобщенной оценки нарушений психического здоровья военнослужащих по контракту.

Уровень смертности от психических расстройств у населения России был 3,5 случая на 100 тыс. населения, что оказалось значительно меньше аналогичных показателей в европейских странах. Если бы выбор основной причины смерти проводился в соответствии с международными правилами, то этот показатель в России был бы в 20 раз выше имеющегося уровня. Необходимы официальные рекомендации по преодолению расхождений в статистической оценке смертности [8].

Обобщенная оценка. Вклад групп психических расстройств у военнослужащих по контракту в структуру ведущих показателей расстройств здоровья показан в табл. 8.

Проведенные расчеты показали, что 92,6 % от сформированной нами комплексной структуры показателей нарушений психического здоровья военнослужащих по контракту определяли 1–5-я и 7-я группы расстройств (рис. 19).

Таблица 8

Вклад в структуру обобщенных показателей нарушений здоровья групп психических расстройств у военнослужащих по контракту, % (место)

Группа	Общая заболеваемость	Первичная заболеваемость	Диспансерное наблюдение	Госпитализация	Трудопотери, дней	Увольняемость	Обобщенный показатель
1-я	4,45 (3-й)	7,27 (3-й)	2,44 (6-й)	8,44 (2-й)	8,88 (2-й)	21,68 (2-й)	10,69 (2-й)
2-я	2,70 (5-й)	3,50 (4-й)	4,57 (3-й)	6,35 (4-й)	4,95 (5-й)	7,22 (4-й)	5,22 (5-й)
3-я	1,62 (8-й)	2,34 (8-й)	1,32 (8-й)	4,13 (6-й)	6,84 (4-й)	17,49 (3-й)	7,32 (3-й)
4-я	6,78 (2-й)	8,22 (2-й)	4,47 (4-й)	7,56 (3-й)	8,10 (3-й)	4,18 (6-й)	6,21 (4-й)
5-я	75,82 (1-й)	69,18 (1-й)	74,61 (1-й)	62,11 (1-й)	58,64 (1-й)	38,41 (1-й)	59,60 (1-й)
6-я	2,22 (6-й)	2,98 (5-й)	3,55 (5-й)	4,19 (5-й)	4,07 (7-й)	3,42 (7-й)	3,41 (6-й)
7-я	1,26 (9-й)	1,31 (9-й)	1,83 (7-й)	1,90 (9-й)	1,99 (8-й)	4,56 (5-й)	2,49 (8-й)
8-я	0 (11-й)	0,04 (11-й)	0 (11-й)	0,06 (11-й)	0 (11-й)	0 (10/11-й)	0,01 (11-й)
9-я	0,20 (10-й)	0,28 (10-й)	0,30 (10-й)	0,44 (10-й)	0,52 (10-й)	0 (10/11-й)	0,25 (10-й)
10-я	2,87 (4-й)	2,38 (7-й)	5,79 (2-й)	2,03 (8-й)	1,69 (9-й)	1,52(8/9-й)	2,54 (7-й)
11-я	2,08 (7-й)	2,50 (6-й)	1,12 (9-й)	2,79 (7-й)	4,32 (6-й)	1,52(8/9-й)	2,26 (9-й)

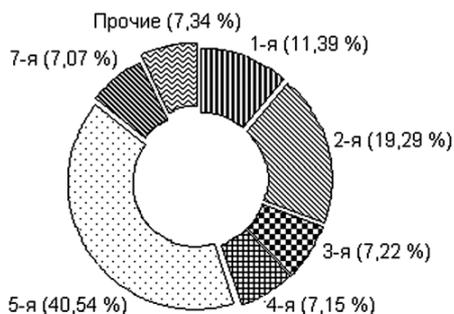


Рис. 19. Структура обобщенной оценки нарушений здоровья военнослужащих по контракту с психическими расстройствами (2003–2016 гг.)

Это не явилось особой неожиданностью, так как почти все перечисленные были ведущими в структуре показателей нарушений психического здоровья. Например, доля психических расстройств 5-й группы составила 41,5 %, 2-й – 19,3 %.

Заключение

Отмечается невысокий вклад психических расстройств в структуру обобщенных показателей нарушений здоровья у военнослужащих по контракту (10–13-е ранги среди 15 классов по МКБ-10), однако доля их увольняемости по психическим расстройствам сохраняется на высоком уровне и занимает 1-й ранг среди всех заболеваний. Выявлены тенденции уменьшения доли нарушений психического здоровья в структуре основных показателей здоровья военнослужащих по контракту по всем классам болезней МКБ-10, при стабилизации низких показателей увольняемости по причине психических расстройств.

Среднегодовой уровень общей заболеваемости психическими расстройствами военнослужащих по контракту составил $(5,45 \pm 0,34)$ ‰, первичной заболеваемости – $(2,88 \pm 0,19)$ ‰, динамического диспансерного наблюдения – $(0,92 \pm 0,09)$ ‰, госпитализации – $(2,35 \pm 0,25)$ ‰, дней трудопотерь – $(51,8 \pm 6,2)$ ‰, увольняемости по здоровью – $(0,08 \pm 0,14)$ ‰. Полиномиальные тренды перечисленных показателей расстройств здоровья за исключением трудопотерь показывали тенденции их уменьшения. Отмечается тенденция увеличения дней трудопотерь.

Структуру сформированного комплексного показателя нарушений психического состояния здоровья военнослужащих по контракту в 92,6 % определяют 6 групп расстройств V класса МКБ-10: 1-я (органические, включая симптоматические, психические расстройства, F00–F09) – 11,4 %; 2-я (психические расстройства и расстройства поведения, связанные с

употребление психоактивных веществ, F10–F19) – 19,3 %; 3-я (шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства, F20–F29) – 7,2 %; 4-я [расстройства настроения (аффективные расстройства), F30–F39] – 7,2 %, 5-я (невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства, F40–F48) – 40,5 %, 7-я (расстройства личности и поведения в зрелом возрасте, F60–F69) – 7,1 %.

Таким образом, психопрофилактические мероприятия в отношении военнослужащих проходящих военную службу по контракту должны быть направлены, в первую очередь, на снижение уровня невротических, связанных со стрессом, соматоформных расстройств, а также повышения качества отбора в Вооруженных сил РФ с целью недопущения на военную службу по контракту лиц с признаками расстройств поведения.

Литература

1. Бровка С.А., Шевелев А.А. Контрактная служба: порядок прохождения, проблемы, перспективы // Актуал. пробл. гуманит. и соц.-экон. наук. – 2008. – № 2-1. – С. 157–161.
2. Буданова Е.И., Дюдюк Т.Ю., Еркин Н.В. Психофизиологические особенности здоровья военнослужащих-контрактников // Армия и общество. – 2013. № 2 (34). – С. 47–53.
3. Бычков А.В. Конфликт в среде военнослужащих контрактной службы: социол. анализ : автореф. дис. ... канд. социол. наук. – СПб., 2009. – 19 с.
4. Винокуров В.Л. Социально-гигиенические аспекты состояния здоровья военнослужащих Черноморского флота РФ, проходящих службу по контракту, и пути профилактики его нарушений контракту : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Курск, 2004. – 16 с.
5. Гуцин М.В. Социально-психологический тренинг как средство коррекции профессиональной субъектной позиции военнослужащих контрактной службы // Вестн. Тамбов. ун-та. Сер.: Гуманит. науки. – 2009. – № 6 (74). – С. 217–227.
6. Дорфман Ю.Р. Оценка и оптимизация адаптации военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, к условиям военно-профессиональной деятельности : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Саратов, 1997. – 24 с.
7. Зусмановский Е.Ю. Состояние здоровья, качество жизни и пути оптимизации медицинского обеспечения военнослужащих пограничной службы, проходящих военную службу на контрактной основе : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Иваново, 2005. – 25 с.
8. Какорина Е.П., Казаковцев Б.А., Голланд В.Б. Смертность от психических расстройств и смертность при психических расстройствах // Психич. здоровье. – 2015. – Т. 13, № 3 (106). – С. 22–27.
9. Карташов И.Г. Условия жизни военнослужащих по контракту как фактор их здоровья // Социол. исслед. – 2008. – № 2. – С. 118–122.

10. Мосягин И.Г. Особенности социально-демографического и медико-психологического состояния старшин и матросов контрактной службы соединенный Северного флота // Экология человека. – 2007. – № 1. – С. 64–67.

11. Никитин Е.А., Гончаренко С.А., Белов В.Г. Показатели психосоматического здоровья военнослужащих-контрактников подразделений обеспечения морской авиации // Вестн. психотерапии. – 2010. – № 35. – С. 62–75.

12. Певень Л.В., Степанова Е.Е. Проблемы комплектования Вооруженных сил Российской Федерации военнослужащими, проходящими военную службу по контракту на должностях солдат, матросов, сержантов и старшин // Воен. акад. журн. – 2014. – № 2 (2). – С. 126–133.

13. Романов К.В. Физиологические аспекты профессиональной адаптации военнослужащих срочной и контрактной службы основе : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2009. – 24 с.

14. Шамрей В.К., Евдокимов В.И., Сивашенко Р.Р., Лобачев А.В. Основные показатели психических расстройств офицеров Вооруженных сил Российской Федерации (2003–2015 гг.) // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2017. – № 1. – С. 66–76.

15. Шойгу С.К. Итоги деятельности Министерства обороны Российской Федерации в 2015 году : тез. докл. Министра обороны РФ на расширенной коллегии Минобороны России 11 декабря 2015 г. [Электронный ресурс]. – URL: <http://mil.ru/files/morf/2015–12–11>

16. Щербаков Д.В. Скрининговая оценка психического здоровья военнослужащих, проходящих службу по контракту : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 1997. – 15 с.

Поступила 02.06.2017

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Шамрей В.К., Евдокимов В.И., Лобачев А.В., Григорьев С.Г., Сивашенко П.П. Медико-статистические показатели психических расстройств у военнослужащих по контракту (рядовые, сержанты, старшины) в 2003–2016 гг. // Вестн. психотерапии. 2017. № 62 (67). С. 36–60.

MEDICAL AND STATISTICAL INDICATORS OF MENTAL DISORDERS FOR CONTRACT SERVICEMEN (PRIVATEES, SERGEANTS, PETTY OFFICERS) IN 2003–2016

**Shamrey V.K.¹, Evdokimov V.I.², Lobachev A.V.¹
Grigoriev S.G.¹, Sivaschenko P.P.¹**

¹ Kirov Military Medical Academy

(Akademika Lebedeva, 6, St. Petersburg, Russia);

² Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Akademika Lebedeva, 4/2, St. Petersburg, Russia).

Vladislav Kazimirovich Shamrey – Dr. Med. Sci. Prof., Kirov Military Medical Academy Russia (Akademica Lebedeva, 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: shamreyv.k@yandex.ru;

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

Aleksander Vasilievich Lobachev – PhD Med. Sci., Kirov Military Medical Academy (Akademica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: doctor.lobachev@gmail.com;

Stepan Grigorjevich Grigoriev – Dr. Med. Sci. Prof., Kirov Military Medical Academy (Akademica Lebedeva Str., 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: gsg_rj@mail.ru;

Pavel Pavlovich Sivashchenko – PhD Med. Sci., Kirov Military Medical Academy Russia (Akademica Lebedeva, 6, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: pavel-siv@yandex.ru.

Abstract. The research presents a statistical analysis of 60% of medical reports on the health of personnel and medical service activity of military units in the form of 3 / MED for the period from 2003 to 2016. There is a low contribution of mental disorders to the structure of general indicators of health disorders for contract servicemen, however, the dismissal rate due to mental disorders remains high, which emphasizes their social significance. The annual average general morbidity of contact servicemen with mental disorders was $(5.45 \pm 0.34) \%$, the primary morbidity rate – $(2.88 \pm 0.19) \%$, the dynamic level of dispensary observation – $(0.92 \pm 0.09) \%$, the hospitalization rate – $(2.35 \pm 0.25) \%$, the work losses measured in days – $(51.8 \pm 6.2) \%$, the dismissal rate – $(0.80 \pm 0.14) \%$. The polynomial trends of these indicators, except the work losses, showed their decrease. There is an increasing trend in the work losses. For the increase of the mental health state of contact servicemen, first of all, the psychoprophylactic measures for the anxiety, dissociative, stress-related and behavior disorders need to be improved.

Keywords: psychiatry, military medicine, contract servicemen, mental disorder, morbidity, hospitalization, work losses, dismissal.

References

1. Brovko S.A., Shevelev A.A. Kontrakt'naya sluzhba: poryadok prokhozheniya, problemy, perspektivy [Contract service: the order of service, problems, prospects]. *Aktual'nye problemy gumanitarnykh i sotsial'no-ekonomicheskikh nauk* [Actual. probl. of humanit. and social-econ. sciences]. 2008. N 2-1. Pp. 157–161.
2. Budanova E.I., Dyudyun T.Yu., Erkin N.V. Psikhofiziologicheskie osobennosti zdorov'ya voennosluzhashchikh-kontraktnikov [Psychophysiological features of the contract servicemen health]. *Armija i obshchestvo* [Army and Society]. 2013. N 2. Pp. 47–53.
3. Bychkov A.V. Konflikt v srede voennosluzhashchikh kontraktnoi sluzhby: sotsiologicheskii analiz [Conflict among servicemen of the contract service: the sociological analysis: the author's abstract]: Abstract dissertation PhD Sociol. Sci. Sankt-Peterburg. 2009. 19 p.

4. Vinokurov V.L. Sotsial'no-gigienicheskie aspekty sostoyaniya zdorov'ya voennosluzhashchikh Chernomorskogo flota RF, prokhodyashchikh sluzhbu po kontraktu, i puti profilaktiki ego narushenii kontraktu [Socio-hygienic aspects of the health of contract servicemen of the Black Sea Fleet of the Russian Federation and ways to prevent the contract violations]: Abstract dissertation PhD Med. Sci. Kursk. 2004. 16 p.

5. Guschin M.V. Social-psychological training as means of regulation of professional subjective position of the contract-men [Social-psychological training as means of regulation of professional subjective position of the contract-men]. *Vestnik Tambovskogo universiteta. Seriya: Gumanitarnye nauki* [Tambov university reports. Series: Humanities]. 2009. N 6. Pp. 217–227.

6. Dorfman Yu.R. Otsenka i optimizatsiya adaptatsii voennosluzhashchikh, prokhodyashchikh voennuyu sluzhbu po kontraktu, k usloviyam voenno-professional'noi deyatel'nosti [The assessment and optimization of the adaptation of contract servicemen to the conditions of military professional activity]: Abstract dissertation PhD Med. Sci. Saratov. 1997. 24 p.

7. Zusmanovskii E.Yu. Sostoyanie zdorov'ya, kachestvo zhizni i puti optimizatsii meditsinskogo obespecheniya voennosluzhashchikh pogranichnoi sluzhby, prokhodyashchikh voennuyu sluzhbu na kontraktnoi osnove [The state of health, the quality of life and ways to optimize the medical provision of contract servicemen of the border guard service]: Abstract dissertation PhD Med. Sci. Ivanovo, 2005. 25 p.

8. Kakorina E.P., Kazakovtsev B.A., Golland V.B. Smertnost' ot psikhicheskikh rasstroistv i smertnost' pri psikhicheskikh rasstroistvakh [Mortality from mental disorders and mortality for mental disorder]. *Psikhicheskoe zdorov'e* [The Russian mental health]. 2015. Vol. 13, N 3. Pp. 22–27. (In Russ.)

9. Kartashov I.G. Usloviya zhizni voennosluzhashchikh po kontraktu kak faktor ikh zdorov'ya [Living conditions of contract servicemen as a health factor]. *Sotsiologicheskie issledovaniya* [Sociological studies]. 2008. N 2. Pp. 118–122.

10. Mosyagin I.G. Osobennosti sotsial'no-demograficheskogo i mediko-psikhologicheskogo sostoyaniya starshin i matrosov kontraktnoi sluzhby soedinenii Severnogo flota [Features of social-demographic and medical-psychological state of sergeant-majors and sailors at contract service in Northern navy squadrons]. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2007. N 1. Pp. 64–67.

11. Nikitin E.A., Goncharenko S.A., Belov V.G. Pokazateli psikhosomaticeskogo zdorov'ya voennosluzhashchikh-kontraktnikov podrazdelenii obespecheniya morskoi aviatsii [Parameters of the psychosomatic health in contract servicemen of subdivision for naval air logistics]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2010. N 35. Pp. 62–75.

12. Peven' L.V., Stepanova E.E. Problemy komplektovaniya Vooruzhennykh sil Rossiiskoi Federatsii voennosluzhashchimi, prokhodyashchimi voennuyu sluzhbu po kontraktu na dolzhnostyakh soldat, matrosov, serzhantov i starshin [Issues of manning of the contract enlisted staff positions in the Russian Federation Armed Forces]. *Voennyi akademicheskii zhurnal* [Military Academic Journal]. 2014. N 2. Pp. 126–133.

13. Romanov K.V. Fiziologicheskie aspekty professional'noi adaptatsii voennosluzhashchikh strochnoi i kontraktnoi sluzhby [Physiological aspects of the professional adaptation of military conscripts and contract servicemen]: Abstract dissertation PhD Med. Sci. Sankt-Peterburg. 2009. 24 p.

14. Shamrei V.K., Evdokimov V.I., Sivashchenko P.P., Lobachev A.V. Key indicators for mental disorders in officers of the Armed Forces of Russia (2003–2015) *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh* [Medical-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2017. N 1. Pp. 66–76.

15. Shoigu S.K. Itogi deyatelnosti Ministerstva oborony Rossiiskoi Federatsii v 2015 godu : tezisy doklada Ministra oborony RF na rasshirennoi kollegii Minoborony Rossii 11 dekabrya 2015 g. [The results of the Ministry of Defense activity of the Russian Federation in 2015: the report theses]. URL: <http://mil.ru/files/morf/2015-12-11>

16. Shcherbakov D.V. Skriningovaya otsenka psikhicheskogo zdorov'ya voennosluzhashchikh, prokhodyashchikh sluzhbu po kontraktu [Screening assessment of mental health of contract servicemen]: Abstract dissertation PhD Med. Sci. Sankt-Peterburg. 1997. 15 p.

Received 02.06.2017

For citing. Shamrei V.K., Evdokimov V.I., Lobachev A.V., Grigor'ev S.G., Sivashchenko P.P. Mediko-statisticheskie pokazateli psikhicheskikh rasstroistv u voennosluzhashchikh po kontraktu (ryadovye, serzhanty, starshiny) v 2003–2016 gg. *Vestnik psikhoterapii*. 2017. N 62. Pp. 36–60. (In Russ.)

Shamrei V.K., Evdokimov V.I., Lobachev A.V., Grigoriev S.G., Sivashchenko P.P. Medical and statistical indicators of mental disorders for contract servicemen (privates, sergeants, petty officers) in 2003–2016. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2017. N 62. Pp. 36–60.

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.9 : 616.12-008.331.1

А.В. Герцев, В.Н. Ищук

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИМПУЛЬСНОЙ ЭЛЕКТРОТЕРАПИИ (ЭЛЕКТРОСОНТЕРАПИИ) В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ НА ФОНЕ АСТЕНО-НЕВРОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ, У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ПРОФЕССИЙ

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

Показана высокая эффективность лечения артериальной гипертензии, протекающей с астеноневротическими нарушениями, у лиц молодого возраста экстремальных профессий при включении в их комплексную программу лечения импульсной электротерапии (электросонтерапии). Электросонтерапия в комплексе основного лечения кардиотропными гипотензивными препаратами больных с артериальной гипертензией и астеноневротическими нарушениями оптимизирует функционирование центральной нервной (уменьшение выраженности тревожно-депрессивных расстройств) и надсегментарной области вегетативной нервной (стимуляция продукции β -эндорфина) систем.

Ключевые слова: клиническая психология, электротерапия, электросон, артериальная гипертензия, психические нарушения, психодиагностика, астенция, β -эндорфин.

Введение

Болезни сердечно-сосудистой системы занимают ведущее место в структуре общей заболеваемости и инвалидизации населения. К наиболее распространенным из них относят гипертоническую болезнь (ГБ). В последние годы отмечается тенденция к повышению заболеваемости ГБ среди лиц более молодого возраста экстремальных профессий, что обусловлено изменениями их психического состояния [2, 3]. Установлено, что среди

✉ Герцев Алексей Владимирович – канд. мед. наук, слушатель ординатуры факультета руководящего мед. состава Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова, (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: starcom50@mail.ru;

Ищук Владимир Николаевич – канд. мед. наук, доц. каф. курортологии и физиотерапии Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), e-mail: docisch@mail.ru.

таких больных с артериальной гипертензией (АГ) часто возникают эмоциональные нарушения в виде тревоги, подавленности, фиксации на своих болезненных ощущениях и переживаниях [5]. Нередко с усилением психических расстройств соматические симптомы уходят на второй план, а ведущее место начинает занимать аффективная патология, в первую очередь тревога [11]. В то же время наблюдаются случаи, когда ярко выраженная картина основного заболевания скрывает психическую патологию [4]. Пограничные психические расстройства у лиц молодого возраста отрицательно влияют на течение ГБ, что является одной из главных причин снижения работоспособности, требует особого подхода к комплексному лечению и реабилитации таких больных [6, 7, 9, 15].

В последние десятилетия, в связи с ростом тревожных и депрессивных нарушений в терапевтической практике, стали возникать вопросы комбинации психотропных препаратов со стандартной терапией сердечно-сосудистых заболеваний. Число кардиологических больных с заболеваниями нервной системы постоянно увеличивается, а процент вылеченных пациентов остается низким [12, 13]. Поэтому подбор адекватных схем психофармакотерапии в лечении больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями является приоритетным направлением в клинике внутренних болезней.

Несмотря на эффективность комплексного применения психотропных препаратов, в терапевтической практике по-прежнему остается ряд вопросов, связанных с их высокой стоимостью, побочными эффектами и привыканием к этим лекарствам пациентов. Поэтому поиск современных комплексных подходов к лечению тревожных и депрессивных нарушений при АГ у лиц молодого возраста, на сегодняшний день, является одной из важных задач. Подходы к терапии таких больных должны отвечать высокой эффективности, характеризоваться отсутствием привыкания, побочных эффектов и невысокой стоимостью. Среди таких методов лечения, особенно на ранних этапах формирования кардиологической патологии у лиц молодого возраста, эффективным является применение физических методов лечения, в частности электросонотерапии [8, 10].

Основная задача данного комплексного метода состоит в том, чтобы определить и создать условия, при которых осуществляется максимально полная реализация адекватных возможностей, позволяющих активизировать саногенетические механизмы со стороны важных эффекторных систем (центральной нервной и вегетативной нервной систем) организма человека. Применение электросонотерапии путем активации серотонинерги-

ческих нейронов дорсального ядра шва головного мозга приводят к накоплению серотонина в подкорковых структурах, препятствуя развитию депрессивных состояний, что позволяет устранить эмоциональное напряжение, тревожность, болезни стресса и тем самым оптимизирует медикаментозную терапию ГБ на ранних этапах формирования этой патологии [1, 14].

Цель исследования – изучить эффективность применения электротерапии в комплексном лечении артериальной гипертензии, протекающей на фоне астеноневротических нарушений, у мужчин молодого возраста из группы экстремальных профессий.

Материал и методы

Провели клинико-лабораторное обследование 34 мужчин в возрасте от 30 до 45 лет со средним возрастом ($34,0 \pm 8,4$) лет. У данных обследуемых имелась впервые выявленная ГБ I и II стадии (I10 по МКБ-10), без постоянной гипотензивной терапии в анамнезе, и астеноневротическое расстройство с тревожными и депрессивными проявлениями (F48 по МКБ-10). Пациенты с ГБ были военнослужащими и относились к группе экстремальных профессий. Длительность наблюдения за больными была ($14 \pm 2,6$) сут.

Контрольную группу (КГ) составили 15 относительно здоровых мужчин.

Для достижения цели исследования сформировали группы больных с АГ и астеноневротическими нарушениями:

1-я ($n = 12$) – проводили стандартную антигипертензивную терапию;
2-я ($n = 10$) – получали в комплексе терапевтических мероприятий, кроме стандартной гипотензивной терапии, психотропные препараты (малые транквилизаторы);

3-я ($n = 12$) – больные, которым, кроме стандартного лечения антигипертензивными препаратами, проводили электротерапию. Данный метод электролечения заключался в воздействии прямоугольным импульсным током низкой частоты и малой интенсивности на центральную нервную систему (ЦНС) непосредственно или через рецепторный аппарат в целях нормализации ее функционального состояния.

Основным в механизме биологического действия электротерапии является прямое действие тока на структурные образования головного мозга в виде его распространения через зрительный анализатор в подкорково-стволовые отделы ЦНС (гипоталамус, гипофиз, ретикулярную фор-

мацию) и воздействия непосредственно на заложенные вегетативно-эндокринные центры регуляции функций организма.

Длительность одного сеанса электросна составляла 20–40 мин в утреннее время в течение всего периода нахождения больного на стационарном лечении (12–16 сут). Использовали прямоугольные импульсы тока низкой частоты (5–20 Гц) частотой и длительностью 0,2–0,5 мс. Сила импульсного тока не превышала 8–10 мА.

Эффективность терапии изучали по состоянию психической сферы, центральной регуляции системы нервно-психической адаптации и функции вегетативной нервной системы (ВНС).

Психологические и психофизиологические процессы исследовали с помощью стандартизированного многофакторного исследования личности (СМИЛ), являющегося адаптивным вариантом Миннесотского многопрофильного личностного опросника (ММРІ) и 8-цветового теста Люшера.

Проанализировали показатели следующих шкал теста СМИЛ: HS (ипохондрическая фиксация), D (склонность к депрессивным реакциям), HY (склонность к истероидным реакциям), PD (психопатические отклонения), PA (склонность к паранояльным реакциям), PT (склонность к психостеническим реакциям).

Использовали показатели теста Люшера: наличие стрессового состояния, тревожность, концентричность/эксцентричность и вегетативный индекс, характеризующий баланс вегетативной нервной системы, отклонение от аутогенной нормы, отклонение от общей нормы, баланс личностных свойств. Преобладание тонуса симпатической нервной системы характеризовали как мобилизацию всех функций органов и систем, подготовку к активной защите. Тонус парасимпатической нервной системы – работу организма, направленную на отдых, восстановление сил, сбережение ресурсов.

Состояние функции ВНС исследовали с использованием тест-систем фирмы «BioSource International» по определению в сыворотке крови больных β -эндорфина. Лабораторное исследование проводили в научно-исследовательской лаборатории клеточного и гуморального иммунитета Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины им А.М. Никифорова МЧС России (Санкт-Петербург).

При сравнении статистически достоверных качественных и количественных парных корреляционных связей в группах обследуемых, в зависимости от проводимой терапии, использовали показатели, характеризующие функционирование ЦНС (значения по шкалам D, HS, HY (невротическая триада) опросника СМИЛ, показатели тревожности и наличия стрес-

сового состояния по тесту Люшера, отражающие оптимальность нервно-психического состояния человека) и ВНС (вегетативный индекс теста Люшера, уровень продукции β -эндорфина).

Математическую обработку данных исследования осуществили на IBM-совместимом персональном компьютере. Электронная база данных создана в программной среде «Microsoft Excel», статистический анализ выполнен с помощью пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6.0» (StatSoft, США). Предварительно оценивали соответствие исследуемых выборок закону нормального распределения. Определяли среднее арифметическое и его стандартное отклонение ($M \pm SD$).

Значимость различий средних значений устанавливали с использованием параметрического t -Стьюдента и непараметрического Манна-Уитни критериев. Различия считали значимыми при $p < 0,05$. Связи между показателями сердечно-сосудистой, центральной нервной, вегетативной нервной и иммунной систем устанавливали и изучали посредством корреляционного анализа. Оценивались взаимосвязи при коэффициенте корреляции $r < 0,3$ как слабые, $0,3 < r < 0,4$ как средние, $0,4 < r < 0,7$ как умеренные и $r > 0,7$ как сильные.

Результаты и их анализ

Состояние психического статуса. В 1-й группе больных после лечения динамика показателей психологического статуса не прослеживается. По-прежнему сохраняются высокие значения показателя по шкалам HS, D, NY, PD и Pt.

Во 2-й группе больных за счет применения малых транквилизаторов в комплексе основного лечения выявлено снижение значений показателя по шкалам HS ($p < 0,05$), D ($p < 0,05$), NY ($p < 0,05$) и Pt ($p < 0,05$).

В 3-й группе больных психологические показатели по шкалам D ($p < 0,01$), HS ($p < 0,01$), NY ($p < 0,05$) и Pt ($p < 0,01$) достигают уровня нормальных значений, в отличие от таковых показателей у пациентов 1-й и 2-й групп.

Проведенные исследования психологических особенностей по результатам теста СМИЛ установили значимые различия в показателях шкал между группами больных (табл. 1).

Анализируя показатели теста СМИЛ в 3 группах обследуемых, следует резюмировать, что во 2-й и в большей степени в 3-й группе пациентов значения показателей невротической «триады» (шкалы HS, D и NY) и

шкалы Pt существенно снизились и приобрели нормальный вид, сравнимый со среднепопуляционной выборкой здоровых людей.

Таблица 1

Показатели психического и психофизиологического статуса в группах обследуемых в зависимости от проведенной терапии (M ± SD)

Показатель	Группа			p <
	1-я	2-я	3-я	
Шкала СМИЛ, Т-балл				
D	74,4±5,6	65,9±9,1	57,4±3,5	1/2 – 0,05; 1/3 – 0,01; 2/3 – 0,01
HS	67,8±1,6	60,6±6,2	53,1±5,2	1/2 – 0,05; 1/3 – 0,01; 2/3 – 0,01
НУ	69,7±9,1	61,7±5,1	55,8±3,3	1/2 – 0,05; 1/3 – 0,01; 2/3 – 0,01
Pt	72,5±7,8	65,9±3,8	61,9±5,5	1/2 – 0,05; 1/3 – 0,01; 2/3 – 0,01
Тест Люшера, ед.				
вегетативный индекс	2,9 ± 0,9	1,5±0,34	-0,6±0,2	1/2 – 0,05; 1/3 – 0,05; 2/3 – 0,01
стрессовое состояние	14,2±0,6	6,9 ± 1,5	7,2 ± 2,2	1/2 – 0,01; 1/3 – 0,01
тревожность	4,6 ± 0,2	2,5 ± 0,7	2,8 ± 1,5	1/2 – 0,01; 1/3 – 0,01
концентричность / эксцентричность	0,3 ± 0,1	0,5±0,01	1,2 ± 0,3	1/2 – 0,01; 1/3 – 0,01; 2/3 – 0,01
профиль личности	0,5 ± 0,2	0,5 ± 0,2	-0,02±0,6	1/2 – 0,05; 1/3 – 0,01; 2/3 – 0,01
отклонение от нормы	16,5±0,4	16,6±5,3	18,6±2,6	1/2 – 0,05; 1/3 – 0,01; 2/3 – 0,01

Полученные результаты обследования психического статуса у лиц молодого возраста с АГ и астеноневротическими нарушениями по данным тестирования СМИЛ свидетельствуют о слабой эффективности стандартного лечения гипотензивными средствами по сравнению с терапией психотропными препаратами и электросонотерапией.

Сравнение показателей теста Люшера в группах больных с АГ и астеноневротическими расстройствами после лечения показывает, что наиболее значимые статистические отличия имеются во 2-й и 3-й группах по показателям работоспособности, стрессового состояния, тревожности, отклонения от аутогенной и общей нормы (см. табл. 1).

В 1-й группе пациентов после лечения кардиотропными препаратами по результатам теста Люшера отмечено увеличение только показателей физиологической работоспособности ($p < 0,01$). При этом по-прежнему сохраняются высокие показатели уровня тревожности ($p < 0,01$) и стрессового состояния ($p < 0,01$).

В группе больных 3-й группы при сравнении со 2-й статистически значимые различия наблюдаются по показателям концентричности / экс-

центричности, профилю личности, тонуса вегетативной нервной системы, отклонения от аутогенной и общей нормы и соответствуют таковым показателям группы контроля.

Полученные результаты психологического (тест СМИЛ) и психофизиологического (тест Люшера) тестирования свидетельствуют о том, что применение стандартного лечения гипотензивными препаратами группе пациентов с АГ и астеноневротическими нарушениями не оказывает значимого терапевтического эффекта на состояние ЦНС (тревожность, депрессивность, стрессовое состояние), что связано с их периферическим действием только на основные патогенетические звенья ГБ.

Комплексное лечение таких пациентов должно включать в себя применение психотропных средств (малые транквилизаторы) и в первую очередь электросонтерапии, что обусловлено их прямым действием на ЦНС при астеноневротических состояниях и таким образом оптимизирует эффективность применения медикаментозного лечения кардиотропными препаратами ГБ.

Именно комплексный подход к лечению АГ у лиц молодого возраста напряженных профессий, включающий применение электросонтерапии, позволяет оптимизировать медикаментозную терапию основного заболевания и снизить нагрузку лекарственных препаратов на организм больного.

Состояние вегетативной регуляции. При исследовании характера вегетативного статуса у больных с АГ и астеноневротическими расстройствами путем оценки числовых значений вегетативного индекса, определяемого с помощью 8-цветового теста Люшера, оказалось, что на фоне проводимой терапии у больных 1-й и 2-й групп сохраняется преобладающий симпатикотонический тип вегетативных влияний. В КГ и у больных 3-й группы преобладал нормотонический тип вегетативной регуляции. Изменения вегетативного тонуса у больных с АГ и астеноневротическими расстройствами, которым в комплексе основной терапии проводили электросонтерапию, по данным числовых значений вегетативного индекса, свидетельствует об эффективности данного лечения (см. табл. 1).

При проведении клинико-лабораторных исследований было выявлено достоверно значимое повышение уровня продукции β -эндорфина (табл. 2) в 3-й группе пациентов по отношению к 1-й ($p < 0,05$) и 2-й ($p < 0,05$) группам. Уровни β -эндорфина в сыворотке крови больных 2-й группы также значимо превышали таковые показатели 1-й группы ($p < 0,05$).

Таблица 2

Уровень продукции β -эндорфина, (M \pm SD) пг/мл

Показатель	Группа				p < 0,05
	1-я	2-я	3-я	КГ	
β -эндорфин	2652 \pm 620,7	3546 \pm 762,8	4131 \pm 712,1	4649,6 \pm 318,6	1/2; 1/3; 2/3; 1/КГ; 2/КГ

Высокие показатели продукции β -эндорфина в 3-й группе и повышение его значений во 2-й свидетельствуют о положительных тенденциях в регуляторных процессах надсегментарной области ВНС, что говорит об эффективности лечения, включающего применение электросонтерапии и психотропных препаратов в комплексе основной схемы лечения.

Взаимосвязи показателей функционирования ЦНС и надсегментарного аппарата ВНС. При оценке качественных и количественных парных корреляционных связей между показателями, отражающими функционирование ЦНС и надсегментарного аппарата ВНС в группах обследуемых лиц в зависимости от проводимого лечения, были получены результаты, характеризующие межсистемные взаимодействия и позволяющие оценить эффективность настоящей терапии (табл. 3):

Таблица 3

Парные корреляционные связи показателей функционирования ЦНС и надсегментарного аппарата ВНС

Показатель	Уровень продукции β -эндорфина, группа			
	1-я	2-я	3-я	КГ
Шкала СМИЛ				
D	-0,67; p < 0,05	-0,66; p < 0,05	-0,76; p < 0,01	-0,78; p < 0,01
HS		-0,65; p < 0,05	-0,72; p < 0,01	-0,78; p < 0,01
HУ		-0,76; p < 0,01	-0,76; p < 0,01	-0,77; p < 0,01
Тест Люшера				
вегетативный индекс		-0,76; p < 0,01	-0,78; p < 0,01	-0,76; p < 0,01
стрессовое состояние	-0,66; p < 0,05	-0,66; p < 0,05	-0,75; p < 0,01	-0,74; p < 0,01
тревожность	-0,58; p < 0,05	-0,66; p < 0,05	-0,71; p < 0,01	-0,79; p < 0,01

У пациентов 1-й группы, которым проводили стандартную гипотензивную терапию ГБ были выявлены обратные сильные и умеренные связи между уровнем β -эндорфина и значением показателя по шкале D теста СМИЛ, тревожностью и стрессовым состоянием по тесту Люшера и отсутствие связей между уровнем содержания β -эндорфина и значениями пока-

зателей по шкалам HS и NY теста СМИЛ и ВНС по Люшеру, что свидетельствует о десинхронизации между этими показателями, умеренной депрессивности, ипохондрической фиксации и слабой вегетативной регуляции на фоне низкой продукции β -эндорфина. Полученные результаты позволяют объективировать слабую эффективность стандартной гипотензивной терапии при АГ, протекающей с астеноневротическими нарушениями, у лиц молодого возраста.

Во 2-й группе пациентов, которым в комплексное лечение были включены психотропные препараты (малые транквилизаторы) установлены обратные сильные и умеренные корреляционные связи между уровнем содержания β -эндорфина и показателями невротической триады (D, HS, NY) теста СМИЛ, тревожностью, стрессовым состоянием и состоянием вегетативной регуляции по тесту Люшера, что свидетельствует о недостаточно сильном и умеренном взаимовлиянии между ЦНС и надсегментарным аппаратом ВНС. Полученные результаты оценки парных корреляционных связей между показателями, характеризующими функционирование ЦНС и надсегментарного ВНС у больных 2-й группы, объективно указывают на недостаточную эффективность применения психотропных препаратов в комплексной терапии АГ, протекающей с астеноневротическими нарушениями.

У больных 3-й группы, которым в комплексное лечение была включена электросонтерапия, установлены обратные сильные корреляционные связи между уровнем содержания β -эндорфина и показателями невротической триады (D, HS, NY) теста СМИЛ, тревожностью, стрессовым состоянием и состоянием вегетативной регуляции по тесту Люшера, что свидетельствует о сильном взаимовлиянии между ЦНС и ВНС. Что объективно указывает на достаточную эффективность применения электросонтерапии в комплексном лечении АГ, протекающей с астеноневротическими нарушениями.

Полученные результаты объективно указывают на эффективность применения электросонтерапии в комплексном медикаментозном лечении АГ, протекающей с астеноневротическими нарушениями, у лиц молодого возраста напряженных профессий.

Заключение

Применение стандартной гипотензивной терапии больным с артериальной гипертензией и астеноневротическими нарушениями не оказывает значимого терапевтического эффекта, что обусловлено ее периферическим

действием. В нашем исследовании оказалось, что использование электросонотерапии в комплексном лечении артериальной гипертензии, протекающей с астеноневротическими нарушениями, у лиц молодого возраста напряженных профессий более целесообразно, чем применение психотропных препаратов. Электросонотерапия в большей степени способствует снижению уровня тревожно-депрессивных нарушений и повышает уровень продукции β -эндорфина у этих больных, по сравнению с комплексной терапией психотропными препаратами.

Литература

1. Абрамович С.Г. Физиотерапия гипертонической болезни. – Иркутск, 1999. – 71 с.
2. Афонасков О.В., Давидович И.М. Артериальная гипертензия у мужчин молодого возраста, офицеров сухопутных войск. – Хабаровск, 2010. – 220 с.
3. Белевитин А.Б., Никитин А.Э., Шамрей В.К., Курасов Е.С. Психические нарушения при гипертонической болезни у военнослужащих молодого возраста // Воен.-мед. журн. – 2010. – № 4. – С. 7–13.
4. Березин Ф.Б., Безносюк Е.В., Соколова Е.Д. Психологические механизмы психосоматических заболеваний // Рос. мед. журн. – 1998. – № 2. – С. 43–49.
5. Бойцов С.А., Парцерняк С.А., Одинак М.М. Психовегетативные нарушения на начальном этапе проявления органической внутренней патологии личного состава Военно-морского флота : метод. рекомендации. – М., 2001. – 51 с.
6. Довженко Т.В., Тарасова К.В., Нестерова Е.А., Васюк Ю.А. Использование антидепрессантов в комплексной терапии больных артериальной гипертензией с расстройствами аффективного спектра // Психиатрические аспекты общемедицинской практики : материалы науч. конф. – СПб., 2005. – С. 105–106.
7. Дунаевский В.В. Психиатрия и психосоматическая медицина. – СПб. : Нордмедиздат, 1995. – 115 с.
8. Кошукова Г.Н., Буглак Н.П. Влияние электросонотерапии на эндорфиновый профиль больных ревматоидным артритом // Вестн. физиотерапии и курортологии. – 2016. – № 1. – С. 20–23.
9. Оганов Р.Г. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС // Кардиология. – 2004. – № 1. – С. 48 – 55.
10. Олесова В.М., Маркатюк О.Ю., Юрова Ю.Ю., Обрезан А.Г. Электросонотерапия в лечении заболеваний сердечно-сосудистой системы // Физиотерапевт. – 2012. – № 8. – С. 45–48.
11. Парцерняк С.А. Интегративная медицина: путь от идеологии к методологии здравоохранения. – СПб. : Нордмедиздат, 2007. – 424 с.
12. Полякова Е.О. Пограничные психические расстройства в кардиологической практике: проблемы диагностики и лечения // Кардиологический вестн. – 2006. – Т. 1, № 2. – С. 51–58.

13. Полякова Е.О. Лечение аффективных расстройств у больных ишемической болезнью сердца. // Российский психиатрический журнал. – 2005. – № 5. – С. 15 – 21.

14. Пономаренко Г.Н. Физические методы лечения. – СПб., 2011. – 319 с.

15. Семиглазова М.В., Тарасова К.В., Краснов В.Н., Емельянов И.Н. Коморбидность аффективных и сердечно-сосудистых заболеваний – обоснование, необходимость и эффективность терапии современными антидепрессантами // Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии : материалы рос. конф. – М., 2007. – С. 382.

Поступила 31.01.2017

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Герцев А.В., Ищук В.Н. Оценка эффективности применения импульсной электротерапии (электросонотерапии) в комплексном лечении артериальной гипертензии, протекающей на фоне астеноневротических нарушений, у мужчин молодого возраста экстремальных профессий // Вестн. психотерапии. 2017. № 62 (67). С. 61–73.

**EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF IMPULSE ELECTROTHERAPY
(ELECTROSNOTHERAPY) IN COMBINED TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION,
BEEN ACCOMPANIED BY A ASTHENONEUROTIC VIOLATIONS IN YOUNG MEN
OF INTENSIVE PROFESSIONS**

Gertsev A.V., Ischuk V.N.

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

✉ Alexei Vladimirovich Gertsev – PhD Med. Sci., the listener of internship faculty the leading medical structure of Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, Saint-Petersburg, 194044, Russia), e-mail: starcom50@mail.ru;

Vladimir Nikolaevich Ischuk – PhD Med. Sci., associate Prof., the department of balneology and physical therapy of Kirov Military Medical Academy (Academica Lebedeva Str., 6, Saint-Petersburg, 194044, Russia), e-mail: docisch@mail.ru.

Abstract. The research work presents some study results of efficiency of application of the treatment of hypertension, proceeding with asthenic-neurotic disorders, in young men intensive professions when included in their complex treatment impulse electrotherapy (electrosnototherapy). Electrosnototherapy in the complex treatment of antihypertensive drugs in patients with hypertension and asthenic-neurotic disorders optimizes the functioning of the central nervous system (reducing the severity of anxiety

and depressive disorders) and suprasegmental vegetative nervous system (stimulation of production of β -endorphin).

Keywords: clinical psychology, electrotherapy, electrosleep, hypertension, mental disorders, psychodiagnostics, asthenia, β -endorphin.

References

1. Abramovich S.G. Fizioterapiya gipertonicheskoi bolezni [Physiotherapy hypertensive disease]. Irkutsk. 1999. 71 p. (In Russ).

2. Afonaskov O.V., Davidovich I.M. Arterialnaya gipertenzia u mugchin mologogo vozrasta, oficerov suhoputnykh voisk [Arterial hypertension in young men, army officers]. Habarovsk. 2010. 220 p. (In Russ).

3. Belevitin A.B., Nikitin A.E., Shamrei V.K., Kurasov E.S. Psihicheskie narusheniya pri gipertonicheskoi bolezni u voennoslugashchikh molodogo vozrasta [Mental disorders in hypertension in young military personnel]. *Voенно-медицинский журнал* [Military Medical Journal]. 2010. N 4. Pp. 7–13. (In Russ).

4. Berezin F.B., Beznosuk E.V., Sokolova E.D. Psihologicheskie mekhanizmy psihosomaticheskikh zabolevaniy [Psychological mechanisms of psychosomatic diseases]. *Rossiiskii meditsinskii gurnal* [Russian Medical Journal]. 1998. N 2. Pp. 43–49. (In Russ).

5. Boicov S.A., Parcernyk S.A., Odinak M.M. Psihovegetativnye narusheniya na nachalnom etape proyvleniya organicheskoi patologii lichnogo sostava Voennomorskogo flota: metodicheskie rekomendatsii [Psychovegetative disorders at an early stage of manifestation of organic pathology of internal personnel of the Navy: guidelines]. Moskva. 2001. 51 p. (In Russ).

6. Dovgenko T.V., Tarasova K.V., Nesterova E.A., Vasuk U.A. Ispolzovanie antidepressantov v kompleksnoi terapii bolnykh arterialnoi gipertenziei s rasstroistvami affektivnogo spektra [The use of antidepressants in the treatment of hypertensive patients with affective spectrum disorders]. *Psihiatricheskie aspekty obshchemeditsinskoi praktiki* [Mental health aspects of general medical practice] : Scientific. Conf. Proceedings. Sankt-Peterburg. 2005. Pp. 105–106. (In Russ).

7. Dunaevskii V.V. Psihiatria i psihosomaticheskaya medicina [Psychiatry and Psychosomatic Medicine]. Sankt-Peterburg. 1995. 115 p. (In Russ).

8. Koshukova G.N., Buglak N.P. Vliyanie elektrosonoterapii na endorfinoviy profil bolnykh revmatoidnim artritom [The impact on endorphin elektrosonoterapii profile in patients with rheumatoid arthritis]. *Vestnik fizioterapii i kurortologii* [Journal of Physiotherapy and Health Resort]. 2016. N 1. Pp. 20–23. (In Russ).

9. Oganov R.G. Depressiya i rasstroistva depressivnogo spektra v obshchemeditsinskoi praktike. Rezultaty programmi KOMPAS [Depression and depressive disorders in general practice range. COMPASS program results]. *Kardiologia* [Cardiology]. 2004. N 1. Pp. 48–55. (In Russ).

10. Olesova V.M., Markatuk O.U., Urova U.U., Obrezan A.G. Elektrosonoterapiya v lechenii zabolevaniy serdechno-sosudistoi sistemi [Elektrosonoterapiya in the treatment of diseases of the cardiovascular system]. *Fizioterapevt* [Physiotherapist]. 2012. N 8. Pp. 45–48. (In Russ).

11. Parcernykh S.A. Integrativnaya medicina: put ot ideologii k metodologii zdorovohraneniya [Integrative Medicine: the path from ideology to the methodology of Health]. Sankt-Peterburg. 2007. 424 p. (In Russ).

12. Poliakova E.O. Pogranichnye psichicheskie rasstroistva v kardiologicheskoi praktike: problem diagnostiki i lecheniya [Borderline mental disorders in drug treatment practice: diagnosis and treatment of problems]. *Kardiologicheskii vestnik* [Heart Gazette]. 2006. N 2. Pp. 51–58. (In Russ).

13. Polakova E.O. Lechenie affektivnykh rasstroistv u bolnykh ishemicheskoi boleznou serdca [Treatment of mood disorders in patients with coronary heart disease]. *Rossiiskii psichiatricheskii gurnal* [Russian Journal of Psychiatry]. 2005. N 5. Pp. 15–21. (In Russ).

14. Ponomarenko G.N. Fisicheskie metody lecheniya [Physical treatment] – Sankt-Peterburg. 2011. 319 p. (In Russ).

15. Semiglazova M.V., Tarasova K.V., Krasnov V.N., Emelianov I.N. Komorbidnost' affektivnykh i serdechno-sosudistykh zabolevaniy – obosnovaniye, neobkhodimost' i effektivnost' terapii sovremennymi antidepressantami [Comorbidity of mood and cardiovascular disease – the rationale, necessity and effectiveness of treatment with modern antidepressants]. *Vzaimodeystviye nauki i praktiki v sovremennoi psichiatrii* [Interaction between science and practice in modern psychiatry] : Scientific. Conf. Proceedings. Moskva. 2007. P. 382. (In Russ).

Received 31.01.2017

For citing. Gertsev A.V., Ischuk V.N. Otsenka effektivnosti primeneniya impul'snoi elektroterapii (elektrosoterapii) v kompleksnom lechenii arterial'noi gipertenzii, protekayushchei na fone astenonevroticheskikh narushenii, u muzhchin molodogo vozrasta ekstremal'nykh professii. *Vestnik psikhoterapii*. 2017. N 62. Pp. 61–73. (In Russ.)

Gertsev A.V., Ischuk V.N. Evaluating the effectiveness of impulse electrotherapy (electrosnotherapy) in combined treatment of arterial hypertension, accompanied by asthenoneurotic violations in young men of intensive professions. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2017. N 62. Pp. 61–73.

ДИАГНОСТИКА СКЛОННОСТИ К ЗАВИСИМОМУ ПОВЕДЕНИЮ НА ОСНОВЕ ТЕСТА РОРШАХА

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2);
Санкт-Петербургский государственный институт кино и телевидения
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Правды, д. 13).

На основе существующих научных подходов раскрываются психологические механизмы зависимого (аддиктивного) поведения. Проанализированы проблемные области и направления психологической диагностики зависимостей. Представлены шкала оральной зависимости теста Роршаха и протокол ее применения. Обоснована целесообразность и возможность использования оральной шкалы Rorschach Oral Dependency scale в диагностике аддиктивного поведения. Изложены данные литературы по клиническим исследованиям валидации и надежности шкалы.

Ключевые слова: медицинская (клиническая) психология, аддиктивные расстройства, аддикция (зависимость), зависимое поведение, профилактика, психологическая диагностика, структурное интервью, психологический опросник, проективный тест Роршаха.

Введение

По прогнозам ООН, основным источником человеческих страданий в XXI в. должны стать патологические зависимости, в связи с чем проблема профилактики и преодоления зависимого поведения приобретает высокую социальную значимость [1]. По масштабу распространения и тяжести последствий аддиктивное поведение относится к группе наиболее серьезных социальных проблем, решение которых лежит одновременно в медицинском, психологическом, педагогическом, а в самых тяжелых своих проявлениях и в правовом поле [5, 8].

Ведущее значение в структуре зависимостей, по-прежнему, имеют химические аддикции: курение табака, алкоголизм, наркомания. Становится все более актуальной проблема компьютерной игровой и интернет-

✉Змановская Елена Валерьевна – д-р психол. 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: evz-spb@mail.ru;

Миропольская Оксана Владимировна – педагог-психолог, С.-Петерб. гос. ин-т кино и телевидения (Россия, 191119, Санкт-Петербург, ул. Правды, д. 13), e-mail: 9696427@mail.ru.

зависимости. Ежегодно появляются все новые виды аддикций, требующие разработки современных подходов в области профилактики, лечения и реабилитации зависимого поведения [6].

К настоящему времени исследования в области зависимостей прошли сложный путь от преимущественно медицинских взглядов на формирование и лечение зависимости к биопсихосоциальной (междисциплинарной) и холистической парадигмам, в результате чего появилась самостоятельная наука – аддиктология, которая занимается изучением, диагностической профилактикой и лечением зависимостей [5, 6].

Обобщая различные исследования, можно выделить универсальные признаки, присущие различным формам зависимого поведения: устойчивое стремление личности к изменению психофизиологического состояния; сверхценное отношение индивида к объекту аддикции; непрерывный процесс усиления аддикции; утрата самоконтроля; дезинтеграция личности и ее социальная дезадаптация [1]. Р. Браун сформулировал 6 психологических характеристик, универсальных для всех вариантов аддикций: сверхценность; эйфория; рост толерантности; симптомы отмены; конфликт с окружающими и самим собой; рецидив [6].

Многообразие форм и сложность психодинамики зависимого поведения определяют проблему диагностики психологических составляющих аддиктивного поведения в целях повышения эффективности профилактических мер, а также медицинской, психологической, а в некоторых случаях и социальной помощи конкретному пациенту [1, 5].

Современные подходы к диагностике психологических компонентов и детерминант аддиктивного расстройства. В настоящее время для оценки психического статуса зависимого пациента используют набор методов, включающий клиническую беседу (структурированное интервью), самоотчет, бланковые психологические опросники, диагностическую беседу и психологическое тестирование [3].

Клиническая беседа направлена на выявление ведущих социальных, семейных, индивидуально-психологических и биографических триггеров аддикции, а также исследование ситуации появления и динамики течения самого заболевания. Одновременно с этим выявляется внутренняя картина болезни, а также решается вопрос о субъективном отношении пациента к ней. Основное значение клинического интервью заключается в интеграции всего массива данных, значимых для диагностики зависимости [4].

В дополнение к диагностической беседе разработаны разнообразные тестовые методики. При выборе психодиагностических инструментов для

исследования зависимых пациентов обычно используется набор опросников и тестов, созданных в рамках различных концептуальных подходов. Главной задачей психодиагностики является выявление нарушенных психических состояний, свойств и процессов, коррелирующих с аддиктивным поведением.

Единый подход к диагностике зависимостей пока еще не разработан, вследствие чего данное направление представляет собой конгломерат методик и методов, выбор которых определяется формой аддикции и субъективной позицией исследователя. Приведем примеры. Для определения привязанности к интернету Кимберли Янг предлагает два рода анкет: 1-я – для пользователя, 2-я – для наблюдавших извне (включающая набор симптомов для распознавания компьютерной и интернет-зависимости). При пищевой зависимости в помощь врачу и самому больному разработан опросник М. Аль-Рабаки [8]. В Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева сформулированы методические рекомендации для лечебно-профилактических наркологических учреждений, где рекомендованы более 30 отечественных и зарубежных методик и опросников различной содержательной направленности [3].

Следует отметить, что существующие психодиагностические подходы носят либо узко функциональный, либо избыточно эклектичный характер. Проблема методологии и методического обеспечения эффективной диагностики зависимостей остается по-прежнему актуальной для различных социальных сфер, включая медицинское освидетельствование и профотбор. Известно, что одним из эффективных путей повышения качества профессиональной деятельности специалистов является прогноз. Основу данной процедуры должны составить надежные, валидные и экономичные психологические средства, позволяющие оценивать профессионально важные психологические качества специалистов [5].

Шкала для выявления оральной зависимости на основе теста Роршаха. В зарубежной психодиагностике большое внимание в работе с зависимостями уделяется проективным методам и методикам, позволяющим снизить искажающее действие защитных механизмов. Одним из перспективных направлений в области психодиагностики является профессиональное применение проективного теста Роршаха. В 1968 г. Джоном Эриксоном была разработана интегративная система диагностики методом Роршаха «Comprehensive Sistem», введенная в практику в 1974 г. Новый

подход успешно зарекомендовал себя на практике и в научных исследованиях не только в США, но и в ряде других стран.

Проективные методы базируются на психоаналитическом видении, в рамках которого зависимая личность описывается в контексте особенностей оральной фазы развития индивида (0–18 мес). В этот период развитие младенца связано с сосанием и максимальным удовлетворением физиологических потребностей, а также с ощущением безопасности и физического комфорта. Фрустрация или перенасыщение ребенка на данном этапе могут приводить к «фиксации» на оральных потребностях. Такая личность впоследствии будет предрасположена к тому, чтобы полагаться на других людей для успокоения и поддержки, а также будет демонстрировать черты поведения, свойственные инфантильной оральной фазе развития, например стремление к оральной стимуляции в форме курения или употребления напитков, использование пищи в качестве средства успокоения и проч. [7].

Несмотря на то что понятие оральной зависимости является широко принятым в современном психоанализе, длительное время методических средств для измерения данной особенности не существовало. Одной из наиболее удачных разработок в области психодиагностики зависимого поведения стала Шкала для выявления оральной зависимости на основе теста Роршаха (Rorschach Oral Dependency scale, ROD). Методика была разработана Маслингом, Раби и Блондхеймом в 1967 г.

Валидизация шкалы ROD проводилась на психических и терапевтических больных, студентах колледжей и членах анонимных сообществ. На сегодняшний день ROD относится к самым распространенным проективным методам измерения зависимости, будучи использован в 80 % всех опубликованных исследований за последние 35 лет. Данная методика зарекомендовала себя как надежный метод диагностики в зарубежной клинической психологии. Одним из преимуществ данной методики является возможность проведения тестирования в группе [11].

Данная процедура четко прописана и стандартизирована. Группе показываются слайды или карты с пятнами Роршаха. Участников тестирования просят написать по три ответа на карты I, II, III, VIII, X и по два ответа на карты IV, V, VI, VII, IX, в итоге каждый тестируемый дает 25 ответов. Время экспозиции каждой карты 3 мин. Процедура проведения тестирования зависит от количества респондентов. В групповом варианте не проводится опрос, а анализируются только ответы, тестирование проводится в один этап [10].

Индивидуальное тестирование может проводиться двумя способами: только сбор ответов или по классическому варианту диагностики – сбор ответов и беседа [2, 13].

При обработке результатов используются категории, указанные в табл. 1. За каждый ответ, содержащий один или более ответов из категорий, указанных в таблице ставится 1 балл. При подсчете следует обращать внимание, что в 1-й категории 1 балл за образы животных ставится только в случае, если они ассоциируются с поеданием (т. е. 1 балл за утку или индейку засчитывается, если использованы описывающие еду выражения, например жареная утка или ножка индейки). В 3-й категории за кастрюлю и котел засчитывается балл, только если подразумевается акт готовки. В 13-й категории за малыша засчитывается 1 балл, если есть намек на пассивность или слабость.

Таблица 1

Категории учитываемых ответов по шкале ROD

№	Категория	Пример ответа
1	Еда, напитки	Вода, вино, сок, жареная курица, куриный окорочок
2	Источники еды	Ресторан, бар, грудь
3	Предметы для еды	Кофейник, посуда, стакан, чашка
4	«Поставщики» еды	Официант, повар, бармен
5	Пассивные получатели еды	Птица в гнезде, толстый или худой человек
6	Мольба, прошение о помощи	Собака просит косточку, человек молится
7	Пищеварительные органы, и органы, связанные с потреблением еды	Рот, желудок, губы, зубы
8	«Оральные предметы»	Помада, сигарета, туба
9	Воспитатели	Иисус, мать, отец, доктор, Бог
10	Подарки и дарители подарков	Рождественская елка, рог изобилия
11	Предметы и символы, приносящие удачу	Подкова, рог изобилия
12	Оральная деятельность	Поедание, говорение, пение, целование
13	Пассивность и беспомощность	Запутавшийся человек, потерявшийся человек
14	Беременность и репродуктивные органы	Плацента, матка, яичники, эмбрион
15	Ответы в стиле детской речи	Ладушки, зайчик, киска
16	Отрицание орально зависимых перцептов	Отсутствие рта, женщина без груди

Далее итоговое количество баллов, полученных по шкале ROD, делится на общее количество ответов:

$$r = X/R,$$

где r – показатель по шкале ROD;

X – количество баллов по категориям шкалы ROD;

R – общее количество ответов.

Интерпретация результатов тестирования:

0–3 балла – отрицание потребностей в зависимости;

4–15 баллов – норма, отсутствие зависимого поведения;

более 15 баллов – выраженная склонность к зависимому поведению или зависимость.

Примеры ответов, содержащие категории шкалы ROD:

– это два человека, которые готовят еду в котле (категория № 3, здесь и далее, см. табл. 1)

– два человека, официанта, которые несут поднос (категория № 4);

– это отец и мать, они непонятного пола, но это точно родители (категория № 9)

– тут я вижу куриные окорочка, такие, знаете, как у курицы гриль (категория № 1);

– белый фон мне напоминает кувшин, до краев наполненный молоком (категория № 3);

– если её перевернуть, то это напоминает подкову, знаете, такие на счастье на двери вешают (категория № 11);

– это точно композиция из овощей со шведского стола. В ресторанах и отелях такие делают (категория № 2);

– желудок, как будто фотография желудка (категория № 7);

– тут еще два песика, которые ждут косточку, умоляюще смотрят (категория № 5).

Исследования, проводимые среди разных групп населения и в разных условиях, подтвердили высокую надежность и валидность методики. Средние значения по шкале ROD стабильно колеблются в диапазоне от 0,12 до 0,15, при этом средний показатель у мужчин и женщин тождественны. Общие баллы по шкале в исследуемых группах – от 0 до 8 (0–0,35).

Шкала ROD показала высокую межэкспертную надежность. При сравнении результатов разных экспертов, проводивших тестирование одних и тех же пациентов, совпадение результатов достигало 85–95 %. Коэффициенты корреляции Пирсона между двумя наборами оценок превосходили 0,90 вне зависимости от того, были собраны данные от больных или здоровых участников [12].

Борнштейном, Россером и Хиллом была исследована ретестовая надежность шкалы. Тестирование ROD было проведено среди студентов колледжей разного пола с одинаковыми условиями. $\frac{1}{3}$ обследуемых повторно прошла тест спустя 16 нед, другая $\frac{1}{3}$ – через 28 нед, а оставшаяся часть – спустя 60 нед. Исследователи получили сопоставимые ретестовые коэффициенты надежности для мужчин и женщин, при этом достоверность повторного теста составила 0,67 через 16 нед, 0,48 – спустя 28 нед и 0,46 – через 60 нед.

Исследование валидности проводились Маслингом на разных выборках, в частности среди пациентов с ожирением ($r = 0,51$), нарушением метаболизма, анорексией ($r = 0,25$), страдающих алкоголизмом ($r = 0,56$). Все перечисленные категории показали значимые различия в сравнении с контрольными группами [11].

Дополнительную информацию о связи между оценкой по шкале ROD и зависимым поведением позволил получить мета-анализ Борнштейна, в котором исследователь сравнил коэффициенты валидности, полученные из ряда проективных тестов и тестов самоотчета на выявление зависимости. В данном анализе общий коэффициент валидности (r) шкалы ROD составил 0,37 ($p < 0,001$). Этот коэффициент валидности походил на коэффициенты, полученные по оценкам шкалы зависимости Наврана MMPI, клинического многоосевого опросника Миллона ($r = 0,17$), опросника межличностной зависимости ($r = 0,33$) Хиршфелда и подшкалы «потребность в защите» в списке личностных предпочтений Эдвардса ($r = 0,35$) [10].

Некоторые исследователи обратили внимание на связь между оценкой ROD и результатами тестов самоотчета для выявления зависимости. Хотя величина коэффициентов корреляции между тестами немного варьируется, общий коэффициент корреляции самоотчетов ROD составил 0,29. В исследованиях, в которых данные о корреляции между тестами рассчитывались с учетом гендера, средние коэффициенты корреляции тестов самоотчета ROD были 0,30 в случае женщин и 0,24 в случае мужчин [9].

Помимо наблюдаемых связей между оценкой по шкале ROD и показателями зависимости в поведении и самоотчетах, неоднократно наблюдалась связь между результатами ROD и переменными, теоретически относящимися к зависимости. Например, в ряде исследований было выявлено, что испытуемые с высокими баллами по шкале ROD хорошо различают неявные намеки в межличностных отношениях. В данных исследованиях участники, набравшие много баллов по шкале ROD, точнее, чем испытуе-

мые с низкими баллами, могли судить о настроении и личных убеждениях знакомых, учителей и психотерапевтов (средний показатель корреляции между оценкой по шкале ROD и межличностной чувствительностью в данных исследованиях составил 0,32).

Маслинг, О'Нилл и Каткин пришли к выводу, что участники, набравшие высокие баллы по шкале ROD, имеют повышенную автоматическую реакцию активации в ответ на отвержение в межличностных отношениях ($r = 0,59$); у испытуемых с низкими баллами по шкале ROD автоматическая реакция активации значительно слабее [10].

Схожим образом, Джуни и его коллеги обнаружили, что студенты колледжей, набравшие высокие баллы по шкале ROD, во время решения задачи по нахождению выхода из лабиринта вступали в физический контакт со сверстниками с большей легкостью, чем студенты, набравшие невысокие баллы ($r = 0,39$).

Гринсберг и Борнштейн обнаружили, что стационарным больным, страдающим психическими расстройствами и получившим много баллов по шкале ROD, труднее прекратить лечение, чем испытуемым с похожим диагнозом, набравшим меньшее количество баллов ($r = 0,46$). Дуберштейн и Талбот сообщили о сопоставимых результатах: высокие баллы по шкале ROD наблюдались у студентов колледжей, которые в самоотчетах писали о чувствах неуверенности в себе и привязанности к другим. Левин и Маслинг, в свою очередь, обнаружили тесную взаимосвязь между оценкой по шкале ROD и оценкой глубинной ситуативной и личностной тревожности (коэффициенте корреляции составили 0,47 и 0,37 для ситуативной и личностной тревожности соответственно). Исследование Джуни и Фишер показало, что высокие баллы по шкале ROD наблюдаются у испытуемых-мужчин, заявивших в самоотчетах о своей вере в высшие силы ($r = 0,21$). Борнштейн, Леон и Галли обнаружили связь между высокими баллами по шкале ROD и описанием себя как слабого человека ($r = 0,21$) без амбиций ($r = 0,23$) среди мужчин [9].

Высокие баллы по шкале ROD также связаны с наличием у детей ($r = 0,30$) защитной реакции, характеризуемой направленными на себя (а не выражаемыми внешне) злостью и агрессией ($r = 0,34$). Высокие баллы по шкале ROD коррелируют с депрессией ($r = 0,21$) и пограничным расстройством личности ($r = 0,19$) у стационарных больных с психическими расстройствами. Оценка по шкале ROD студентов колледжей показала связь с самоотчетами, в которых студенты заявляли о депрессии ($r = 0,46$), и с со-

общениями о наличии симптомов зависимого расстройства личности ($r = 0,33$) и истерического расстройства личности ($r = 0,27$) [11].

В целом исследования конструктивной валидности шкалы ROD дали положительные результаты. Оценка по шкале ROD характеризуется высокой межэкспертной надежностью, хорошей внутренней надежностью и допустимой ретестовой надежностью на протяжении 60 нед.

Оценка конвергентной валидности также положительна: результаты по шкале ROD показывают корреляцию средней и сильной степени с результатами тестов по определению поведенческих и приписываемых себе признаков зависимости, а также с результатами измерения свойств личности, теоретически связанных с зависимостью (например, межличностная чувствительность, чувство небезопасности, потребность в привязанности).

Борнштейн, Бауэрс и Боннер сообщили, что оценка по шкале ROD не связана с оценкой мужественности и женственности в опроснике Бема [12]. Наконец, данные, полученные при оценке дискриминантной валидности, подтвердили, что оценка по шкале ROD не искажается внутренними переменными (например, интеллектом, локусом контроля), иначе это подняло бы вопрос об ограниченности шкалы. Таким образом, использование шкалы ROD в клинических условиях и в научных исследованиях является обоснованным и надежным методом.

Использование шкалы ROD в комплексной диагностике аддиктивной личности. Обсуждаемая шкала относится к проективным тестам со слабоструктурированным стимульным материалом и невозможностью симуляции или диссимуляции. Это один из наиболее важных моментов в диагностике зависимого пациента с высокой склонностью к рационализации и отрицанию своей проблемы. Данный способ диагностики позволяет снизить субъективность результатов исследования, а также глубже изучить негативные установки индивида и субъективный опыт [4].

Мак-Клелланд и его коллеги высказали предположение, что такие проективные средства, как шкала ROD, дают более точную оценку мотивационных и эмоциональных факторов, чем самоотчеты, которые проходят через фильтр защитных представлений о самом себе и других.

Различия в оценках по шкале ROD и самоотчетах, измеряющих зависимость, показывают, что в клинических условиях хорошо использовать как расхождение, так и сходство результатов проективных и объективных тестов по выявлению зависимости. В табл. 2 показаны 4 результата, которые можно получить, когда тестирование по шкале ROD и одному или более тесту самоотчета для измерения зависимости выполняются одним и

тем же человеком. Как показано в верхней левой и нижней правой секциях табл. 2, человек может набрать высокие или низкие баллы в обоих тестах, что будет означать сходство приписываемых себе черт зависимости. Другие две секции табл. 2 изображают расхождение между имплицитными (скрытыми) и эксплицитными (явными) потребностями респондента. В одном случае (когда высокая оценка по шкале ROD сопровождается низкой оценкой зависимости в самоотчете) люди с высоким уровнем имплицитных зависимых потребностей отрицают последние. Можно сказать, что у таких личностей есть «непризнанные стремления зависимости». В другом случае (когда низкая оценка по шкале ROD сопровождается высокой оценкой зависимости в самоотчете) человек имеет низкий уровень имплицитных потребностей зависимости, но считает себя очень зависимым. Таких людей можно описать как имеющих «зависимую самопрезентацию» [11, 12].

Таблица 2

Сходства и расхождения между имплицитной и приписываемой себе оценкой зависимости

Оценка проективного теста	Оценка объективного теста	
	низкая	Высокая
Низкая	Низкая имплицитная зависимость Низкая «приписываемая себе» зависимость Низкая зависимость	Низкая имплицитная зависимость Высокая «приписываемая себе» зависимость Зависимая самопрезентация
Высокая	Высокая имплицитная зависимость Низкая «приписываемая себе» зависимость Отрицаемая зависимость	Высокая имплицитная зависимость Высокая «приписываемая себе» зависимость Высокая зависимость

Таким образом, проведя оба типа испытаний на одном и том же человеке, клиницисты могут получить более полную картину скрытых и очевидных тенденций. Клиницисты и исследователи могут делать более точные прогнозы относительно индивидуальных и ситуативных особенностей зависимого поведения благодаря результатам, полученным посредством двух способов оценки аддиктивной мотивации одного и того же человека [9].

Выводы

Оральная шкала Rorschach Oral Dependency scale на основе теста Роршаха может быть рекомендована в качестве валидной и надежной методики оценки индивидуальной склонности к зависимому поведению для решения широкого спектра медико-социальных и научных задач.

Основными преимуществами данного метода диагностики являются: стандартизованность и простота проведения процедуры тестирования; легкость в подсчете баллов и интерпретации результатов; снижение субъективности результатов и риска их сознательного искажения; возможность проведения группового тестирования; возможность широкого применения данной методики как в клинической психологии, так и в профессиональном отборе; использование шкалы одновременно в работе со взрослыми людьми и подростками.

Литература

1. Аршинова В.В. Профилактика зависимого поведения: системный подход. – Ростов н/Д : Феникс, 2014. – 414 с. – (Социальный проект).
2. Ассанович М.А. Интегративная система психодиагностики методом Роршаха. – М. : Когито-Центр, 2011. – 397 с.
3. Дудко Т.Н., Белокрылов И.Б., Райзман Е.М. Психотерапия в лечебно-профилактических учреждениях наркологического профиля (принципы организации, формы и методы работы) : метод. рекомендации. – СПб. : С-Петербург. НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2014. – 54 с.
4. Змановская Е.В, Миропольская О.В. Теоретико-методологическое обоснование применения проективной методики Роршаха в комплексной диагностике психосоматических расстройств // Вестник психотерапии. – 2016. – № 57 (62). – С. 83–99.
5. Змановская Е.В., Рыбников В.Ю. Девиантное поведение личности и группы : учеб. пособие. – СПб. [и др.] : Питер, 2012. – 352 с. – (Учеб. пособие).
6. Мендель Б.Р. Психология зависимостей (аддиктология) : учеб. пособие. – М. : Вуз. учеб. : Инфра-М, 2015. – 320 с.
7. Решетников М.М. [и др.]. Введение в классический психоанализ : лекции. – СПб. : Вост.-Европ. ин-т психоанализа, 2014. – 318 с.
8. Спринц А.М., Ерышев О.Ф. Химические и нехимические зависимости. – СПб. : СпецЛит, 2012. – 127 с.
9. Bornstein R.F. A process dissociation approach to objective-projective test score interrelationships // Journal of Personality Assessment. – 2002. – N 78. – P. 47–68.
10. Bornstein R.F. Bonner S., Kildow A.M., &McCall C.A. Effects of individual versus group test administration of Rorschach Oral Dependency scores // Journal of Personality Assessment. – 1997. – N 69. – P. 215–228.
11. Bornstein R.F. Clinical utility of the Rorschach Inkblot Method Reframing the debate // Journal of Personality Assessment. – 2001. – N 77. – P. 39–47.

12. Bornstein R.F., Masling J.M. Scoring the Rorschach Seven Validated Systems. – London : Lawrence Erlbaum associates publishers, 2013. – 279 p.

13. Exner J.E., Jr. The Rorschach: A comprehensive system : Vol. 1. Basic foundations. N.Y., American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. – 4th ed. – Washington : DC Author, 1993. – 171 p.

Поступила 15.05.2017

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Змановская Е.В., Миропольская О.В. Диагностика склонности к зависимому поведению на основе теста Роршаха // Вестн. психотерапии. 2017. № 62 (67). С. 74–86.

DEPENDENT BEHAVIOR DIAGNOSIS BASED ON THE RORSCHACH TEST

Zmanovskaya E.V.¹, Miropolskaia O.V.²

¹ Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Academica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, Russia);

² Saint Petersburg State University of Film and Television (Pravdy Str., 13, St. Petersburg, Russia).

✉ Elena Valer'evna Zmanovskaya – Dr. Psychol. Sci. Prof., Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Academica Lebedeva Str., 4/2, St. Petersburg, 194044, Russia), e-mail: evz-spb@mail.ru;

Oksana Vladimirovna Miropolskaia – educational psychologist, Saint Petersburg State University of Film and Television (Pravdy Str., 13, St. Petersburg, 191119, Russia), e-mail: 9696427@mail.ru.

Abstract. Basing on the current scientific approaches, we discuss the psychological mechanisms of the dependent (addictive) behavior. We analyze the problematic areas and lines of the psychological diagnosis of dependencies. We describe the Rorschach oral dependency scale and its administration procedures. We demonstrate the possibility and advantages of the application of the ROD scale when diagnosing the dependent behavior. We review the results of clinical research on the validity and reliability of the scale.

Keywords: clinical (medical) psychology, dependence disorders, addiction (dependence), dependent behavior, prevention, psychological diagnosis, psychological defenses, structured interview, psychological questionnaires, psychological testing differential, projective test of Rorschach.

References

1. Arshinova V.V. Profilaktika zavisimogo povedeniya: sistemnyi podkhod [Preventative Care of Addictive Behaviour: System Approach]. Rostov-na-Donu. 2014. 414 p. (In Russ.)
2. Assanovich M.A. Integrativnaya sistema psikhodiagnostiki metodom Rorshakha [Integrative System of Psychodiagnostics by Rorschach Method]. Moskva. 2011. 397 p. (In Russ.)
3. Dudko T.N., Belokrylov I.B., Raïzman E.M. Psikhoterapiya v lechebno-profilakticheskikh uchrezhdeniyakh narkologicheskogo profilya (printsipy organizatsii, formy i metody raboty) [Psychotherapy in Health Care and Addiction Rehab Centres]. Sankt-Peterburg. 2014. 54 p. (In Russ.)
4. Zmanovskaya E.V., Miropol'skaya O.V. Teoretiko-metodologicheskoe obosnovanie primeneniya proektivnoi metodiki Rorshakha v kompleksnoi diagnostike psikhosomaticeskikh rasstroistv [Theoretic and Methodological Justification of Using Rorschach Method in Complex Diagnostics of Psychosomatic Disorders]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2016. N 57 (62). Pp. 83–99. (In Russ.)
5. Zmanovskaya E.V., Rybnikov V.Yu. Deviantnoe povedenie lichnosti i gruppy [Personal and Group Deviant Behaviour]. Sankt-Peterburg. 2012. 352 p. (In Russ.)
6. Mendel' B.R. Psikhologiya zavisimosti (addiktologiya) [Psychology of Addiction (Addictology)]. Moskva. 2015. 320 p. (In Russ.)
7. Reshetnikov M.M. [et al.]. Vvedenie v klassicheskii psikhoanaliz [Introduction to Classical Psychoanalysis]. Sankt-Peterburg. 2014. 318 p. (In Russ.)
8. Sprints A.M., Eryshev O.F. Khimicheskie i nekhimicheskie zavisimosti [Chemical and Non-Chemical Addictions]. Sankt-Peterburg. 2012. 127 p. (In Russ.)
9. Bornstein R.F. A process dissociation approach to objective-projective test score interrelationships. *Journal of Personality Assessment*. 2002. N 78. Pp. 47–68.
10. Bornstein R.F., Bonner S., Kildow A.M., & McCall C.A. Effects of individual versus group test administration of Rorschach Oral Dependency scores. *Journal of Personality Assessment*. 1997. N 69. Pp. 215–228.
11. Bornstein R.F. Clinical utility of the Rorschach Inkblot Method Reframing the debate. *Journal of Personality Assessment*. 2001. N 77. Pp. 39–47.
12. Bornstein R.F., Masling J.M. Scoring the Rorschach Seven Validated Systems. London : Lawrence Erlbaum associates publishers. 2013. 279 p.
13. Exner J.E., Jr. The Rorschach: A comprehensive system: Vol. 1. Basic foundations. N.Y., American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington : DC Author. 1993. 171 p.

Received 15.05.2017

For citing. Zmanovskaya E.V., Miropol'skaya O.V. Diagnostika sklonnosti k zavisimomu povedeniyu na osnove testa Rorshakha. *Vestnik psikhoterapii*. 2017. N 62. Pp. 74–86. (In Russ.)

Zmanovskaya E.V., Miropolskaia O.V. Dependent Behavior Diagnosis based on the Rorschach Test. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2017. N 62. Pp. 74–86.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ НА СОСУДАХ СЕРДЦА

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (Россия, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2)

Приведены результаты исследования психологического благополучия пациентов с ишемической болезнью сердца, находящихся на реабилитации после операции по реваскуляризации миокарда. Выявлены статистически значимые различия уровня выраженности компонентов психологического благополучия, жизнестойкости, уровня развития субъектности и экзистенциальной наполненности между группами пациентов с низким и средним уровнем психологического благополучия. Описаны взаимосвязи психологического благополучия с другими исследуемыми психологическими характеристиками в изучаемых группах.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, психодиагностика, психологическое благополучие, ишемическая болезнь сердца, аортокоронарное шунтирование.

Введение

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) заслуженно получила статус эпидемии XX в. По статистическим данным, среди взрослого населения занимающихся умственным трудом и с малой физической активностью, которые длительное время находились на диспансерном наблюдении, ИБС достоверно диагностирована у 40,3 % [4, с. 5]. На современном этапе развития методов лечения медикаментозная терапия ИБС все чаще сочетается с методами реваскуляризации миокарда, т. е. проведением таких операций как: аортокоронарное шунтирование, транслюминальная баллонная коронарная ангиопластика и стентирование коронарных артерий [1, 5].

С каждым годом растет число проведенных операций по реваскуляризации миокарда, что означает, что все больше пациентов проходит через все составляющие кардиологической реабилитации. По определению Американской ассоциации сердечно-сосудистой профилактики и реабилитации, кардиореабилитация – скоординированное многогранное вмешательство, направленное на оптимизацию физического, психологического и социального функционирования пациентов с сердечно-сосудистыми заболе-

✉ Лакомская Анна Владимировна – ассистент каф. психосоматики и психотерапии С.-Петерб. гос. педиатр. мед. ун-та (Россия, 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2), e-mail: lakomskaia@list.ru.

ваниями, стабилизацию, замедление прогрессирования и даже обратное развитие атеросклеротического процесса и, вследствие этого, снижающее заболеваемость и смертность [11].

Само переживание сердечно-сосудистого заболевания является стрессовым фактором для человека, соответственно операция и последующий комплекс процедур по восстановлению становится кризисным периодом, когда весь организм работает над преодолением негативных переживаний, связанных с болезнью. Вопрос кардиологической реабилитации на госпитальном, санаторном и амбулаторно-поликлиническом этапах стал одним из важных аспектов исследований многих авторов, как врачей, так и психологов. Множество психологических исследований больных с ИБС посвящено аспектам их отношения к своему заболеванию, изменению качества жизни после операции, трудоспособности и изучению психического состояния на протяжении всего многоэтапного лечения [3, 6–8, 10]. Ситуация болезни и операции в жизни человека является лишь частью его бытия и отражается тем или иным образом в контексте самовосприятия, рефлексии своего жизненного опыта и его внутренней критичной проработке, т. е. влияет на субъективную оценку пациентом уровня своего психологического благополучия (ПБ) [2].

В зарубежной литературе ПБ определяют как динамическую характеристику личности, которая включает субъективные психологические составляющие, а также связана с адаптивным (здоровым) поведением [12]. В основе представленного исследования лежит концепция ПБ К. Рифф. К. Рифф создала структурную модель ПБ, в которую вошли следующие компоненты:

- самопринятие (осознание и принятие всех сторон своей личности),
- личностный рост (стремление развиваться, ощущение собственного прогресса);
- автономия (независимость в оценках себя и своего поведения, способность к саморегуляции);
- компетентность в управлении средой (способность добиваться желаемого, преодолевать трудности);
- позитивные отношения с окружающими (умение устанавливать длительные доверительные отношения);
- наличие жизненных целей (переживание осмысленности и ценности своей жизни).

С точки зрения К. Рифф, ПБ – базовый субъективный конструкт, отражающий восприятие и оценку своего функционирования в рамках по-

тенциальных возможностей человека [9]. Феномен ПБ крайне редко изучается в области в современной медицинской психологии. Исследование проблемы уровня ПБ у больных, перенесших операцию на сосудах сердца, и его взаимосвязей с другими психологическими характеристиками является актуальным и важным для расширения представлений психосоматической медицины в области кардиохирургии и выделения направлений психологического сопровождения данной категории больных на этапе реабилитации.

Цель исследования – выявить различия в выраженности жизнестойкости, уровня развития субъектности личности и экзистенциальной наполненности пациентов, перенесших операцию на сосудах сердца, с разным уровнем актуального ПБ.

Материал и методы

Обследовали 62 пациентов с кардиопатологией, находящихся на санаторном восстановительном лечении после операции по реваскуляризации миокарда в возрасте 50–60 лет. Мужчин было 32 (52 %), женщин – 30 (48 %). Основанием включения в исследуемую группу было:

– добровольное информированное согласие; возраст, входящий в этап среднего (зрелого) возраста (45–60 лет) согласно возрастной классификации Всемирной организации здоровья, пересмотренной в 2015 г.;

– диагноз: ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь и дислипидемия;

– 18–28-й день от начала инфаркта миокарда и/или проведения операции по коронарному шунтированию или 10–14-й день после проведенной чрескожной транслюминальной коронарной ангиопластики и стентирования коронарных сосудов;

– хроническая сердечная недостаточность не выше III функционального класса;

– гипертоническая болезнь при стабильном артериальном давлении, не превышающем 160/95 мм рт. ст. на фоне гипотензивной терапии.

Основание исключения из исследуемой группы – наличие других хронических соматических заболеваний в стадии обострения.

Актуальное психическое состояние исследовали при помощи психодиагностических методик:

– методики диагностики ПБ личности К. Рифф в адаптации Т.Д. Шевелевковой и П.П. Фесенко, включающей шкалы: «Позитивные отношения с окружающими», «Автономия», «Управление средой», «Личностный

рост», «Цели в жизни», «Самопринятие», «Баланс аффекта», «Осмысленность жизни», «Человек как открытая система»;

– опросника «Уровень развития субъектности личности» М.А. Щукиной, который представлен общим показателем уровня развития субъектности личности (УРСЛ) и 6 шкалами. Каждая шкала – парный атрибут для дифференцированной оценки субъектности личности;

– теста жизнестойкости С. Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева и Е.И. Рассказовой, который позволял оценивать непосредственно уровень жизнестойкости и ее составляющие – вовлеченность, контроль и принятие риска;

– шкалы экзистенции (Existenzskala) А. Лэнгле и К. Орглер, которая измеряла субъективно переживаемую меру экзистенциальной наполненности жизни человека.

В ходе анализа эмпирических данных была выдвинута гипотеза о наличии различий психологических характеристик обследуемых в зависимости от уровня их актуального ПБ. Для проверки целесообразности выдвинутой гипотезы были выделены группы:

1-я (n = 28) – с низким уровнем актуального ПБ;

2-я (n = 34) – со средним уровнем актуального ПБ по данным суммарного показателя методики К. Рифф.

В табл. 1 представлены показатели обследования пациентов в группах по методике К. Рифф. Оказалось, что почти по всем шкалам методики К. Рифф (за исключением шкалы «Автономия») выявлены достоверные различия, что подтверждает адекватность выделения исследуемых групп.

Показатели высокого уровня ПБ не были выявлены как в группах пациентов, перенесших операцию, так и в контрольной группе (КГ), в которую вошли здоровые респонденты, прошедшие диспансеризацию. Данный факт свидетельствует об адекватном отношении испытуемых к эмоциональной оценке собственной жизни, так как демонстрация чрезмерно позитивных оценок могла бы стать проявлением экзальтации, эйфории в виде нарушений эмоциональной сферы.

Математико-статистическую обработку полученных данных выполнили с помощью стандартных методов математической статистики, с применением статистических программ SPSS v. 22 и Microsoft Excel 2007. Расчет различий средних показателей выполнили с помощью U-критерия Манна–Уитни. В тексте представлены средние арифметические величины и стандартное отклонение.

Таблица 1

Выраженность компонентов ПБ по методике К. Рифф в группах ($M \pm \sigma$), балл

Шкала методики	Группа		p <
	1-я	2-я	
Позитивные отношения	51,2 ± 11,4	61,0 ± 6,8	0,001
Автономия	54,6 ± 8,3	56,3 ± 5,8	
Управление средой	46,4 ± 8,6	56,2 ± 6,4	0,001
Личностный рост	45,5 ± 8,8	54,6 ± 6,5	0,001
Цели в жизни	45,1 ± 8,8	57,6 ± 5,0	0,001
Самопринятие	44,5 ± 7,7	55,6 ± 6,2	0,001
Баланс аффекта	119,0 ± 19,1	95,9 ± 10,1	0,001
Осмысленность жизни	74,7 ± 14,1	91,3 ± 9,5	0,001
Человек как открытая система	57,93 ± 7,1	63,8 ± 6,6	0,001
ПБ (суммарный показатель)	280,1 ± 18,2	341,3 ± 18,3	0,001

Результаты и их анализ

По результатам сравнительного анализа показателей жизнестойкости в группах пациентов с низким и средним уровнем ПБ (табл. 2) были выявлены статистически значимые различия по шкале вовлеченности и общему показателю жизнестойкости ($p \leq 0,05$) теста жизнестойкости. У пациентов 1-й группы показатели данных шкал имеют низкие и средне-низкие значения, а у пациентов 2-й группы показатели вовлеченности и жизнестойкости находятся в границах нормы, что может говорить о том, что ПБ взаимосвязано с жизнестойкими характеристиками пациентов и снижение уровня актуального ПБ отражается на снижении способности больных противостоять стрессогенным факторам жизни в большей степени из-за отсутствия чувства вовлеченности в происходящее и ощущения себя «вне» жизни.

Таблица 2

Показатели теста жизнестойкости в группах пациентов с низким и средним уровнем ПБ

Шкала методики	Группа		p <
	1-я	2-я	
Вовлеченность	31,7 ± 7,8	35,5 ± 6,2	0,05
Контроль	21,0 ± 8,4	24,5 ± 10,8	
Принятие риска	11,5 ± 5,0	13,3 ± 6,0	
Жизнестойкость	64,1 ± 18,4	73,3 ± 21,5	0,05

Также было проведено сравнение показателей шкалы экзистенции в группах, разделенных по уровню актуального ПБ (табл. 3). Оказалось, что все показатели шкалы экзистенции в 1-й группе пациентов были значимо меньше ($p \leq 0,001$), чем у пациентов 2-й группы. Значения экзистенциальной наполненности пациентов с низким уровнем ПБ находятся в рамках низких, а у пациентов со средним уровнем – в рамках средне-низких, не доходя до средних показателей, и эта тенденция выявлена по всем компонентам шкалы экзистенции, что может говорить о связи переживания актуального уровня удовлетворенности собственной жизнью с субъективной оценкой человеком собственной жизни и той мерой, насколько конструктивно человек может обходиться с собой, окружающим миром и проблемами.

Таблица 3

Показатели шкалы экзистенции в группах пациентов с низким и средним уровнем ПБ

Шкала методики	Группа		p <
	1-я	2-я	
Самодистанцирование (SD)	26,7 ± 5,2	33,2 ± 6,3	0,001
Самотрансценденция (ST)	51,0 ± 10,4	65,9 ± 6,1	0,001
Свобода (F)	34,6 ± 6,1	42,8 ± 4	0,001
Ответственность (V)	40,6 ± 9,7	50,5 ± 7	0,001
Персональность (P)	77,6 ± 14	99,1 ± 10,8	0,001
Экзистенциальность (E)	75,3 ± 12,8	93,3 ± 8,2	0,001
Общий показатель (G)	152,9 ± 23,7	192,4 ± 14,4	0,001

По результатам сравнительного анализа уровня развития субъектности личности в группах пациентов с низким и средним уровнем ПБ выявлены статистически значимые различия по компонентам активность-реактивность ($p \leq 0,05$), опосредствованность–непосредственность ($p \leq 0,05$), самооценность–малоценность ($p \leq 0,001$) и общему показателю субъектности УРСЛ ($p \leq 0,05$) (табл. 4).

Значения по данным компонентам значимо меньше у лиц 1-й группы, и они находятся в границах средних результатов. Показатели у лиц 2-й группы являются средними, но с тенденцией возрастания. Полученные данные свидетельствуют о том, что пациенты с низким психологическим благополучием способны осуществлять субъектное самоуправление, но по данным компонентам могут перейти к использованию объектных стратегий поведения под влиянием своего психического состояния и обстоя-

тельств. В данном случае больным, переживающим неблагоприятие в актуальной ситуации, свойственен более прямолинейный способ реагирования на окружающую действительность, обусловленный их внутренним состоянием, направленность и активность требует поддержки и внешней стимуляции. Также им в большей мере свойственно сверяться с оценкой окружающих. Это может проявляться в том числе и в «Я-концепции», которая зачастую выстроена не на собственных представлениях, а на когда-либо высказанных мнениях других людей, в том числе врачей, и характеризовать импульсивность человека, чье поведение плохо осмыслено: часто он не знает, почему поступил так, а не иначе, и не умеет учитывать собственные предпочтения.

Таблица 4

Показатели опросника «Уровень развития субъектности личности» в группах пациентов с низким и средним уровнем ПБ

Шкала методики	Группа		p <
	1-я	2-я	
Активность–реактивность	28,3 ± 5,8	31,8 ± 5,2	0,05
Автономность–зависимость	31,1 ± 5,5	32,1 ± 5,3	-
Целостность–дезинтегративность	36,1 ± 7,8	35,2 ± 5,9	-
Опосредствованность–непосредственность	29,9 ± 6,1	32,9 ± 6	0,05
Креативность–стандартность	27 ± 7,1	30,8 ± 7,1	-
Самоценность–малоценность	28,6 ± 4,8	32,6 ± 4,5	0,001
Общий показатель УРСЛ	181,1 ± 29,1	195,4 ± 24,5	0,05

Таким образом, сравнительный анализ демонстрирует, что у пациентов с низким уровнем ПБ снижены также показатели жизнестойкости и экзистенциальной наполненности, также выявлены статистически значимые различия уровня развития субъектности личности, которые отражаются на общем профиле выраженности субъект-объектных атрибутов у пациентов с разным уровнем актуального ПБ.

Анализ корреляционных взаимосвязей ПБ с другими исследуемыми характеристиками в группах пациентов с низким и средним уровнем актуального ПБ показал (табл. 5), что в 1-й группе общий показатель ПБ имеет две обратные взаимосвязи с показателями шкал теста жизнестойкости. Полученные данные могут свидетельствовать о снижении жизнестойких характеристик и отсутствие у пациентов чувства контроля над ситуацией.

Таблица 5

Корреляционные связи суммарного показателя ПБ личности
в группах пациентов с низким и средним уровнем ПБ

1-я группа			ПБ	2-я группа		
	г	(р <)		г	(р <)	
Тест жизнестойкости			Опросник УРСЛ			
контроль	-0,465	(0,05)	0,434	(0,05)	креативность–стандартность	
жизнестойкость	-0,437	(0,05)	0,35	(0,05)	самоценность–малоценность	
			Тест жизнестойкости			
			0,514	(0,01)	вовлеченность	
			0,543	(0,01)	принятие риска	
			0,51	(0,01)	жизнестойкость	
			Шкала экзистенции			
			0,401	(0,05)	самотрансценденция	
			0,385	(0,05)	свобода	

В корреляционной плеяде показателей у больных 2-й группы содержится значительно больше взаимосвязей, что говорит о более развитой ресурсной составляющей психологически благополучных пациентов. Выявлены прямые взаимосвязи ПБ со шкалами опросника «Уровень развития субъектности личности» (см. табл. 5), что свидетельствует о связи повышения чувства положительного самоощущения с широким репертуаром у человека стратегий поведения и взаимодействия с социумом, самодостаточности и высокой степени доверия самому себе в области принятия решений.

Взаимосвязи со шкалами теста жизнестойкости демонстрируют связь ощущения человеком своего ПБ со стрессоустойчивостью (см. табл. 5), способностью получать удовольствие от деятельности, которой занимается, и готовности действовать при отсутствии гарантий успешности действий.

Взаимосвязи ПБ с показателями шкалы экзистенции (см. табл. 5) показывают возможности проявлений ПБ при наличии значимых для человека ценностных категорий и способности переживать удовольствие от их наличия. Если изучить данную взаимосвязь с обратной стороны, то при отсутствии у человека субъективно значимых для него вещей и переживаний, при эмоциональной уплощенности, когда ничто ни вызывает удовольствия или разочарования, тогда и ПБ оценить довольно сложно, так как отсутствует ценностно-критериальная составляющая.

Заключение

Резюмируя результаты проведенного исследования, стоит отметить, что пациенты группы с низким уровнем актуального психологического благополучия имеют значимо более низкие баллы по показателям активности–реактивности, опосредованности–непосредственности и самооценности–малоценности по методике исследования уровня развития субъектности личности, компонентам жизнестойкости, всем субшкалам экзистенциальной наполненности.

Психологическое благополучие пациентов, перенесших операцию на сосудах сердца, имеет взаимосвязи с показателями жизнестойкости, субъектности, экзистенциальной наполненности и другими изучаемыми характеристиками. Снижение исследуемых показателей у людей, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, может стать опорой при формировании коррекционных маршрутов при психологическом сопровождении пациентов в медицинских организациях.

Литература

1. Беленков Ю.Н. Лечение ишемической болезни сердца, старые традиции и новые тенденции // Терапевт. архив. – 2005. – Т. 77, № 9. – С. 5–8.
2. Воронина А.В. Проблема психологического здоровья и благополучия человека: обзор концепций и опыт структурно-уровневого анализа // Сиб. психол. журн. – 2005. – № 3. – С. 142–145.
3. Еремина Д. А., Круглова Н. Е., Щелкова О. Ю., Яковлева М. В. Психологические основы повышения эффективности восстановительного лечения больных ИБС после коронарного шунтирования // Вестн. С.-Петерб. ун-та. Сер. 12: Психология. Социология. Педагогика. – 2014. – № 1. – С. 54–68.
4. Захаров В.Н. Ишемическая болезнь сердца: классификация, факторы риска, профилактика, лечение, реабилитация. – М. : Наука, 2001. – 285 с.
5. Лякишев А.А. Оптимальная медикаментозная терапия в сочетании с чрескожным коронарным вмешательством или без него у больных со стабильной ишемической болезнью сердца // Кардиология. – 2007. – Т. 47, № 5. – С. 91–92.
6. Крюков Н.Н., Николаевский Е.Н., Поляков В.П. Ишемическая болезнь сердца (современные аспекты клиники, диагностики, лечения, профилактики, медицинской реабилитации, экспертизы). – Самара : Содружество, 2010. – 651 с.
7. Лубинская Е. И. Николаева О. Б., Демченко Е. А. Сопоставление клинической и социальной эффективности кардиореабилитации больных, перенесших коронарное шунтирование // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2012. – № 1 (37). – С. 218–223.
8. Потьлицина Н.М. Комплексная программа реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда и операции по реваскуляризации миокарда : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Красноярск, 2008. – 28 с.

9. Шевеленкова Т.Д., Фесенко П.П. Психологическое благополучие личности (обзор концепций и методика исследования) // Психол. диагностика. – 2005. – № 3. – С. 95–129.

10. Яковлева М.В. Особенности личности и отношения к болезни пациентов, приверженных и не приверженных к лечению, в восстановительном периоде после коронарного шунтирования // Вестн. психотерапии. – 2016. – 57 (62). – С. 49–58.

11. Katritsis D.G., Ioannidis J.P. Percutaneous coronary intervention versus conservative therapy in nonacute coronary artery disease: a meta-analysis // Circulation. – 2005. – Vol. 111, N 22. – P. 2906–2912.

12. Seifert T. Assessment of the Ryff Scales of Psychological Well-Being Inventory / Available from the Center of Inquiry in the Liberal Arts at Wabash College. – 2004. URL: http://liberalarts.wabash.edu/cila/home.cfm?news_id=3570.

Поступила 12.12.2016

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Лакомская А.В. Психологическое благополучие у больных, перенесших операцию на сосудах сердца // Вестн. психотерапии. 2017. № 62 (67). С. 87–98.

PSYCHOLOGICAL WELL-BEING IN PATIENTS UNDERGOING SURGERY ON THE BLOOD VESSELS OF THE HEART

Lakomskaya A.V.

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University
(Litovskaya Str., 2, St. Petersburg, Russia)

✉ Anna Vladimirovna Lakomskaya – Assistant of the Department of Psychosomatics and Psychotherapy, Saint-Petersburg State Pediatric Medical University (Litovskaya Str., 2, St. Petersburg, 194100, Russia), e-mail: lakomskaya@list.ru (SPIN-code: 1177-3576; ORCID: 0000-0003-4637-3235; Researcher ID: G-9369-2015).

Abstract. The results of the study of psychological well-being of patients with CHD, who are in a rehab after myocardial revascularization surgery. Presents statistically significant differences of the level of expression of the components of psychological well-being, hardiness, level of development of person's subjectness and existential fullness between groups of patients with low and medium level of psychological well-being. Described the relationship of psychological well-being and other investigated psychological characteristics in the researched groups.

Keywords: clinical (medical) psychology, psychodiagnosis, psychological well-being, ischemic heart disease, coronary artery bypass grafting.

References

1. Belenkov Yu.N. Lechenie ishemičeskoj bolezni serdca, starje traditsii i novye tendentsii [Treatment of ischemic heart disease, old traditions and new trends]. *Terapevtičeskii arhiv* [Therapeutic Archives]. 2005. Vol. 77, N 9. Pp. 5–8. (In Russ)
2. Voronina A.V. Problema psihologičeskogo zdorov'ya i blagopoluchiya čeloveka: obzor kontseptsii i opyt strukturno urovnevoogo analiza [The problem of psychological health and human well-being: review of concepts and experience structural-level analysis]. *Sibirskii psihologičeskii žurnal* [Siberian psychological journal]. 2005. N 3. Pp. 142–145. (In Russ)
3. Eremina D. A., Kruglova N. E., Shchelkova O. Yu., Yakovleva M. V. Psihologičeskie osnovy povyšeniya effektivnosti vosstanovitel'nogo lečeniya bol'nykh IBS posle koronarnogo šuntirovaniya [Psychological bases of increase of efficiency of rehabilitation of patients with coronary artery disease after coronary artery bypass grafting]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Seriya 12: Psihologiya. Sotsiologiya. Pedagogika* [Vestnik of Saint Petersburg university. Series 12. Psychology. Sociology. Education]. 2014. N 1. Pp. 54–68. (In Russ)
4. Zakharov V.N. Ishemičeskaja bolezni' serdca: klassifikatsiya, faktory riska, profilaktika, lečenie, reabilitatsiya [Coronary heart disease: classification, risk factors, prevention, treatment, rehabilitation]. Moskva. 2001. 285 p. (In Russ)
5. Lyakishev A.A. Optimal'naya medikamentoznaya terapiya v sočetanii s chreskozhnym koronarnym vmeshatel'stvom ili bez nego u bol'nykh so stabil'noi ishemičeskoj bolezni'yu serdca [Optimal Medical Therapy with or without PCI for Stable Coronary Disease. Results of COURAGE trial]. *Kardiologiya* [Kardiologiya]. 2007. Vol. 47, N 5. Pp. 91–92. (In Russ)
6. Kryukov N.N., Nikolaevskii E.H., Polyakov V.P. Ishemičeskaja bolezni' serdca (sovremennye aspekty kliniki, diagnostiki, lečeniya, profilaktiki, meditsinskoj reabilitatsii, ekspertizy) [Coronary heart disease (modern aspects of clinic, diagnostics, treatment, prevention, medical rehabilitation, examination)]. Samara. 2010. 651 p. (In Russ)
7. Lubinskaja E. I. Nikolaeva O. B., Demchenko E. A. Sopotavlenie kliničeskoj i sotsial'noi effektivnosti kardioreabilitatsii bol'nykh, perenessikh koronarnoe šuntirovanie [Comparison of clinical and social efficiency of cardiorehabilitation of patients undergoing coronary artery bypass grafting]. *Vestnik Rossijskoj voenno-meditsinskoj akademii* [Bulletin of Russian Military medical Academy]. 2012. N 1. Pp. 218–223. (In Russ)
8. Potylitsina N.M. Kompleksnaja programma reabilitatsii bol'nykh, perenessikh infarkt miokarda i operatsii po revaskulyarizatsii miokarda [The complex program of rehabilitation of patients after myocardial infarction and operations for myocardial revascularization] : Abstract dissertation PhD Med. Sci. Krasnoyarsk. 2008. 28 p. (In Russ)
9. Shevelenkova T.D., Fesenko P.P. Psihologičeskoe blagopoluchie lichnosti (obzor kontseptsii i metodika issledovaniya) [Psychological well-being of personality (a review of the concepts and methods of research)]. *Psihologičeskaja diagnostika* [Psychological diagnostics]. 2005. N 3. Pp. 95–129. (In Russ)
10. Yakovleva M.V. Osobnosti lichnosti i otnosheniya k bolezni patsientov, priverzhennykh i nepriverzhennykh k lečeniyu v vosstanovitel'nom periode posle

koronarnogo shuntirovaniya [Personality characteristics and relationship to the patient, committed and nepreverenih to treatment during the recovery period after coronary artery bypass grafting]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2016. N 57. Pp. 49–58. (In Russ)

11. Katritsis D.G., Ioannidis J.P. Percutaneous coronary intervention versus conservative therapy in nonacute coronary artery disease: a meta-analysis. *Circulation*. 2005. Vol. 111, N 22. Pp. 2906–2912.

12. Seifert T. Assessment of the Ryff Scales of Psychological Well-Being Inventory. Available from the Center of Inquiry in the Liberal Arts at Wabash College. 2004. URL: http://liberalarts.wabash.edu/cila/home.cfm?news_id=3570.

Received 12.12.2016

For citing. Lakomskaya A.V. Psikhologicheskoe blagopoluchiye u bol'nykh, perenesshikh operatsiyu na sosudakh serdtsa. *Vestnik psikhoterapii*. 2017. N 62. Pp. 87–98. (In Russ.)

Lakomskaya A.V. Psychological well-being in patients undergoing surgery on the blood vessels of the heart. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2017. N 62. Pp. 87–98.

ИЗУЧЕНИЕ СУБЪЕКТИВНЫХ ОЩУЩЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПАНИЧЕСКИМИ АТАКАМИ В СТРУКТУРЕ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ

Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой Российской академии наук,
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Проф. Попова, д. 9)

Проведено изучение компонентов внутренней картины болезни у 40 больных с паническими атаками с помощью беседы, наблюдения, специального опросника и рисуночного теста. Для изучения личности был использован Миннесотский многомерный личностный опросник. Выявлен ряд характеристик, осложняющих процесс формирования внутренней картины болезни как сложной внутриличностной структуры. Были обнаружены диссоциации между значимыми субъективными ощущениями, предъявляемыми вербально и невербально. Показано, что данные диссоциации связаны с выраженностью эмоционально-личностных нарушений.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, паническая атака, тревога, внутренняя картина болезни, субъективное ощущение.

Введение

Одной из важнейших задач медицинской психологии является изучение внутренней картины болезни (ВКБ) в динамике заболевания. ВКБ представляет собой многокомпонентную внутриличностную структуру, связанную с восприятием, представлением и переживанием болезни, имеющую определённый нейрофизиологический базис. В структуре ВКБ важную роль играют субъективные ощущения (СО), которые являются одними из важнейших компонентов ВКБ и могут быть осознанными или неосознанными. Изучение СО необходимо для расширения понимания механизмов формирования ВКБ.

Вместе с тем, важна их согласованная работа на осознанном и неосознанном уровнях, так как рассогласование может приводить к возник-

✉ Федоряка Денис Александрович – аспирант, Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой Рос. акад. наук (Россия, 197376, Санкт-Петербург, ул. Проф. Попова, д. 9), e-mail: psyfed@gmail.com;

Резникова Татьяна Николаевна – д-р мед. наук проф., вед. науч. сотр., Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой Рос. акад. наук (Россия, 197376, Санкт-Петербург, ул. Проф. Попова, д. 9), e-mail: tnrznikova@rambler.ru;

Селиверстова Наталья Алексеевна – канд. психол. наук, науч. сотр. Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой Рос. акад. наук (Россия, 197376, Санкт-Петербург, ул. Проф. Попова, д. 9), e-mail: seliv_nat@mail.ru.

новению внутриличностных конфликтов [5], появлению эмоциональных личностных нарушений и затруднению адекватного формирования структуры ВКБ. При адекватной ВКБ заболевший человек использует гармоничные, сбалансированные способы реагирования на болезнь и ее последствия. Напротив, неадекватно сформированная ВКБ может осложнять течение болезни, способствовать прогрессированию заболевания и даже приводить к летальному исходу, а также препятствовать успешности лечебных мероприятий [9, 10].

В современной литературе существует большое количество работ, посвященных исследованию ВКБ и ее отдельных компонентов для совершенствования лечебно-реабилитационных мероприятий при различных заболеваниях [2, 4, 6, 7, 9, 11]. Несмотря на это, изучение этого сложного психологического комплекса у больных паническими атаками (ПА) не проводилось. Между тем, проблема ПА является актуальной и связана преимущественно молодым возрастом больных, высокой распространенностью заболевания [12, 15], опасностью перехода в хронические и более тяжелые формы, социальной дезадаптацией. Терапия этого заболевания недостаточно эффективна [1, 3, 14].

В.А. Ташлыков подробно исследовал ВКБ при неврастении, истерическом и фобическом неврозе [11]. Т.Н. Резниковой был проведен структурно-функциональный анализ ВКБ у больных различных клинических групп, в том числе у пациентов с тревожно-фобическим неврозом [6]. ПА имеют особенности клинических проявлений, такие как пароксизмальность и наличие ненаправленного страха (тревоги) [3]. Некондициональный первичный страх или тревога, описанные А.М. Святошем (1971), являются основными компонентами клиники ПА, отличающие их, например, от фобических неврозов. Также, согласно нашим данным, больные ПА имеют ряд личностных и психологических особенностей, влияющих на формирование ВКБ [13].

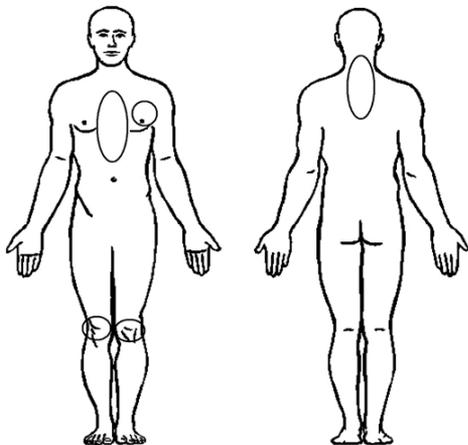
Таким образом, большой интерес представляет изучение субъективных ощущений больных ПА, влияющих на формирование структуры ВКБ, что стало целью настоящего исследования.

Материал и методы

Обследовали 40 человек, из них 23 женщины и 17 мужчин в возрасте от 17 лет до 61 года. Все больные имели диагноз «Паническое расстройство» (F 41.0 по МКБ-10).

Для оценки ВКБ использовались методики, направленные на изучение ее особенностей (беседа, наблюдение, специальный опросник, графический тест).

Выявление неосознанных компонентов в структуре ВКБ у больных ПА проводилось с помощью графического теста «профили человека», представляющего собой схематическое изображение контуров тела человека, на котором больные простым карандашом отмечали значимые для себя дискомфортные ощущения (рисунок).



Пример варианта изображения субъективных ощущений на «профилях человека» («четкий способ изображения»)

При анализе значимых СО было выделено две группы с разными вариантами соответствия между вербально предъявляемыми жалобами на страх и его изображением на «профилях человека»:

1-я группа включала 15 больных (37,5 %), предъявляющих жалобы и обозначающих страх (тревогу) на рисунке (V+G);

2-ю группу составили 25 пациентов (62,5 %), предъявляющих жалобы на страх (тревогу), но без обозначения их на «профилях человека» (V–G).

Такое расхождение могло указывать на личностные особенности больных указанных групп.

Личностные особенности больных исследовались с помощью многомерного миннесотского личностного опросника (ММРП). Для статистической обработки использовали описательная статистика и критерий Манна–Уитни в программе Statistica 8.0.

Результаты и их анализ

В исследовании проводился психологический анализ субъективных ощущений больных с ПА на осознанном и неосознанном уровнях. СО являются структурным элементом ВКБ и отражением различных процессов, протекающих в организме больного. СО представляют собой сложный психофизиологический феномен, который не только отражается в психике, но и преломляет процессы жизнедеятельности с помощью психосоциальных механизмов и использованием обратной связи от окружающей среды. В условиях болезни СО адекватно или неадекватно отражают реальные или мнимые изменения в функционировании нарушенных органов и систем организма [6]. Фактически, речь идет об особенностях процесса восприятия и формирования представлений о значимых СО во внутреннем мире больных.

СО на осознанном уровне активно предъявлялись больными вербально в виде значимых для них жалоб (табл. 1), что выявлялось в процессе беседы.

Таблица 1
Значимые субъективные ощущения больных с ПА

Значимые субъективные ощущения	Количество
Страх, тревога	40 (100)
Учащенное сердцебиение, ощущение жара в груди	28 (70)
Навязчивые мысли, действия	10 (25)
Недовольство собой, сниженная самооценка	12 (30)
Ощущение нехватки воздуха	10 (25)
Болевые ощущения (голова, грудь, позвоночник, мышцы, суставы)	12 (30)
Чувствительные (дрожь, мурашки, онемение, озноб)	5 (12,5)
Тошнота, изжога, нарушения стула	5 (12,5)
Другие (снижение зрения, увеличение лимфоузлов, ощущение «свободного падения», насморк и др.)	13 (32,5)

Как видно из табл. 1, наиболее значимыми жалобами для больных ПА являлись эмоциональные (тревога или страх у 100 %), вегетативно-сосудистые (70 %), а также болевые (30 %) и жалобы на сниженную самооценку (30 %). Среди них стабильными оказались эмоциональные, остальные отличались многообразием и неустойчивостью в динамике заболевания.

В процессе беседы также выявилось, что значительная часть больных (70 %) заявляли о приступообразном ненаправленном страхе (тревоге) как о проблеме, беспокоящей их в первую очередь. Другие больные (30 %)

в большей степени были фиксированы на проблемах психологического характера (колебания самооценки, межличностные конфликты, профессиональные неудачи и т. д.).

Как показал анализ рисуночных тестов, лица, страдающие ПА, имели достаточно разнообразные СО, отображаемые графически, но большинство ощущений отмечается ими на профилях как телесные – болевые (70 %) или чувствительные (48 %). Особого внимания заслуживало отображение больными страха в качестве значимого СО как на вербальном, так и невербальном уровнях. Такое внимание связано в том числе с тем, что все больные ПА активно предъявляли жалобы на страх во время беседы (см. табл. 1).

Следует отметить, что только 37,5 % больных изображали страх в графическом тесте, при этом оценивались локализация и характер изображения на рисуночных тестах [8]. Изучение СО, изображенных на «профилях человека», выявило, что у больных ПА обозначения страха (тревоги) по локализации могут захватывать одну область – 47 %, несколько областей – 40 % или выходить за пределы тела – 13 %. Больные могли изображать страх (тревогу) как изолированно, так и в нескольких областях сразу. При этом обозначения страха чаще встречаются в области груди – 47 %, реже в области головы – 33 % и шеи – 27 %, редко в области живота – 13 %, половых органов – 13 %, спины – 6,5 %.

При дальнейшем анализе данных, полученных с помощью методики «профили человека», нами были выделены основные параметры, по которым принципиально отличались варианты изображения страха (тревоги) у разных больных. К ним относился характер изображения – использование штриховки, четкое или нечеткое обозначение. Большинство больных ПА (67 %) отмечали страх четким способом, обводя область значимых ощущений окружностью (см. рис.). Такой вариант изображения может отражать отчетливое представление больного о своих ощущениях, отраженных во внутреннем мире. Нечеткое изображение (обозначение области ощущений волнистой линией, крестиком, точкой, стрелкой), которое встречалось значительно реже (в 27 % случаев), может свидетельствовать о несформированности образа ощущения и приводить к недооценке значимости проявлений болезни или их игнорированию. Штриховка как отдельный способ изображения страха (тревоги) обнаружилась лишь у одного человека. При этом, по литературным данным, наличие такого варианта может свидетельствовать о фиксации человека на изображенном элементе. В нашем случае можно говорить об отсутствии невербальной фиксации больных ПА на переживаемых феноменах.

При сравнительном анализе психологических тестов среди выделенных подгрупп выяснилось, что у больных 1-й подгруппы с полным соответствием СО, предъявленных вербально и графически, усредненные данные теста ММРІ (табл. 2) либо находились в пределах нормы, либо незначительно превышали ее. У больных 2-й подгруппы наблюдались значительные изменения показателей тестов, отражающих эмоционально-личностные нарушения. Так, имелось значительное повышение показателей теста ММРІ по шкале F, 1-, 2-, 4- и 8-й шкалам ($p < 0,01$) по сравнению с нормативными значениями.

Таблица 2

Показатели теста ММРІ у больных с разными типами соответствия жалоб и изображения на «профиле человека». ($M \pm \sigma$) T-балл

Шкала ММРІ		Шкала		p <
		1-я	2-я	
L	Ложь	47,77 ± 5,53	48,33 ± 9,23	
F	Достоверность	67,85 ± 9,24	76,38 ± 8,26	0,01
K	Коррекция	55,38 ± 8,51	59,57 ± 10,75	
1-я	Ипохондрия	69,62 ± 8,23	79,33 ± 13,86	0,05
2-я	Депрессия	76,31 ± 9,1	83,67 ± 8,81	0,05
3-я	Истерия	72,31 ± 9,89	75,86 ± 12,98	
4-я	Психопатия	69,15 ± 9,99	81,71 ± 11,82	0,01
5-я	Мужественность/женственности	53,31 ± 9,96	54,57 ± 12,72	
6-я	Паранояльность	62,85 ± 13,81	66,9 ± 10,47	
7-я	Психастения	72,54 ± 9,53	79,14 ± 13,72	
8-я	Шизоидность	71,85 ± 11,2	83,62 ± 13,38	0,01
9-я	Гипомания	57,15 ± 12,75	64 ± 10,73	
0-я	Социальной интроверсия	60,15 ± 8,72	60,81 ± 6,62	

Таким образом, согласно полученным данным, исследуемая группа имела разнообразные значимые СО, отражаемые вербальным и невербальным способом. Однако, наиболее важными осознаваемыми СО для больных ПА оказались эмоциональные – страх или тревога, тогда как на неосознаваемом уровне превалировали телесные СО (болевые или чувствительные). Было обнаружено, что эмоциональные компоненты (страх или тревога) значимы для больных в виде жалоб в 100 % случаев, но при этом у 62,5 % страх не имеет телесной проекции. Анализируя полученные данные, можно сказать, что при соответствии отражения больными страха (тревоги) вербальным и невербальным способом личностные изменения

незначительны, в то время как при их несоответствии отмечаются выраженные эмоционально-личностные нарушения. Это подчеркивает важность информации, воспринимаемой на неосознанном уровне и оказывающей влияние на формирование структуры ВКБ.

Полученные результаты проведенной работы показали, что у больных ПА имеются разнообразные значимые СО, предъявляемые на вербальном и невербальном уровнях. Вербальный уровень был представлен в виде жалоб, среди которых наиболее значимыми оказались эмоциональные жалобы (страх или тревога). Между тем известно, что именно невербальное поведение управляется преимущественно бессознательными механизмами, а также может быть согласовано или рассогласовано с речью в рамках единой психологической структуры [5]. По данным литературы известно, что для исследования ВКБ в основном используются опросники, основанные на осознанной оценке своего состояния. Работ, использующих проективные методики для психологического исследования субъективных ощущений как неосознанных компонентов ВКБ, крайне мало. Между тем, по сравнению с опросниками, такой подход позволяет изучать субъективные представления человека на бессознательном уровне, получая информацию о разных сторонах личности [8].

Исследование неосознанных компонентов ВКБ с использованием графического рисуночного теста показало, что на невербальном уровне основными значимыми ощущениями для больных ПА были телесные и чувствительные. Также обнаружилось, что формирование образа эмоциональных СО (страх, тревога) затруднено, при этом изображение страха имеет преимущественно четкий характер и располагается чаще в области головы и груди. Штриховка как способ изображения страха, которая говорит о наличии неосознанной тревоги, практически не встречалась.

Таким образом, отличительной особенностью в структуре ВКБ больных ПА является осознанная вербальная фиксация на страхе (тревоге). Полученные данные отражают высокую степень значимости осознанного страха (тревоги) для больных, а также специфичность ощущений, характерных для панических состояний. Это принципиально отличает данную категорию лиц от больных неврозами, у которых ведущую роль занимают неосознанные страхи (тревога) вследствие актуальности внутриличностных конфликтов, а также сближает больных ПА с больными психосоматическими расстройствами.

Заключение

В результате проведенного исследования обнаружена роль диссоциации между страхом (тревогой), представленным на вербальном (осознанном) уровне, и страхом (тревогой), представленным на невербальном (неосознанном) уровне. При соответствии оценок на разных уровнях эмоционально-личностная сфера больных с паническими атаками оставалась в целом сохранной. При несоответствии наблюдались значительные нарушения в эмоционально-личностной сфере. Диссоциация между осознанными и неосознанными представлениями больных о своих значимых субъективных ощущениях, таких как страх (тревога), может обуславливать несогласованность элементов внутренней картины болезни между собой, нарушая формирование ее структуры.

Выявленные особенности внутренней картины болезни у больных паническими атаками значительно затрудняют проведение психотерапевтических и других лечебных мероприятий в изолированном виде, диктуя необходимость поиска новых эффективных краткосрочных и безопасных методов коррекции.

Литература

1. Аведисова А.С. Особенности психофармакотерапии больных с пограничными психическими расстройствами // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2003. – Т. 5, № 3. – С. 92–93.
2. Вассерман Л.И., Грифонова Е.А., Федорова В.Л. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных соматической патологией // Сиб. психол. журн. – 2008. – № 27. – С. 67–70.
3. Воробьева О.В. Панические атаки (клиника, диагностика, принципы лечения) // Лечение заболеваний нервной системы. – 2015. – № 2 (17). – С. 3–11.
4. Нафанаилова Э.К. Влияние внутренней картины болезни на степень адаптивности больных шизофренией // Bulletin of Medical Internet Conferences. – 2012. – Vol. 2, Issue 2. P. 90.
5. Подсадный С.А. К проблеме согласованности вербального и невербального каналов у больных невротами в процессе групповой психотерапии // Обзор психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 1992. – № 4. – С. 93–95.
6. Резникова Т.Н. Внутренняя картина болезни: структурно-функциональный анализ и клинико-психологические соотношения : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 1998. – 40 с.
7. Резникова Т.Н., Краснов А.А., Селиверстова Н.А., Терентьева И.Ю. Исследование «внутренней картины болезни» у больных с органической и функциональной патологией ЦНС в процессе лечебных активаций методом артифициальных стабильных функциональных связей мозга человека // Вестн. клинич. психологии. – 2004. – Т. 2., № 1. – С. 84–90.
8. Романова Е.С. Графические методы в практической психологии. – СПб. : Речь, 2001. – 416 с.

9. Семиволос В.И. Изучение особенностей внутренней картины болезни у больных рассеянным склерозом : автореф. дис. ... канд. мед. наук – СПб., 2009. – 27 с.
10. Смирнов В.М., Резникова Т.Н. Основные принципы и методы психологического исследования «внутренней картины болезни» // Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л. : Медицина, 1983. – С. 38–62.
11. Ташлыков В.А. Внутренняя картина болезни при неврозах и ее значение для терапии и прогноза : автореф. дис... д-ра мед. наук. – Л., 1986. – 50 с.
12. Фадеев А.В. Клинико-психофизиологический анализ типичных и атипичных панических атак : автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2006. – 22 с.
13. Федоряка Д.А., Резникова Т.Н., Селиверстова Н.А. Особенности психического состояния больных с паническими атаками // Вестн. Сев.-Зап. гос. мед. ун-та им. И.И. Мечникова. – 2016. – № 4. – С. 91–96.
14. Johnson M.R., Lydiard R.B., Ballenger J.C. Panic disorders: pathophysiology and drug treatment // *Drugs*. – 1995. – Vol. 49, N 3. – P. 328–344.
15. Skapinakis P., Lewis G., Davies S. [et al.]. Panic disorder and subthreshold panic in the UK general population: epidemiology, comorbidity and functional limitation // *Eur. Psychiatry*. – 2011. – Vol. 26, N 6. – P. 354–362.

Поступила 01.02.2017

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Федоряка Д.А., Резникова Т.Н., Селиверстова Н.А. Изучение субъективных ощущений у больных паническими атаками в структуре внутренней картины болезни // Вестн. психотерапии. 2017. № 62 (67). С. 99–109.

THE STUDY OF SUBJECTIVE SENSATIONS IN PATIENTS WITH PANIC ATTACKS IN THE STRUCTURE OF THE INTERNAL REPRESENTATION OF DISEASE

Fedoriaka D.A., Reznikova T.N., Seliverstova N.A.

N.P. Bechtereva Institute of the human brain
(Prof. Popov Str., 9. St. Petersburg, Russia)

✉ Denis Aleksandrovich Fedoriaka – PhD Student, N.P. Bechtereva Institute of the human brain (Prof. Popov Str., 9. St. Petersburg, 197376, Russia), e-mail: psy-fed@gmail.com

Tat'yana Nikolaevna Reznikova –Dr. Med. Sci. Prof., Leading Research Associate, N.P. Bechtereva Institute of the human brain (Prof. Popov Str., 9. St. Petersburg, 197376, Russia), e-mail: tnreznikova@rambler.ru

Natal'ya Alekseevna Seliverstova – PhD Psychol. Sci., Research Associate, N.P. Bechtereva Institute of the human brain (Prof. Popov Str., 9. St. Petersburg, 197376, Russia), e-mail: seliv_nat@mail.ru

Abstract. Conducted a study of the components of internal representation of in 40 patients with panic attacks (F 41.0 by ICD-10). We used interview, observation, a special questionnaire and drawing tests. For the study of personality was used by the Minnesota multidimensional personality inventory. Identified a number of characteristics that complicate the process of formation of the internal internal representation of the disease as a complex intrapersonal structures. Was discovered dissociation between verbal and un verbal subjective sensations. It was shown that the dissociation associated with the severity of the emotional-personal disorders.

Keywords: clinical (medical) psychology, panic attacks, anxiety, internal representation of disease, subjective sensations.

References

1. Avedisova A.S. Osobennosti psikhofarmakoterapii bol'nykh s pogranichnymi psikhicheskimi rasstroistvami [The features of pharmacotherapy of patients with borderline mental disorders] *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya* [Psychiatry and Psychopharmacotherapy]. 2003. Vol. 5, N 3. Pp. 92–93. (In Russ)

2. Vasserman L.I., Trifonova E.A., Fedorova V.L. Vnutrennyaya kartina bolezni v strukture kachestva zhizni u bol'nykh somaticheskoi patologiei [Personal disease picture in quality of life structure in individuals with physical illnesses]. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal* [Siberian psychological journal]. 2008. N 27. Pp. 67–70. (In Russ)

3. Vorob'eva O.V. Panicheskie ataki (klinika, diagnostika, printsipy lecheniya) [Panic attacks clinical picture, diagnostics, treatment approaches]. *Lechenie zabolevaniy nervnoi sistemy* [Treatment of diseases of the nervous system]. 2015. N 2. Pp. 3–11. (In Russ)

4. Nafanailova E.K. Vliyanie vnutrennei kartiny bolezni na stepen' adaptivnosti bol'nykh shizofreniei [The influence of the internal picture of the disease on the degree of adaptability in patients with schizophrenia]. *Bulletin of Medical Internet Conferences*. 2012. Vol. 2, Issue 2. Pp. 90. (In Russ)

5. Podsadniy S.A. K probleme soglasovannosti verbal'nogo i neverbal'nogo kanalov u bol'nykh nevrozami v protsesse gruppovoi psikhoterapii [The problem of consistency of verbal and nonverbal channels in patients with neuroses in the process of group psychotherapy]. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoi psikhologii im. V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 1992. N 4. Pp. 93–95. (In Russ)

6. Reznikova T.N. Vnutrennyaya kartina bolezni: strukturno-funktsional'nyi analiz i kliniko-psikhologicheskie sootnosheniya [Internal representation of disease: structural-functional analysis and clinical and psychological correlation] : Abstract dissertation Dr. Med. Sci. Sankt-Peterburg. 1998. 40 p. (In Russ)

7. Reznikova T.N., Krasnov A.A., Seliverstova N.A., Terent'eva I.Yu. Issledovanie «vnutrennei kartiny bolezni» u bol'nykh s organicheskoi i funktsional'noi patologiei TsNS v protsesse lechebnykh aktivatsii metodom artifitsial'nykh stabil'nykh

funktional'nykh svyazey mozga cheloveka [Study of "internal representation of disease" in patients with organic and functional CNS pathology in the process of healing activations by method artificially stable functional connections of the human brain]. *Vestnik klinicheskoi psikhologii [The Bulletin of clinical Psychology]*. 2004. Vol. 2, N 1. Pp. 84–90. (In Russ)

8. Romanova E.S. Graficheskie metody v prakticheskoi psikhologii [Graphical methods in applied psychology]. Sankt-Peterburg. 2001. 416 p. (In Russ)

9. Semivolos V.I. Izucheniye osobennosti vnutrennei kartiny bolezni u bol'nykh rasseyannym sklerozom [The study of the peculiarities of the internal representation of disease in patients with multiple sclerosis] : Abstract dissertation PhD Med. Sci. Sankt-Peterburg. 2009. 27 p. (In Russ)

10. Smirnov V.M., Reznikova T.N. Osnovnye printsipy i metody psikhologicheskogo issledovaniya «vnutrennei kartiny bolezni» [Basic principles and methods of psychological research of the "internal representation of the disease"]. Kabanov M.M., Lichko A.E., Smirnov V.M. *Metody psikhologicheskoi diagnostiki i korektsii v klinike [Methods of psychological diagnostics and correction in clinic]*. Leningrad. 1983. Pp. 38–62. (In Russ)

11. Tashlykov V.A. Vnutrennyaya kartina bolezni pri nevrozakh i ee znachenie dlya terapii i prognoza [Internal picture of disease in the neuroses and its implications for therapy and prognosis] : Abstract dissertation Dr. Med. Sci. Leningrad. 1986. 50 p. (In Russ)

12. Fadeev A.V. Kliniko-psikhofiziologicheskii analiz tipichnykh i atipichnykh panicheskikh atak [Clinical and psychophysiological analysis of typical and atypical panic attacks] : Abstract dissertation PhD Med. Sci. Moskva. 2006. 22 p.

13. Fedoriaka D.A., Reznikova T.N., Seliverstova N.A. Osobennosti psikhicheskogo sostoyaniya bol'nykh s panicheskimi atakami [The current psychic state of patients with panic attacks]. *Vestnik Severo-Zapadnogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta im. I.I. Mechnikova [Herald of the Northwestern state medical university named after I.I. Mechnikov]*. 2016. N 4. Pp. 91–96. (In Russ)

14. Johnson M.R., Lydiard R.B., Ballenger J.C. [et al.]. Panic disorders: pathophysiology and drug treatment. *Drugs*. 1995. Vol. 49, N 3. Pp. 328–344.

15. Skapinakis P., Lewis G., Davies S. [et al.]. Panic disorder and subthreshold panic in the UK general population: epidemiology, comorbidity and functional limitation. *Eur. Psychiatry*. 2011. Vol. 26, N 6. Pp. 354–362.

Received 01.02.2017

For citing. Fedoriaka D.A., Reznikova T.N., Seliverstova N.A. Izucheniye sub"ektivnykh oshchushchenii u bol'nykh panicheskimi atakami v strukture vnutrennei kartiny bolezni. *Vestnik psikhoterapii*. 2017. N 62. Pp. 99–109.

Fedoriaka D.A., Reznikova T.N., Seliverstova N.A. The study of subjective sensations in patients with panic attacks in the structure of the internal representation of disease. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2017. N 62. Pp. 99–109. **(In Russ.)**

А.А. Кукшина¹, А.В. Котельникова¹,
Д.А. Верещагина¹, Г.А. Ткаченко²

СКРИНИНГОВОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОПРОСНИКОВ SCL-90-R, SF-36 И ВИЗУАЛЬНОЙ АНАЛОГОВОЙ ШКАЛЫ В ПРОЦЕССЕ ПСИХОКОРРЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ

¹ Московский научно-практический центр медицинской реабилитации,
восстановительной и спортивной медицины
(Россия, Москва, Земляной вал, д. 53);

² Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина
(Россия, Москва, Каширское шоссе, д. 23).

Целью исследования являлась оценка возможностей использования опросников SCL-90-R, SF-36 и визуальной аналоговой шкалы оценки самочувствия при психологической коррекции пациентов с нарушениями двигательных функций. В исследование был включен 121 больной, в их числе 74 пациента не нуждались психологической помощи и составили группу сравнения, 33 представляли группу психологической коррекции, 14 получали психотерапию. Все пациенты находились в стационаре на восстановительном лечении. При первичной психологической консультации использовались опросники SCL-90-R, SF-36 и визуальная аналоговая шкала, при завершающей – SCL-90-R и визуальная аналоговая шкала. В результате была выявлена положительная динамика по некоторым шкалам SCL-90-R и по визуальной аналоговой шкале в группе сравнения и психотерапевтической группе и улучшение показателей по визуальной аналоговой шкале в группе психокоррекции, что позволяет говорить о существенной роли диагностической сессии в оптимизации психического состояния и о целесо-

✉ Кукшина Анастасия Алексеевна – канд. мед. наук, зав. лаб. мед. психологии и психотерапии, Моск. науч.-практ. центр мед. реабилитации, восстановит. и спорт. медицины (Россия, 107120, Москва, Земляной вал, д. 53), e-mail: kukshina@list.ru;

Котельникова Анастасия Владимировна – канд. психол. наук, ст. науч. сотр. лаб. мед. психологии и психотерапии, Моск. науч.-практ. центр мед. реабилитации, восстановит. и спорт. медицины (Россия, 107120, Москва, ул. Земляной вал, д. 53), e-mail: rav-kotelnikov@ya.ru;

Верещагина Дарья Анатольевна – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. лаб. мед. психологии и психотерапии, Моск. науч.-практ. центр мед. реабилитации, восстановит. и спорт. медицины (Россия, 107120, Москва, ул. Земляной вал, д. 53), e-mail: adell137@yandex.ru;

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

образности использования SCL-90-R с первого этапа психокоррекционной работы со всеми группами пациентов.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, психологическая диагностика, психологическая коррекция, психотерапия, неврология, нарушение двигательных функций, SCL-90-R, SF-36, визуальная аналоговая шкала.

Введение

Структура соматической патологии, являющейся причиной двигательных расстройств, разнообразна и патогенетически неоднородна. Однако ведущие клинические феномены, такие как недостаточность объема движений и выраженный болевой компонент, позволяют рассматривать их в едином контексте влияния на психическую составляющую длительно текущего заболевания. Основными группами, формирующими когорту пациентов с нарушениями двигательных функций, являются лица с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями крупных суставов и дорсопатиями, а также больные, перенесшие острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК).

Тяжести телесных страданий при всех указанных заболеваниях сопутствуют психические расстройства разной степени выраженности. В многочисленных клинических исследованиях (как правило, с помощью монополярных шкал) фиксируется повышение уровня тревоги и депрессии у значительной доли пациентов, страдающих хронической соматической патологией [2, 4, 5, 7]. Это приводит к формированию стереотипа назначения психотерапевтической – а чаще психофармакологической – коррекции узкой направленности. Назначение соответствующих медикаментов является наиболее распространенным способом решения проблемы, так как поддерживается убеждением, что оно не требует подробного изучения психолого-психопатологического статуса пациентов. Однако в современных экономических условиях назначение препаратов, обладающих высокой эффективностью и малым спектром побочных влияний, для многих медицинских учреждений становится непозволительной роскошью. В данной ситуации возникает необходимость интеграции диагностических и коррекционных возможностей использования психодиагностических методик в комплексе медицинской реабилитации и восстановительного лечения.

В соответствии с литературными данными, в настоящее время изучение динамических психопатологических характеристик пациентов наиболее полно и подробно производится с помощью клинического опросника SCL-90-R. Данная методика является одним из экономичных полифакторных психодиагностических инструментов, позволяющих изучить большое

количество показателей состояния психики и соотнести полученные результаты с клиническими характеристиками психического статуса пациентов по симптомам соматизации, обсессивности-компульсивности, межличностной сензитивности, депрессивности, тревожности, враждебности, фобической тревожности, паранойяльности и психотизма. Опросник включает 90 пунктов, ранжированных по 5-балльной шкале Лайкерта. Универсальность методики подтверждается широким кругом исследований, задействовавших ее в качестве обеспечивающей наибольшую информативность [8, 9, 10, 13, 14].

Эмпирически показана самостоятельная ценность клинических и психометрических характеристик методики SCL-90R, являющейся единственной и уникальной в своем роде, используемой специалистами во всем мире для диагностики лиц с различными клиническими проявлениями в психиатрии, у онкологических больных, наркологических пациентов, пациентов с различными соматическими заболеваниями. Русскоязычная версия апробирована и валидизирована в Лаборатории психологии и психотерапии посттравматического стресса Института психологии РАН под руководством Н.В. Тарабриной [6].

Следующим безусловным критерием оценки состояния здоровья в целом и качества реабилитационных мероприятий в частности является субъективная оценка качества жизни (КЖ), измеряемая одобренным ВОЗ и принятым в мире инструментом SF-36. В настоящее время имеются сведения об изучении КЖ практически во всех областях медицины [3, 12]. На одной ступени с оценкой КЖ находится методика измерения субъективного ощущения самочувствия с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) оценки самочувствия, также широко применяемой во всех областях здравоохранения [11].

Необходимо отметить, что психодиагностические процедуры, по сравнению с обычными физическими измерениями, имеют свою специфику: «... во время физических измерений “объект” в значительной мере пассивен и не влияет со своей стороны на физический прибор, при этом во время психодиагностического обследования сама процедура измерения взаимодействует с “объектом” измерения (человеком), более того, рождается в этом взаимодействии, зависит от его характеристик» [цит. по 1].

Цель исследования – оценка операциональных возможностей использования опросников SCL-90-R, SF-36 и ВАШ для психокоррекционных мероприятий у пациентов с нарушением двигательных функций в условиях кратковременного пребывания в стационаре восстановительного лечения.

Материал и методы

На протяжении 3 лет изучали личностный, психологический и психопатологический статус и методы психокоррекционного воздействия у пациентов с нарушениями двигательных функций различной этиологии в стационаре восстановительного лечения (филиал № 3 Московского научно-практического центра медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины департамента здравоохранения Москвы).

Обследовали 121 больного, в чей курс реабилитации лечащим врачом на основании существующего регламента была внесена консультация клинического психолога. Средний возраст пациентов составил ($54,5 \pm 9,7$) года. Женщин было 70,2 %, мужчин – 29,8%.

Критериями включения в исследование являлись: наличие двигательных расстройств, развившихся на фоне дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов, дорсопатий или перенесенного ОНМК, и наличие информированного согласия на участие в исследовании. Критериями невключения являлись: наличие выраженных когнитивных расстройств, не позволяющих пациентам понять предлагаемые задания; наличие продуктивной психопатологической симптоматики, определяющей необходимость консультации психиатра, и отсутствие информированного согласия. Критериями исключения являлись: отказ пациента от работы с медицинским психологом или ухудшение психического состояния, требующее консультации психиатра/психотерапевта.

По результатам первичной консультации 47 пациентам рекомендовали психологическое сопровождение в виде посещения групп психологической коррекции. После завершения данного курса проводили повторную консультацию клинического психолога для оценки эффективности психокоррекционных мероприятий. По ее результатам 14 больным рекомендовали индивидуальную психотерапию, при этом определяющим было желание пациента продолжить терапию и наличие конкретного психотерапевтического запроса. Эффективность различного рода психологического сопровождения инструментально оценивали перед выпиской больного из стационара.

В качестве методов исследования использовали клиническую беседу и валидизированные психодиагностические методики: SCL-90-R, SF-36, и ВАШ.

Первичная консультация клинического психолога включала клиническую беседу и диагностическое обследование с использованием клини-

ческой беседы и опросников SCL-90-R, SF-36 и ВАШ, завершающая – SCL-90-R и ВАШ.

Психокоррекционные мероприятия представляли:

– информационно-разъяснительную работу с пациентами, организованную по принципу «Школы пациента», проводимой как в индивидуальном, так и в групповом режиме, содержание которой определялось нозологической спецификой заболеваний;

– занятия (как правило, в группе) с использованием различного рода релаксационных техник в сочетании с сомато-сенсорной стимуляцией, направленных на создание условий для снижения эмоционального напряжения, выработку навыков саморегуляции, формирование внутренних средств контроля и управления текущим состоянием;

– индивидуальные сессии полимодальной психотерапии с использованием когнитивно-бихевиоральных, телесно-ориентированных, арт-терапевтических и других техник.

Таким образом, исследовательский дизайн был построен как сопоставительный анализ результатов обследования 3 групп пациентов, общей численностью 121 человек:

1-я (группа сравнения) – 74 пациента, не нуждавшихся в дальнейшем психологическом сопровождении;

2-я – 33 пациента, которым рекомендовали посещать группы психологической коррекции;

3-я – 14 пациентов, которым проводили индивидуальную психотерапию.

Математико-статистическую обработку данных осуществили в программном пакете Statistica 10.0. Она включала анализ значимости различий в уровне выраженности исследуемого признака для несвязанных выборок по Н-критерию Крускала–Уоллиса, для связанных выборок – по Т-критерию Вилкоксона. Обнаруженные связи и различия считали достоверными при достижении $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

На первом этапе работы был проведен анализ значимости различий в уровне выраженности всех исследуемых характеристик. Использовался Н-критерий Крускала–Уоллиса в обследованных группах больных. Критерий предназначен для проверки равенства медиан нескольких выборок, является ранговым, инвариантен по отношению к любому монотонному преобразованию шкалы измерения, в связи с чем, а также по причине отсутст-

вия нормализации данных использованных методик, для иллюстрации выявленных закономерностей использовано среднее значение рангов (таблица).

Анализ значимости различий в уровне выраженности характеристик психического состояния, субъективной оценки КЖ и самочувствия в группах больных

Методика	Шкала	N	p	Средний ранг		
				1-я	2-я	3-я
SCL-90-R	Соматизация	11,43	0,003	53,1	69,1	83,8
	Обсессивность–компульсивность	11,20	0,004	55,0	62,6	89,0
	Межличностная сензитивность	3,92	0,14	55,9	60,7	78,1
	Депрессия	20,17	0,001	51,6	67,4	95,6
	Тревожность	12,82	0,002	52,4	70,6	83,6
	Враждебность	2,03	0,36	58,9	60,4	73,2
	Фобическая тревожность	8,28	0,02	57,1	59,8	84,2
	Паранойальность	4,07	0,13	59,9	56,2	77,8
	Психотизм	10,24	0,006	55,3	62,6	87,3
	Уровень тяжести дистресса (GSI)	12,14	0,002	53,7	66,0	87,9
SF-36	Общее состояние здоровья (GH)	5,09	0,08	65,7	57,8	43,6
	Физическое функционирование (PF)	0,04	0,98	61,4	60,6	59,7
	Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	5,22	0,07	65,6	56,5	47,1
	Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	34,37	0,001	74,7	43,1	30,7
	Социальное функционирование (SF)	10,04	0,007	59,9	52,8	86,3
	Интенсивность боли (BP)	1,48	0,48	62,1	63,1	50,4
	Жизненная активность (VT)	15,27	0,001	68,9	56,5	30,1
	Психическое здоровье (MH)	18,44	0,001	68,3	60,0	24,5
ВАШ	Субъективная оценка самочувствия	4,28	0,12	62,8	64,5	43,2

Из приведенных данных следует, что перед началом психокоррекционных мероприятий все три группы существенно различались по данным психодиагностики. Различия отмечались как по шкалам опросника SCL-90-R, так и по шкалам опросника SF-36, в большей степени отражающим психологическое состояние респондентов. Шкалы, отражающие физическую составляющую КЖ, достоверного различия не продемонстрировали,

что позволило в процессе психокоррекции не принимать во внимание этиологическую принадлежность заболевания.

Следующим шагом явилось проведение анализа значимости различий в уровне выраженности характеристик психического состояния, по данным опросника SCL-90-R и самочувствия по методике ВАШ в обследованных группах больных до начала психореабилитационных мероприятий и после их окончания (рис. 1, 2, 3). Использовался непараметрический Т-критерий Вилкоксона для связанных выборок.

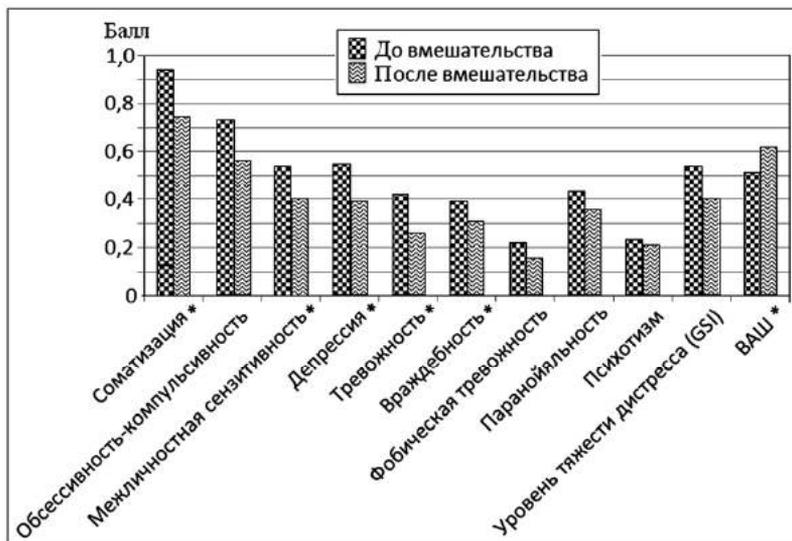


Рис. 1. Показатели психического состояния и общего самочувствия в 1-й группе
Здесь и на рис. 2, 3 * отмечены различия показателей одноименных шкал при $p \leq 0,05$

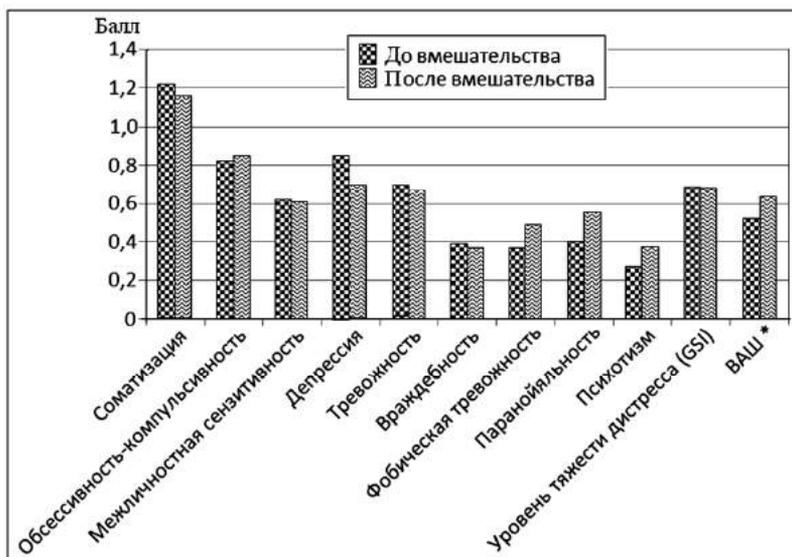


Рис. 2. Показатели психического состояния и общего самочувствия во 2-й группе

Представляется вполне логичным отсутствие динамики показателей по шкалам опросника SCL-90-R в группе «психокоррекция», поскольку психические процессы у пациентов (в том числе пожилых) не успевают перестроиться в течение столь непродолжительного времени (2-3 сессии). Однако динамика субъективного самочувствия по методике ВАШ демонстрирует достоверное изменение даже в рамках кратковременного психореабилитационного процесса.

На рисунках также видно, что с высокой степенью достоверности показаны различия до и после вмешательства по некоторым шкалам опросника SCL-90-R и шкале ВАШ в 1-й группе. Учитывая, что пациенты данной группы были по ряду причин направлены на консультацию к психологу, но по результатам единственного психодиагностического занятия признаны не нуждающимися в дальнейших психокоррекционных мероприятиях, можно заключить, что диагностическая сессия, включающая осознанную работу с опросниками под руководством медицинского психолога, играет существенную роль в оптимизации психического состояния пациентов.

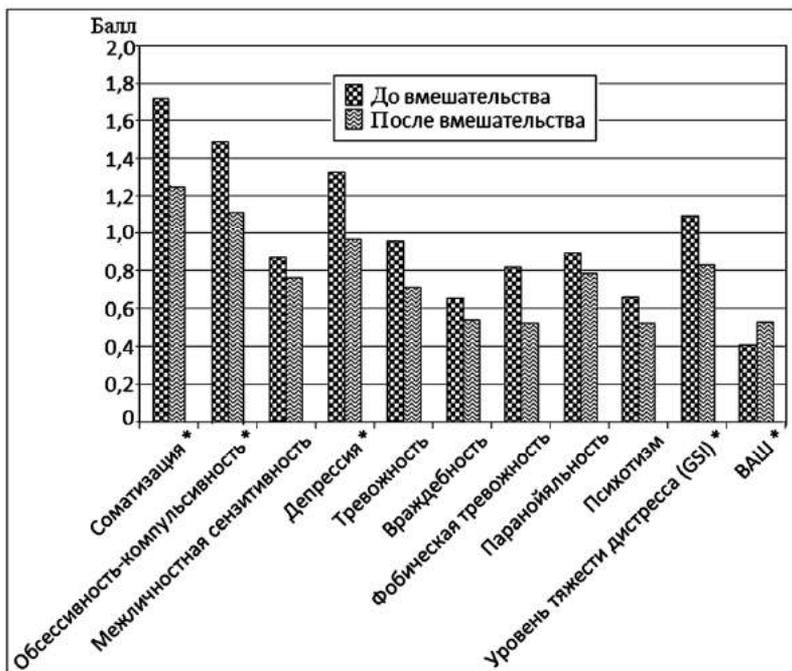


Рис. 3. Показатели психического состояния и общего самочувствия в 3-й группе

По-видимому, процесс заполнения опросника, разбор полученных результатов совместно с психологом и прояснение некоторых, неявных для пациента аспектов его существования в контексте заболевания является сам по себе психотерапевтичным и дает возможность рассматривать его как неотъемлемую часть процесса психокоррекции.

Аналогичная динамика была отмечена до и после занятий в группе 3-й по шкалам опросника SCL-90-R (соматизация, обсессивность-компульсивность, депрессия) и шкале ВАШ. Во 2-й группе в процессе работы достоверные изменения были зафиксированы только по шкале ВАШ, что, по-видимому, зависело как от состава группы, в которую вошли и лица, в дальнейшем потребовавшие работы с психотерапевтом, так и от уже упоминавшейся краткосрочности психокоррекционного вмешательства.

Заключение

Проведенное исследование показало, что первичная консультация медицинского психолога оказывает существенное влияние на общий уро-

вень текущего дистресса, а также на симптоматику соматизации, обсессивности–компульсивности, межличностной сензитивности, депрессии, тревожности, враждебности, а также на показатели субъективного самочувствия. Данное наблюдение дает возможность обозначить использование полифакторного опросника диагностики SCL-90-R на первичной консультации как неотъемлемый этап психокоррекционной работы медицинского психолога в соматической клинике.

Литература

1. Бодалев А.А., Столин В.В. Общая психодиагностика. – СПб. : Речь, 2004. – 440 с.
2. Зайцев В.П., Айвазян Т.А. Психодиагностика и психометрия в соматической медицине [Электронный ресурс] // Клинич. и мед. психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2014. – № 3 (5). – С. 2. – URL: <http://medpsy.ru/climp>.
3. Ключин М.Н. Клинико-динамические характеристики психических нарушений в ортопедической клинике // Сиб. вестн. психиатрии и наркологии. – 2010. – № 5 – С. 43–46.
4. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – 2-е изд. – М. : ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 320 с.
5. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М. : МИА, 2007. – 432 с.
6. Спринц А.М., Ерышев О.Ф., Шатова Е.П., Филиппова И.Н. Психотические и невротические расстройства у больных с соматической патологией: метод. руководство. – СПб. : СпецЛит, 2007. – 253 с.
7. Тарабрина Н.В., Агарков В.А., Быховец Ю.В. [и др.]. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. – М. : Когито-Центр, 2007. – Ч. 1. Теория и методы. 208 с.
8. Фофанова Ю.С., Лисицына Т.А., Зелтынь А.Е. [и др.]. Депрессивные расстройства у больных ревматоидным артритом // Науч.-практ. ревматология. – 2009. – № 47 (4). – С. 49–54. DOI:10.14412/1995-4484-2009-1150.
9. Цыган А.В., Баурова Н.Н., Шульман Ю.Б. [и др.]. Особенности психоэмоционального статуса больных ревматоидным артритом // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2012. – № 2 (38). – С. 37–42.
10. Цыганков Б.Д., Макарова И.А., Морозова И.А. Особенности психоэмоциональных нарушений у пациентов с артериальной гипертензией // Психич. здоровье. – 2015. – Т. 13, № 11 (114). – С. 10–18.
11. Чурюканов М.В., Алексеев В.В., Кукушкин М.Л., Яхно Н.Н. Психологические особенности пациентов с центральным болевым синдромом при рассеянном склерозе // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2011. – № 3 (2). – С. 42–46. DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2011-145>.
12. Ягудина Р.И., Куликов А.Ю., Литвиненко М.М. QALY: история, методология и будущее метода // Фармакоэкономика. – 2010. – Т. 3, № 1. – С. 7–11.

13. Bentsen S.B., Hanestad B.R., Rustoen T., Wahl A.K. Quality of life in chronic low back pain patients treated with instrumented fusion // JCN.– 2008. – N 17 (15). – P. 2061–2069. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02232.x.

14. Goulia P., Voulgari P.V., Tsfetaki N. [et al.]. Sense of coherence and self-sacrificing defense style as predictors of psychological distress and quality of life in rheumatoid arthritis: a 5-year prospective study // Rheumatol Int. – 2015. – Vol. 35, N 4. – P.691–700. DOI: 10.1007/s00296-014-3134-8.

Поступила 11.05.2017

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Кукшина А.А., Котельникова А.В., Верещагина Д.А., Ткаченко Г.А. Скрининговое использование опросников SCL-90-R, SF-36 и визуальной аналоговой шкалы в процессе психокоррекции у пациентов с нарушениями двигательных функций // Вестн. психотерапии. 2017. № 62 (67). С. 110–122.

SCREENING USE OF QUESTIONNAIRES SCL-90-R, SF-36 AND VISUAL ANALOGUE SCALE IN THE PROCESS OF PSYCHOCORRECTION OF THE PATIENTS WITH MOVEMENT DISORDERS

Kukshina A.A.¹, Kotel'nikova A.V.¹, Verechshagina D.A.¹, Tkachenko G.A.²

¹ Moscow Research Center of Medical Rehabilitation and Sports Medicine
(Zemljanoj Val Str., 53, Moscow, Russia)

² Russian Cancer Research Center named. N. Blokhin
(Kashirskoye road, 23, Moscow, Russia)

✉ Anastasiya Alekseevna Kukshina – PhD Med. Sci., manager of Laboratory of Medical Psychology and Psychotherapy, Moscow Research Center of Medical Rehabilitation and Sports Medicine (Zemljanoj Val Str., 53, Moscow, 107120, Russia), e-mail: kukshina@list.ru;

Anastasiya Vladimirovna Kotel'nikova – PhD Psychol. Sci., the senior research assistant of Laboratory of Medical Psychology and Psychotherapy, Moscow Research Center of Medical Rehabilitation and Sports Medicine (Zemljanoj Val Str., 53, Moscow, 107120, Russia), e-mail: pav-kotelnikov@ya.ru;

Dar'ya Anatol'evna Vereshchagina – PhD Med. Sci., the senior research assistant of Laboratory of Medical Psychology and Psychotherapy, Moscow Research Center of Medical Rehabilitation and Sports Medicine (Zemljanoj Val Str., 53, Moscow, 107120, Russia); e-mail: adel1137@yandex.ru;

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

Abstract. The aim of the research was to assess the possibilities of using the questionnaires SCL-90-R, SF-36 and visual analogue scale for psychocorrection of patients with movement disorders. 121 patients were included in the study. 74 of them did not need psychological help and made up a comparison group, 33 represented a psychocorrection group and 14 received psychotherapy. All patients were in the hospital for recovery treatment. In the primary psychological consultation used questionnaires SCL-90-R, SF-36 and visual analogue scale, in the final–SCL-90-R and visual analogue scale. The result was a positive dynamics on some scales of SCL-90-R and on the visual analogue scale scale in the control and psychotherapeutic groups and improvement of visual analogue scale in psychocorrection group. Such dynamics testifies about the essential role of the diagnostic session in optimizing the psychic state and the advisability of using SCL-90-R from the first stage of psychocorrection with all patient groups.

Keywords: clinical (medical) psychology, psychological diagnostics, psychological correction, psychotherapy, neurology, movement disorders, SCL-90-R, SF-36, visual analogue scale.

References

1. Bodalev A.A., Stolin V.V. Obschaya psikhodiagnostika [General psychodiagnosics]. Saint-Petersburg. 2004. 440 p. (In Russ.)
2. Zaitsev V.P., Aivazyan T.A. Psikhodiagnostika i psikhometriya v somaticheskoi meditsine [Psychodiagnosics and psychometry in somatic medicine] [Electronic resource]. *Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya: issledovaniya, obuchenie, praktika* [Clinical and medical psychology: research, training, practice]. 2014. N 3. URL: <http://medpsy.ru/climp> (In Russ.)
3. Klyushin M.N. Kliniko-dinamicheskie kharakteristiki psikhicheskikh narushenii v ortopedicheskoi klinike [Clinical-dynamic characteristics of mental disturbances formation accompanying orthopedic diseases]. *Sibirskii vestnik psikhiiatrii i narkologii* [Siberian bulletin of psychiatry and narcology]. 2010. N 5. Pp. 43–46. (In Russ.)
4. Novik A.A., Ionova T.I. Rukovodstvo po issledovaniju kachestva zhizni v medicine [Guide to the study of quality of life in medicine]. Moscow. 2007. 320 p. (In Russ.)
5. Smulevich A.B. Depressii pri somaticheskikh i psikhicheskikh zabolevaniyakh [Depression in somatic and mental diseases]. Moscow. 2007. 423 p. (In Russ.)
6. Sprints A.M., Eryshev O.F., Shatova E.P., Filippova I.N. Psikhoticheskie i nevroticheskie rasstroistva u bol'nykh s somaticheskoi patologiei [Psychotic and neurotic disorders in patients with somatic pathology]. Saint-Petersburg. 2007. 253 p. (In Russ.)
7. Tarabrina N.V., Agarkov V.A., Bykhovets Yu.V. [et al.]. Prakticheskoe rukovodstvo po psikhologii posttravmaticheskogo stressa. Chast' 1. Teoriya i metody [Practical Guide to the psychology of post-traumatic stress. Part 1. Theory and methods]. Moskva. 2007. 208 p. (In Russ.)
8. Fofanova Y.S., Lisitsyna T.A., Zeltyn A.E. [et al.]. Depressivnye rasstroistva u bol'nykh revmatoidnym artritom [Depressive disturbances in patients with rheumatoid arthritis]. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya* [Scientific and Practi-

cal Rheumatology]. 2009. N 47. Pp. 49–54. (In Russ.). DOI:10.14412/1995-4484-2009-1150.

9. Tsygan A.V., Baurova N.N., Schulman Yu.B. [et al.]. Osobennosti psikoemotsional'nogo statusa bol'nykh revmatoidnym artritom [Features of the psychoemotional status of patients with rheumatoid arthritis]. *Vestnik Rossiiskoi voenno-meditsinskoi akademii* [Bulletin of the Russian Military Medical Academy]. 2012. N 2. Pp. 37–42. (In Russ.)

10. Tsygankov B.D., Makarova I.A., Morozova I.A. Osobennosti psikoemotsional'nykh narushenii u patsientov s arterial'noi gipertenziei [Features of psychoemotional disorders in patients with hypertension]. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2015. Vol. 13, N 11. Pp. 10–18. (In Russ.)

11. Churyukanov M.V., Alekseev V.V., Kukushkin M.L., Yakhno N.N. Psikhologicheskie osobennosti patsientov s tsentral'nym bolevym sindromom pri rasseyanom skleroze [Psychological features of patients with central pain syndrome in multiple sclerosis]. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* [Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics]. 2011. N 3. Pp. 42–46. (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2011-145>

12. Yagudina R.I., Kulikov A.Yu., Litvinenko M.M. QALY: istoriya, metodologiya i budushchee metoda [QALY: history, methodology and future of the method]. *Farmakoekonomika* [Pharmacoeconomics]. 2010. Vol. 3, N 1. Pp. 7–11. (In Russ.)

13. Bentsen S.B., Hanestad B.R., Rustoen T., Wahl A.K. Quality of life in chronic low back pain patients treated with instrumented fusion. *JCM*. 2008. N 17 (15). Pp. 2061–2069. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02232.x

14. Goulia P., Voulgari P.V., Tsifetaki N., Andreoulakis E., Drosos A.A., Carvalho A.F., Hyphantis T. Sense of coherence and self-sacrificing defense style as predictors of psychological distress and quality of life in rheumatoid arthritis: a 5-year prospective study. *Rheumatol Int*. 2015. Vol. 35, N 4. Pp. 691–700. DOI: 10.1007/s00296-014-3134-8.

Received 11.05.2017

For citing. Kukshina A.A., Kotelnikova A.V., Verechshagina D.A., Tkachenko G.A. Skriningovoe ispol'zovanie oprosnikov SCL-90-r, SF-36 i vizual'noi analogovoi shkaly v protsesse psikhokorreksii u patsientov s narusheniyami dvigatel'nykh funktsii. *Vestnik psikhoterapii*. 2017. N 62. Pp. 110–122. (In Russ.)

Kukshina A.A., Kotelnikova A.V., Verechshagina D.A., Tkachenko G.A. Screening use of questionnaires SCL-90-R, SF-36 and visual analogue scale in the process of psychocorrection of the patients with movement disorders. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2017. N 62. Pp. 110–122.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ КАК ЗАЛОГ УСПЕШНОСТИ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В НАРКОЛОГИИ

Северный государственный медицинский университет
(Россия, г. Архангельск, Троицкий пр., д. 51)

Современная межведомственная модель организации наркологической помощи с бригадным методом работы и активным привлечением специалистов гуманитарного профиля к лечебно-реабилитационному процессу требует своевременного решения вопросов модернизации системы подготовки специалистов с учетом социально-психологической ее составляющей. Поиск инновационных направлений научного взаимодействия и сотрудничества направлен на активно развивающуюся систему непрерывного профессионального образования как российских, так и зарубежных специалистов, включающую этап основного и дополнительного профессионального образования. Показано, что, с учетом все возрастающей актуальности психологических знаний в наркологической практике, в вопросах обучения и повышения квалификации также востребован комплексный системный подход, учитывающий как медицинские, так и гуманитарные аспекты подготовки специалистов. Представлено обоснование этапной комплексной программы психологического сопровождения системы основного и дополнительного профессионального образования в наркологической сфере. Определено, что высокая результативность образовательного процесса складывается из нескольких, в том числе и психологической, составляющих. Использование на этапе основного профессионального образования преимуществ целенаправленного профессионального отбора, внедрение в учебный процесс востребованных образовательных программ, тематических учебных циклов, действенных воспитательных технологий позволяют определить маркеры качества подготовки специалистов «помогающих» профессий, готовых продолжить активную образовательную деятельность в будущем. Обоснована целесообразность формирования дополнительных программ и образовательных мероприятий очного и заочного формата, насыщенных современными образовательными технологиями, что при регулярно осуществляемом мониторинге качества модернизирует систему образования, делает ее непрерывной, инновационной, отвечающей запросам практического здравоохранения. Разработка перспективных образовательных продуктов в области психического здоровья расширяет спектр предос-

Смирнова Наталья Николаевна – канд. биол. наук доцент, каф. психиатрии и клинич. психологии Сев. гос. мед. ун-т (Россия, 163000, г. Архангельск, Троицкий пр., д. 51), e-mail: nsmirnova-71@yandex.ru;

✉ Соловьев Андрей Горгоньевич – д-р мед. наук проф., зав. каф. психиатрии и клинич. психологии (Россия, 163000, г. Архангельск, Троицкий пр., д. 51), e-mail: asoloviev1@yandex.ru.

тавляемых услуг в сфере повышения профессиональной компетентности специалистов, при этом изучение и внедрение фрагментов международного опыта способствует их приближению к мировым стандартам качества.

Ключевые слова: наркология, клиническая психология, основная и дополнительная профессиональная подготовка

Введение

Проводимая в нашей стране работа по улучшению медицинской помощи людям, страдающим патологической зависимостью от алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ (ПАВ), включает в себя задачу постоянного ее совершенствования: от этапа основной профессиональной подготовки студентов в системе вуза до практикующих специалистов, включенных в систему непрерывного профессионального образования. Одним из сравнительно недавних успешных стратегических решений вопроса повышения качества наркологической помощи явился переход от сугубо медицинской ее модели к широкопрофильному межведомственному варианту с привлечением специалистов гуманитарного профиля [3, 13].

Психологи и социальные работники органично включились в процесс реабилитации наркологического пациента, закрепляя успех его лечения социально-психологическими методами. Данный подход обусловил внедрение и широкое использование в современных медицинских учреждениях бригадного метода работы, тем самым расширив способы воздействия на пациента от оказания ему специализированной медицинской и психологической помощи до включения в процесс реабилитации широкой социальной поддержки из числа значимого окружения больного [2]. Итогом совместной работы специалистов явился социальный и экономический эффект от возвращения к активной социальной жизни лиц с устойчивой терапевтической ремиссией [4], а также привлечение в наркологическую сферу деятельности высококлассных специалистов гуманитарных отраслей знаний.

В то же время многопрофильная организация современной наркологической помощи требует своевременного решения вопросов модернизации системы подготовки специалистов и их дальнейшего непрерывного профессионального развития с учетом социально-психологической ее составляющей. Требования к основному и дополнительному профессиональному образованию включают разработку качественно новых современных научно-образовательных продуктов, как на русском, так и на иностранных языках, основанных на результатах отечественных и зарубежных научных исследований. Поиск инновационных направлений научного сотрудничества и взаимодействия в психосоциальной сфере наркологической отрасли,

а также внедрение принципиально новых современных разработок актуальны, поскольку направлены на уменьшение социальных рисков государственного уровня и, следовательно, на повышение качества жизни обследуемых, включая представителей группы наркологического риска, лиц с недавно диагностированной зависимостью, а также имеющих длительный алкогольный анамнез с алкоголь-атрибутивной коморбидной патологией [7]. Работа в современной наркологической отрасли глубоко психологична и социально обусловлена, поэтому в вопросах обучения и повышения квалификации специалистов востребован комплексный системный подход, учитывающий и медицинские, и гуманитарные – психологические, социокультурные – аспекты основной и дополнительной профессиональной подготовки, органично осуществляемый в активно развивающейся системе непрерывного профессионального образования специалистов.

Цель исследования – обоснование этапной комплексной программы психологического сопровождения системы основного и дополнительного профессионального образования специалистов, работающих в наркологической сфере.

Результаты и их анализ

Организация системы основного и дополнительного профессионального образования специалистов наркологической сферы деятельности характеризуется комплексным подходом и имеет следующие направления работы (см. схему).

На современном этапе экономического и социального развития общества непрерывность образования является важной составляющей становления и развития личности [8]. Регулярное совершенствование знаний, умений и навыков вызвано стремлением человека быть профессионально востребованным и, следовательно, активным и успешным в социуме. Формирование мотивации реализацией своего личностного и профессионального потенциала в сфере служения людям, а именно в области их физических страданий и душевных переживаний, чем и характеризуются медицинская, психологическая и социальная сферы профессиональной деятельности, происходит успешнее при тщательном профессиональном отборе и не менее качественной, а также продолжительной подготовке будущих специалистов [1]. Основа моральных качеств, то есть нравственный потенциал личности, так необходимый в выбранной профессии, а также ее познавательные навыки, формирующие мотивацию к учению, закладываются в детский период, совершенствуются в юношеском возрасте и проявляют-

ся в будущем личностными и профессионально значимыми для человека качествами.



Схема системы непрерывного профессионального образования специалистов наркологической сферы деятельности

Следовательно, высокая результативность процесса обучения для будущей профессиональной востребованности в области психического здоровья, в том числе в наркологической сфере деятельности, на этапе получения основного профессионального образования складывается из нескольких, в том числе и психологической, составляющих.

Отбор на начальных этапах основного профессионального образования на предмет выявления профессионально значимых качеств определяет заинтересованных в обучении лиц и одновременно позволяет незаинтересованным избежать будущих ошибок, например разочарования в профес-

сии, что в итоге дает возможность наиболее рациональным путем использовать бюджетные средства для обучения в государственных образовательных учреждениях.

Психологическая диагностика сосредоточена на оценке личностных, в том числе важных морально-нравственных, характеристик будущих психологов и социальных работников, избравших свое призвание в области человеческих взаимоотношений. Важнейшими качествами успешного специалиста, вне зависимости от выбранной гуманитарной области, являются искренний интерес и уважение к людям, гуманизм, эмпатия, наблюдательность, гибкость и открытость. Наличие развитых коммуникативных навыков, таких как умение выслушать, понять другого человека, грамотная выразительная речь, богатый словарный запас, способность управлять своими эмоциями, аргументировать свою позицию, позволяют установить продуктивный доверительный контакт, прийти на помощь в трудной жизненной ситуации, при этом профессиональные знания и навыки позволяют сделать это психологически грамотно и корректно. Широкий кругозор, эрудированность, развитые познавательные способности, в том числе высокая интеллектуальная работоспособность, хорошая память и внимательность, являются предпосылками к будущей исследовательской и проектной деятельности специалиста. Наличие таких качеств, как ответственность, организованность и трудолюбие, способствует оптимальной организации учебного и профессионального пространства, что в системе непрерывного образования является условием профессиональной и личностной успешности.

Регулярно осуществляемый в процессе обучения контроль удовлетворенности качеством получаемого образования позволит отслеживать уровень предоставляемых образовательных услуг и повышать мотивацию обучающихся, а также дополнительно стимулировать профессорско-преподавательский состав вуза.

Указанные направления до- и последипломного образования активно реализуются в Северном государственном медицинском университете (г. Архангельск): регулярно осуществляется мониторинг качества обучения студентов, в том числе гуманитарных специальностей, своевременно внедряются современные дистанционные, электронные и симуляционные образовательные технологии, что, в совокупности, дает стабильно высокие результаты в виде повышения качества обучения студентов и является отражением современных международных требований к отбору персонала.

Кроме того, на этапе реализации основного профессионального образования, предвещающего и дающего старт дальнейшему непрерывному профессиональному развитию специалиста, актуальны не только регулярное совершенствование стандартных образовательных программ, но и разработка и внедрение для будущих специалистов новых тематических учебных циклов и программ относительно применения гуманитарных знаний, в том числе психологических, в области наркологии. Образовательные циклы на этапе освоения основной образовательной программы на протяжении уже почти двух десятилетий являются для студентов медицинских, социального, психологического факультетов своеобразным экскурсом в сферу работы с зависимостями: знакомят студентов со специфической реабилитационной работой, дают понимание важности психологической составляющей восстановительного процесса, учат терпению и чуткости при работе с пациентами, имеющими наркологические проблемы [12].

Учебные программы, разработанные в рамках регионального компонента, становятся отправным пунктом понимания роли психолога в лечебно-восстановительном и реабилитационном процессах, а также имеют высокую методологическую ценность и практическую значимость при обучении проектированию и внедрению эффективных реабилитационных программ в лечебный процесс, что приводит к более глубокому пониманию сущности психологической реабилитации с учетом региональной специфики. Регулярно проводимые в вузе тематические конференции, конкурсы среди студентов и аспирантов, участие их в оформлении тематических аудиторий повышают учебную активность, при этом творческий характер проводимой работы привлекает студентов, создавая прочную мотивацию волонтерам для будущей работы с зависимыми пациентами, со студенческой скамьи [14].

Использование на этапе основного профессионального образования преимуществ целенаправленного профессионального отбора, проведение мониторинга качества обучения, наличие востребованных образовательных программ и инновационных воспитательных технологий способствуют выявлению достоверных маркеров качества обучения представителей «помогающих» профессий для подготовки высоко мотивированных и грамотных специалистов в наркологической сфере деятельности, готовых продолжить активное обучение в будущем в рамках дополнительного профессионального образования.

Прогрессивным научным сообществом концепция непрерывного профессионального образования представлена продуктивной педагогиче-

ской идеей, следовательно, образование рассматривается как органическая часть общей культуры личности, в том числе психологической, как фактор и источник ее развития и самопознания [11].

Разработка дополнительных профессиональных программ (или блоков программ) в области психического здоровья расширяет спектр предоставляемых услуг в сфере повышения профессиональной компетентности специалистов и содержательно обогащает наркологическую практику знанием психологических аспектов профессиональной деятельности. Например, мотивационная психотерапевтическая помощь в процессе лечения, изменение дезадаптивных паттернов поведения пациента, психологическая поддержка при восстановлении его личностного и социального статуса в процессе реабилитации, а также знание психологических особенностей организации взаимодействия с его микро- и макросоциальным окружением дает возможность активизации дополнительных ресурсов для длительной терапевтической ремиссии пациента. Знакомство с основными направлениями, современными подходами и эффективными технологиями социально-психологической помощи создает благоприятные условия для включения полученных знаний и приобретенных навыков в контекст практической деятельности как врачей-наркологов, так и иных, значимых для процесса реабилитации специалистов гуманитарных отраслей.

Учитывая многоаспектность проблемы наркотической зависимости, а также широкую субъектную направленность, то есть актуальность психологических знаний для разных целевых категорий получателей наркологических услуг, в содержание дополнительных профессиональных программ целесообразно включить следующие направления работы: социально-психологическая поддержка в диаде «врач–пациент», в триаде «врач–пациент–психолог (и/или социальный работник)» и иных продуктивных командах, позволяющих вовлечь в процесс реабилитации, кроме специалистов, более широкий круг социально заинтересованных в благоприятном исходе лечения пациента лиц [13]. В процессе реализации указанных направлений работы планомерно решаются задачи формирования представлений о специфике социально-психологической помощи наркологическим больным, осуществляется развитие профессиональных способностей специалистов в плане оптимальной ее организации на рабочих местах.

Важной содержательной составляющей дополнительных профессиональных программ является развитие психологической компетентности в области диагностики и профилактики профессионального выгорания у медицинских работников, а также в области диагностики и коррекции мо-

рально-психологического климата коллектива наркологического учреждения. Нагрузка на интеллектуальную и эмоционально-волевую сферу, специфичность общения с маргинальным контингентом, напряженный график работы, высокий уровень индивидуальной и групповой ответственности за результат остро ставят проблему не только комплексной и достаточно объемной социально-психологической реабилитации больных, но и не менее актуальную проблему организации качественного психологического сопровождения деятельности специалистов [6].

Однако психологические аспекты профессиональной деятельности врачей наркологического профиля до настоящего времени описаны недостаточно конкретно и целостно. В частности, практически нет исследований, посвященных психологическим особенностям персонала, способствующим формированию командного метода работы, а также оздоровлению морально-психологического климата в коллективе, что можно эффективно восполнить в процессе непрерывного образования.

В рамках дополнительных профессиональных программ для удобства обучающихся, кроме очных образовательных мероприятий – конференций, семинаров, мастер-классов, в том числе проводимых с использованием дистанционных образовательных технологий, целесообразно проведение заочных мероприятий с возможностью обучаться на рабочем месте: например, тематических интерактивных образовательных модулей, электронных образовательных курсов, реализуемых организациями, осуществляющими образовательную деятельность [5, 9].

Указанные направления работы и задачи, решаемые в их рамках, органично и своевременно встраиваются в процесс дополнительного профессионального образования врачей наркологического профиля и специалистов гуманитарных отраслей знаний. Их целесообразно рассматривать как системный процесс, объединяющий усилия множества специалистов – врачей-психотерапевтов, педагогов, психологов, клинических психологов, социальных педагогов, социологов, медицинских менеджеров и т.д.

Осуществляемый экспертами социально-психологический мониторинг эффективности дополнительных профессиональных программ, очных и заочных образовательных мероприятий позволяет регулярно отслеживать их результативность, научную и практическую ценность и создает дополнительную мотивацию для повышения конкурентоспособности данных интеллектуальных продуктов на рынке образовательных услуг.

Неоценимую помощь в вопросах сохранения и восстановления психического здоровья в рамках наркологической теории и практики, а также

подготовки высококвалифицированных специалистов, может оказать изучение опыта зарубежных стран. Учитывая важность развития международного сотрудничества в области охраны психического здоровья, особенно с увеличением частоты встречаемости психических расстройств в связи с миграцией населения, качественная подготовка специалистов в области транскультурных аспектов психического здоровья является крайне востребованной. В России нет масштабных исследований, направленных на обмен опытом с зарубежными странами для подготовки и внедрения эффективных программ повышения качества постдипломного образования в области психического здоровья. Для их разработки необходимо выявить социально-психологические маркеры продуктивности организации непрерывного образования, а также осуществить прогноз эффективности работы будущих специалистов в сфере психического здоровья, что позволит в перспективе значительно повысить качество предоставления услуг населению и повысить рейтинг помогающих профессий [10].

Таким образом, в современном обществе концепция непрерывного профессионального образования предстает как приоритетная проблема, вызванная к жизни развитием научно-технического прогресса, социальными и экономическими изменениями в жизни общества. Тенденции современной медицины, в том числе в наркологической сфере деятельности, направлены на процесс гуманизации и психологизации медицинской помощи, что, безусловно, осуществимо за счет активного привлечения социально-психологических знаний в систему профессионального образования с самого раннего его этапа. Система основного и дополнительного образования должна соответствовать требованиям современного общества относительно подготовки психологически грамотных специалистов, готовых быть достаточно активными и мобильными в процессе усвоения и дальнейшего непрерывного совершенствования своего профессионального мастерства, осваивать инновационные образовательные технологии и внедрять их в практическое здравоохранение на рабочих местах. Комплексная программа социально-психологического сопровождения подготовки специалистов на всех этапах ее осуществления – от вуза до практического звена здравоохранения – направлена на совершенствование системы непрерывного образования, повышение востребованности специалистов помогающих профессий в наркологической сфере деятельности, что в перспективе поднимет качество медицинских услуг на более высокую ступень развития. Разработка тематических учебных циклов в области психического здоровья, формирование дополнительных профессиональных программ

и проведение образовательных мероприятий, насыщенных современными образовательными технологиями, разработка маркеров эффективности подготовки кадров, регулярно осуществляемый мониторинг качества обучения модернизируют систему профессионального образования, делают его непрерывным, инновационным и отвечающим запросам практического здравоохранения.

Заключение

Комплексный мультипрофессиональный подход, как в организации наркологической помощи, так и в системе основной и дополнительной подготовки специалистов, позволит сделать систему оказания помощи потребителям наркологических услуг одновременно и эффективной и экономичной, что особенно актуально в условиях оптимизации здравоохранения, а изучение и внедрение элементов международного опыта способствует максимальному приближению ее к мировым стандартам качества.

Литература

1. Андреев И.Л., Шурупова Р.В., Назарова Л.Н. Философско-психологические аспекты подготовки врача-педагога // Психология и психотехника. – 2013. – № 2. – С. 186–195.
2. Брюн Е.А., Кошкина Е.А., Агибалова Т.В. [и др.]. Современные подходы в организации медико-социальной реабилитации наркологических больных : метод. рекомендации. – М., 2013. URL: <http://r-n-l.ru/documents/minzdravmet2013.pdf> (дата обращения: 26.02.2017).
3. Дудко Т.Н. Состояние медико-социальной реабилитации наркологических больных в Российской Федерации // Вопр. наркологии. – 2013. – № 3. – С. 70–76.
4. Дудко Т.Н., Зенцова Н.И. Концептуальные основы и комплексная программа медико-социальной реабилитации наркологических больных. – М. : Спорт и культура-2000, 2014. – 264 с.
5. Координационный совет по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования. URL: www.sovetnmo.ru (дата обращения: 20.03.2017).
6. Мальгин В.Л., Пахтусова Е.Е., Шевченко Д.В., Искандирова А.Б. Синдром эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер наркологических учреждений // Мед. психология в России. – 2011. – № 5. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 14.04.2017).
7. Мордовский Э.А., Вязьмин А.М., Соловьев А.Г. Алкоголь-атрибутивная смертность и организационные подходы к ее учету в России и за рубежом // Наркология. 2012. – Т. 11, № 11 (131). – С. 60–69.
8. Об образовании в Российской Федерации : Федер. закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017 г.). URL:

<http://edu.rosminzdrav.ru/normativno-pravovaja-baza/federalnye-zakony/> (дата обращения: 23.04.2017).

9. Об утверждении Положения о модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) с участием общественных профессиональных организаций : приказ Минздрава России № 837 от 11.11.2013 г. URL: <http://edu.rosminzdrav.ru/normativno-pravovaja-baza/normativnye-pravovye-akty-federalnykh-organov-ispolnitelnoi-vlasti/prikazy-minzdrava-rossii/> (дата обращения: 25.04.2017).

10. Паштаев Б.Д. Эффективность образовательного процесса в вузе // Изв. Дагестан. гос. пед. ун-та. Психол.-пед. науки. – 2011. – № 2. – С. 81–84.

11. Портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России. URL: <http://edu.rosminzdrav.ru> (дата обращения: 30.03.2017).

12. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Тевлина В.В. Особенности подготовки в медицинском вузе социальных работников для психиатрических и наркологических учреждений // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1999. – № 5. – С. 41–43.

13. Смирнова Н.Н., Соловьев А.Г. Роль специалистов гуманитарного профиля в этапном оказании наркологической помощи // Наркология. 2017. № 3. С. 22–25.

14. Харькова О.А., Червина Н.А., Парамонов А.А., Соловьев А.Г. Волонтерское движение как инновационный наркологический сервис // Экология человека. – 2007. – № 10. – С. 49–52.

Поступила 30.04.2017

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Смирнова Н.Н., Соловьев А.Г. Психологическая подготовка специалистов как залог успешности непрерывного профессионального образования в наркологии // Вестн. психотерапии. 2017. № 62 (67). С. 123–136.

PSYCHOLOGICAL PREPARATION OF THE EXPERTS AS A KEY TO THE SUCCESS OF CONTINUING PROFESSIONAL EDUCATION IN NARCOLOGY

Smirnova N.N., Soloviev A.G.

Northern State Medical University (Troitsky Ave, 51, Arkhangelsk, Russia)

Natalia Nikolaevna Smirnova – PhD Biol. Sci, Associate Prof. Department of Psychiatry and Clinical Psychology, Northern State Medical University (Troitsky Ave., 51, Arkhangelsk, 163000, Russia), e-mail: nsmirnova-71@yandex.ru;

✉ Andrey Gorgonevich Soloviev – Dr. Med. Sci. Prof., Head. Department of Psychiatry and Clinical Psychology, Northern State Medical University (Troitsky Ave., 51, Arkhangelsk, 163000, Russia), e-mail: asoiviev1@yandex.ru.

Abstract. Modern interagency model of organization of the narcological help with the brigade method of work and active involvement of experts of a humanitarian profile to treatment and rehabilitation process requires a timely solution to the issues of modernization of the system of training of specialists taking into account the socio-psychological part of it. The search for innovative areas of scientific interaction and cooperation aimed at actively developing the system of continuous professional education of both Russian and foreign experts, including the stage of the basic and additional professional education. It is shown that taking into account all the who increasing the relevance of psychological knowledge in substance abuse treatment, training issues and refresher training are also in demand an integrated and systematic approach that takes into account both medical and humanitarian aspects of training. Presents a study of the landmark comprehensive program of psychological support system of the main and additionally th professional education in the addiction field. Determined that the high effectiveness of the educational process consists of several, including psychological components. Use on stage main professional education of the benefits of targeted occupational selection, and introduction in educational process of popular educational programs, thematic training cycles, the effective educator technologies allow us to determine markers of quality of training specialists of "helping" professions, ready to continue an active course-to achieve the activities in the future. The feasibility of formation of additional educational programs and events full time and part time Format, rich contemporary educational technology, which, when carried out regularly to monitor the quality of modernization of the education system, making it continuous, innovative, meet the needs of practical health care. The development of advanced educational products in the field of mental health is expanding its range of services to enhance the professional competence of employees, as well as the study and implementation of fragments international experience contributes to their approximation to the international standards of quality.

Keywords: narcology, psychology, basic and additional training

References

1. Andreev I.L., Shurupova R.V., Nazarova L.N. Filosofsko-psikhologicheskie aspekty podgotovki vracha-pedagoga [Philosophical and psychological aspects of the doctor-teacher]. *Psikhologiya i psikhotekhnika* [Psychology and psychotechnics]. 2013. N 2. Pp. 186–195. (In Russ).
2. Bryun E.A., Koshkina E.A., Agibalova T.V. [i dr.]. Sovremennye podkhody v organizatsii mediko-sotsial'noi reabilitatsii narkologicheskikh bol'nykh [Modern approaches to the organization of medico-social rehabilitation of drug patients]. Moskva. 2013. URL: <http://r-n-l.ru/documents/minzdravmet2013.pdf>. (In Russ).
3. Dudko T.N. Sostoyanie mediko-sotsial'noi reabilitatsii narkologicheskikh bol'nykh v Rossiiskoi Federatsii [The current status of medical and social rehabilitation of addicted patients in the Russian Federation]. *Voprosy narkologii* [Journal of addiction problems]. 2013. N 3. Pp. 70–76. (In Russ).

4. Dudko T.N., Zentsova N.I. Kontseptual'nye osnovy i kompleksnaya programma mediko-sotsial'noi reabilitatsii narkologicheskikh bol'nykh [Conceptual framework and comprehensive programme of medico-social rehabilitation of drug patients]. Moskva. 2014. 264 p. (In Russ).

5. Koordinatsionnyi sovet po razvitiyu nepreryvnogo meditsinskogo i farmatsevticheskogo obrazovaniya [The coordinating Council for the development of continuing medical and pharmaceutical education]. URL: www.sovetmmo.ru. (In Russ).

6. Malygin V.L., Pakhtusova E.E., Shevchenko D.V., Iskandirova A.B. Sindrom emotsional'nogo vygoraniya u vrachei i meditsinskikh sester narkologicheskikh uchrezhdenii [Syndrome of emotional burnout among physicians and nurses working in drug treatment agencies]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii* [Medical psychology in Russia]. 2011. N 5. URL: <http://medpsy.ru>. (In Russ).

7. Mordovsky E.A., Vyaz'min A.M., Solov'ev A.G. Alkohol'-atributivnaya smertnost' i organizatsionnye podkhody k ee uchetu v Rossii i za rubezhom [Alcohol-attributive mortality and organizational approaches to its consideration in Russia and abroad]. *Narkologiya* [Narcology]. 2012. Vol. 11, N 11. Pp. 60–69. (In Russ).

8. Ob obrazovanii v Rossiiskoi Federatsii : Federal'nyi zakon ot 29.12.2012 N 273-FZ [On education in the Russian Federation : Federal law from 29.12.2012 № 273-FZ]. URL: <http://edu.rosminzdrav.ru/normativno-pravovaja-baza/federalnyezakony>. (In Russ).

9. Ob utverzhdenii Polozheniya o modeli otrabotki osnovnykh printsipov nepreryvnogo meditsinskogo obrazovaniya dlya vrachei-terapevtov uchastkovykh, vrachei-pediatrov uchastkovykh, vrachei obschei praktiki (semeinykh vrachei) s uchastiem obshchestvennykh professional'nykh organizatsii : prikaz Ministerstva zdravookhraneniya Rossii N 837 ot 11.11.2013 [On approval of the Regulations on the preparation of the basic principles of continuous medical education for local doctors-therapists, catchment area pediatricians, General practitioners (family doctors) with the participation of public professional organizations : the Order of Ministry of healthcare of the Russia No. 837 of 11/11/2013]. URL: <http://edu.rosminzdrav.ru/normativno-pravovaja-baza/normativnye-pravovye-akty-federalnykh-organov-ispolnitelnoi-vlasti/prikazy-minzdrava-rossii/>. (In Russ).

10. Pashtaev B.D. Effektivnost' obrazovatel'nogo protsessa v vuze [The efficiency of the educational process in higher school]. *Izvestiya Dagestanskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta. Psikhologopedagogicheskie nauki* [News of the Dagestan state pedagogical University. Psycho-pedagogical science]. 2011. N 2. Pp. 81–84. (In Russ).

11. Portal nepreryvnogo meditsinskogo i farmatsevticheskogo obrazovaniya Ministerstva zdravookhraneniya Rossii [The portal of continuing medical and pharmaceutical education of the Ministry of healthcare of Russia]. URL: <http://edu.rosminzdrav.ru>. (In Russ).

12. Sidorov P.I., Solov'ev A.G., Tevlina V.V. Osobennosti podgotovki v meditsinskom vuze sotsial'nykh rabotnikov dlya psikhiatricheskikh i narkologicheskikh uchrezhdenii [Features of training in medical school social workers for mental health and substance abuse agencies]. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. C.C. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 1999. N 5. Pp. 41–43. (In Russ).

13. Smirnova N.N., Solov'ev A.G. Rol' spetsialistov gumanitarnogo profilya v etapnom okazanii narkologicheskoi pomoshchi [The role of experts of a humanitarian profile in staged addictological assistance]. *Narkologiya* [Narcology]. 2017. N 3. Pp. 22–25. (In Russ).

14. Khar'kova O.A., Chervina N.A., Paramonov A.A., Solov'ev A.G. Volonter-skoe dvizhenie kak innovatsionnyi narkologicheskii servis [The volunteer movement as an innovative drug treatment service]. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2007. N 10. Pp. 49–52. (In Russ).

Received 30.04.2017

For citing. Smirnova N.N., Solov'ev A.G. Psikhologicheskaya podgotovka spetsialistov kak zalog uspehnosti nepreryvnogo professional'nogo obrazovaniya v narkologii. *Vestnik psikhoterapii*. 2017. N 62. Pp. 123–136. (In Russ.)

Smirnova N.N., Soloviev A.G. Psychological preparation of the experts as a key to the success of continuing professional education in narcology. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2017. N 62. Pp. 123–136.

УДК 316.75 : 159.9.075

Д.Н. Фисенко

ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВЫЕ УРОВНИ ЛИЧНОСТИ В КОНСУЛЬТАТИВНОМ ПРОЦЕССЕ

Тюменский государственный университет
(Россия, г. Тюмень, ул. Володарского, д. 6)

Ценностные ориентиры являются необходимой составляющей социальной жизни и оказывают существенное влияние на современное общество. С психологической точки отсчета, они реализуются в общих стратегиях реагирования на окружающую действительность и направляют поведение людей по тому или иному сценарию. Они являются одним из основополагающих элементов в коммуникации человека с другим человеком, человека и социальных институтов, человека и государства. Это позволяет рассматривать выработанные в общественной практике ценности как важный элемент личности, который можно использовать в консультативном процессе. Целью исследования является проверка достоверности модели ценностно-смысловых уровней личности.

✉ Фисенко Денис Николаевич, аспирант каф. общ. и соц. психологии, Тюмен. гос. ун-т (Россия, 625003, г. Тюмень, ул. Володарского, д. 6), e-mail: Fiss_Laeda87@mail.ru.

Ключевые слова: социальная психология, ценностно-смысловой уровень, культурно-историческая ценность, ценностная ориентация, интериоризация, обыденное сознание, социогенез

Введение

При анализе литературы, посвященной различным аспектам ценностно-смысловых уровней личности, можно увидеть в основном исследования либо некоторых функциональных особенностей ценностных ориентаций, либо основных механизмов интериоризации внешних культурных объектов во внутреннее пространство личности.

При этом под интериоризацией, как правило, понимается перенос наличного современного культурного содержания без рассмотрения условий его формирования в ходе культурно-исторического развития и вклада каждой эпохи в общественные отношения, а следовательно, и в формирование ценностно-смысловых уровней личности. Например, некоторые авторы [1, 3, 6, 9, 10] подходили близко к данной проблеме, однако либо их предметная область была гораздо шире ценностной составляющей личности, либо их исследования охватывали отдельные исторические периоды, без создания единой системы ценностей.

Образование ценностно-смысловых уровней. Каждый исторический момент обладает собственной уникальностью, которая заключается в соединении в одном временном промежутке совокупности различных факторов (географических, социологических, экономических, антропологических, лингвистических, культурных, морально-этических и др.). Учитывая всю совокупность факторов, можно воссоздать ментальный портрет человека той или иной культурно-исторической эпохи.

Идея такой реконструкции ментального портрета человека была предложена исторической «Школой анналов» и описывается в работах Л. Февра, М. Блока, Р. Мандру. Реконструкция происходила в определенной последовательности, от элементарных факторов жизни человека к высшим. Сначала – определение условий повседневного существования и выделение базовых потребностей и эмоций, затем – видов деятельности, групповых отношений, наконец «инвентаризации» познавательных инструментов и синтетической характеристики эпохи – картины мира [2]. Картина мира была представлена ценностями культурно-исторической эпохи, которые являлись производной от более простых элементов жизни. Реконструкция позволяла из мозаики разрозненных психологических признаков, социологических норм, профессиональных установок сложить картину коллективной психологии изучаемой эпохи.

Картина мира каждой эпохи складывалась из обобщения представленной эпохи о формах деятельности людей, основанных на групповом взаимодействии. По определению Р. Мандру, «видение мира охватывает совокупность психических кадров – как интеллектуальных, так и этических, – посредством которых индивиды и группы каждый день строят свое мышление и действия» [5, с. 114]. Следовательно, картина мира в своей целостности не имеет формальной фиксации, она содержится в общих установках к окружению и представлениях о нем, которые пронизывают жизнь современников независимо от их положения и сознательных воззрений.

Квинтэссенцией картины мира (ее «стержнем» и «вершиной») являлась ценностно-смысловая составляющая, которая была ориентиром жизни для людей и выводилась из суммы представлений о жизни человека в эпохах Античности, Средних веков, Нового времени и т. д. Одними ценностно-смысловыми характеристиками обладала картина мира охотника родоплеменной общины, чья деятельность была сопряжена с большим количеством ритуалов, магических действий и целями которой были удовлетворение голода и выживание. И совершенно другими – деятельность художника эпохи Возрождения, чье творчество являет стремление выйти из предопределенности своей судьбы Богом.

Духовные корни ментальных представлений уходят в далекое прошлое – не только в душу человека ранних цивилизаций, но, пожалуй, еще глубже – в «темное» прошлое наших первобытных предков, а может быть, и в звериное «бессознательное» [7].

Ценностная составляющая согласовывает и укрепляет картину мира. Чаще всего эти ценности складываются в общественной практике, проходят свою верификацию через групповые отношения, проверяются на соответствие базовым потребностям и условиям повседневного существования и находят свое отражение в картине мира в виде уже неких частных положений. По большому счету, в ценностях в сжатом виде лежат элементы всех нижестоящих уровней жизни человека той или иной культурно-исторической эпохи.

Построение уровневой структуры ценностно-смысловых предпочтений. Как правило, смена культурно-исторических эпох сопровождалась большими потрясениями для всего общества (в период буржуазных революций в Европе в конце XVIII – начале XIX вв., в эпохах Просвещения, Реформации и религиозных войн на рубеже Средневековья, Возрождения, Великого переселения народов, распада Римской империи и многочисленных войн с варварскими племенами в конце эпохи Античности и т. д.). Эти

потрясения имели признаки психотравмирующих ситуаций для членов общества. Когда на смену старым условиям существования, видам деятельности и системе отношений приходят новые, они постепенно строят новую картину мира, кристаллизуя ее вокруг новых ценностей, выделяемых в мучительных поисках новых опор. Возникают конфликты, как на уровне социальных отношений, так и на уровне ценностей. Какова судьба старых опор, уступающих место новым? Они не изживаются полностью, а выдавливаются (вытесняются, супрессируются) за пределы актуального процесса создания новообразований. Супрессия применяется не только к ценностям, но и «ко всему опыту, к аффекту, связанному с опытом, или к фантазиям и желаниям, ассоциированным с опытом» [4, с. 83].

То, что супрессируется в общественной практике, оказывается интериоризированным на уровне индивида. В силу этого ценности, супрессированные в одной культурно-исторической эпохе, следующим поколениям передаются уже как подчиненные (субординированные), еще актуально осваиваемыми общественной практикой. Новые надстраиваются над предыдущими, порождают свою картину мира и новые ценности, де-факто закрепляют их в качестве фундамента для новых опор.

Подобно интериоризации на уровне индивида, мы обнаруживаем интериоризацию на уровне обыденного сознания, общественной практики. Когда-то внешние процессы (включая так и не решенные конфликты, не снятые противоречия) становятся внутренними (и для обыденного сознания, и для отдельной личности). Аналогично индивидуальной фиксации напряжения, уместно говорить о фиксациях на уровне обыденного сознания (коллективного неосознаваемого). Вытесненные напряжения (в том числе и между ценностями), заявляют о себе там, где они вступают в резонанс с актуальными общественными процессами.

Таким образом, возникает фиксация, в которой заложены аффективные переживания, стоящие за ценностными конфликтами разных культурно-исторических эпох. Освобождение этой общественной энергии может проявляться как глубокое духовное или религиозное переживание, которое трансформирует смысловую структуру человека, что очень напоминает идею нуминозного опыта. Так, фиксация на эпохе Средневековья может активизировать сильные аффекты любви к ближнему и веры в Бога, которые будут проявляться во всей деятельности человека.

Трехмерная модель ценностно-смысловой иерархии человека. Современный человек, наследуя опыт кем-то прожитых эпох, имеет доступ ко всем супрессированным уровням – как минимум операционально, де-акто.

Какая-то часть этого опыта доступна осознанию (была обозначена понятным для других образом), другая остается в имплицитной форме. Предложенные идеи культурно-исторической интериоризации позволяют рассматривать образ мира человека в виде иерархии ценностей (культурно зафиксированных потребностей).

Идея сопряжения (соответствия) между культурно-историческими эпохами и ценностями принадлежит А.В. Павлову. Центральная идея заключается в том, что каждая эпоха порождает некоторую ценность. И будучи один раз сконструированной, она остается в психике конкретного человека, образ мира которого можно развернуть (амплифицировать) на весь антропогенез. Визуализацию данной идеи дадим в авторском виде (см. рис.) [8, с. 89–96].

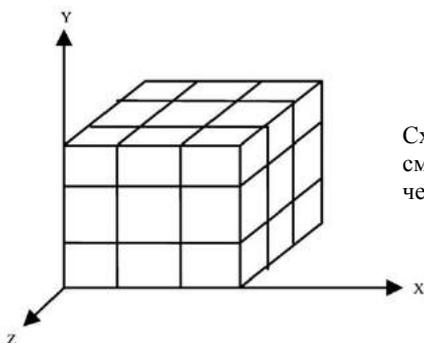


Схема моделирования ценностно-смысловых уровней современного человека

По оси X расположены ценности культурно-исторических эпох, такие как сила, власть, благородство, рациональность, творчество и т. д., на оси Y – значимые этапы формирования ценностей: Праистория – Первобытное общество – Дикость – Античность – Средневековье – Возрождение – Новое время – Современность. Для каждого этапа будут характерны свои ценности.

На оси Z располагаются обстоятельства жизни, которые активизируют тот или иной пласт ценностно-смысловых уровней личности. Это могут быть как внешние раздражители (неприятности на работе, взаимоотношения с супругой и т. д.), так и внутренние факторы (эмоции, депрессия, когнитивная схема). Таким образом, в каждом человеке присутствуют ценности эпохи Возрождения, Античности и т. д. На то, как они актуализируются в деятельности человека, влияет связь между жизненными обстоятельствами и актуализирующимися пластами психики.

Естественно, что более глубокие и древние культурно-исторические пласты соответствуют более базовым ценностям – таким как безопасность, самосохранение, принадлежность к обществу и т. д. На верхних ценностно-смысловых уровнях будут такие ценности, как разум, порядок и т. д. Третья проекция Z, актуализирующая тот или иной культурно-исторический пласт событий, является очень важной для понимания как отдельного современного человека, так и всего общества в целом.

Содержательным наполнением теоретической модели стали 8 категорий, соответствующих культурно-историческим эпохам, и основные базовые ценности, характерные для этих эпох (табл. 1).

Таблица 1

Базовые ценности культурно-исторических эпох

Культурно-историческая эпоха (категория)	Базовая ценность
Дочеловеческий период	Выживание, безопасность
Родоплеменная община	Порядок, нормированность, свой–чужой, семья, род
Дикость	Сила, власть, захват, собственность, мужская главенствующая роль
Античность	Доблесть, красота, слава, общественное мнение, доброта, мудрость
Средневековье	Добродетель, разделение на добро и зло, самоограничение, отношение патронажа, послушание, целомудрие
Возрождение	Творческий порыв, самовыражение, человек, индивидуальность, свобода воли
Просвещение	Разум, равенство людей, вселенский порядок, всеобщее счастье, самоконтроль, терпимость
Постиндустриальная эпоха (современность)	Договор между людьми, нахождение точки отсчета, поиск баланса, поиск допустимых пропорций между хаосом и порядком, информация, диалог, поиск смысла жизни

Для проверки модели были выдвинуты гипотезы:

1) ценностно-смысловое содержание, выработанное в ходе исторического процесса, присутствует в структуре психики современного человека в качестве ценностно-смысловых уровней личности;

2) в нарративе лиц, описывающих свою жизненную ситуацию, находят отражение индивидуальные особенности ценностно-смысловых уровней человека;

3) степень сравнительной представленности ценностно-смысловых уровней человека содержательно соотносится со смысловой структурой его жизненной ситуации.

Материал и методы

Инструментом сбора информации выступил метод интервью. Независимые переменные – наличие/отсутствие структурирования беседы и эмоциональная окраска ситуации (проблемная или позитивно значимая), которую описывал испытуемый. Зависимая переменная – вербальная презентация особенностей ценностно-смысловых уровней человека.

Исходя из принятой теоретической модели, выделили 8 категорий, соответствующих культурно-историческим эпохам и основным базовым ценностям, характерным для этих эпох (см. табл. 1). Для структурированного интервью к каждой культурно-исторической эпохе сформулировали вопросы, направленные на актуализацию базовых ценностей респондента.

Исследование с каждым респондентом разбивали на 2 части по 2 интервью в каждой части. Респондента просили сначала рассказать о своей позитивной жизненной ситуации, а затем о проблемной ситуации. Интервью по каждой жизненной ситуации разделили на две части: структурированную и неструктурированную. В исследовании приняли участие 15 респондентов.

Тексты протоколов обработали с помощью контент-анализа (работали 3 эксперта: психолог, историк и филолог). В результате работы экспертов накапливались частоты отнесения семантических единиц к заданным категориям (культурно-историческим эпохам). Для проверки гипотез провели сравнение полученных распределений частот.

Путем комбинирования интервью по признаку структурированности и эмоциональной окраски (см. табл. 2) были образованы 4 пары сравнений. Для каждой пары подсчитали T-критерий Вилкоксона и коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Таблица 2
Типология варьирования независимых переменных

Смысловая окраска сюжета (P)	Вид интервью	
	неструктурированное (S-)	структурированное (S+)
Позитивно значимая (P+)	(S-)(P+)	(S+)(P+)
Проблемная (P-)	(S-)(P-)	(S+)(P-)

Качественный анализ заключался в расчете семантической насыщенности текстов. Для каждой категории анализа (Дочеловеческий период, Родоплеменная община, Дикость и т. д.) суммировали семантическую насыщенность (под семантической насыщенностью понималась сумма слов и

выражений, которые выражают актуализацию того или иного ценностно-смыслового уровня у респондента) по всем испытуемым во всех 4 видах интервью. После этого проводили сравнение результатов суммирования и их интерпретацию в рамках заданной теоретической модели.

Результаты и их анализ

Результаты статистической проверки по виду интервью и типу ситуации представлены в табл. 3. Статистическая оценка результатов контент-анализа показала:

1) выявлены статистически значимые различия и статистически значимые корреляции. Была обнаружена изоморфность (сопряженность) результатов при сравнении двух типов интервью: неструктурированного и структурированного (см. табл. 3). Наличие такой сопряженности говорит о некоторой внутренней ценностно-смысловой иерархии у респондента (клиента), актуализирующейся в той или иной ситуации и зависящей в первую очередь от интрапсихических факторов самого респондента (клиента), а не от вмешательства исследователя (консультанта);

2) вместе с тем, структурирующее вмешательство исследователя (консультанта) все же позволяет: а) получить дополнительный материал, б) по-иному структурировать дискурс, побуждая респондента (клиента) рельефнее выразить свои ценностно-смысловые предпочтения;

3) выявлено также отсутствие статистически значимых различий и тенденция к обратной корреляции при сравнении результатов интервью о двух разных типах ситуаций – позитивно значимой и проблемной (см. табл. 3). Это свидетельствует о том, что в разных по эмоциональной окраске ситуациях актуализируются разные ценностно-смысловые уровни.

Таблица 3

Результаты статистической проверки по виду интервью и типу ситуации

Испытуемый	Тип интервью			
	(S-)(S+)		(P+)(P-)	
	T-критерий	r	T-критерий	r
А.Ш.	3,10*	0,92*	2,90*	0,27
И.Б.	2,72*	0,97*	1,60	-0,65*
А.Е.	1,29	0,71*	0,94	-0,34
Н.Р.	2,28*	0,75*	0,60	0,17
О.Т.	2,95*	0,89*	0,75	0,15
М.З.	2,78*	0,90*	0,51	-0,22
Ф.Д.	3,41*	0,90*	0,23	-0,59*

Испытуемый	Тип интервью			
	(S-)(S+)		(P+)(P-)	
	T-критерий	r	T-критерий	r
И.Т.	2,84*	0,79*	0,13	-0,42
А.Л.	2,92*	0,85*	0,65	0,24
С.Г-Ф.	3,41*	0,84*	0,65	-0,04
А.С.	2,73*	0,72*	0,03	-0,81
И.О.	2,90*	0,83*	0,37	-0,52*
Е.П.	2,41*	0,94*	0,72	-0,34
Е.Д.	3,04*	0,91*	0,13	-0,15
К.К.	2,20*	0,78*	0,39	-0,29

* – $p \leq 0,05$.

Качественный анализ результатов контент-анализа показал, что:

1) в психике человека поуровнево представлены ценности, которые формировались в ходе культурно-исторического процесса и сейчас присутствуют в ней;

2) актуализация ценностно-смысловых уровней зависит от индивидуальных особенностей человека и ценностно-смыслового содержания ситуации, в которую он семантически погружен;

3) в позитивно значимых ситуациях ценностно-смысловые уровни актуализируются (или распаковываются) преимущественно в сторону более современных, более близких человеку по времени культурно-исторических эпох (табл. 4). Более актуализированными оказываются такие ценности как договор, рациональность, творчество, самовыражение, добродетели и т. д.;

Таблица 4

Суммарная семантическая насыщенность категорий в разных видах интервью для всех испытуемых

Категория	Дочеловеческий период	Родоплеменная община	Дикость	Античность	Средневековые	Возрождение	Провещение	Современность
(S-)(P+)	28	166	138	186	197	214	217	207
(S+)(P+)	109	241	193	290	247	381	333	355
(S-)(P-)	207	306	377	153	172	181	124	116
(S+)(P-)	337	407	571	251	234	295	239	245

4) в проблемных ситуациях ценностно-смысловые уровни актуализируются (или распаковываются) преимущественно в сторону более архаичных, древних, более дальних человеку по времени культурно-исторических эпох (Дочеловеческий период, Родоплеменная община, Дикость, Античность) (см. табл. 4). Большую актуализированность получают такие ценности, как безопасность, выживание, правила, сила, общественное мнение и т. д.;

5) наибольшая рельефность в ценностно-смысловой структуре респондентов (клиентов) представлена на первых трех уровнях (Дочеловеческий период, Родоплеменная община, Дикость). На этих трех уровнях наиболее ярко выражена тенденция роста семантической насыщенности по факторам структурирования интервью и его эмоциональной окраски (см. табл. 4), где фактор эмоциональной окраски, по-видимому, имеет большее влияние на семантическую насыщенность. Возможно, это говорит о том, что более архаичные ценностно-смысловые уровни сильнее подвержены эмоциональному влиянию и слабо поддаются осознанию;

6) уровни Античность, Средневековье, Возрождение, Просвещение, Современность при распределении семантических единиц между разными интервью подчиняются прежде всего фактору структурированности, а уже затем фактору эмоциональной окраски (см. табл. 4). Вероятно, эти уровни являются более осознаваемыми и лучше поддаются рефлексии.

Выводы

1. Составление индивидуальных профилей представленности ценностно-смысловых уровней клиента в конкретных ситуациях может использоваться как метод диагностики в процессе психологической консультации. Данный метод позволит определить, какие ценности клиента получают наибольшую актуализацию в его жизненной ситуации, на каких из ценностно-смысловых уровней клиента локализована его проблема и какие из них можно использовать в качестве ресурсов при построении плана решения проблем клиента и достижения поставленных им задач.

2. Работа предоставляет инструменты диагностики и коррекции психологических проблем для социальных институтов. Например, в школе для диагностики психических проблем у детей и своевременного оказания им необходимой психологической помощи.

3. Результаты могут дать менеджерам по персоналу хороший инструментарий для оценки основных жизненных приоритетов кандидатов на должность. Из их приоритетов можно с большой долей точности опреде-

лить качества, которые необходимы кандидату для успешного выполнения должностных обязанностей.

4. Властным структурам результаты исследования могут помочь в лучшем понимании общественных процессов, в налаживании конструктивного диалога с гражданами «на одинаковом ценностно-смысловом языке». Знание методов воздействия на ценностные ориентиры со стороны государства создает возможность не только деструктивных, но и конструктивных преобразований.

5. Представителям профессий, работающих в сфере рекламы и PR, результаты исследования могут помочь в более точном определении предпочтений своей целевой аудитории и в создании рекламных стратегий, которые основываются на ценностях, имеющих большое значение для их целевой аудитории.

6. Результаты исследования могут использоваться в медиации (например, внесудебного решения споров), чтобы определить, на каких ценностно-смысловых уровнях переживают конфликт участники медиации и какой уровень наиболее подходит для совместного решения спора.

Литература

1. Барская А.Д. Психолого-историческая реконструкция особенностей психики гомеровского человека : автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1998. – 27 с.
2. Гуревич А.Я. Исторический синтез и школа «Анналов». – М. : Нидрик, 1993. – 327 с
3. Лобок А.М. Антропология мифа. – Екатеринбург, 1997. – 685 с.
4. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе : пер. с англ. – М. : Класс, 1998. – 427 с.
5. Мандру Р. Франция раннего Нового времени 1500–1640 : эссе по исторической психологии : пер. с фр. – М. : Территория будущего, 2010. – 327 с.
6. Некрасова Е.В. Пространственно-временная организация жизненного мира человека : автореф. дис. ... д-ра психол. наук. – Барнаул, 2005. – 46 с.
7. Осипов Н.Е. Генезис и историческая эволюция ментальных ценностей человека от первобытности к Новому времени (западноевропейский контекст) // Философия и общество. – 2009. – № 1 (53). – С. 124–137.
8. Павлов А.В. Гуманитарная теория как новая рациональность // Социум и власть. – 2008. – № 2. – С. 89–96; № 3. – С. 114–122.
9. Пятаева Е.Ю. Культурно-исторический анализ развития мотивации личности : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 2010. – 21 с.
10. Толстых Н.Н. Развитие временной перспективы личности: культурно-исторический подход : автореф. дис. ... д-ра психол. наук. – М., 2010. – 53 с.

Поступила 20.03.2017

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Фисенко Д.Н. Ценностно-смысловые уровни личности в консультативном процессе // Вестн. психотерапии. 2017. № 62 (67). С. 136–148.

VALUE-SEMANTIC LEVELS OF PERSONALITY IN THE CONSULTATIVE PROCESS

Fisenko D.N.

Tyumen State University (Volodarskogo Str., 6, Tyumen, Russia)

✉ Denis Nikolaevich Fisenko – PhD student, Department of general and social psychology Tyumen State University (Volodarskogo Str., 6, Tyumen, 625003, Russia), e-mail: Fiss_Laeda87@mail.ru

Abstract. Value settings are the necessary component of social life, and have a significant impact on modern society. From a psychological point of reference they are implemented in a common strategy to respond to environment and guide the behavior of people on a given scenario. They are one of the fundamental elements of communication of human with another person, human with social institutions, human with the state. This allows us to consider the values developed in social practices as an important element of identity, which can be used in the consultation process. The aim of this study is to model validation value-semantic levels of personality.

Keywords: Social psychology, value-semantic level, cultural and historical values, value orientation, interiorization, ordinary consciousness, sociogenesis.

References

1. Barskaya A.D. Psikhologo-istoricheskaya rekonstruktsiya osobennostei psikhiki gomerovskogo cheloveka [Psychological and historical reconstruction of the psyche's features of Homeric man] : Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. Moskva. 1998. 27 p. (In Russ)
2. Gurevich A.Ya. Istoricheskii sintez i shkola «Annalov» [Historical synthesis and school "Annals"]. Moskva. 1993. 327 p. (In Russ)
3. Lobok A.M. Antropologiya mifa [Anthropology of myth]. Ekaterinburg. 1997. 685 p. (In Russ)
4. McWilliams N. Psychoanalytic diagnosis : Transl. English. Moskva. 1998. 427 p. (In Russ)
5. Mandru R. Introduction a la France moderne, 1500–1640 : Transl. French Moskva. 2010. 327 p. (In Russ)
6. Nekrasova E.V. Prostranstvenno-vremennaya organizatsiya zhiznennogo mira cheloveka [Spatial-temporal organization of the person's life world]: Abstract dissertation Dr. Psychol. Sci. Barnaul. 2005. 46 p. (In Russ)

7. Osipov N.E. Genezis i istoricheskaya evolyutsiya mental'nykh tsennostei cheloveka ot pervobytnosti k Novomu vremeni (zapadnoevropeiskii kontekst) [Genesis and historical evolution of human mental values from primitive to New time (West European context)]. *Filosofiya i obshchestvo* [Philosophy and society]. 2009. N 1. Pp. 124–137.

8. Pavlov A.V. Gumanitarnaya teoriya kak novaya ratsional'nost' [Humanitarian theory as a new rationality]. *Sotsium i vlast'* [Socium and power]. 2008. N 2. Pp. 89–96; N 3. Pp. 114–122. (In Russ)

9. Pyataeva E.Yu. Kul'turno-istoricheskii analiz razvitiya motivatsii lichnosti [Cultural-historical analysis of the development of personal motivation] : Abstract dissertation Dr. Psychol. Sci. Moskva. 2010. 21 p. (In Russ)

10. Tolstykh N.N. Razvitie vremennoi perspektivy lichnosti: kul'turno-istoricheskii podkhod [Development of the temporal perspective of the individual: the cultural-historical approach]: Abstract dissertation Dr. Psychol. Sci. Moskva. 2010. 53 p. (In Russ)

Received 20.03.2017

For citing. Fisenko D.N. Tsennostno-smyslovye urovni lichnosti v konsul'tativnom protsesse. *Vestnik psikhoterapii*. 2017. N 62. Pp. 136–148. **(In Russ.)**

Fisenko D.N. Value-semantic levels of personality in the consultative process. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2017. N 62. Pp. 136–148.



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!

Учредителем журнала «Вестник психотерапии» является Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Санкт-Петербург). Международный институт резервных возможностей человека (МИРВЧ, Санкт-Петербург), ранее являвшийся учредителем журнала, оказывает содействие в развитии, издании и обеспечении функционирования журнала.

Журнал издается с 1991 г. и является научным рецензируемым изданием, 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 «Вестник психотерапии» с 1 декабря 2015 г. включен в новый Перечень научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы результаты диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук (www.vak.ed.gov.ru/87) **по группам специальностей: 14.01.00- клиническая медицина, 14.02.00- профилактическая медицина и 19.00.00- психологические науки**. Ранее с 2003 г. по 2006 г. и с 2010 г. по 2015 г. журнал «Вестник психотерапии» также входил в данный Перечень научных журналов и изданий.

Желающие опубликовать свои научные материалы (статьи, обзоры, краткие информационные сообщения) **должны** представить их в редакцию журнала в текстовом редакторе WORD (не старше 2003 г.), шрифт Times New Roman, 14-й шрифт, межстрочный интервал полуторный, поля по 2,5 см с каждой стороны. Должны быть указаны фамилия, имя, отчество (полностью), ученая степень, ученое звание, должность и место работы автора (авторов), адрес (почтовый и e-mail) и телефон (телефоны). Статья должна быть подписана автором (авторами).

Материал статьи представляется по ГОСТу 7.89-2005 «Оригиналы текстовые авторские и издательские». Рекомендуемый объем статьи 10–20 стр. (28–30 строк на стр., до 70 знаков в строке). К статье должно быть приложено резюме (реферат), отражающее основное содержание работы, размером не менее ½ стр. Название статьи, реферат, ключевые слова, сведения об авторах, переводятся на английский язык. 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 – кандидат психологических наук доцент Мильчакова Валентина Александровна (e-mail: vestnik-pst@yandex.ru).

Полнотекстовые версии журнала размещены на официальных сайтах ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России <http://www.arcerm.spb.ru> и МИРВЧ <http://www.mirvch.com>, а также на сайте научной электронной библиотеки <http://www.elibrary.ru>.

Главный редактор журнала – доктор медицинских наук, доктор психологических наук профессор Рыбников Виктор Юрьевич (e-mail: rvikirina@gambler.ru)

Научный редактор журнала – доктор медицинских наук профессор Евдокимов Владимир Иванович (e-mail: 9334616@mail.ru)

Уважаемые читатели!

В статье: Панков М.Н., Соловьев А.Г., Грибанов А.В. Изменения энергетического метаболизма головного мозга у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью при функциональном ЭЭГ-биоуправлении // Вестн. психотерапии. 2017. № 61 (66). С. 131–141 в наборе текста были допущены ошибки:

Место в публикации	Опубликовано	Исправить
С. 131, ссылка на место работы авторов	¹ Северный государственный медицинский университет (Россия, г. Архангельск, Троицкий пр., д. 51); ² Северный (Арктический) федеральный университет им. М.В. Ломоносова (Россия, г. Архангельск, набережная Северной Двины, д. 17)	¹ Северный (Арктический) федеральный университет им. М.В. Ломоносова (Россия, г. Архангельск, набережная Северной Двины, д. 17); ² Северный государственный медицинский университет (Россия, г. Архангельск, Троицкий пр., д. 51)
С. 131, реферат	Обследовано 27 детей...	Обследовано 24 ребенка...
С. 131, реферат	8–14 лет	9–12 лет
С. 139, abstract	A total of 27 children...	A total of 24 children...
С. 139, abstract	8–14 years	9–12 years

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.

Учредитель:

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 23.06.2017. Печать – ризография.

Бумага офсетная. Формат 60/84¹/₁₆. Тираж 1000 экз.

Объем 9,5 п. л. Заказ 14821.