

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

**ВЕСТНИК
ПСИХОТЕРАПИИ**

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор В.Ю. Рыбников

№ 46 (51)

Санкт-Петербург
2013

Редакционная коллегия

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

Редакционный совет

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

Адрес редакции:

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

ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ

Научно-практический журнал

- © Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, 2013
- © Международный институт резервных возможностей человека, 2013

**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 46 (51)

St. Petersburg
2013

Editorial Board

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

Editorial Council

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

For correspondence:

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

BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY

Research & clinical practice journal

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХОТЕРАПИЯ

<i>Евдокимов В.И., Карвасарский Б.Д.</i> Психотерапия: анализ мирового массива докторских диссертаций (1983–2012 гг.)	7
<i>Александров А.А.</i> Катарсис: внутренний взрыв, ведущий к реорганизации отношений	22
<i>Бочаров В.В., Васильева А.В., Полторак С.В., Сарайкин Д.М.</i> Соотношение психотерапии и психофармакотерапии при пограничных нервно-психических расстройствах в зависимости от мотивационных сценариев пациентов	36
<i>Холявко В.В.</i> Клинико-психологические характеристики пациентов с невротическими расстройствами, обратившихся за психотерапевтической помощью	50

ПСИХИАТРИЯ

<i>Кремлева О.В., Гельд А.Л., Круглов Л.С.</i> Алекситимические проявления при тревожно-депрессивной симптоматике у психически больных	60
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

<i>Малкова Е.Е.</i> Психологическая сущность тревоги в норме и при аномалиях развития личности	69
<i>Улюкин И.М., Додонов К.Н., Милоенко М.С., Болехан В.Н.</i> Субъективные переживания пациентов на клинически выраженных стадиях ВИЧ-инфекции	88
<i>Хомерики Н.С.</i> Интернет-зависимое поведение у подростков: особенности личностных свойств и формирование интернет-зависимости	100
<i>Ишинова В.А., Сердюков С.В.</i> Влияние характерологических особенностей на восприятие ангинозной боли у больных со стабильной стенокардией при выполненной реваскуляризации миокарда и без хирургического вмешательства в процессе медицинской реабилитации	110
<i>Зотова А.В., Евдокимов В.И., Рыбников В.Ю.</i> Взаимосвязи структурно-количественных показателей диссертационных исследований по специальности 19.00.04 – «Медицинская психология» с индикаторами научного потенциала и инновационной активности в Российской Федерации	122
Рефераты	141
Сведения об авторах	150
Информация о журнале	153

CONTENTS

PSYCHOTHERAPY

<i>Evdokimov V.I., Karvasarsky B.D.</i> Psychotherapy: an analysis of the global array of doctoral theses (1983-2012)	7
<i>Aleksandrov A.A.</i> Catharsis: an internal explosion leading to a reorganization of relations	22
<i>Bocharov V.V., Vasileva A.V., Poltorak S.V., Saraykin D.M.</i> Proportion of psychotherapy and pharmacotherapy depending on motivational scenarios in patients with borderline neurotic disorders	36
<i>Kholyavko V.V.</i> Clinical and psychological characteristics of patients with neurotic disorders, who seek psychotherapeutic treatment	50

PSYCHIATRY

<i>Kremleva O.V., Geld A.L., Kruglov L.S.</i> Alexithymic features in psychiatric patients with anxiety-depressive symptoms	60
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

MEDICAL PSYCHOLOGY

<i>Malkova E.E.</i> The psychological nature of anxiety at normal and abnormal personality development	69
<i>Ulyukin I.M., Dodonov K.N., Miloyenko M.S., Bolekhan V.N.</i> Subjective experience of HIV-affected patients in advanced stages of disease	88
<i>Khomeriki N.S.</i> Internet-addictive behaviour in adolescents; personality traits in formation of Internet addiction	100
<i>Ishinova V.A., Serdyukov S.V.</i> The influence of of characterological features on the perception of anginal pain in patients with stable stenocardia with coronary revascularization executed and without surgical intervention in the process of medical rehabilitation	110
<i>Zotova A.V., Evdokimov V.I., Rybnikov V.Y.</i> The relationship between quantitative structural indicators of dissertation research on specialty 19.00.04 – "Medical Psychology" and indicators of innovation activities and scientific potential in the Russian Federation	122
Abstracts	141
Information about authors	150
Information about the Journal	153

ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 615.85 : 001.8

В.И. Евдокимов, Б.Д. Карвасарский

ПСИХОТЕРАПИЯ: АНАЛИЗ МИРОВОГО МАССИВА ДОКТОРСКИХ ДИССЕРТАЦИЙ (1983–2012 гг.)

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

Введение

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

Ученая степень доктора наук впервые появилась в XII–XIII вв. в Англии, Франции и Италии. В стандартной структуре средневековых университетов существовали факультеты философии, права, теологии и медицины, которые после публичного обсуждения результатов научных изысканий могли присваивать ученым соответствующие научные степени: доктора богословия, доктора медицины, доктора права и др. Сложилась практика, что по новым направлениям науки соискателям стали присваивать степень доктора философии.

Современная ученая степень доктора философии является самой распространенной и никакого отношения к философии как науке не имеет – это дань традиции и присуждается практически во всех научных областях. При просмотре диссертаций встречались присужденные ученые степени доктора философии по клинической психологии, доктора философии по уходу за больными или доктора философии по физике и т. д. Во многих странах мира ученая степень доктора философии является высшей.

По данным ProQuest [13], в 2003–2012 гг. в США подготовлены около 73 % докторских диссертаций мира, в Канаде – 6 % (рис. 1). Университеты США стали своеобразной Меккой по подготовке докторов наук в сфере технических и естественных наук для соискателей ученых степеней из Китая, Индии, Южной Кореи и Тайваня. Например, в 2003–2004 гг. около 13 % всех

докторов наук Китая получили ученые степени, обучаясь в США [1]. Едут туда на учебу и не только в связи с престижностью американских учебных заведений (хотя нет смысла оспаривать факт, что докторская степень, присужденная Гарвардским университетом, имеет большее значение, чем степень, полученная после обучения в аспирантуре в Курске или Туле), но и из-за лучших перспектив трудоустройства после окончания обучения, в том числе и в США.

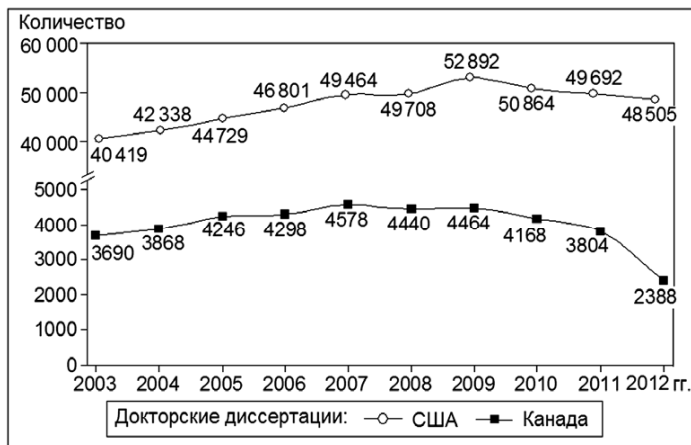


Рис. 1. Динамика количества докторских диссертаций в США и Канаде [13]

В Канаде, Германии, Аргентине 85 % докторов наук занимают должности руководителей и ведущих специалистов, в Португалии и США этот показатель достигает 90 %. В Германии более 33 % докторов работают в здравоохранении и сфере наук о жизни (табл. 1).

В России (вслед за СССР) существуют две ученые степени: доктор наук и кандидат наук. В большинстве стран мира продолжается традиция присваивать только ученую степень доктора наук. Магистерская диссертация, по сути, является защитой специалистом дипломного проекта. Соискатель ученой степени, как правило – это аспирант, учащийся в университете по программам подготовки доктора философии (PhD), психологии (PsyD) или иных наук (медицины, педагогики, богословия).

Считаем уместным привести ряд диссертационных исследований по организации обучения зарубежных аспирантов и подготовке диссертаций по клинической психологии в сфере психотерапии. Под психотерапией обычно

понимается система лечебного воздействия на психику и через психику на организм больного. T.G. Blanken представляет подробную информацию о 107 учебных заведениях США, в которых проводится подготовка специалистов по психоанализу, в том числе после защиты диссертации на соискание степени доктора наук [5]. Анализ аспирантских программ по клинической психологии в США, включение в них современных научно обоснованных методик в сфере психотерапии содержится в диссертационных исследованиях R.P. Kennedy [8], M. Maciel [9], B.J. McConnell [10] и A.F. Williams [15].

Таблица 1
Социально-демографические показатели докторов наук в 2003–2005 гг. [4]

Показатель	США	Канада	Германия	Швейцария	Португалия	Австралия
Число докторов наук на 1 тыс. населения в возрасте 25–64 лет, человек	8,4	6,5	15,4	23,0	2,1	5,9
Число докторов наук на 100 выпускников университетов, человек	2,3	3,9	11,2	10,1	7,0	2,3
Количество докторов наук – мужчин, %	66,0	73,2	67,8	73,2	60,8	71,8
Возраст при получении докторской степени в медицине, лет						
•мужчины	40,2	33,0	32,7	32,5	40,0	36,0
•женщины	42,9	34,0	31,4	31,1	37,5	36,0
Продолжительность срока для получения докторской степени в медицине, лет (мес)						
•мужчины	8(2)	5(8)			5(3)	5(4)
•женщины	8(11)	5(7)			5(5)	5(5)
Распределение докторов наук по сферам занятости, %						
•чиновники, законодатели, руководители	10,5	11,5	4,3		2,8	
•сфера физики, математики и технических наук	16,2	15,9	18,0		6,6	
•науки о жизни и здравоохранение	14,2	9,4	34,3		2,3	
•преподаватели вузов и сузов	33,1	37,1	13,3		78,3	
Распределение докторов по стране происхождения, %						
•граждане страны	88,3	82,0	92,6	69,9	95,5	86,0
•иностранцы граждане	11,7	18,0	7,4	30,1	4,5	14,0
•родились в другой стране	25,7	54,1	12,0	41,1	14,7	46,4

Взаимосвязи клинической психологии и других специальностей по подготовке PhD и PsyD за 30 лет в США представлены в работе J.D. Morris [12]. E.N. Wood изучила вклад психологов, которые получили ученые степени PhD и PsyD, в науку и практику в сфере клинической психологии. Оказалось, что PhD издали значительно больше ($p < 0,05$) публикаций, чем

PsyD соответственно (114 ± 3) и (91 ± 1). Однако в целом было найдено больше сходств, чем различий [16]. В табл. 2 представлены обобщенные сведения результативности докторов наук в США [4]. Роль научного руководителя (наставника) в подготовке диссертационной работы исследуется R.A. Clark [6] и S.C. Dickinson [7].

Таблица 2

*Инновационная деятельность докторов наук в США
(в расчете на одного ученого за последние 5 лет) [4]*

Показатель	Статьи	Книги	Указаны в качестве изобретателей в патентах	Выдано патентов	Коммерциализация продук- ции, лицензион- ные платежи
Пол					
•мужчины	5,7	0,7	5,3	2,7	1,1
•женщины	3,7	0,7	3,4	1,7	0,6
Возраст					
25–34	5,4	0,4	3,1	1,0	0,3
35–44	5,3	0,5	4,8	2,4	1,1
45–54	5,3	0,8	6,5	3,4	1,3
55–64	4,9	0,8	4,2	2,6	0,9
65–70	3,2	0,8	2,5	1,2	0,5
Гражданство					
•граждане страны	4,8	0,6	5,3	2,8	1,1
•иностранцы, постоянно проживающие в стране	7,6	0,9	4,0	2,0	0,9
•иностранцы, временно проживающие в стране	5,6	0,4	2,9	0,8	0,3
Предметные области науки					
•естественные	6,7	0,4	4,5	2,3	0,8
•медицинские	4,5	0,3	6,8	3,3	1,6
•сельскохозяйственные	7,5	0,9	2,7	1,9	0,5
•технические	5,9	0,7	2,4	0,8	0,4
•общественные	3,5	0,8	3,1	1,1	0,4
гуманитарные	3,6	1,0	1,8	1,7	0,3
•другие	8,0	0,7			
•в среднем	5,1	0,6	5,0	2,5	1,0

M.J. Sattell установила, что в среднем на подготовку докторской диссертации в сфере клинической психологии затрачивается 3 года 4 мес., а на внедрение результатов в практику – около 7 лет [14]. По завершении программы обучения подготавливается диссертация, которая издается в виде книги малого тиража. Объем диссертационной работы не регламентируется. Обязательным условием является указание поискового режима документов, которые проанализировал диссертант. Например, проведен поиск

публикаций по проблеме исследования с 1999 по 2011 г. в электронных БД Web of Knowledge, Scopus, Medline/PubMed, ProQuest Dissertations & Theses, Embase, в результате были найдены N документов и проч., чего нет в российских работах. Назначаются как минимум 3–5 оппонентов, и проводится публичное собеседование.

Анализ российских диссертационных работ показывает, что отечественные соискатели ученых степеней практически не изучают зарубежные диссертации и не цитируют их в своих работах, в связи с чем задачей данного исследования явились алгоритм поиска и анализ мирового массива диссертаций в сфере психотерапии.

Материал и методы

Объект исследования составила электронная база данных (БД) ProQuest диссертаций и дипломных работ (ProQuest Dissertations & Theses Database, далее – ProQuest). Это самая полная в мире коллекция диссертаций и дипломных работ корпорации «ProQuest Information & Learning» (штаб квартира располагается в г. Анн-Арбор, шт. Мичиган, США) и официальный электронный архив диссертаций Библиотеки Конгресса США.

В настоящее время БД ProQuest включает около 2,9 млн диссертаций мира, представленных к публичной защите с 1743 г., в том числе более чем 1 млн полнотекстовых диссертаций большинства работ с 1997 г., которые доступны в формате PDF. Библиографическая запись докторских диссертаций, изданных начиная с середины 1980 г., содержит реферат из 350 слов, написанный автором (аналогичный российскому автореферату диссертаций), а магистерских диссертаций, опубликованных с 1988 г., – реферат из 180 слов. Более 80 тыс. новых диссертации добавляются в БД ProQuest ежегодно [3]. К сожалению, воспользоваться данной БД возможно только по подписке на коммерческой основе.

На рис. 2 представлен русскоязычный интерфейс главной страницы БД ProQuest (<http://www.search.proquest.com>). Активировав БД «Диссертации и дипломные работы», переходили в одноименный электронный ресурс (см. рис. 2, п. 1).

Использовали сложный поиск, позволяющий при необходимости добавлять строки, с уточнением поискового режима (см. рис. 2, п. 2). Использовали поисковое слово «psychotherapy» и поисковый режим «Везде, за исключением полного текста», то есть это слово будет искаться в названии диссертации, ключевых словах, научной специальности (теме). Параметры поиска можно также ограничить датой публикации (определенный год, период и др.), автором, названием учреждения, темой, индексационным термином, типом диссертации, языком и т. д.



ProQuest Dissertations & Theses Full Text

Простой поиск | Расширенный ▾ | Обзор | Сведения

Расширенный поиск

Psychotherapy везде, кроме полного текста – ALL
 AND () OR () везде

Добавить строку | Удалить строку

Поиск

Параметры поиска

Ограничить:

Полный текст

Дата публикации:

Конкретный период

Начать Year: 1983 (yyyy) Завершить Year: 2013 (yyyy)

Автор:

Научный руководитель:

Университет/учреждение:

Название темы (все):

Индексный термин

(ключевое слово):

Тип рукописи:

Выбрать все
 Магистерские диссертации
 Докторские диссертации

Язык:

Выбрать все
 Venda
 Английский

Сортировать результаты по:

По релевантности

4

Сортировать

Сузить результаты по

- Полный текст
- Тема
- Индексный термин (ключевое слово)
- Университет/учреждение
- Местонахождение университета
- Метки
- Язык
- База
- Дата публикации 1983 - 2012 (годы)

56454 Результаты *

3

13 [Psychotherapy as creative process: A grounded theory exploration](#)

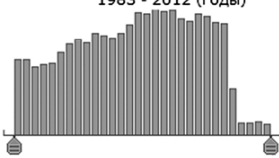
Обзор

Дис. Selby, Cynthia E. Saybrook Graduate School and Res. UMI Dissertations Publishing, 2004. 3160042.

...the possible link between psychotherapy and the crea ...as therapeutic tool and psychotherapy as creative prc



Цитата/Конспект Предварительный просмотр
 Полный текст — PDF (10 мв) Заказать копию



14 [Psychotherapy as creative process: A grounded theory exploration](#)

✕

Дис. С. 9991

... С. ...by ...reg

Ц. П.

Дис. Selby, Cynthia E. Saybrook Graduate School and Research Center, ProQuest, UMI Dissertations Publishing, 2004. 3160042.

Цитата/Конспект Предварительный просмотр - PDF (1 мв)
 Полный текст — PDF (10 мв) Заказать копию

5

Конспект (резюме)

The psychotherapeutic and creative process have been linked theoretically for years, however empirical studies focusing on this link are scant at best. Theoreticians such as, Freud, Jung, May, Maslow, and Rogers, have each contributed their theoretical perspective regarding the role that creativity may play psychotherapeutically. This dissertation sought to explore and gather empirical evidence that would provide insight into the possible link

Рис. 2. Алгоритм поиска диссертаций в БД ProQuest

Заданный поиск позволил выявить мировой массив из 56 454 библиографических записей докторских диссертации, представленных к публичной защите в 1983–2012 гг. (см. рис. 2, п. 3), магистерские диссертации в нашем исследовании не рассматривались. Здесь же были представлены опции, которые позволяли в массиве сортировать (группировать) научные специальности (темы), учреждения, страны, языки и т. д.

◀ Все базы | базы: Диссертации и дипломные работы
Параметры

ProQuest Dissertations & Theses Full Text

Простой поиск | Расширенный ▾ | Обзор | Сведения

Цитата/Конспект

Psychotherapy as creative process: A grounded theory exploration

Selby, Cynthia E . Saybrook Graduate School and Research Center, ProQuest, UMI Dissertations Publishing, 2004. 3160042.

Конспект (резюме) Перевести 1

The psychotherapeutic and creative process have been linked theoretically for years, however empirical studie focusing on this link are scant at best. Theoreticians such as, Freud, Jung, May, Maslow, and Rogers, have each contributed their theoretical perspective regarding the role that creativity may play psychotherapeutically. This dissertation sought to explore and gather empirical evidence that would provide insight into the possible link between **psychotherapy** and the creative process by asking what role, if any, does creativity play in the psychotherapeutic process?

Because of the emergent quality of the research topic, the qualitative methodology, grounded theory was used. This study followed eight student therapists er
 program at a California State University as they were
 counseling sessions for creativity constructs.

Индексация (данные) Цитировать

Тема	2	Psychotherapy
Классификация		0622: Psychotherap
Идентификатор / ключевое слово		Psychology, Psycho
Название		Creative
Автор		Psychotherapy as c
Число страниц		Selby, Cynthia E
Год публикации		204
Страна публикации		2004
ISBN		United States
Университет/учреждение		9780496932832, 0
Местонахождение университета		Saybrook Graduate
Степень		United States -- Cal
Тип источника		Ph.D.
Язык		Dissertations & The
ИД документа ProQuest		Английский
		305072584

ProQuest Dissertations and Theses; 2004: ProQuest Dissertations & Theses Full Text

MALE PATIENTS' PERCEPTIONS OF THE CURATIVE FACTORS IN INDIVIDUAL PSYCHOTHERAPY

BY

DAVID CHRISTIAN GINGERICH

A dissertation submitted
 in partial fulfillment of the requirements
 for the degree of Doctor of Psychology
 in Clinical Psychology
 Alliant International University
 California School of Professional Psychology

Fresno Campus
 2004

Рис. 3. Сформированный массив диссертаций по психотерапии (1983–2012 гг.) и возможности его изучения

В автоматизированном режиме строился график количественной динамики диссертаций (см. рис. 2, п. 4). Активировав опцию «Обзор», просматривали рефераты диссертаций (см. рис. 2, п. 5).

Запись сведений о диссертации позволяла просматривать резюме (рис. 3, п. 1), индексационные сведения о диссертации и диссертанте (см. рис. 3, п. 2) и выводить в окно просмотра полные тексты диссертаций в формате PDF (см. рис. 3, п. 3), которые просматривали и при необходимости копировали для детального изучения. Следует заметить, что в сформированном массиве 39 129 докторских диссертаций имели полные тексты.

Алгоритм поискового режима в БД ProQuest позволяет также уточнить поиск в уже найденных документах (искать в найденном). Он использовался нами для изучения структуры сформированного массива диссертаций. Использовали поисковые выражения, представленные в тезаурусе «Медицинские предметные рубрики» (MeSH) Национальной медицинской библиотеки США [10].

Результаты и их анализ

Поиск позволил найти 56 454 докторских диссертаций, в которых исследовались проблемы психотерапии. На рис. 3 представлена количественная динамика работ с 1983 по 2012 гг. Полиномиальная линия при невысоком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,72$) напоминает инвертируемую U-кривую с максимальными показателями в 1997–1998 гг. (рис. 4). Ежегодно БД ProQuest пополнялась на (1880 ± 150) диссертаций по психотерапии.

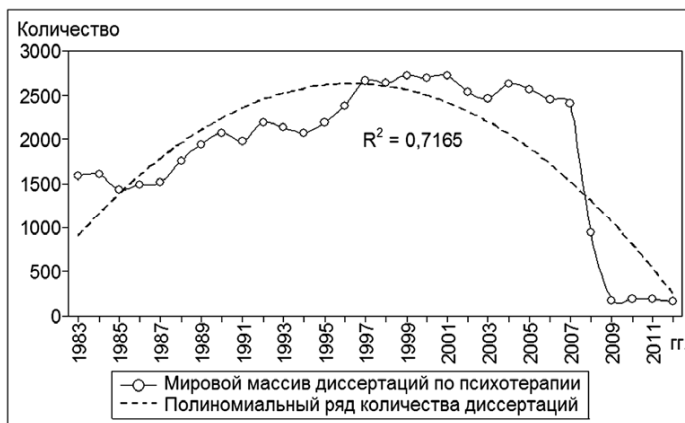


Рис. 4. Динамика количества диссертаций в мире по психотерапии

Чтобы понять, был феномен резкого уменьшения количества диссертаций по психотерапии с 2008 г. обусловлен снижением общего интереса к диссертационным работам в мире или банальной задержкой их индексации, высчитан массив всех диссертаций БД в ProQuest. Количество диссертаций, опубликованных в 2000 г., принято за 100 %. Оказалось, что конгруэнтность кривых, представленных на рис. 5, в 1983–2007 гг. была высокой ($r = 0,74$; $p < 0,001$), а в 2008–2013 гг. – низкой (рис. 5).

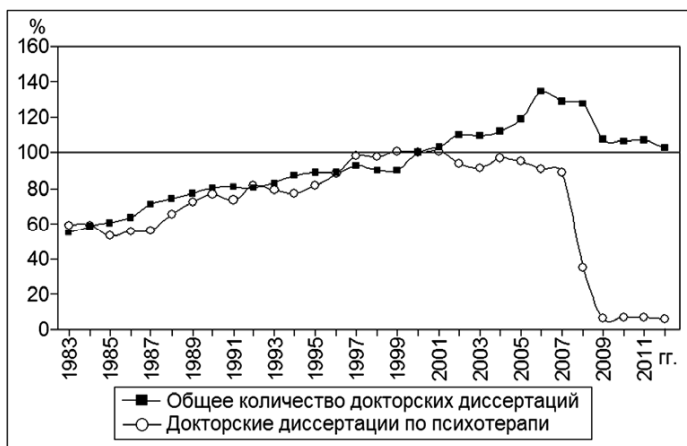


Рис. 5. Динамика общего массива докторских диссертаций в БД ProQuest и диссертаций по психотерапии (2000 = 100 %)

В проведенном нами ранее исследовании при анализе структуры диссертаций по клинической психологии [2] установлено, что работ, в которых рассматривались вопросы психотерапии, было в 2008 г. – 1989, в 2009 г. – 2473, в 2010 г. – 2392, в 2011 г. – 2381, в 2012 г. – 2275. Возможно, причина уменьшения количества диссертаций в 2008–2012 гг. была связана с изменением структуры индексации в БД ProQuest и диссертации по психотерапии стали индексироваться в сфере клинической психологии.

Ученую степень доктора философии (PhD) получили 92,5 % соискателей ученых степеней, доктора психологии (PsyD) – 13,0 %, доктора образования (EdD) – 1,8 %, доктора медицины (MD) – 37 человек или 0,07 %, доктора (естественных) наук (ScD), – 33 или 0,06 %, доктора богословия (ThD) – 6 человек, доктора истории (STD) – 2 человека, доктора филологии (PhilD) – 1 человек, другие степени – 2,5 %.

98,7 % всех диссертаций по психотерапии были опубликованы на английском языке, 341 (0,6 %) – французском, 169 (0,3 %) – испанском, 68 (0,1 %) – немецком, 38 (0,06 %) – финском, 27 (0,05 %) – шведском, 26 (0,05 %) – голландском, 64 (0,14 %) – на других языках.

В табл. 3 представлены страны, ученые которых подготовили наибольшее количество диссертаций по психотерапии, а в табл. 4 – такие учреждения. Как и следовало ожидать, подавляющее количество диссертаций за проанализированный период были подготовлены в учреждениях штатов Калифорния (10 995), Нью-Йорк (5825) и Огайо (3238). Российских диссертаций в БД ProQuest не обнаружено.

Таблица 3

Страны, ученые которых подготовили наибольшее количество диссертации

Страна	Число работ	%	Страна	Число работ	%
США	52 625	93,22	Бельгия	30	0,05
Канада	2569	4,55	Гонконг	30	0,05
Великобритания	467	0,83	Китай	20	0,04
Швеция	147	0,26	Норвегия	18	0,03
Испания	137	0,24	Франция	16	0,03
Южная Африка	127	0,23	Венгрия	14	0,03
Финляндия	97	0,17	Нидерланды	14	0,03
Австрия	70	0,12	Швейцария	6	0,01
Австралия	55	0,09	Другие	12	0,02

Таблица 4

Учреждения, ученые которых подготовили наибольшее количество диссертации

Учреждение (город, штат США)	Количество
Alliant International University (California School of Professional Psychology + United States International University, имеют кампусы в нескольких городах, шт. Калифорния, США)	4741
The Union Institute (г. Цинциннати, Огайо, США)	793
New York University (г. Нью-Йорк, США)	600
Hofstra University (г. Хемпстед & Юниондейл, шт. Нью-Йорк, США)	599
The Wright Institute (г. Беркли, шт. Пенсильвания, США)	596
Adelphi University, The Derner Institute of Advanced Psychological Studies, (г. Гарден, шт. Нью-Йорк, США)	583
Palo Alto University – ранее Pacific Graduate School of Psychology (г. Пало-Альто, шт. Калифорния, США)	559
The Chicago School of Professional Psychology (г. Чикаго, шт. Иллинойс, США)	558
Temple University (г. Филадельфия, шт. Пенсильвания, США)	541

Учреждение (город, штат США)	Количество
Fuller Theological Seminary, School of Psychology (г. Пасадена, шт. Калифорния, США)	457
The Ohio State University (г. Колумб, шт. Огайо, США)	433
University of North Texas (г. Дентон, шт. Техас, США)	433
Massachusetts School of Professional Psychology (г. Ньютон, шт. Массачусетс, США)	426
Graduate School of Applied and Professional Psychology (входит в состав Rutgers, The State University of New Jersey, г. Нью-Брансуик, Нью-Джерси, США)	423
City University of New York (г. Нью-Йорк, США)	422
Pacifica Graduate Institute (г. Санта-Барбара, Калифорния, США)	421
The University of Texas at Austin (г. Остин, шт. Техас, США)	416
Boston University (г. Бостон, шт. Массачусетс, США)	405
Fordham University (г. Нью-Йорк, США)	401

В структуре диссертаций мирового потока (табл. 5) наибольшее количество работ было посвящено изучению эффективности применения психотерапевтических техник поведенческой (6,3 %), когнитивной (6,6 %), краткосрочной (5,96 %), групповой (18,4 %) и семейной (6,1 %) терапии. В 8,1 % случае исследовались психотерапевтические процессы (отреагирование, катарсис, ассоциации, перенос), в 9 % – участие в психотерапии нескольких терапевтов (например, исследовалась эффективность лечения в зависимости от пола психотерапевта, его внешнего облика (определенной расовой принадлежности)) и др.

Таблица 5
Структура использованных психотерапевтических техник

Название психотерапевтической техники	%
Анималотерапия	0,63
Иппотерапия	0,02
Ароматерапия	0,03
Арттерапия	3,06
Аутогенная тренировка	0,06
Поведенческая терапия	6,34
Терапия создающая отвращение	1,04
Десенсибилизация психологическая	0,02
Психотерапия погружением в воображении, импловивная	0,03
Релаксационная терапия	1,44
Когнитивная терапия	6,56
Библиотерапия	0,16
Цветотерапия	2,02
Кризисное вмешательство	2,76

Название психотерапевтической техники	%
Танцевальная терапия	0,83
Обратная связь (биологическая + психологическая)	4,24
Гештальт-терапия	0,62
Садоводческая терапия	0,01
Гипноз	0,64
Психотерапия с использованием ментальных образов	1,58
Музыкальная терапия	3,31
Нарративная терапия	1,99
Недирективная терапия	0,22
Игровая терапия	4,79
Психоаналитическая терапия	2,00
Психотерапевтические процессы (отреагирование, катарсис, ассоциации, перенос)	8,12
Краткосрочная терапия	5,96
Терапия несколькими психотерапевтами	8,99
Рационально-эмотивная психотерапия	0,38
Терапия реальностью	3,32
Терапия окружающей социальной средой	
Групповая терапия	18,4
Семейная терапия	6,08
Психодрама	0,14
Психотерапия с использованием ролевых игр	2,46
Психотерапия по месту жительства	1,75
Итого	100,0

Алгоритм представления информации в БД ProQuest позволяет изучить ключевые слова диссертационных работ. Количественные показатели отдельных ключевых выражений (n = 100) суммировали (n = 34 059), затем свели их в обобщенные группы показателей и высчитали структуру.

Оказалось, что объектом исследования в диссертациях по психотерапии дети были в 6,2 % диссертационных работ, подростки – в 6,8 %, студенты колледжей и университетов – в 1,9 %, пожилые люди – в 1,0 %. Организация и психология психотерапевтического процесса изучалась в 7,7 % работах, психодиагностика – в 2,2 %.

Психотерапии психических расстройств посвящено 12,7 % докторских диссертаций, психосоматике и психологии телесности – 8,9 %. Вопросы патопсихологии и психотерапии нашли отражение в 10 % исследований, нейропсихологии и психотерапии – в 3,7 %. Исследовались методы коррекции эмоций (агрессии, гнева, тревоги, горя и др.), состояний после черепно-мозговых травм, синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, памяти и т.д.

Процесс реабилитации при сексуальном насилии исследовался в 3,6 % работах, проблемы семейных отношений – в 4,8 %, гендерные различия – в 1,8 %, социальное окружение – в 3,3 %, вопросы психопрофилактики, психического здоровья, качества жизни больных и здоровых – в 4 % диссертаций.

Значительное количество работ (10,9 %) было посвящено воздействию стресса и его проявлений, например стресс-преодолевающее поведение изучалось в 3,6 % диссертаций.

Заключение

Алгоритм поиска (поисковое слово «psychotherapy», поисковый режим «Везде, за исключением полного текста») и 30-летний период (1983–2012 гг.) в БД ProQuest Dissertations & Theses позволил выявить мировой массив из 56 454 докторских диссертации. В сформированном массиве 39 129 докторских диссертаций, или 63 %, имели полные тексты. Ежегодно БД пополнялась на (1880 ± 150) докторских диссертаций. Полиномиальная линия при невысоком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,72$) напоминает инвертируемую U-кривую с максимальными показателями в 1997–1998 гг. В последние годы отмечается резкое уменьшение работ, проиндексированных в БД ProQuest.

93 % докторских диссертаций в сфере психотерапии за проанализированный период были подготовлены в университетах США, 4,6 % – в Канаде и около 1 % – в Великобритании. 98,7 % диссертаций были опубликованы на английском языке. Ученую степень доктора философии (PhD) получили 92,5 % соискателей ученых степеней, доктора психологии (PsyD) – 13,0 %, доктора образования (EdD) – 1,8 %.

Для повышения инновационной составляющей отечественных диссертаций рекомендуется указывать в разделе «Материалы и методы», какие ведущие мировые электронные БД изучены, какова была ретроспективная глубина просмотра (не менее 5 лет), сколько найдено и изучено документов по проблеме исследования.

Отмечается низкая интеграция российских ученых в мировое научное сообщество. Российских диссертаций в БД ProQuest не выявлено. Российским обладателям ученых степеней следует переводить на английский язык реферат диссертации, состоящий из 350 слов, по возможности весь автореферат, и помещать их в БД ProQuest. Региональным менеджером ProQuest в России является Галина Кармишенская, тел. 8 (495) 540-55-20, e-mail: galina.karmishenskaya@proquest.co.uk.

С 2014 г. в рамках Российского индекса научного цитирования планируется обязать все диссертационные советы России направлять материалы диссертационных работ в Научную электронную библиотеку. В настоящее время ученые могут представлять эти материалы самостоятельно и тем самым дать возможность ознакомиться с результатами этих исследований широкому кругу заинтересованных пользователей, которые при необходимости будут цитировать их в своих публикациях.

Литература

1. *Бутби Д.* Доктора наук в Канаде и США : кто и почему едет в Северную Америку за степенью / Д. Бутби // Форсайт. – 2007. – № 4 (4). – С. 36–43.

2. *Евдокимов В.И.* Анализ мирового массива диссертаций по клинической (медицинской) психологии (1980–2012 гг.) / В.И. Евдокимов, А.В. Зотова // Мед-биол. и соц.-психол. пробл. в чрезв. ситуациях. – 2013. – № 2. – С. 87–93.

3. *Кармишенская Г.* ProQuest Dissertations and Theses: крупнейшая полнотекстовая база данных научных диссертаций [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.liber.rsuh.ru/sites/default/files/11>.

4. *Ориоль Л.* Доктора наук: рынок труда и международная мобильность / Л. Ориоль // Форсайт. – 2007. – № 3 (3). – С. 31–48.

5. *Blanken T.G.* Analytic institutes: A guide to training in the United States : in Partial Fulfillment of the Requirements for Degree of Doctor Philosophy in clinical Psychology [Electronic resource] / Pacifica Graduate Institute. – 2005. – 518. – (ProQuest N 3238866).

6. *Clark R.A.* Mentor relationships in clinical psychology doctoral training: A national survey of recent graduates : in Partial Fulfillment of the Requirements for Degree Doctor of Philosophy in clinical Psychology [Electronic resource] / George Fox University. – Newberg, 1998. – 89 p. – (ProQuest N 9918696).

7. *Dickinson S.C.* Mentor relationships in clinical psychology doctoral training: A national survey of directors of training : in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy in clinical Psychology [Electronic resource] / George Fox University. – Newberg, 1999. – 61 p. – (ProQuest N 9926472).

8. *Kennedy R.P.* Incorporating Evidence-Based Practices into Psychotherapy Training in Clinical Psychology PhD Programs : Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for Degree of Doctor of Philosophy under the

Executive Committee of Graduate School of Arts and Sciences [Electronic resource] / Columbia University. – New York, 2010. – 177 p. – (ProQuest N 3447940).

9. *Maciel M.* Recognizing business issues in professional psychology for clinical PsyD trainees and early career psychologists : in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Psychology [Electronic resource] / Alliant International University. – San Diego, 2012. – 150 p. – (ProQuest N 3517593).

10. *McConnell B.J.* Training Outcomes in an APA-Accredited PsyD Clinical Psychology Program : in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Psychology in Clinical Psychology [Electronic resource] / George Fox University. – Newberg, 2012. – 40 p. – (ProQuest N 3502301).

11. MeSH-2013 : русская версия [Электронный ресурс] / Центр. науч. мед. б-ка. – URL: <http://www.scsml.rssi.ru>.

12. *Morris J.D.* Thirty years of integrative scholarship : Comparing PhD and PsyD contributions : in Partial Fulfillment of the Requirements for Degree Doctor of Philosophy [Electronic resource] / Rosemead School of Psychology Biola University. – 2004. – 67 p. – (ProQuest N 3163425).

13. ProQuest Dissertations and Theses [Electronic resource]. – URL: <http://www.proquest.co.uk>.

14. *Sattell M.J.* The self-sustaining experiences and relationships reported by social work and clinical psychology doctorates during dissertation completion : a dissertation submitted to the faculty of the Institute for Clinical Social Work in fulfillment for the degree of Doctor of Philosophy [Electronic resource]. – Chicago, 2001. – 229 p. – (ProQuest, N 304788197).

15. *Williams A.F.* Multicultural training in a clinical psychology doctoral program : A template for conducting a cultural audit : a clinical dissertation submitted in partial satisfaction of the requirements for the degree of Doctor of Psychology [Electronic resource] / Pepperdine University. – 2008. – 203 p. – (ProQuest N 3330960).

16. *Wood E.N.* PhD and PsyD graduates: More alike than different : in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Psychology in Clinical Psychology [Electronic resource] / George Fox University. – Newberg, 2006. – 63 p. – (ProQuest N 3235075).

КАТАРСИС: ВНУТРЕННИЙ ВЗРЫВ, ВЕДУЩИЙ К РЕОРГАНИЗАЦИИ ОТНОШЕНИЙ

Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова [9] возникла на основе индивидуальной патогенетической психотерапии В.Н. Мясищева в результате интеграции в ее систему методов групповой психотерапии. Если прежде в патогенетической психотерапии достижение ее конечной цели – реконструкции нарушенных отношений – было ограничено взаимодействием «терапевт – пациент», то теперь возможности для реорганизации отношений значительно возросли, поскольку инструментом психологического воздействия становится психотерапевтическая группа – аналог малой социальной группы. Это обстоятельство получило отражение в названии метода.

Аналитико-катартическая терапия (АКТА – *аналитико-катартическая терапия Александрова*) [2], идя по пути интенсивного развития, сосредоточила свои усилия на разработке методов реорганизации отношений, не выходя за рамки индивидуальной патогенетической психотерапии. Это методы, в основу которых положены механизмы катарсиса. Под катарсисом АКТА понимает психодраматический метод, который приводит в движение ряд связанных воедино механизмов лечебного действия – абреакцию (эмоциональное отреагирование), кларификацию (прояснение), «ага-переживание» (завершение незавершенных ситуаций), влекущих за собой реорганизацию личности.

Самую суть катарсиса трудно выразить лучше, чем это сделал, не прибегая к этому понятию, К.Д. Ушинский: «В неисчерпаемо богатой природе человека бывают и такие явления, когда сильное душевное потрясение, необычайный порыв духа, высокое одушевление одним ударом истребляют самые вредные наклонности и уничтожают закоренелые привычки, как бы стирая, сжигая своим пламенем всю прежнюю историю человека, чтобы начать новую под новым знаменем» [10]. Классическим примером, который часто приводят в психотерапевтической литературе, является история закоренелого преступника Жана Вальжана из романа «Отверженные» Виктора Гюго. Вот как описывает автор переживания своего героя:

«Он смутно чувствовал, что никогда еще не переживал большего потрясения, чем то, которое вызвала в нем доброта священника; что, если он не откликнется на это милосердие, его сердце очерствет навеки; что, если он воздаст ему должное, придется отказаться от переполнявшей его душу многолетней ненависти, которою он упивался; что на этот раз он должен либо победить, либо сдаться; и что в его душе началась последняя и беспощадная борьба между злом внутри него и добротой священника. Он не подозревал только того, что он уже не тот человек, которым был до этого. Все в нем изменилось, и уже не в его власти забыть, как разговаривал с ним священник и как пожал ему руку». В романе Гюго отражен тот извечный опыт человеческих отношений, когда чей-то поступок неожиданно-негаданно переворачивает всю нашу жизнь.

Катарсис рассматривается нами как «внутренний взрыв», ведущий к реорганизации отношений личности. Он соответствует понятию «взрыва» в педагогике, «великому пробуждению» в дзен-буддизме, «эксплозии» как результату завершения незавершенных ситуаций в гештальт-терапии.

Рассмотрим более подробно эти феномены в их связи с теми техническими методами, которые используются в педагогике и психотерапии.

Педагогический взрыв Макаренко. В.Н. Мясищев, заявляя конечную цель психотерапии как реорганизацию отношений, видел возможность ее осуществления в педагогическом опыте выдающегося русского ученого-педагога А.С. Макаренко. Он писал, что «те переживания, которые возникают в процессе взаимодействия, укрепляют, разрушают, реорганизуют отношения. Критический перелом в отношениях представляет “взрыв”, который столь ярко описал А.С. Макаренко и сделал его существенным звеном в перевоспитании личности» [8].

Данный педагогический прием был сформулирован Макаренко после случая, когда, будучи еще начинающим педагогом, он побил воспитанника колонии для несовершеннолетних. Макаренко показал высокую эффективность применения в воспитательных целях мгновенного воздействия, когда стимул необыкновенной силы через эмоциональное потрясение приводит к глубокой перестройке личности и ее поведения. Такое явление он назвал взрывом. «Я имею в виду, – писал А.С. Макаренко, – мгновенное воздействие, переворачивающее все желания человека, все его стремления. Постепенно я приходил все к большему убеждению, что метод взрывов – я не нахожу другого слова – может быть учтен педагогами как один из удачных» [6].

Механика «взрыва» такова. Противоречия между личностью и коллективом доводятся до предела: личность или должна отказаться от своих порочных требований, или отказаться от коллектива. Ситуация, когда дальнейшая жизнь личности в коллективе становится невозможной без этого выбора, и есть ситуация «взрыва». Сам А.С. Макаренко так говорит об этом: «Взрывом я называю доведение конфликта до последнего предела, до такого состояния, когда уже нет возможности ни для какой эволюции, ни для какой тяжбы между личностью и обществом, когда ребром поставлен вопрос – или быть членом общества или уйти из него» [6].

Таким образом, А.С. Макаренко идет от обострения внешнего конфликта (между эгоистическими желаниями личности и требованиями коллектива) к изменениям внутренних отношений. Другой возможный путь к формированию гармоничной личности лежит от изменения внутренней структуры личности к перестройке межличностных отношений. Это демонстрируют и психотехники дзен-буддизма, и личностно-ориентированные методы современной психотерапии. Рассмотрим более детально эти два подхода.

Согласно психоанализу, межличностные конфликты интерпретируются как явления, имеющие интрапсихическое происхождение (З. Фрейд, К. Юнг, А. Адлер, К. Хорни). Для психоанализа характерна идея о преобладании личностной обусловленности социального поведения: первичным является внутренний, «психический конфликт», который является постоянным элементом душевной жизни человека и его развития. Поведение человека детерминировано скорее его собственными внутренними особенностями, нежели внешней ситуацией.

Отечественная психология исходит из положения о диалектическом взаимодействии и единстве психики и среды, положения о том, что «все в психологии личности так или иначе обусловлено, но ничто в ее развитии не выводимо непосредственно из внешних воздействий» (С.Л. Рубинштейн). Условия жизни сами по себе, писала по этому поводу Л.И. Божович, не способны определить психическое развитие ребенка, так как влияние любого воздействия опосредуется ранее сложившимися особенностями [3].

Почему в практике А.С. Макаренко в одних случаях происходил «взрыв» в личности воспитанников с последующей реорганизацией отношений, а в других случаях этого не происходило? Ответ на этот вопрос дает исследование Г.Г. Бочкаревой [4]. В результате изучения особенностей мотивационной сферы подростков-правонарушителей исследователь выделила три группы правонарушителей. Эти особенности заключаются в

типичном для каждой группы соотношением между асоциальными потребностями подростков и теми моральными тенденциями, которые могут им противодействовать. Первая группа – «раскаивающиеся» – наиболее перспективна с точки зрения их исправления. Они имеют определенные нравственные тенденции, которые вступают в конфликт с побуждениями, толкающими на преступление. Но уровень их моральной зрелости оказывается не настолько высоким, чтобы сдерживать эти побуждения. Вторая группа – «бесконфликтные» правонарушители – характеризуется, с одной стороны, напряженными примитивными потребностями, с другой – крайней слабостью моральных побуждений. Поэтому у них отсутствует конфликт, характерный для группы «раскаивающихся». Их перевоспитание требует гораздо больших усилий. В третью группу – «циников» – входят подростки, у которых имеют место аморальные убеждения в сочетании с сильными примитивными антиобщественными потребностями. Их воспитание требует большого труда и длительного времени.

Исследователь обсуждает вопрос о том, какие выходы возможны из конфликта между примитивными потребностями и нравственными побуждениями «раскаивающихся» правонарушителей. Здесь возможны три варианта: 1) удовлетворить потребность в удовольствии в ущерб нравственной тенденции. В результате – угрызения совести, неприятные переживания; 2) удовлетворить нравственную потребность ценою отказа от удовольствия, т. е. воздержаться от аморального поступка, но часто это не под силу подростку, имеющему слабые нравственные побуждения и напряженное желание; 3) вытеснение из сознания безнравственной сущности своих аморальных поступков (совершенных или предполагаемых). Преступление для этих подростков – результат компромисса с совестью, в котором они не хотят себе признаться.

Из этих исследований следует, что педагогический взрыв возможен тогда, когда в ситуации внешнего конфликта обостряется внутренний конфликт индивида, иными словами, когда у личности существуют внутренние предпосылки к изменению. Макаренко обострял внешний конфликт до крайности, тем самым вызывая «внутренний взрыв» личности, влекущий за собой реорганизацию ее отношений. Пощечина воспитателя действует как удар по совести, заостряя внутренний конфликт: уязвленная и приниженная совесть (интериоризованные социальные нормы) восстает и одерживает в этом внутреннем противостоянии верх над сугубо индивидуалистическими интересами, примитивными гедонистическими желаниями. Однако конфликт подростка с коллективом не всегда разрешался благопо-

лучно, и в отдельных случаях воспитанника приходилось исключать из колонии. Очевидно, что это связано с незрелостью личности у этой части трудновоспитуемых подростков, с недоразвитием у них высших форм эмоционально-волевой активности, с так называемым психическим инфантилизмом, что характеризует, в частности, и определенную категорию психопатических личностей. Этический принцип был положен некоторыми психиатрами в основу дифференциации психопатий и неврозов. Американский психиатр Б. Карпман (1948) ввел понятие «анетопатии» как в наибольшей степени отражающее сущность психопатической личности: «есть совесть – невротик; нет совести – психопат». К. Шнейдеру принадлежит другой афоризм: «невротик страдает сам; от психопата страдают другие».

Таким образом, межличностный конфликт, в основе которого лежит столкновение асоциальных установок воспитанника с требованиями трудового коллектива, в интрапсихической плоскости отражается противоречием между личными интересами и моральными принципами, между желаниями и долгом. Как известно, подобного рода интрапсихические конфликты лежат в основе невротических расстройств, поэтому перенос понятия «взрыва» из педагогической практики в психотерапевтическую служит хорошей метафорой, в которой отражена связь между своевременно примененным конфронтационным приемом, равносильным внезапно нанесенному удару, и следующим за ним мгновенным прозрением с тотальной организацией отношений.

Практика психотренинга в дзен-буддизме: внезапный прорыв к «просветлению». Особую роль в развитии культуры психической деятельности в средневековом Китае сыграла одна из самых влиятельных школ китайского буддизма – школа *чань* (яп. – *дзен*). В рамках школы *чань* сложилась весьма своеобразная традиция психической культуры, в основу которой легли очень эффективные методы психического воздействия, что позволило *чань-буддистам* достигать поразительных результатов в преобразении исходных психических структур и формировании определенного типа личности с заданными психологическими характеристиками.

Н.В. Абаев в результате глубокого изучения *чаньской* практики психотренинга приходит к весьма важному для личностно-ориентированной психотерапии выводу о том, что в этой системе «преобразование структуры личности порой носило столь глубокий и тотальный характер, что затрагивало самые глубинные слои психики, в результате чего весьма радикально менялись не только ценностные ориентации и обобщенные фиксирован-

ные установки, разрушались эгозащитные механизмы личности, существенной перестройке подвергались даже такие базальные структуры психики, как подсознательное и “невыражаемое”» [1, с. 15].

В чаньской культуре значительно больше внимания уделялось внутренним проблемам человека, и пафос ее состоял скорее в понимании внешних коллизий и проблем как отражений внутренних. Отсюда подлинным предметом деятельности являлись сами феномены психики, а успешность экстериоризованной (внешней) деятельности была чем-то производным от решения задач по перестройке психики, имела значение лишь в качестве индикатора такой перестройки. Чаньская психокультура практически решала проблему дихотомии долга и чувства, свободы и необходимости.

Сверхзадачей всей системы чаньской практики психотренинга было воспроизведение определенного состояния сознания – достижение «просветления» посредством интенсивной внутренней работы чань-буддиста, ведущей к его духовному преображению. В этом рекреационном процессе – процессе переосознания учеником себя и окружающего мира – выделяется три основных этапа. Перед своим внезапным прорывом к «просветлению», означавшим переход на качественно новый психический уровень, ученик должен был пережить символическую смерть, когда хаотическое душевное состояние, вызванное «великим сомнением», достигало своего апогея. За «великой смертью» следовало «великое пробуждение», т. е. приобщение к новой жизни, которое вполне закономерно знаменовалось «великой радостью», а радость совершенно естественно выражалась смехом.

Прорыв к просветлению вызывался наставниками методами шокового психофизического воздействия, когда учитель-наставник своим странным поведением, противоречивыми высказываниями, неспровоцированными ударами и т. д. разрушает исходные психические структуры ученика, ввергая его психику в крайне хаотическое состояние, в результате чего как бы рушится весь привычный для него порядок вещей. Но в то же время наставник пытается перестроить обыденные психические структуры ученика на качественно иной основе, вызывая у него прорыв к «просветлению» и возрождению к новой жизни, когда ученик переходит на новый психический уровень и восстанавливается его способность воспринимать мир «таким, какой он есть на самом деле» [1].

Методы «шокотерапии» играли подсобную роль, как и чтение священных текстов, и имели сугубо факультативное значение как средства, которые могли послужить побудительным толчком в кульминации практики психотренинга – выведению адепта из логического тупика, вызывая

внезапное «просветление». Эти методы выглядели очень эффектно (как и «пощечина» Макаренко), одним ударом или восклицанием завершая длительные и очень мучительные поиски ученика, хотя главная работа совершалась внутри его психики и шоковое воздействие лишь подводило черту (причем, возможно, далеко не последнюю) под определенным периодом практики психической саморегуляции. Такого рода удар можно сравнить с последним взмахом кисти, которым опытный мастер завершает свое творение и без которого оно будет неполным, незаконченным [1, с. 110].

Чтобы оказать нужное воздействие, метод «шокотерапии» должен был применяться очень своевременно, именно в тот момент, когда психика ученика достигла необходимой стадии развития и для прорыва к «просветлению» требовался внешний толчок. Если психика ученика была уже достаточно подготовлена, то чаньские наставники зачастую применяли гораздо менее болезненные методы: парадоксальный вопрос, своевременно заданный ученику, цитату из какого-нибудь текста, содержащую намек на его экзистенциальную ситуацию и указывающую выход из нее, диалогические поединки и проч. [1, с. 111].

Гештальт-терапия: взрыв (эксплозия). Дзен-буддизм (в западной культуре используют японскую транскрипцию *чань – дзен*) оказал сильное влияние на теорию и практику гештальт-терапии: от главной ее идеи, которая заключается в том, что «изменения наступают тогда, когда индивид становится тем, кем он является на самом деле, а не тогда, когда стремится стать кем-то другим», до имитации Ф. Перлзом эпатажного стиля поведения даосских учителей. С. и А. Гингер [5] перечисляют следующие представления даосизма, которые составляют сущность гештальт-терапии: концентрация на *здесь и сейчас*; значение свободного и спонтанного самовыражения; значение тела, представляющего «жилище» духа; освобождение от морализаторских «интоекций»; работа по интеграции полярностей; принцип континуума осознания, непрерывного потока образования и разрушения гештальтов. К этому «списку Гингер» необходимо добавить «уровни невроза» Перлза – этапы терапевтического процесса на пути к открытию пациентом своей истинной индивидуальности. Перлз выделяет следующие основные психические *уровни*: 1) уровень поверхностных, неаутентичных отношений – *игры* (условные социальные роли); 2) *импловивный* уровень, или уровень «внутреннего взрыва», ведущий к субъективному переживанию тупика и безысходности (соответствует *великому сомнению* в дзен-буддизме). Импловивный уровень связан с внутренним парализующим сопротивлением от двух противоречащих друг другу сил; 3) *экс-*

пловивный уровень, или уровень «внешнего взрыва» (соответствует «великому пробуждению»). Достижение этого уровня означает формирование *аутентичной* личности, которая обретает способность к переживанию и выражению своих подлинных эмоций.

Таким образом, в основе рассмотренных методов лежат те или иные приемы, направленные на обострение внутреннего конфликта, доведение его до крайности – до «взрыва», который приводит к реорганизации внутренних психических структур, к «просветлению» и «очищению» – *катарсису*. В основе этого процесса лежит диалектический закон перехода количественных изменений в качественные. Относительно длительный период сосредоточения индивида на переживаниях – будь то философские размышления, решение парадоксальных задач, чтение текстов и др. в дзен-буддизме, или размышления пациента над своей внутренней проблемой в процессе психотерапии – завершается благодаря применению учителем или терапевтом того или иного конфронтационного приема внутренним «взрывом», приводящим к тотальному перевороту в сознании индивида. Личность переходит на новый уровень самосознания в результате реорганизации дезадаптивных отношений с формированием адекватной самооценки и гармонизацией отношений с окружающим миром.

В аналитико-катартической терапии «взрывным» потенциалом обладает психодраматическая техника *диалога*. В отличие от даосских диалогов, содержанием которых являлись абстрактные философские и этические вопросы, диалоги аналитико-катартической терапии наполнены конкретными жизненными переживаниями пациентов, в основе которых лежат нарушенные отношения личности.

Наряду с диалогами аналитико-катартическая терапия использует *монологи*. Монологи, как и диалоги, нужны для обострения внутренних противоречий. В них звучит один голос – голос той части дезинтегрированного, расщепленного «Я», которая олицетворяет эгоистические устремления индивида, его сугубо личные, индивидуалистические желания, игнорирующие чувства и интересы других людей. «Уязвленное эго» индивида четко вырисовывается в виде «фигуры» на фоне едва различимых контуров совести («супер-эго»). В какие-то моменты эти контуры проступают более четко: «совесть не дремлет», она лишь отеснена, ее голос заглушается в потоке обид, обвинений, претензий «уязвленного эго». В процессе самоанализа, в результате длительных и мучительных размышлений и внутренней борьбы пациент постепенно «созревает» до понимания внутреннего конфликта, необходим внешний толчок, который приведет к вне-

запному осознанию («ага-переживанию»). Нередко монолог не только обостряет конфликт, но также и выполняет роль толчка к осознанию. Например, пациентка рассказывает, что в последнее время испытывает усталость, раздражение, вспыльчивость: «После бессонной ночи и головной боли могу сорваться на сыне. Когда я в таком состоянии, он боится подойти ко мне». На вопрос, что она чувствует в этом состоянии, отвечает: «Я чувствую, что во мне как будто бы пружина, готовая лопнуть!». По предложению терапевта пациентка отождествляется с пружиной и произносит следующий монолог: «Я пружина. Я не в виде спирали, как в будильнике, а как пластина (изображает руками), один конец которой фиксирован, а другой – свободен. Я хотела бы быть полностью свободной!». Поток слез, голос дрожит, со всхлипыванием: «Больше не надо, я все поняла...». Чаще же монолог выполняет функцию эмоционального отреагирования, лишь расчищая путь к осознанию, создавая условия для более спокойного когнитивного функционирования. Наблюдения на бытовом уровне показывают, что часто вслед за бурными выяснениями отношений следуют успокоение и примирение.

У *диалога* более продвинутые задачи, чем у монолога. Монолог скорее прелюдия к диалогу, это «разминка»: часто монолог в процессе сеанса переходит в диалог. Диалог не только обостряет внутренний конфликт, он его разрешает. Здесь звучат два голоса. Условия техники таковы, что второй голос, оттесненный в область фона, получает право быть услышанным. На защиту его прав встает психотерапевт, который конфронтирует пациента с его попытками заглушить этот голос. Роль удара палкой или пощечины, нанесенной в «нужный» момент, здесь играет заданный в критический момент диалога конфронтационный вопрос, язвительное или иного рода провокационное замечание, сделанное терапевтом в роли «альтер-эго» пациента, а также его бурная эмоциональная реакция или неодобрительное, фрустрирующее пациента молчание и другие конфронтационные приемы. В целом, это те приемы шоковой терапии, которые применяли учителя дзен-буддизма и о которых говорилось выше (парадоксальные задачи, диалоги и т. п.).

Пафос диалога состоит в том, что в процессе «встречи» с воображаемым эмоционально значимым для него лицом пациент приходит к осознанию того, что оба голоса принадлежат ему, что его внешние конфликты суть отражение его внутреннего раскола. В результате этого понимания наступает интеграция прежде неприемлемых для личности аспектов; теперь он воспринимает себя таким, каким он на самом деле является, он

осознает, что сам во многом виноват, осознает свою долю в конфликтных межличностных отношениях. Его личность становится прозрачной (транспарентной) для него самого, он видит ее отрицательные черты, эгоцентризм, стремление к доминированию, попустительство своим слабостям, чрезмерные требования к другим, неадекватную самооценку и многие другие качества, которые лежат в основе его «комплексов». Такое осознание непосредственно приводит к личностным изменениям (в виде диалектического скачка), однако структурные сдвиги личности нуждаются в закреплении их в реальной жизни пациента, в его поступках, поскольку формирование интегрированной личности – это жизненный проект, это процесс постоянной внутренней работы над собой.

В качестве иллюстрации того, как в АКТА выполняется техника «диалога», приводим один из эпизодов работы с пациентом, зависимые отношения которого с матерью находят отражение в его отношениях с женой. Терапевт (Т) предлагает пациенту (П) начать диалог с женой с перечня претензий...

Диалог

П. *(долго не может начать)*. ...

Т. *(в роли альтер эго)*. Нонна, мне не нравятся некоторые вещи, которые имеют для меня принципиальное значение, которые меня задевают, удручают, угнетают...

П. Излишнее внимание... *(Беспомощно смотрит на терапевта.)*

Т. *(к пациенту)*. Не надо на меня смотреть и что-то там просчитывать, это должен быть свободный поток... Начинай! Мне не нравится излишнее внимание ко мне...

П. Мне не нравится то, что ты слишком... как будто воспитываешь меня... что мне надеть, что съесть... Потом ты ведешь разговоры на такие темы, которые меня не интересуют, а я из вежливости слушаю, тем более что я такой человек, что я не люблю много разговаривать и мне нравятся тишина и покой... вот это меня раздражает... *(Долгая пауза.)*

Т. *(к пациенту)*. Еще раз: мне не нравится твое излишнее внимание ко мне... Ты ко мне относишься буквально... как ... к кому?

П. *(угнетенно)*. Как к сыну...

Т. Вот!

П. *(смеется)*. Она младше меня на семь лет!

Т. *(альтер эго)*. Как будто ты моя мама...

П. Да, учишь меня, как вести себя в каких-то ситуациях. Например, я рассказываю про какую-либо ситуацию, как кто сказал... а ты учишь, как мне надо было отве-

тить, как повести себя в следующий раз, когда повторится подобная ситуация... Это тоже раздражает...

Т. (*альтер эго*). И когда ты ко мне так относишься, я чувствую...

П. Я чувствую, что ты хочешь навязать свое мнение и испытывать дискомфорт...

Т. (*альтер эго*). Что дает тебе право так ко мне относиться?

П. (*от жены*). Я хочу, чтобы тебе было лучше! То, что вижу со стороны, то и говорю...

Т. (*альтер эго*). Что дает тебе право относиться ко мне, как к своему сыну?

П. (*смущенно*). Я бы не хотел сейчас этот вопрос...

Т. (*настойчиво*). Здесь можно!

П. (*от жены*). Я вижу, что у тебя не получается... как надо, и я просто подсказываю... (*Долгая пауза*.) Влиять не хочу на тебя, просто идеи свои высказываю, мысли...

Т. (*как будто не расслышав*). Еще раз!

П. (*от жены*). Влиять не хочу на тебя, просто высказываю свои мысли.

Т. (*к пациенту*). Это она где говорит: «здесь и сейчас»?

П. Нет, вообще... (*Смех*).

Т. (*к пациенту*). Пусть она это говорит «там». А что она говорит «здесь и сейчас»?

П. (*к терапевту*). Ну, конечно, она хочет влиять, как любая женщина...

Т. (*к пациенту*). Тогда пусть так и скажет!

П. (*от жены*). Я хочу на тебя влиять, чтобы ты был таким, как я хочу!

Т. (*от жены*). Ты даешь мне повод для этого...

П. (*от жены, повторяя за терапевтом, тихо*). Ты мне повод даешь...

Т. (*к пациенту*). Вот тема. Продолжай: «Ты мне повод даешь...».

П. (*от жены*). Ну, может быть, твоя нерешительность в каких-то ситуациях... (*Долгая пауза*.) Нерешительность в основном (*упавшим голосом*)...

Т. (*от жены*). Ты даешь мне повод своей нерешительностью... Значит, ты не можешь решить какой-то вопрос без чьей-либо помощи... Ты нуждаешься во мне...

П. У-гу... (*Молчит*.)

Т. (*от жены*). Ты провоцируешь меня на такой стиль отношений...

П. (*тихо, понуро*). Да... (*Живо*.) А что конкретно дает тебе повод так учить меня, давать наставления?

Т. (*от жены*). Ну, это видно, как ты себя ведешь в разных ситуациях, вижу, что ты сам не можешь справиться, я тебе подсказываю, как это сделать.

П. Ну, допустим, да. Но это не дает тебе право учить меня и воспитывать.

Т. (*от жены*). А как я должна вести себя, если ты нуждаешься в моей помощи? Ты нуждаешься во мне и в то же время говоришь, зачем ты меня учишь, воспитываешь.

П. Ну, может быть, я просто хочу твое мнение услышать. Я буду анализировать твои мысли, а потом решать, что мне делать.

Т. (*альтер эго*). Ты хочешь доминировать... чтобы я был твоим послушным...

П. ...мальчиком, чтобы ты управляла мной...

Т. (*альтер эго*). Чтобы ты управляла мной, как в свое время...

П. ...управляла твоя мать твоим отцом! (*К терапевту*). У них в семье мама доминирует! (*Смотрит на терапевта, улавливает его недоумевающий взгляд и разряжается громким и продолжительным смехом.*)

Т. (*альтер эго*). Ты хочешь управлять мной и чтобы я оставался твоим мальчиком, как в свое время... со мной...

П. (*тихо*). Да, со мной поступала мама.

Т. (*к пациенту*). Мама! Мы же начали с этого...

П. У-гу...

Т. История повторяется...

П. Надо женщин на место ставить! (*Смеется.*)

Т. Это не решает проблему, она психологическая. У тебя к жене такие же претензии, как к своей матери...

П. *соглашается.*

Т. А у нее такое же право, как и у твоей матери, управлять тобой, то есть ты дашь повод, а почему? Потому что ты душой стремишься к этому, с одной стороны, а с другой – ты не хочешь этого, потому что у тебя есть гордость мужская...

П. У-гу...

Т. Ты хочешь быть независимым, самостоятельным. И что получается? Получается, что внутри тебя это противоречие, этот конфликт – хочу быть независимым и одновременно нуждаюсь в такого рода привязанности...

П. Да!

Т. Скажи ей так: мне хотелось бы иметь такую жену, которая...

П. Я хочу, чтобы ты была моим другом! То есть не навязывала свои мысли, не воспитывала меня, а чтобы мы вопросы обсуждали вместе...

Т. Чтобы мы выступали на равных! И чтобы ты не доминировала и не подавляла меня!

П. Наоборот, поддерживали друг друга... тогда была бы гармония! (*К терапевту*). А бывает гармония?

Т. Жены всегда раздражают чем-то: если слишком умная – то умом, если очень глупая, то глупостью и т. д. ...

Итак, как ты мог бы обобщить то, о чем мы сегодня говорили?

П. Мы нашли связь: «с чего начали, к тому и пришли», и круг замкнулся!

Т. Да, клубок распутался. А вот когда начнешь анализировать свои отношения с другими людьми в различных конфликтных ситуациях, тогда теперь будешь замечать, как все эти стереотипы повторяются. Значит, это ядро проблемы твоей, это ее суть.

П. (*с душевной теплотой*). Хорошо, что мы нашли это ядро!

Т. Ядро было заметно уже при первой встрече, в самом факте, что не ты пришел, а тебя привела жена.

П. *неловко смеется*.

Т. (*с ударением*). А ты даже не замечаешь таких вещей. А теперь ты будешь это замечать и понимать, и переработка всего, что ты здесь получил, еще долго будет продолжаться, и будет меняться твое поведение. Естественным путем будет меняться, потому что ты будешь осознавать психологические механизмы тех или иных своих поступков и ты будешь видеть в конкретных жизненных ситуациях отражение своих внутренних проблем, и каждый раз каждая такая конфронтация – столкновение с этим пониманием – всегда будет приводить тебя к коррекции твоего отношения и поведения. И на этом мы заканчиваем сегодня.

Комментарий. Пациент устанавливает связь между внешними затруднениями (конфликтными отношениями с женой) и проблемой внутренней зависимости. Кульминацией является момент, когда пациент осознает значение собственной проекции: «твоя мать, говорит он жене, управляла твоим отцом», вместо: «ты хочешь управлять мною, как когда-то моя мать управляла мной». Толчком к прояснению служит невербальное поведение психотерапевта (конфронтация) – его недоуменный взгляд, вероятно, весьма красноречивый. Осознание возникает мгновенно и сопровождается громким и продолжительным смехом.

Заключение

Аналитико-катаргическая терапия сочетает в себе два метода: аналитический (в виде «беседы-дискуссии») и психодраматический (в виде «монодрамы»). Последний метод основывается на *катарсисе*, под которым мы понимаем «взрыв» внутри личности индивида, вызванный обострением и столкновением ее противоречивых тенденций и ведущий к реорганизации отношений. Обострение внутреннего конфликта – необходимое условие для создания «критической массы» и последующего «взрыва». Вот почему одного анализа недостаточно, если инсайт и возникает, то он рассматривается как «неполный» – подлинного катарсиса, который ведет к личностным изменениям, не происходит. Проработка конфликта должна быть эмоционально насыщенной, энергетически заряженной: эмоции несут в себе энергетический заряд, необходимый для «взрыва». Обострение конфликта осуществляется с помощью актуализации конфликтной ситуации – ее воспроизведением, проигрыванием в ситуации «здесь и сейчас», с этой

целью используются методы монодрамы – монологи и диалоги. Осознанию конфликта способствует применение психотерапевтом конфронтационных приемов, которые служат толчком для «взрыва». Непременным условием катарсиса является предварительный период размышления («размышление предшествует катарсису»), рефлексии, самоанализа, сосредоточения пациента на своей проблеме в поисках ее решения – этап «созревания» пациента, его подготовка к «взрыву». Вся цепочка психотерапевтического процесса («процесса познания себя») включает в себя следующие звенья: размышления – обострение внутреннего конфликта путем актуализации его «здесь и сейчас» – преодоление сопротивления с помощью конфронтации – катарсис, сопровождающийся структурными личностными изменениями.

Литература

1. *Абаев Н.В.* Чань буддизм и культурно-психологические традиции в средневековом Китае / Н.В. Абаев. – Новосибирск : Наука, 1989. – 272 с.
2. *Александров А.А.* Аналитико-катартическая терапия / А.А. Александров // Вестн. психотерапии. – 2011. – № 40 (45). – С. 9–22.
3. *Божович Л.И.* Личность и ее формирование в детском возрасте / Л.И. Божович. – СПб. [и др.] : Питер, 2009. – 398 с.
4. *Бочкарева Г.Г.* Психологические характеристики мотивационной сферы подростков-правонарушителей / Г.Г. Бочкарева // Изучение мотивации поведения детей и подростков. – М. : Педагогика, 1972. – С. 260.
5. *Гингер С.* Гештальт-терапия контакта / С. Гингер, А. Гингер. – СПб. : СпецЛит, 2001. – 288 с.
6. *Макаренко А.С.* Избранные педагогические произведения / А.С. Макаренко. – М., 1946. – 303 с.
7. *Мясищев В.Н.* Психотерапия как система средств воздействия на психику человека в целях восстановления его здоровья / В.Н. Мясищев // Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. – Л., 1973. – С. 7–20.
8. *Мясищев В.Н.* Психология отношений : избр. психол. тр. / В.Н. Мясищев ; под ред. А.А. Бодалева. – М. : Воронеж, 1995. – 365 с.
9. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб., 2000. – 1019 с.
10. *Ушинский К.Д.* Собр. соч. : в 8 т. / К.Д. Ушинский. – М. : Л., 1950. – Т. 8 : Человек как предмет воспитания. – 774 с.

СООТНОШЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ ПОГРАНИЧНЫХ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МОТИВАЦИОННЫХ СЦЕНАРИЕВ ПАЦИЕНТОВ

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

Введение

В рамках психологии отношений традиционно большое внимание уделялось мотивации индивида как движущей силе формирования системы отношений. Основой личности, по В.Н. Мясищеву, является отношение субъекта к действительности, когда субъект избирательно, в силу своих особенностей, и активно выбирает объект. Мотивация определяется как совокупность мотивов поведения и деятельности, поддерживающая психическую активность человека на определенном уровне и обусловленная потребностями, целями, уровнем притязаний, идеалами, мировоззрением, убеждениями, направленностью личности [12]. В процессе индивидуального развития формируются представления о важном мотивационном объекте (предмете потребности), стремящиеся оставаться неизменными. Этот образ ограждается от возможных противоречий при помощи механизмов психологической защиты, поэтому и сценарий поведения, то есть мотивационная структура, стабилен и (или) стремится к стабильности [8]. За последние 30 лет психологические характеристики пациентов с невротическими расстройствами в значительной степени изменились под влиянием формирования нового общественного сознания [3, 5], что оказало свое влияние на мотивационные структуры. Д.Д. Лихтенберг и Ф.М. Лачманн [8] указывают на определяющую роль мотивационных систем в клиническом взаимодействии, что относится как к психотерапии, так и к фармакологическому лечению. Т.А. Караваева [1, 3] описывает возможности применения разнообразных психотерапевтических стратегий в клинике пограничных нервно-психических расстройств, их выбор должен определяться не только особенностями заболевания, но и специфическими мотивационными характеристиками пациента. Необходимо иметь в виду особенности

взаимовлияния психо- и фармакотерапии с учетом определенного мотивационного сценария в системе комплексного лечения больных.

Мотивация на лечение является неотъемлемой составляющей фармакологического лечения, особенно его положительных и отрицательных плацебо компонентов [6, 7, 9]. В системе отношений пациента значительное место, помимо отношений с врачом, занимают переживания, связанные с потерей автономии и индивидуальности, страх утраты контроля при приеме лекарств. Для планирования лечения необходим учет позитивных и негативных аспектов ожиданий пациентов от лечения. Предлагаемые мотивационные сценарии позволяют учитывать как осознаваемые составляющие мотивации пациентов, которые, как правило, заявляются самими больными в начале терапии, так и неосознаваемые компоненты, которые проявляются в воспроизведении во взаимодействиях с врачом и в соблюдении назначенного им режима приема препаратов, паттерна отношений со значимыми лицами из первичной группы пациента [11]. Мотивационные особенности пациента в большей степени зависят от особенностей организации личности, характеристик его первичной групповой динамики и интернализированной в течение жизни системы отношений, чем от синдромального диагноза, положенного в основу современной классификации МКБ-10, где сложные феноменологические патохарактерологические образования полностью игнорируются, а часто именно они во многом определяют патогенез и форму течения заболевания [4].

Материалы и методы

В отделении неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева (НИПНИ им. В.М. Бехтерева) проведено исследование мотивационной сферы у 120 больных с пограничными нервно-психическими расстройствами. 50 % испытуемых составили женщины, 50 % – мужчины. Все больные имели верифицированный диагноз по МКБ-10, находились на стационарном лечении, получали соответствующее психофармакологическое и психотерапевтическое лечение. Отбор обследуемых проводился рандомизированно: по возрасту от 18 до 55 лет, по уровню образования – от среднего до высшего, со следующими диагнозами по МКБ-10 (таблица).

*Структура пограничных нервно-психических расстройств
общей группы пациентов*

Диагноз по МКБ-10	Шифр	Число обследуемых
Смешанное расстройство личности	F 61.0	30
Истерическое расстройство личности	F 60.4	12
Шизоидное расстройство личности	F 60.1	4
Эмоционально неустойчивое расстройство: импульсивный подтип	F 60.30	6
пограничный подтип	F 60.31	6
Зависимое расстройство личности	F 60.7	1
Другие специфические расстройства личности	F 60.8	1
Тревожно-фобическое расстройство	F 40.8	13
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	F 41.2	17
Фобическое тревожное расстройство, неуточненное	F 40.9	7
Соматоформная вегетативная дисфункция	F 45.3	5
Расстройства адаптации	F 43.2	8
Обсессивно-компульсивное расстройство	F 42.1	4
Паническое расстройство	F 41.0	3
Конверсионное расстройство, неуточненное	F 44.9	2
Неврастения	F 48.0	1

С целью проверки эффективности разработанного метода применялся комплексный клинико-психологический и экспериментально-психологический метод анализа. Для определения ведущего мотивационного сценария использовались следующие методики.

1. Метод мотивационной индукции Ж. Нюттена (ММИ). В основе методики лежит техника изучения временной перспективы будущего *Metode d'Induction Motivationnelle*, предложенная Ж. Нюттеном в 1980 г. В работе используется наиболее полный из применяемых в российской практике вариантов ММИ – вариант Д.А. Леонтьева. Методика сконструирована по типу проективной, состоит из 40 мотивационных индукторов в форме незаконченных предложений. Все начала предложений сформулированы в первом лице единственного числа, что позволяет испытуемым спонтанно адресовать индуктор к самому себе. Используемый в индукторе глагол всегда выражает склонность, усилие, намерение, импульс и т. п. Испытуемые завершают каждый индуктор и, делая это, формулируют объекты, которые их мотивируют. В данном варианте методики списки негативных и позитивных индукторов объединены в одно целое. Метод позволяет выявить динамику мотивационных процессов, выявить тенденции к проявлению или подавлению импульсов, дать представление о специфике возмож-

ных мотивационных конфликтов. Для оценки мотивационного сценария с помощью данной методики использован анализ встречаемости отдельных мотивационных категорий в ответах испытуемых [9].

2. Я-структурный тест Аммона (ISTA) [10].

3. Метод оценки психического здоровья (МОПЗ) [10]. Система психодиагностических шкал для интегральной оценки показателей психического здоровья. Включает три первичные шкалы (конструктивность, деструктивность и дефицитарность) и два производных индекса (психическая компенсация и психическая активность). Пункты опросника затрагивают особенности эмоциональных и поведенческих реакций, специфику проблемно-решающей активности, то есть могут, в том числе, дать представление о состоянии мотивационной сферы испытуемого. С помощью данной методики, следуя изданным рекомендациям, были рассмотрены: адаптационный потенциал испытуемых (мотивационные ресурсы), стигматизация (психопатологические звенья мотивации) и психическая активность.

4. Self-test представляет собой модифицированную методику определения эффективности механизмов регуляции различных систем личности на основе теста оценки нарциссизма [2]. Определение индексов функционирования различных сфер, в том числе мотивационной, предоставляет возможности измерения сводного количественного показателя силы личности, а также позволяет осуществлять изолированную объективацию специфики патологии нарциссического типа у различных контингентов взрослого населения. Методика позволяет оценить нарциссические компоненты мотивационных сценариев, выразив их глубину в ранговом показателе.

5. Структурированное биографическое интервью использовалось для изучения особенностей системы отношений и мотивационной системы, сформировавшихся на ранних этапах развития в ядерной семье, ранней групповой динамики (или фантазийных представлений о ней) больных с различными видами нервно-психических расстройств. Учитывая определенную концептуальную общность психологии отношений В.Н. Мясищева и динамической психиатрии Г. Аммона, в частности определение семьи как первичной модели социальной группы со специфическими групподинамическими характеристиками, в которой закладываются основы системы отношений и форм эмоционального реагирования индивида [10], нами был выбран метод биографического интервью с последующим выделением специфических конструктов, предложенных М. Аммон (2002), позволяющих в «условно количественном» формате, соизмерять тенденциозную выраженность нарушений этой системы в рассказах больных различных групп [10].

Исследованию подверглись как больные с острым течением, так и с затяжной декомпенсацией пограничных нервно-психических расстройств. Исследование проводилось индивидуально, чтобы снизить возможное влияние группы на ответы каждого обследуемого, в соответствии с методическими рекомендациями к каждому методу. Важно подчеркнуть необходимость максимально быстрого заполнения анкет испытуемым, стремиться свести к минимуму обсуждение ответов. Каждому обследуемому прочитывалась инструкция с необходимыми пояснениями. Выполнение проективного метода ММИ проводилось в первую очередь, чтобы исключить влияние сформулированных в других тестах вопросов на спонтанные ответы обследуемого.

Результаты и их анализ

На завершающих этапах разработки мотивационных сценариев, представленных в этой работе, проводились исследования, касающиеся согласованности экспертных оценок. В это исследование вошли врачи-психиатры отделения неврозов и психотерапии НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Данные исследования показали высокую согласованность экспертных оценок, проводимых на основе предложенных мотивационных сценариев. Предложенная здесь классификация мотивационных сценариев к лечению не претендует на исчерпывающий охват всей сложной мотивационной системы больного, но позволяет давать ее необходимое клинико-психологическое описание, достаточное для учета специфики мотивации отдельного больного при использовании психотерапевтических и фармакологических интервенций.

Используемый в данной работе анализ факторных нагрузок применялся после клинико-психологического анализа больных и представлял собой способ проверки гипотез о наличии определенного числа типов мотивации у исследуемых больных. Эти гипотезы в достаточной мере были подтверждены. Предложенная классификация используется в работе отделения неврозов и психотерапии НИПНИ им. В.М. Бехтерева, ее клинико-психологическая часть изложена в методических рекомендациях [4].

Описательная статистика не приводится авторами сознательно, чтобы избежать тенденции к механической «слепой» ориентации на отдельные количественные показатели. В основе интерпретации данных в системе данной классификации лежат не конкретные средние показатели и доверительные интервалы отдельных шкал, рассматриваемые отдельно, а типичные сочетания показателей отдельных методов, то есть происходит

оценка всего «профиля» в целом. При таком варианте анализа важны тенденции выраженности показателей. Эти профили в целом (по аналогии с методикой ММРІ, например) могут характеризоваться как утопленные, высокодиапазонные, квазинормативные и т. д. Типичные сочетания отдельных характеристик (тестовых показателей), играющих наибольшую роль в отдельных мотивационных сценариях, отражены в факторных нагрузках. Данные факторные нагрузки представлены в диаграмме. Средние данные и доверительные интервалы к отдельным методам (за исключением, естественно, биографического интервью, поскольку невозможно установить среднее для жизненной истории) подробно изложены их авторами в методических рекомендациях, ссылки на которые предоставлены в описании самих методов.

В основу определения ведущего мотивационного сценария положены методы качественного анализа данных и статистический метод главных компонент (вращения матрицы данных). Ниже представлена диаграмма структуры факторов и факторная нагрузка их составляющих, использовавшаяся при создании матрицы для выявления ведущих компонентов мотивации.



Диаграмма структуры факторов (F) и факторная нагрузка их составляющих

На основе интерпретации полученных факторов нами была разработана базовая классификация мотивационных сценариев.

Тревожно-сотрудничающий тип (F₁). Пациент обеспокоен как своим актуальным состоянием, так и возможными (воображаемыми) последствиями заболевания (риск затяжного течения; фантазии об «уникальности и неясности» своего состояния; страх получить возможный соматический дефект и стать социально неэффективным, размышления о неблагоприятном исходе). От врача постоянно требуется надежность, эффективность, «правильность», внимательное отношение, о которых прямо не говорится (это связано со страхом, что отношения с врачом могут испортиться из-за сомнений в эффективности лечения). В случае психотерапии такой пациент способен большое внимание уделять возможным побочным эффектам, собственным ощущениям от лекарства, анализировать отзывы других пациентов о враче и назначенном лечении. В случае медикаментозного лечения целесообразно заранее проинформировать пациента о наиболее частых побочных эффектах и в какие сроки следует ожидать эффекта от лечения. Ситуации конфронтации в ходе психотерапии могут вызывать сильное напряжение, которое пациент будет стараться сознательно скрыть из боязни «ссоры» с психотерапевтом. Основным мотивационным объектом – это самосохранение. Пациент, следуя этому объекту, может стремиться стать для врача «хорошим и покладистым пациентом», рассчитывая получить то же в ответ и избежать напряжения в ходе работы. Потенциал таких пациентов, как правило, довольно высокий, несмотря на возможные субдепрессивные переживания. Важным в этом типе является то, что пациент, в принципе, способен использовать контакт с врачом (и свое близкое окружение) для защиты от тревоги. Для успешного установления терапевтических отношений психотерапевту следует занимать патерналистскую позицию, проясняя в самом начале работы, что «ссоры» являются неизбежной частью психотерапевтического процесса и не приводят к «катастрофе» в отношениях. На первых этапах психотерапия должна в большей степени проходить в дидактическом стиле с сообщением пациенту сведений о природе и распространенности его расстройства.

В качестве медикаментозной терапии у пациентов с этим типом мотивационного сценария необходимы препараты, снижающие уровень тревоги и актуальности фобических и навязчивых переживаний: малые нейрореплетики (сульпирид, сонатакс, тералиджен), антитревожные антидепрессанты (тразодон, вальдоксан, флувоксамин), небензодиазепиновые анксиолитики (атаракс, стрезам), бензодиазепиновые транквилизаторы (кло-

назепам, альпразолам). Таким образом, при помощи анксиолитиков пациент попадает в ситуацию, когда в привычных ситуациях не развивается прогнозируемый тревожный ответ, что вначале воспринимается с недоверием, но затем создает условия для более интенсивной конфронтации с конфликтными переживаниями в процессе психотерапии, а также более успешного овладения новыми моделями поведения.

Ограничительно-уклончивый тип (F₂). Пациент стремится к гиперконтролю своих проявлений; особенному контролю подвергаются попытки врача проанализировать связь жизненной ситуации и болезненных проявлений. Часто декларируется полная подавленность симптомом, беззащитность перед «непонятным состоянием». Контакт с врачом постоянно прорабатывается, «прокручивается» пациентом внутри себя, он часто насторожен, несколько отстранен и формален в контакте с психотерапевтом. Как правило, есть фиксация на своем болезненном переживании, которое начинает вытеснять из жизненного пространства пациента альтернативные объекты, переживания, происходит сужение поля мотивационных объектов. Уровень психической реализованности таких пациентов низок. От психотерапевта часто ожидается контроль, в фантазиях пациента он может видеться как «карающий объект», близость и открытость по отношению к которому вызывает сильное сопротивление и страх. Одновременно внутри пациента почти постоянно происходит борьба между авторитетом врача (который требует подчинения у такого пациента) и страхом этого авторитета и подчинения. В отношениях с врачом повторяется прошлый травматический межличностный опыт пациента со значимыми другими. Психотерапевт должен быть в состоянии отслеживать и понимать свои эмоциональные реакции, часто они становятся ключом для понимания того, что происходит с пациентом. Необходимо прояснять, чем действительно опасен для больного доверительный контакт с врачом в ситуации «здесь и сейчас», как его антиавторитарные реакции способствуют достижению целей, которые он сам определил. Большую помощь может оказать включение пациентов в экспрессивные формы психотерапии (арт-терапия, танцевально-двигательная психотерапия).

Психофармакотерапия при таком сценарии может включать вегетостабилизаторы (фенибут, тералиджен), нейролептики в малых дозах (сульпирид, флюанксол), антидепрессанты с сбалансированным действием (пароксетин, ципралекс, ципрамил, сертралин, флуоксетин).

Посредством назначения препаратов достигается снижение уровня напряжения и контроля, упорядочение поведения и процесса мышления, одно-

временное воздействие на тревожную и депрессивную симптоматику, что повышает возможности и желание пациента участвовать в психотерапевтическом процессе, не акцентируя внимание на жалобах и симптоматике.

Деструктивно-экспансивный тип (F₃). Основная тенденция таких пациентов – воспринимать психотерапевта как холодного, жесткого, предельно формального и равнодушного к их страданиям. Свои отношения с ним больные стремятся упростить, отрицая их терапевтическую пользу. Внешне контакт с врачом больные прячут за фасадными образованиями, маскируя под «простое и понятное общение с неплохим врачом», но глубина контакта невелика, в них пациент занимает ригидную позицию, уклоняется от попыток конфронтации со своим опытом. Среди мощных скрытых мотивационных тенденций этих больных можно выделить: обесценивание врача и назначенного лечения, цинизм в отношении психотерапии, резонерство, стремление «нанести врачу превентивный удар». Такие больные склонны разрушать терапевтические отношения, «мстить» врачу за его успехи. Пациент часто описывает себя как человека, находящегося под гнетом жизненных сложностей, ошибок других, непрофессионализма тех, кто ему помогал; отмечает направленную на него агрессию окружающих и их несостоятельность. Упрощение и обесценивание отношений у пациентов является примитивной защитой от сильного страха быть покинутым. Часто пациент «покидает» психотерапевта сам, чтобы не дать врачу сделать этого первому. Этот сценарный тип в большей степени присущ пациентам с пограничным и нарциссическим расстройствами. Здесь особенно высок риск развития так называемой негативной терапевтической реакции. Разрушив успех психотерапевта, больной тем самым в своих фантазиях одерживает над ним победу пусть даже ценой собственной неудачи. От психотерапевта требуется большая внутриличностная стабильность, поскольку эмоциональные реакции его и пациента образуют мощную intersубъективную эмоциональную систему с реципрокным взаимовлиянием. Не следует принимать желание таких пациентов прервать лечение за «чистую монету», от психотерапевта здесь требуется большое терпение, чтобы выяснить, что вызвало у пациента страх отвержения и собственной некомпетентности. В случае неуспеха целесообразно сообщить ему, что он может вернуться и продолжить лечение, когда почувствует себя к этому более готовым.

У данного типа пациентов психофармакотерапия должна быть направлена на коррекцию поведенческих нарушений, снижение агрессивности и негативизма, повышение доверия к врачу. Медикаментозная терапия

может включать нейролептики (неулептил, сертиндол, кветиапин, хлорпрогиксен), антидепрессанты из разных групп (анафранил, леривон, ремерон, симбалта), назначение бензодиазепинов при этом мотивационном сценарии нежелательно.

Фармакотерапевтическое влияние повысит и укрепит авторитет врача и доверие к нему, делая психотерапевтический процесс более продуктивным и осмысленным.

Конструктивно-экспансивный тип (F₄). Основной мотивационный объект – самореализация и синтез опыта (мотивация познания). Пациент относится к психотерапии как к процессу совместного творчества (проекта) с врачом. В ходе лечения он достаточно активен, способен к сотрудничеству и созданию «общей с врачом терапевтической реальности», в которой будет разворачиваться процесс психотерапии. Это означает, что болезнь не подавила в большой степени активность (потенциал развития сохранен), хотя и доставляет страдание, которое пациент не стремится скрыть от себя и окружающих, в том числе от психотерапевта. Объектная активность пациента высока, не ограничивается областью заболевания и методов его коррекции. Здесь возможно проведение краткосрочной интенсивной психотерапии с активной конфронтацией на ранних этапах работы. Важно понимать, что этот тип не так часто встречается, хотя и максимально соответствует представлениям психотерапевтов об «идеальном пациенте».

При описанном мотивационном сценарии психофармакотерапия может не назначаться вовсе либо носить характер минимального симптоматического воздействия, неспособного помешать психотерапевтическому процессу.

Фармакотерапия способна помешать глубине контакта, активности и заинтересованности пациента в психотерапии, создать иллюзорное впечатление изменения его состояния и отвлечь от актуальных размышлений.

Амбивалентно-аффективный тип (F₅). Желания пациента, направленные на объекты желаний, как правило, сверхинтенсивны. В случае несоответствия мотивационного объекта и представлений больного о нем, отношение может измениться полярно, и так происходит постоянно. Это означает, что врач будет так же легко идеализироваться, как и разрушаться после обесценивания. Врач и назначенное им лечение будут постоянно испытываться пациентом «на прочность», он будет «искушать» психотерапевта, проверяя того на способность выносить бурное восхищение и столь же бурное разочарование. Пациент знает, чем он хочет обладать, но не знает, что делать с объектом желаний. Это означает, что, выказывая желание

«быть сильным, гармоничным, хорошим, счастливым, честным», он видит в таком своем заказе исключительно оторванную от реальности характеристику. Ему «просто надо вылечиться», а не стать «другим» в результате психотерапии, и реализоваться уже в новом качестве; такое желание оторвано от целостной реальной жизни. В этом случае целесообразно включение пациента на ранних этапах в групповые виды психотерапии, чтобы иметь возможность при девальвации индивидуального психотерапевта сохранять терапевтические отношения с его коллегами. Особую важность приобретает групповая супервизия для интеграции расщепленных частей личности больных. Если такой возможности нет, то психотерапевт должен быть в состоянии контейнировать (удерживать) противоречивые аффективные состояния, чтобы отношения и чувства пациента стали более интегрированными.

Психофармакотерапия в этом случае необходима для аффективно-поведенческой стабилизации пациента и должна сочетать нейролептики с антитревожным и корректирующим поведение действием (тералиджен, сертиндол, кветиапин), антидепрессанты со сбалансированным действием (пароксетин, сертралин, флуоксетин, венлафаксин) и нормотимики (финлепсин, депакин-хроно, трилептал).

Фармакотерапия предназначена для обеспечения баланса аффекта и поведения и должна препятствовать частым переменам в поведении и настроении больного, а также в его отношении к врачу и процессу лечения.

Защитно-манипулятивный тип (F₆). Пациент стремится выстроить жесткий барьер между собой и врачом, «не подпускать слишком близко» к себе. Чем искреннее заинтересован врач в таком больном, тем жестче становится этот барьер (поскольку такой пациент сам плохо способен испытывать сострадание к другим), в ряде случаев он «не способен принять помощь» другого, когда чужое небезразличие может быть неприятным. В контакте с врачом больной, как правило, аффективно скован, пассивен, отстранен. Процесс психотерапии видится им как ситуация постоянного противостояния, когда возможны исключительно отношения «подчинения – подавления»; по сути, контакт с врачом практически односторонний. Такие отношения в понимании пациента часто сводятся к выяснению того, насколько манипулятивен врач, насколько жестко он пытается «навязать свою модель заболевания». Из-за гиперконтроля своих проявлений больной может фасадно выглядеть как заинтересованный, внимательный к словам врача, трезво и критично оценивающий потенциал назначенного лечения. При более глубоком анализе можно выявить собственное желание

пациента манипулировать психотерапевтом, оценивать того как «подлежащий опустошению ресурс», убеждать его в безусловной правоте собственных представлений. Больные легче доверяются среднему медицинскому персоналу, специалистам, проводящим вспомогательные психотерапевтические методики. В данном случае лучше избегать прямой конфронтации, дать возможность пациенту самому сделать правильные выводы, используя рассказ о третьих лицах, метафорические приемы.

Медикаментозная терапия в этих случаях носит корректирующий характер и включает средние дозы нейрорептиков (клопиксол, сертиндол, кветиапин, солиан), антидепрессантов (симбалта, венлафаксин, тразодон, иксел) и вегетостабилизаторов (фенибут, пирроксан).

Лекарственная терапия при этом сценарии посредством симптоматического улучшения должна убедить больного в достаточной квалификации врача, повысить доверие пациента к врачу, подтвердить заинтересованность врача в достижении положительного результата терапии.

Интровертированно-аутистичный тип (F7). На первое место среди всех мотивационных объектов выходят трансцендентные, философские и экзистенциальные. Пациент фиксирован на вопросах одиночества, конечного смысла, внутренней пустоты, чувствует свою отгороженность от мира и преобладание своего постоянного внутреннего мира над актуальными переменчивыми (и часто субъективно непонятными) состояниями. Такие больные часто неспособны выстраивать промежуточные звенья между объектом своих желаний и настоящим моментом, субъективно ощущая это как недоступность объекта. Среди основных тенденций выступает стремление исключить собственные мотивационные объекты из контекста реального времени, нарушение целеполагания и планирования. Чрезмерная погруженность в переживания осложняет терапевтические отношения с врачом, являясь своего рода «мутным стеклом между Я и реальностью». От врача в ряде случаев ожидается стабильность, предсказуемость, доступность. В худшем случае сам контакт представляется как «монолог одного из участников», когда больной избегает реального взаимодействия, побуждая врача «просто говорить». Такие пациенты нуждаются в психотерапевте, который, обладая достаточными знаниями, чтобы поддержать метафизический диалог, имеет хорошие навыки планирования и стратегии проблемно-решающего поведения и способен осуществлять на первых этапах функции вспомогательного Я для пациента, пошагово разрабатывая вместе с ним план достижения цели. Особо эффективной в данном случае может быть миле-терапия.

В психофармакотерапии упор делается на нейролептики, корректирующие поведение и тем самым повышающие желание сотрудничать (абилифай, сертиндол, кветиапин, клопиксол).

Без воздействия этой лекарственной терапии общение врача и пациента может оставаться формальным и не способствовать формированию контакта для качественной и продуктивной психотерапии.

Заключение

Терапия эффективна, когда отношения психотерапевт – пациент доверительны. Нет такой темы, которую не следовало бы обсуждать в ходе психотерапии. Существенная часть пациентов обращается за помощью в случаях, если у них уже есть значительные, мешающие адаптации и выполнению ежедневных задач симптомы. Чтобы быстрее и эффективнее помочь больному, следует рассмотреть вопрос об одновременном использовании медикаментов и психотерапии.

Литература

1. *Васильева А.В.* Психофармакотерапия и психотерапия в лечении невротических расстройств. / А.В. Васильева, Т.А. Караваева, С.В. Полторак // Психоневрология в современном мире: материалы юбил. науч. сессии. – СПб., 2007. – С. 242.

2. *Вид В.Д.* Индекс функционирования Self-системы (на основе теста оценки нарциссизма) : пособие для врачей / В.Д. Вид, Н.М. Залуцкая ; С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. – СПб., 2003. – 47 с.

3. *Караваева Т.А.* Основные тенденции изменения психотерапевтических и реабилитационных стратегий при лечении невротических расстройств / Т.А. Караваева // Обозр. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 2010. – № 3. – С. 71–74.

4. Метод определения мотивационных сценариев для выбора оптимального взаимодействия психотерапевта и пациента и планирования психотерапии при пограничных нервно-психических расстройствах : методические рекомендации / Б.Д. Карвасарский, Д.М. Сарайкин, А.В. Васильева, С.В. Полторак ; С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева.– СПб., 2011. – 30 с.

5. К исследованию психологических механизмов невротических и неврозоподобных расстройств [Электронный ресурс] / Е.А. Колотильщи-

кова, И.Н. Бабурин, А.В. Васильева [и др.] // Мед. психология в России : электрон. науч. журн. – 2011. – № 3. – URL: <http://medpsy.ru>.

6. Сравнительное исследование актуального психического состояния у больных с невротическими и неврозоподобными расстройствами / И.Н. Бабурин, Т.А. Караваева, Е.А. Колотильщикова // Вестн. психотерапии. – 2011. – № 38 (43). – С. 31–41.

7. *Лапин И.П.* Плацебо и терапия: монография / И.П. Лапин. – СПб., 2000. – 223 с.

8. *Лачман Ф.М.* Клиническое взаимодействие: монография / Ф.М. Лачман, Д.Д. Лихтенберг, Д.Л. Фосседж. – М. : Когито-Центр, 2003. – 260 с.

9. *Нюттен Ж.* Мотивация, действия и перспектива будущего / Ж. Нюттен ; под ред. Д.А. Леонтьева. – М. : Смысл, 2004. – 608 с.

10. Очерки динамической психиатрии: транскультуральное исследование / под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. – СПб. : С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, 2003. – 438 с.

11. *Фестингер Л.* Теория когнитивного диссонанса : [пер с англ.] / Л. Фестингер. – СПб. : Ювента, 1999. – 318 с.

12. *Шапиро Д.* Динамика характера. Саморегуляция при психопатологии : [пер с англ.] – М. : Класс, 2009. – 216 с.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ОБРАТИВШИХСЯ ЗА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева;
Центр репродукции «Генезис», Санкт-Петербург

Введение

Рост числа пограничных психических расстройств, и невротических расстройств в частности, предполагает разработку более эффективных моделей их комплексного лечения и профилактики [1, 7, 8, 14, 17]. Практическая реализация биопсихосоциального подхода способствовала более активному участию в лечении невротических расстройств, наряду с врачами-психотерапевтами, врачей других специальностей [8, 9, 19]. Тем не менее эти больные и в настоящее время остаются категорией «трудных пациентов» [3]. Исследования в области терапии больных с невротическими расстройствами показывают, что возможна реализация разных подходов к их лечению [5,6, 16, 20].

В настоящее время в лечении невротических расстройств реализуется как минимум три модели медицинской помощи: 1) психотерапевтическая, 2) психиатрическая (психофармакотерапевтическая), 3) комплексная [4]. При этом не до конца разработаны показания к выбору этих лечебных моделей на конкретных этапах лечебно-реабилитационного процесса, а при реализации комплексной лечебной модели недостаточно четко определена соотносительная роль психотерапии и психофармакотерапии [11,14]. Принципы доказательной медицины позволяют более точно определить показания и противопоказания к применению различных медикаментозных средств. Но что касается психотерапии, то ее развитие и достижения психиатрии, психологии и других смежных научных дисциплин дают возможность лишь приблизиться к постановке вопроса об определении показаний и противопоказаний к назначению психотерапевтических методов и форм. Для этого необходима разработка непротиворечивой и интегрирующей концепции клинической психотерапии [15].

Еще одна проблема дифференцированного применения психотерапии и психофармакотерапии заключается в разном методологическом под-

ходе, который можно обозначить как степень участия в лечебном процессе межличностных отношений «врач – больной» и в котором можно определить активную и пассивную позиции пациента с точки зрения его непосредственного участия в лечебном процессе [10]. Так, например, при проведении сочетанной терапии невротических расстройств, особенно их затяжных форм, врач нередко оказывается в затруднительном положении. В противоречие могут вступать роль «психотерапевта», способствующего активному участию пациента в психотерапевтической работе с поиском психосоциальных механизмов формирования симптоматики, и роль «психиатра», предлагающего психофармакотерапевтический препарат как средство, способствующее снижению выраженности симптоматики без необходимости выявления психологического смысла невротического симптома. Необходимость снятия остроты эмоционального реагирования в условиях проведения психотерапии при раскрытии эмоциональной проблематики пациента приводит к установке врача на отказ от активного применения психотропных средств. Выбор психотерапевтической и психиатрической (психофармакотерапевтической) моделей лечебной помощи при невротических расстройствах во многом определяется социо-культурными факторами, особенностями образования специалистов, квалификационными и организационными возможностями лечебно-профилактического учреждения, а также предпочтениями самих пациентов [11, 14, 15].

Это определило цель работы – исследование клинических и клинико-психологических особенностей невротических расстройств для определения показаний к выбору психотерапевтической лечебной модели.

Материал и методы

В исследовании приняли участие больные с невротическими расстройствами, проходившие лечение в клинике неврозов и психотерапии и отделении внебольничной психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева в период 2007–2010 гг. Всего обследовали 120 пациентов (женщин – 89, мужчин – 31). Возраст пациентов составил от 19 до 60 лет, средний возраст – $(33,4 \pm 0,2)$ года.

При включении в исследование использовались критерии МКБ-10 и национальные рекомендации по диагностике и лечению невротических расстройств. Основную и контрольную группу составили пациенты в соответствии с клиническими критериями МКБ-10, вошедшие в раздел F4 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства). Диаг-

ностика невротических расстройств строилась на основании критериев, принятых в современной отечественной психиатрии.

По клинической классификации [5] больные распределились следующим образом: истерический невроз (F44 по МКБ-10) был у 65 пациентов (54,2 %), неврастения (F48 по МКБ-10) – у 14 (11,7 %), невроз навязчивых состояний (F40 по МКБ-10) – у 41 (34,2 %). Длительность заболевания составила от 1 года до 9 лет. Ведущими синдромами были: тревожно-фобический, астенический, депрессивный и ипохондрический.

Для анализа и сравнительных исследований все пациенты были разделены на две группы. В 1-ю группу (n = 76) были включены пациенты, лечение которых строилось на применении личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии по Б.Д. Карвасарскому, В.А. Ташлыкову, Г.Л. Исуриной [13], во 2-ю (n = 44) – пациенты, получавшие медикаментозное лечение с использованием современных психофармакотерапевтических препаратов. Деление на группы проводилось на основании специально разработанной клинической карты, анкеты для врача, анкеты для пациента и данных истории болезни. Главным критерием отнесения пациента к той или иной группе было указание на реально осуществляемый метод лечения невротического расстройства – либо психотерапевтический, либо психофармакотерапевтический, который рассматривался как основной по согласованию между врачом и пациентом.

Для решения поставленных в работе задач применялись клинический, клинико-психологический, экспериментально-психологический методы и статистическая обработка данных. Клинический метод представлен специально разработанной картой, где фиксировался клинический диагноз и диагноз по МКБ-10, форма и стадия заболевания, ведущий и сопутствующий синдромы, продолжительность лечения, характер проводимой терапии. Клинико-психологический метод применялся для оценки динамики состояния больного. Был использован опросник Е. Александровича [8], позволяющий определить выраженность невротической симптоматики по 13 клиническим шкалам и общий показатель невротичности. Данное обследование проводилось два раза: при поступлении на лечение и перед выпиской.

Все пациенты с невротическими расстройствами исследовались с помощью специально разработанной анкеты для оценки отношения пациентов к собственной личности, своему заболеванию и микросоциальному окружению. Анкета состояла из 32 вопросов, освещающих различные сферы отношений. Для удобства математической обработки пациентам предлага-

лись пары противоположных утверждений, степень согласия с которыми нужно было оценить в 7-балльной системе оценок (от -3 до +3 баллов).

Экспериментально-психологический метод включал Я-структурный тест Аммона (ISTA) [18], опросник «Индекс жизненного стиля» (ИЖС) [12], опросник «Уровень субъективного контроля» (УСК) [2].

В исследовании использованы следующие методы математической статистики: анализ различий посредством t-критерия Стьюдента для независимых выборок, критерий Хи-квадрат Пирсона для проверки соответствия распределений, коэффициент корреляции Пирсона (произведение моментов Пирсона), дискриминантный анализ. Учитывались результаты со степенью достоверности не ниже 95 % ($p < 0,05$).

Результаты и их анализ

Результаты лечения пациентов с невротическими расстройствами 1-й и 2-й групп показали достоверное изменение оценки ими своего клинического состояния после проведенного лечения, поэтому в табл. 1 представлены результаты обобщенной группы. У всех пациентов по данным симптоматического опросника Александровича позитивные изменения (снижение показателей) произошли по 9 шкалам из 13. Наибольшие различия между средними величинами отмечены по шкалам «соматизация» и «фобии».

*Таблица 1
Динамика показателей опросника Александровича обобщенной группы пациентов с невротическими расстройствами, балл ($M \pm m$)*

Шкала опросника	Период лечения	
	до	после
Соматизация	62,5 ± 53,5	24,6 ± 20,9
Фобия	24,8 ± 20,6	7,8 ± 7,1
Депрессивные нарушения	13,6 ± 11,2	5,8 ± 5,4
Беспокойство	17,4 ± 13,0	7,5 ± 6,8
Нарушение сна	10,3 ± 8,3	4,0 ± 3,5
Истерические нарушения	14,6 ± 11,0	6,0 ± 5,6
Неврастенические нарушения	19,4 ± 14,4	8,2 ± 6,7
Трудности в социальных контактах	9,2 ± 8,4	3,4 ± 3,3
Психастенические нарушения	10,7 ± 9,3	4,9 ± 4,8

Для всех вышеперечисленных шкал (см. табл. 1) различия средних величин зарегистрированы при высоком уровне достоверности ($p < 0,01$). По остальным шкалам симптоматического опросника также отмечено

снижение средних величин показателей после проведенного лечения на уровне тенденции.

При сравнении характеристик 1-й и 2-й групп в динамике статистически достоверных различий не выявлено. В 1-й и во 2-й группах пациентов, по данным опросника Александровича, отмечены в процессе лечения позитивные изменения (достоверные снижения показателей) по тем же 9 шкалам, что и в общей группе (см. табл. 1), при этом наибольшие различия в показателях, так же как и у основной группы, зафиксированы для шкал «соматизация» и «фобии».

Наблюдались сходные по структуре позитивные изменения субъективной оценки пациентами с невротическими расстройствами своего клинического состояния в обеих группах. Таким образом, можно констатировать, что и психотерапевтическая, и психиатрическая (фармакотерапевтическая) модели лечебной помощи показали по данным клинического опросника сходные эффекты на момент окончания лечения.

При сравнении двух групп между собой до лечения отмечался ряд особенностей. По данным опросника Александровича, при сравнении двух групп по средним значениям более низкие показатели установлены в 1-й группе пациентов (за исключением шкалы «психастенические нарушения», где зафиксирован более высокий показатель), при этом статистически достоверные различия были выражены только по шкале «нарушения сна» ($p = 0,01$), а данные дискриминантного анализа показали, что в выявленных отличиях могут иметь важное значение шкалы «нарушения сна» ($p < 0,03$) и «психастенические нарушения» ($p < 0,01$). Сочетание относительно меньшей выраженности психопатологической симптоматики с более выраженными психастеническими нарушениями у пациентов, ориентированных на психотерапевтическую лечебную модель, может свидетельствовать о большей выраженности у них дистрессовых переживаний, т. е. их отношение к своим психопатологическим проявлениям отличается сравнительно большей эмоциональной насыщенностью, что, в свою очередь, может объясняться меньшей активностью психологических защит.

Разнообразие определявшихся с помощью методики ИЖС механизмов психологической защиты свойственно пациентам обеих сравниваемых групп. Пациенты 1-й группы достоверно реже, чем пациенты 2-й группы идентифицируют такую защиту как отрицание – соответственно ($45,9 \pm 29,8$) и ($58,1 \pm 30,3$) баллов ($p = 0,03$). Межгрупповые различия зарегистрированы по данным дискриминантного анализа по типам защиты отрицание ($p < 0,001$) и проекция ($p < 0,005$). В психодинамических концепциях нев-

роза обе эти защиты определяются как незрелые. Эти данные могут свидетельствовать как о сравнительно меньшей инфантильности пациентов 1-й группы, так и о сравнительно более слабых у них эмоциональных переживаниях по отношению к психотравмирующей ситуации. В то же время нельзя исключить возможность качественных отличий относительно более зрелых защит, таких как рационализация, в двух исследуемых группах. Вероятно, у пациентов 1-й группы они более эффективны, чем во 2-й группе. Другим фактором, обуславливающим меньшую выраженность незрелых невротических защит, у больных 1-й группы может быть сравнительно большая эффективность используемых в психотравмирующей ситуации копинг-стратегий.

По большинству показателей ISTA у пациентов 1-й и 2-й групп не выявлено достоверных различий. Исключение составляют достоверно меньшие значения по шкале «конструктивное внутреннее Я-отграничение» у пациентов 1-й группы по сравнению со 2-й – соответственно ($36,4 \pm 11,9$) и ($41,3 \pm 13,3$) баллов ($p < 0,05$). Это предполагает у пациентов 1-й группы относительно меньшую способность, по сравнению с пациентами 2-й, отличать собственные фантазии и мечты от реальных событий и действий, более слабую дифференцированность объектов внешнего мира и собственных представлений о них.

По данным теста УСК, у пациентов 1-й группы по сравнению со 2-й отмечаются достоверно более высокие показатели по шкалам «Интернальность в области семейных отношений» – соответственно ($5,7 \pm 1,5$) и ($4,4 \pm 1,5$) баллов ($p < 0,01$) и «Интернальность в области межличностных отношений» – соответственно ($3,6 \pm 1,8$) и ($2,6 \pm 1,8$) ($p < 0,01$).

По данным дискриминантного анализа, шкала «Интернальность в области семейных отношений» является определяющей для статистического различения двух исследуемых групп ($p < 0,01$).

Можно предположить, что отношения в семье для пациентов, выбирающих психотерапию, являются более эмоционально насыщенными, вызывают больше переживаний, чем у пациентов 2-й группы.

При анализе результатов опроса больных с невротическими расстройствами по специально разработанной анкете (табл. 2) выявлены следующие клиничко-психологические особенности у пациентов 1-й группы:

- 1) в отношении к своему микросоциальному окружению пациенты склонны определять собственную систему взглядов и ценностей как уникальную, отсутствующую у близких и трудную для понимания окружающими;

Таблица 2

Клинико-психологические особенности пациентов по данным специально разработанной анкеты, балл ($M \pm m$)

Утверждения 1-й группы	Балл	Утверждения 2-й группы	Балл	p <
Несмотря на болезнь, я знаю, какие люди близки мне, взгляды которых на жизнь я разделяю	0,93 ± 2,26	Здоров я или болен, но в этой жизни нет людей близких мне, взгляды которых я разделяю	0,40 ± 2,41	0,01
Со мной рядом есть люди, которые разделяют мои взгляды на жизнь и мои ценности	0,41 ± 2,20	Со мной рядом нет людей, которые разделяют мои взгляды на жизнь и мои ценности	0,64 ± 2,23	0,05
Большинство людей, которые меня окружают, мне противны	0,58 ± 2,06	Большинство людей, которые меня окружают, мне приятны	0,7 ± 2,10	0,01
Большинство знающих меня людей считают меня неприятным человеком	0,45 ± 1,90	Большинство знающих меня людей считают меня очень приятным человеком	0,5 ± 1,97	0,05
Я достиг(ла) бы в жизни гораздо большего, если бы люди не были настроены против меня	0,32 ± 1,95	Люди, которые меня окружают, всегда помогают мне во всех моих начинаниях	0,61 ± 1,91	0,05
Главное, что меня беспокоит – это трудные взаимоотношения в семье, на работе	0,6 ± 1,95	Главное, что меня беспокоит – мой тяжелый характер (вспыльчивость, робость, чрезмерная застенчивость)	0,25 ± 1,98	0,05
Мне определенно не хватает уверенности в себе	0,57 ± 2,23	Я излишне самоуверенный человек	0,25 ± 1,98	0,05
Чаше всего я чрезвычайно активен (активна), мне трудно заставить себя отдыхать	0,51 ± 1,87	Чаше всего я ничем не могу заняться, потому что мне трудно заставить себя включиться в работу	0,22 ± 1,81	0,05

2) преобладает негативное отношение к своему окружению, при этом такое же отношение предполагается и к себе со стороны окружающих родных и близких;

3) микросоциальное окружение воспринимается пациентами как препятствующее собственным социальным достижениям;

4) существует склонность видеть определенную причинную связь между уровнем собственного эмоционального напряжения и трудностями в значимых взаимоотношениях;

5) возникают определение своей самооценки как сниженной и представление о себе как о человеке, не уверенном в себе;

6) преобладает склонность воспринимать себя как человека со слабыми рекреативными ресурсами, испытывающих трудности с организацией эффективного отдыха.

Заключение

Результаты проведенного исследования могут явиться основанием для оптимизации способа выявления клиничко-психологических особенностей пациентов с невротическими расстройствами, определение которых позволит верифицировать заказ на психотерапевтическую помощь, с одной стороны, и/или предположить благоприятное влияние на конечный лечебный эффект большего значения фармакотерапевтического вмешательства – с другой.

Оценка клиничко-психологических особенностей больных с невротическими расстройствами, вне зависимости от применяемого психотерапевтического метода и оценки лечащего врача-психотерапевта, может иметь значение для более адекватного отбора пациентов на психотерапию, определения прогноза и конечной эффективности выбранной врачом и пациентом лечебной модели.

Литература

1. *Александровский Ю.А.* Пограничные психические расстройства: учебное пособие / Ю.А. Александровский. – М. : Медицина, 2000. – 496 с.
2. *Бажин Е.Ф.* Метод исследования уровня субъективного контроля / Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, А.М.Эткинд // Психол. журн. – 1984. – Т. 5, № 3. – С. 152–162.
3. *Васильева А.В.* О психодинамических аспектах соотношения психотерапии и фармакотерапии в лечении невротических расстройств / А.В. Васильева, С.В. Полтораки // Обозр. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 2012. – № 3. – С. 88–93.
4. *Караваева Т.А.* Изменение психотерапевтических и реабилитационных стратегий при лечении невротических расстройств в условиях социально-экономических перемен. Ч. II. Изменение психологических характеристик у больных с невротическими расстройствами в последние три десятилетия / Т.А. Караваева, Е.А. Колотильщикова, Е.Б. Мизинова // Обозр. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 2010. – № 3. – С. 63–65.
5. *Карвасарский Б.Д.* Неврозы / Б.Д. Карвасарский. – М. : Медицина, 1990. – 576 с.
6. *Карвасарский Б.Д.* Российская психотерапия: задачи и проблемы развития / Б.Д. Карвасарский // XIV съезд психиатров России : материалы съезда. – М., 2005. – С. 404.

7. Клиническая психология и психотерапия / под ред. М. Перре и У. Баумана ; пер. с нем. под ред. В.А. Абабкова. – 3-е изд. – СПб. [и др.] : Питер, 2012. – 943 с.

8. Клиническая психология. – 4-е изд. / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб. [и др.] : Питер, 2010. – 864 с.

9. Клиническая психотерапия в общей врачебной практике / В.А. Абабков, А.В. Васильева, Б.А. Казаковцев [и др.] ; под ред. Н.Г. Незнанова, Б.Д. Карвасарского. – СПб. [и др.] : Питер, 2008. – 528 с.

10. *Назыров Р.К.* Развитие психотерапевтической помощи в условиях реформирования системы здравоохранения в Российской Федерации / Р.К. Назыров // Психиатрические аспекты общемедицинской практики : сб. тез. науч. конф. – СПб. : Науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, 2005. – С. 49–53.

11. *Полтораки С.В.* Психофармакотерапия и психотерапия в лечении невротических расстройств / С.В. Полтораки // Психосоциальные проблемы психотерапии, коррекционной педагогики, специальной психологии : материалы съезда. – Курск : КГМУ, 2003. – С. 111–115.

12. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля (пособие для врачей и психологов) / Л.И. Вассерман, О.Ф. Ерышев, Е.Б. Клубова [и др.]. – СПб. : Науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, 2005. – 48 с.

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

14. *Федоров А.П.* Соотношение клинических, психологических и социально-психологических характеристик при неврозах и их прогностическое значение для терапии : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.П. Федоров – Л., 1978. – 21 с.

15. *Холявко В.В.* О клинической психотерапии / Р.К. Назыров, В.В. Холявко // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины : сб. тез. науч. конф. – СПб. : Науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, 2006. – С. 41–42.

16. *Чехлатый Е.И.* О дальнейшем совершенствовании и повышении эффективности психотерапевтической помощи населению (по материалам 1-го съезда Российской психотерапевтической ассоциации) / Е.И. Чехлатый // Психотерапия: от теории к практике : материалы 1-го съезда РПА. – СПб. : Науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, 1995. – С. 146–152.

17. *Чуркин А.А.* Место психотерапии в новой концепции охраны психического здоровья / А.А. Чуркин // Психотерапия: от теории к практике : материалы 1-го съезда РПА. – СПб. : Науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, 1995. – С. 21–25.

18. Я-структурный тест Г. Аммона: опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне : пособие для психологов и врачей / Ю.Я. Тупицын, В.В. Бочаров, Т.В. Алхазова, Е.В. Бродская. – СПб. : Науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, 1998. – 44 с.

19. *Barsky A.J.* Somatization Increases Medical Utilization and Costs Independent of Psychiatric and Medical Comorbidity / A.J. Barsky, E.J. Orav, D.W. Bates // Arch. Gen. Psychiatry. – 2005. – Vol. 62. – P. 903–910.

20. *Sifneos P.E.* Two different kinds of psychotherapy of short duration / P.E. Sifneos // Am. J. Psychiatry. – 1967. – Vol. 123, N 9. – P. 1069–1074.

ПСИХИАТРИЯ

УДК 159.9 : 616.89-07

О.В. Кремлева, А.Л. Гельд, Л.С. Круглов

АЛЕКСИТИМИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКЕ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург;
Психиатрическая больница № 3, Екатеринбург;
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический
институт им. В.М. Бехтерева

Введение

Под алекситимией понимается состояние, характеризующееся трудностью в восприятии и оценке собственных чувств, невозможностью различать тонкие нюансы своих переживаний, а также сложностью их выражения (как с помощью жестов, позы и мимики, так и при словесном общении с другими людьми).

В зарубежной литературе алекситимию как особый стиль чувствования и мышления часто связывают с депрессивными и тревожными расстройствами [6, 7, 9, 11, 14, 16, 18]. При этом высокая алекситимия обнаружена в невротической и психосоматической выборках, а также у больных шизофренией [5,13,17].

Алекситимия представляет из себя сложный конструкт и не может быть полностью отражена глобальной оценкой ее выраженности [19]. В этой связи предложен анализ отдельных факторов методики Торонтской алекситимической шкалы (ТАС) [8]. В процессе внедрения русской версии методики было отмечено, что факторный анализ шкалы дал в итоге структуру, соответствующую построению концепции алекситимии [1]. Причем указанная структура характеризовалась стабильностью и надежностью, а ее валидность получила отражение и при изучении соотношения данной шкалы с другими методиками, направленными на изучение личности и психопатологических расстройств.

Наиболее дифференцированным подходом, который и был реализован в настоящей работе, представляется использование четырехфакторной модели алекситимии. Несмотря на уже проведенный анализ природы рас-

смаатриваемых нарушений [2, 3, 4], изучение взаимосвязей клиничко-психопатологических проявлений с компонентами тревоги и депрессии и характеристик указанной сложной модели еще не стал предметом специального исследования в отечественной литературе.

Цель исследования – выявление ассоциированности алекситимии в целом и ее составляющих, согласно четырехфакторной модели, с тревожно-депрессивными проявлениями в структуре непсихотических и психотических психопатологических расстройств.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 157 человек. Основную группу составили 100 пациентов с различными психическими заболеваниями психотического и непсихотического регистра (мужчин было 22, женщин – 78), в возрасте от 20 до 56 лет, средний возраст – $(33,7 \pm 1,7)$ года, случайно выбранных из обратившихся за помощью в психиатрическое учреждение. Исследование проводилось на базе амбулаторного и стационарных отделений городской психиатрической больницы.

Критериями включения являлись возраст пациентов от 20 до 60 лет и наличие клинически идентифицированного тревожно-депрессивного симптомокомплекса в структуре различных психических расстройств. Указанный симптомокомплекс характеризовался прежде всего беспокойством, чувством напряженности или страха, легко проявляющейся повышенной возбудимостью, ощущением дискомфорта, нервозности, раздражительностью, чувством усталости, нарушениями сна, отсутствием желаний, печалью и безнадежностью, разочарованием в себе, сниженной способностью к концентрации внимания, сосредоточенностью на проблемах, неопределенными соматическими жалобами, не соответствующими результатам обследования соответствующих органов.

Психические расстройства диагностировались в соответствии с исследовательскими диагностическими критериями МКБ-10. Распределение пациентов основной группы по клиническим формам психических расстройств представлено следующим образом: фобические и тревожные расстройства (рубрики МКБ-10 F40–42) – 57 %, реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43) – 10 %, соматоформные расстройства (F45) – 7 %, депрессивный эпизод (F32) – 3 %, расстройства личности (F60, 61) – 6 %, органическое расстройство личности (F07) – 1 %, шизофрения (F20, 21, 23) – 16 % [3].

Контрольную группу составили 57 человек, в отношении которых не обнаруживалось поводов к психиатрическому консультированию (мужчин было – 8, или 14 %, женщин – 49, или 86 %). Их возраст находился в диапазоне от 20 до 60 лет, средний возраст – $(31,8 \pm 2,0)$ года. Основная и контрольная группы были сопоставимы по полу и возрасту ($p > 0,05$).

Наличие тревожных и депрессивных проявлений в основной группе прежде всего определялось клинико-психопатологическим методом. Количественная выраженность этих проявлений оценивалась по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) [20] (все 100 бланков оказались пригодны для анализа).

Уровень алекситимии измерялся у представителей обеих групп по TAS-26, адаптированной в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева. Все 157 заполненных бланков оказались пригодны для анализа, при котором у каждого респондента подсчитывался общий балл алекситимии и баллы составляющих алекситимического конструкта в соответствии с четырехфакторной моделью TAS-R [6]. В этой модели к 1-му фактору (F_1) отнесены утверждения, отражающие затруднения при идентификации чувств и при различении между чувственными переживаниями и физическими ощущениями; ко 2-му (F_2) – затруднения при описании переживаний; к 3-му (F_3) – недостаточная мечтательность; к 4-му (F_4) – экстерналино ориентированный способ мышления.

Математико-статистическая обработка материала исследования основывалась на вычислении средних величин ($M \pm m$), а также применении U-теста Манна–Уитни и коэффициента корреляции (ρ) Спирмена, которые были использованы в связи с несоответствием данных по выборке нормальному распределению. Обработка материала производилась на компьютере с использованием статистического пакета Vortex 8.0.7.

Результаты и их анализ

Для целей настоящего исследования произведено разделение основной группы на «непсихотическую» ($n = 80$) и «психотическую» ($n = 20$) подгруппы. Обе эти подгруппы не имели значимых различий по гендерному составу, среднему возрасту и уровню образования ($p > 0,05$).

Средние значения TAS, включая глобальную оценку алекситимии и оценки четырех алекситимических факторов, представлены отдельно для сравнения основной и контрольной группы (табл. 1) и «непсихотической» подгруппы с «психотической» (табл. 2). Средние значения тревоги и де-

прессии по HADS для «непсихотической» / «психотической» подгрупп также представлены в табл. 2. В этих же таблицах содержатся результаты корреляционного анализа между принадлежностью к группе или подгруппе и показателями TAS и HADS.

Таблица 1

Сравнительный анализ показателей TAS в основной и контрольной группах, балл ($M \pm m$)

TAS	Группа		p
	основная	контрольная	
Глобальная оценка	65,97 ± 2,67	56,88 ± 2,83	< 0,05
F ₁	22,36 ± 1,33	15,72 ± 1,55	< 0,05
F ₂	11,19 ± 0,37	9,58 ± 0,43	< 0,05
F ₃	11,78 ± 0,62	12,33 ± 0,88	> 0,05
F ₄	6,18 ± 0,50	6,42 ± 0,60	> 0,05

Как следует из представленных данных, у психических больных средние значения глобальной оценки алекситимии находились в диапазоне, соответствующем градации группы риска по данному параметру. У здоровых же указанный показатель не превышал норму. При корреляционном анализе более высокая глобальная оценка TAS, а также высокие значения F₁ и F₂ значимо выделяли пациентов с психическими расстройствами из всей выборки (см. табл. 2).

Таблица 2

Показатели TAS и HADS в «непсихотической» и «психотической» подгруппах, балл ($M \pm m$)

Исследуемый показатель	Подгруппа		p
	«непсихотическая»	«психотическая»	
TAS			
Глобальная оценка	66,66 ± 2,88	63,20 ± 7,31	> 0,05
F ₁	23,20 ± 1,34	19,00 ± 3,94	> 0,05
F ₂	11,45 ± 0,84	10,15 ± 1,53	> 0,05
F ₃	11,63 ± 0,69	12,40 ± 1,52	> 0,05
F ₄	6,08 ± 0,53	6,60 ± 1,41	> 0,05
HADS			
Тревога	11,61 ± 0,71	9,25 ± 2,12	> 0,05
Депрессия	9,29 ± 0,67	9,65 ± 2,17	> 0,05

Для факторов алекситимии F_3 и F_4 значимых корреляций с наличием психотических расстройств не получено ($p > 0,05$). Таким образом, в отличие от психически здоровых, пациенты, страдающие психической патологией с тревожно-депрессивной симптоматикой, характеризовались более выраженными проявлениями алекситимии. Наиболее значимые затруднения у этих пациентов наблюдались при идентификации собственных чувств, их отграничении от телесных ощущений и в вербальном выражении своего эмоционального состояния. Полученные данные согласуются с результатами, описанными некоторыми зарубежными авторами [7, 12].

Обе клинические подгруппы («непсихотическая» и «психотическая») характеризовались значениями глобальной оценки алекситимии, находящимися в диапазоне повышенного риска. При этом статистически значимых различий по этому показателю между ними не выявлено и попытка разграничить по выраженности алекситимии и ее факторов обе клинические подгруппы также не показала соответствующих значимых корреляционных связей (см. табл. 2). Следовательно, полученные в настоящей работе данные не позволяют считать алекситимические характеристики специфически «невротическими» или «психотическими» феноменами. При этом и выраженность тревоги и депрессии, измеренных по HADS (см. табл. 2), также не имела значимых корреляционных связей с «непсихотическим» / «психотическим» уровнем психопатологии.

Результаты корреляционного анализа, в котором определялась взаимосвязь значений тревоги и депрессии по шкале HADS с глобальной оценкой алекситимии и показателями четырех ее факторов представлены в табл. 3. Обнаружены выраженные и значимые ($p < 0,01$) позитивные корреляции глобальной оценки алекситимии с тревогой и депрессией по HADS, что подтверждает их взаимосвязь [11]. При этом последняя в большей степени затрагивает выраженность депрессивного компонента.

Таблица 3

Корреляционные связи глобальной оценки алекситимии и ее факторов с тревогой и депрессией по HADS в основной группе

HADS	TAS				
	Глобальная оценка	F_1	F_2	F_3	F_4
Тревога	$\rho = 0,563$; $p < 0,01$	$\rho = 0,625$; $p < 0,01$	$\rho = 0,398$; $p < 0,05$	$\rho = 0,197$; $p > 0,05$	$\rho = 0,234$; $p > 0,05$
Депрессия	$\rho = 0,687$; $p < 0,01$	$\rho = 0,502$; $p < 0,01$	$\rho = 0,375$; $p < 0,05$	$\rho = 0,253$; $p > 0,05$	$\rho = 0,241$; $p > 0,05$

Позитивные связи двух «чувственных» факторов (F_1 и F_2) алекситимии с обоими измерениями HADS были более сильными для F_1 , особенно по параметру тревоги. Следовательно, составляющие алекситимического конструкта, отражающие трудности идентификации чувств, разграничения чувств и телесных ощущений, а также нарушение вербального выражения своего эмоционального состояния находятся в тесной взаимосвязи с аффективными психопатологическими проявлениями. При этом обоснованно полагать, что подобная взаимосвязь может носить двоякий характер. С одной стороны, если человек с алекситимией не осознает своих чувств и не может нормально проживать их, это не исключает их наличие в «подавленном» состоянии. Подобные переживания могут создавать внутреннее беспокойство и в том или ином виде преодолевать соответствующий самоконтроль. Поэтому при алекситимии легко возникают выраженные эмоциональные срывы, причины которых неполностью осознаются. После таких срывов появляется все больше причин для контроля собственных чувств, и алекситимия прогрессирует. По мере этого усиливается необщительность и снижается способность к взаимодействию с окружающими. Большинство исследователей алекситимии считают ее первичной личностной характеристикой по отношению к тревоге и депрессии и повышающей риск их развития под влиянием стресса [15]. В силу недостаточности эмоциональных коммуникаций и избегания эмоционально близкой взаимосвязи алекситимики имеют больше межличностных проблем, чем неалекситимики [18]. Затруднения эмоционального процессинга при алекситимии нарушают самопонимание и способность копинга со стрессогенными ситуациями, что приводит к стабилизации негативных аффективных состояний вплоть до развития тревожных и депрессивных симптомов [11].

Но, с другой стороны, нельзя не отметить клинически очевидную возможность пренебрежения, прежде всего при депрессии, своим внутренним физическим и психическим благополучием и снижение способности к корректной оценке своего поведения. Такие пациенты уже в силу собственного психического состояния плохо понимают свои чувства, а затем и чувства других людей, во многом теряют способность к сопереживанию. У них возникают значительные трудности в общении с окружающими из-за холодного и отчужденного обращения с последними. Соответственно, существует и противоположная точка зрения, поддерживающая концепцию «вторичной алекситимии» [14], которую ранее неалекситимичные индивиды могут развивать в попытке противостоять негативным эмоциям, ассоциированным со стрессом. Таким образом, алекситимия может быть фено-

меном, вторичным по отношению к тревоге и депрессии, защитным образом блокируя осознание прочих дистрессирующих аффектов, например гнева [6].

С двумя другими факторами алекситимии (F_3 и F_4) значимых связей тревоги и депрессии в настоящем исследовании не обнаружено, т. е. когнитивные составляющие алекситимии (бедность воображения и экстерналистско-ориентированный стиль мышления) не были связаны с указанными психопатологическими феноменами.

Заключение

Таким образом, наличие алекситимических проявлений во многом составляет особенность психических заболеваний, а применение методики TAS может оказывать дополнительную помощь в их своевременном выявлении. Причем, несмотря на то что это положение относится к достаточно широкому кругу форм психической патологии, имеется тесная взаимосвязь алекситимии с наличием в состоянии больного тревожного и депрессивного компонентов. Подобная закономерность в первую очередь касается чувственного компонента рассматриваемого явления, т. е. способности к идентификации собственного эмоционального состояния и его адекватному словесному выражению. Очевидно, что это имеет особое значение при тех состояниях в рамках различных психических заболеваний, при которых аффективный компонент нарушений остается скрытым, «маскированным» другими проявлениями. Между тем выявление истинной психопатологической феноменологии остается первостепенно важным для выбора как корректной медикаментозной терапии, так и мишенной психотерапевтического воздействия.

Кроме того, полученные данные существенны в плане оценки результатов скрининговых исследований, направленных на раннее выявление риска тревожной и депрессивной психопатологии с последующим осуществлением своевременных мер психопрофилактики.

Вместе с тем попытка разделить «психотическую» и «непсихотическую» выборки с тревожной и депрессивной симптоматикой на основе измерений алекситимии не привела к статистически значимым результатам. Эти данные позволяют предположить, что алекситимия может составлять неспецифическую область отклонений, которая затрагивает и пограничные, и психотические расстройства с тревожной и депрессивной симптоматикой. Данное положение, в некоторых аспектах, заставляет согласиться с меньшей актуальностью дихотомии неврозы/психозы, что в определен-

ной степени поддерживается принципами ныне действующей классификации МКБ-10.

Литература

1. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах : пособие для психологов и врачей / Д.Б. Ерьсько, Г.Л. Исурина, Е.В. Кайдановская [и др.]. – СПб. : Науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, 2005. – 25 с.

2. *Гараян Н.Г.* Концепция алекситимии / Н.Г. Гараян, А.Б. Холмогорова // Соц. и клинич. психиатрия. – 2003. – № 1. – С. 128–145.

3. *Гельд А.Л.* Ассоциации тревоги и депрессии при количественной оценке по HADS у пациентов с тревожной симптоматикой / А.Л. Гельд, О.В. Кремлева // Урал. мед. журн. – 2010. – Вып. 9. – С. 54–60.

4. *Секоян И.Э.* Алекситимия: предиктор, признак психосоматизации или личностная характеристика? / И.Э. Секоян // Независимый психиатрич. журн. : Вестн. НПА. – 2007. – № 4. – С. 22–28.

5. A Comparative Study on Alexithymia in Depressive, Somatoform, Anxiety, and Psychotic Disorders among Koreans / Sung Hwa Son, Hyunyoung Jo, Hyo Deog Rim [et al.] // Psychiatry Investig. – 2012. – Vol. 9, N 4. – P. 325–331.

6. A Prospective long-term follow-up study of alexithymia in obsessive-compulsive disorder / M. Rufer, A. Ziegler, H. Alsleben [et al.] // Compr. Psychiatry. – 2006. – Vol. 47, N 5. – P. 394–398.

7. Association of Alexithymia and Depression Symptom Severity in Adults 50 Years of Age and Older / P.M. Bamonti, M.J. Heisel, R.A. Topciu [et al.] // Am. J. Geriatr Psychiatry. – 2010. – Vol. 18, N 1. – P. 51–56.

8. *Bagby R.M.* Alexithymia: A comparative study of three self-report measures / R.M. Bagby, G.J. Taylor, L. Atkinson // J. of Psychosomatic Research. – 1988. – Vol. 32. – P. 107–116.

9. *Bankier B.* Alexithymia in DSM-IV disorder: comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression / B. Bankier, M. Aigner, M. Bach // Psychosomatics. – 2001. – Vol. 42, N 3. – P. 235–240.

10. Cross-validation of the factor structure of the Toronto Alexithymia Scale / R.M. Bagby, G.J. Taylor, J.D.A. Parker [et al.] // J. of Psychosomatic Research. – 1990. – Vol. 34. – P. 47–51

11. *Grabe H.J.* Alexithymia and Personality in Relation to Dimensions of Psychopathology / H.J. Grabe, C. Spitzer, H.J. Freyberger // *The Am. J. of Psychiatry.* – 2004. – Vol. 161, N 7. – P. 1299–1301.
12. *Hirsch N.* Schemas precoces mal adaptes, depression et alexithymie chez des adolescents hospitalises suicidaires (Early maladaptive processes, depression and alexithymia in suicidal hospitalized adolescents) / N. Hirsch, M. Hautekeete, F. Kochman // *Encephale.* – 2001. – Vol. 27, N 1. – P. 61–70.
13. Is alexithymia related to negative symptoms of schizophrenia? A preliminary longitudinal study / O. Todarello, P. Porcelli, F. Grilletti [et al.] // *Psychopathology.* – 2005. – Vol. 38. – P. 310–314.
14. Is alexithymia a personality trait increasing the risk of depression? A prospective study evaluating alexithymia before, during and after a depressive episode / C. Marchesi, S. Bertoni, A. Cantoni [et al.] // *Psychological Med.* – 2008. – Vol. 38, N 12. – P. 1717–1722.
15. *Lundh L.G.* Alexithymia, emotion, and somatic complaints / L.G. Lundh, M. Simonsson-Sarnecki // *J. Pers.* – 2001. – Vol. 69, N 3. – P. 483–510.
16. *Marchesi C.* Are alexithymia, depression, and anxiety distinct constructs in affective disorders? / C. Marchesi, E. Brusamonti, C. Maggini // *J. Psychosom. Res.* – 2000. – Vol. 49, N 1. – P. 43–49.
17. No words for feelings: alexithymia in schizophrenia patients and first-degree relatives / M. van 't Wout, A. Aleman, B. Bermond [et al.] // *Compr Psychiatry.* – 2007. – Vol. 48, N 1. – P. 27–33.
18. *Saarijarvi S.* Alexithymia and depression: a 1-year follow-up study in outpatients with major depression / S. Saarijarvi, J.K. Salminen, T.B. Toikka // *J. Psychosom Res.* – 2001. – Vol. 51. – P. 729–733.
19. *Sivik T.* Psychosomaticism Test and Test of Operational Style - Construct Validity: Relationship with Toronto Alexithymia Scale (TAS-r) / T. Sivik, N. Delimar, R. Schoenfeld // *Psychological Topics* 16. – 2007. – Vol. 2. – P. 251–258.
20. *Zigmond A.C.* The Hospital Anxiety and Depression scale / A.C. Zigmond, R.P. Snaith // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1983. – Vol. 67. – P. 361–370.

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.96

Е.Е. Малкова

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СУЩНОСТЬ ТРЕВОГИ В НОРМЕ И ПРИ АНОМАЛИЯХ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ

Российский государственный педагогический университет
им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург

Введение

Проблема понимания психологической сущности тревожности и ее значения в онтогенезе для нормального и аномального развития личности в настоящее время является актуальной не только для возрастной, педагогической и медицинской психологии, но и для клиники детских болезней, детской и подростковой психиатрии, философии, естествознания и многих других наук. Эмпирически установленным фактом является то, что зафиксированные уже в раннем детстве переживания травмирующих ситуаций или событий не проходят бесследно, они обуславливают своеобразный фон для дальнейшего формирования личности. Именно фиксация детских тревог задает вектор психического развития: нормального или нарушенного, причем эти нарушения могут проявляться и соматическими, и невротическими, и психотическими расстройствами.

Не все классики, да и современные клиницисты и психологи придерживаются такой точки зрения. Довольно популярным, порой излишне стигматизированным является представление о тревоге и тревожности как статичных психических свойствах. Практически в каждой работе, так или иначе затрагивающей проблемы тревожности, можно встретить ссылки на определения данных терминов, представленные еще полвека назад Ч. Спилбергером [19]. Согласно ему, «тревога» является состоянием, отражающим реакцию индивида на угрозу (мнимую или реальную), а «тревожность» – чертой личности, характеризующей ее способность в любых ситуациях реагировать преимущественно состоянием тревоги. К слову отметить, сам Ч. Спилбергер уже через 10 десять лет в своих работах достаточно осторожно писал [21, 24], что данные феномены весьма специфичны, если речь идет о подростках, а в отношении детской тревоги вообще воздерживался от четких определений. Создав свой «универсальный» тест,

разграничивающий феномены тревоги и тревожности у взрослых по очень простому принципу: «здесь и сейчас» или «часто/всегда» [22], он приостановил дискуссии на эту тему, ведшиеся не один десяток лет такими проницательными психологами, как Зигмунд и Анна Фрейд, Маргарет Малер, Отто Ранк, Мелани Кляйн, Альфред Адлер, Карен Хорни, Джон Боулби, Карл Роджерс, РолоМэй и мн. др. Отечественные ученые с энтузиазмом подхватили данную концепцию, прекратив изыскания сущности и проявлений этих распространенных клинико-психологических феноменов. Однако мало кто из них обратил внимание на то, что даже для взрослых Ч. Спилбергер рекомендовал использовать различные возрастные нормативы (в диапазоне от 19 до 59 лет им было выделено по крайней мере 4 возрастные группы, существенно отличающиеся проявлениями тревоги – тревожности). На фоне этого не иссякающий поток публикаций на тему тревожности не только свидетельствует об их важности для концептуального оформления самых разных психических явлений, но и дает основания полагать, что точку ставить рано. Само по себе наличие тревоги как феномена, сопряженного с богатым разнообразием явлений психической жизни как детей, так и взрослых приводит к мысли о том, что тревога является стержневым свойством, определяющим развитие. Неслучайно и Ч. Спилбергер, настойчиво обращаясь в своих работах к теме возрастных аспектов проявлений феномена тревожности, подчеркивал неадекватность его трактовки с использованием статичных критериев, не зависящих от возраста [20, 23]. Ведь последствия формирующейся тревожности выражаются в том, что, не влияя в целом на интеллектуальное развитие, фиксация, к примеру, детской тревоги отрицательно сказывается на формировании дивергентного (т. е. креативного, творческого) мышления, для которого естественны такие личностные черты, как отсутствие страха перед новым и неизвестным. Но и это не главное.

Проведенный нами весьма поверхностный историко-этимологический анализ терминов «тревога» и «тревожность» показал их расплывчатость и неопределенность, особенно в части, где они обсуждаются зарубежными авторами [13]. И здесь уже включаются в обсуждение не только концептуальные моменты научных трактовок, но и культурально и исторически обусловленные представления о переживании данного феномена в разных языковых и этнических культурах. В то же время ряд авторов, преимущественно психофизиологического направления, представляют действие культуры всего лишь результатом предпочтения одной «базовой» эмоциональной реакции над другой. Однако более адекватным представляется

обсуждение вопросов о системе, где «инстинктивные эмоциональные реакции» модифицируются в процессе социального научения. По нашему убеждению, просто рассматривать тревожность как целостную эмоциональную реакцию на определенную угрозу – значит заведомо упрощать положение вещей, поскольку проблемы, связанные с ней, не могут быть рассмотрены иначе, чем как в целом относящиеся к феномену личности в социальном контексте развития.

В связи с этим следует признать, что и «тревогу», и «тревожность» необходимо рассматривать как наиболее универсальные и фундаментальные психические образования. В то же время необходимо учитывать и тот факт, что их нельзя противопоставлять друг другу, поскольку в действительности они выступают как сопряженные друг с другом, многомерные и сложные по структуре психические феномены.

Наиболее очевидно это проявляется в онтогенетическом аспекте. Так, изначально мы наблюдаем действительно реакцию, если угодно – «тревогу». Здесь речь идет именно о состоянии специфической напряженности как реакции на опасности, угрожающие ребенку со стороны собственных влечений, по сути – как проявление инстинкта самосохранения. Именно это переживание и составляет исходное чувство, называемое тревогой, чувство, которое носит глубинный, иррациональный, внутренний характер и сопровождается неопределенным, безотчетным страхом. С развитием психики ребенка и вхождением его в мир предметных, а затем и социальных отношений это диффузное ощущение угрозы целостности «опредмечивается», определяя границы «Я» – сначала внешние, а в подростковом возрасте и внутренние, создавая тем самым условия формирования личности.

Именно в системе отношений, задаваемых социальными ситуациями развития, тревога, по мере накопления опыта актуализаций и фиксации способов реагирования, формирует индивидуальные особенности личности – тревожность, но не как тип, а как вектор, «доминанту» развития, предопределяющую и уязвимость, «слабое звено», которые формируют черты индивидуально-типологической реактивности личности. Таким образом, тревога как проявление инстинкта самосохранения по мере формирования личности (накопления опыта взаимодействия с окружающим) перерастает в тревожность как форму предуготованности к экзистенциальному страху утраты своей сущности.

Когда речь идет о детях, кризисах развития и т. п., безусловно, необходимо иметь в виду систему отношений, определяющих вклад ближайше-

го окружения – родителей: сначала матери, отца и, позже, семейной системы в целом. Для любого ребенка это не просто значимые старшие, это еще и носители моделей мира, во взаимодействии с которыми формируется и опыт переживания тревоги, и опыт ее преодоления. Именно родители определяют внешние границы «Я» ребенка, обуславливающие в дальнейшем выстраивание внутренних – собственно личности. В настоящее время довольно подробно изучены родительские стили – ведущие к гармоничному развитию и те, которые заведомо его нарушают, способствуя формированию личностных аномалий. Однако есть нечто, не вписывающееся в эти рамки, когда родители «все делают правильно», а ребенок «выбирает» путь аномального развития. Это «нечто» мы привыкли называть патологией. Именно здесь рушатся наши представления о том, что правильно, а что нет. И традиционно считающиеся в психологии и педагогике «неправильными» стили родительского отношения способны в значительной степени редуцировать патологические феномены, сгладить реакции тревоги, сигнализирующей об опасности, изменить путь развития.

Помимо этого, большинство ученых, описывающих феномен тревоги у детей, отмечают особую роль матери, онтогенетически призванной стоять на страже обеспечения эмоциональной безопасности ребенка. Ведь в данном случае, что бы ни угрожало взаимоотношениям в диаде «мать – ребенок», это будет угрозой общему статусу ребенка в мире отношений с другими людьми и гармоничному развитию его личности. Отец же имеет свою, не менее, а может, даже более важную функцию – регулятора материнских влияний. Без отца, деятельно участвующего во взаимодействии с ребенком, матери чрезвычайно трудно транслировать систему внешних ограничений. Ребенок как система, оставаясь «открытым», не имеет возможности действовать самостоятельно, поскольку тревога, отражающая страх перед неопределенностью, блокирует деятельность/развитие, замедляя или искажая его тренд. При этом отличительной чертой тревожных расстройств у детей и подростков является то, что «тяжелая» тревога повреждает само функционирование в различной степени и в разных ситуациях.

Исходя из этого, детскую тревожность можно рассматривать с разных позиций – и как механизм развития в норме и при патологии, и как предвестник патологических изменений личности, и как симптом, включенный в более серьезный патологический процесс. Поэтому и анализ специфики тревожных расстройств у детей и подростков необходимо проводить, как минимум, в трех направлениях: процессуальном (дина-

мика развития), стигматизирующем (фиксация тревоги) и симптоматическом (психопатология).

Тем не менее в клинической практике возрастная специфика тревожности редко учитывается, а тревожные расстройства в детском и подростковом возрасте, как правило, классифицируются аналогично таковым у взрослых. И это, с нашей точки зрения, не может быть оправдано ни с каких позиций, поскольку переживаемая детьми и подростками тревога никогда не является самостоятельным расстройством, отличаясь высокими показателями коморбидности.

Тревожные расстройства в детском и подростковом возрасте чрезвычайно многогранны и определяются многими факторами. Как же нам понять переживания ребенка, который, к примеру, чересчур беспокоится из-за возможности быть отвергнутым кругом своих сверстников: страдает ли он физически, не хочет ходить в школу или испытывает и то и другое? Как нам перевести в психологически осмысленные формулировки тревоги ребенка, его испуганные слова или чувство ужаса?

В настоящее время существуют самые различные методики для диагностики структуры и основных проявлений тревоги и тревожности у детей. Спектр этих методических приемов достаточно широк – от самоотчетов о состоянии страха и тревоги до непосредственного наблюдения за поведением детей. Подводя итоги анализу существующих психодиагностических методов определения тревожности, можно констатировать тот факт, что каждый из них содержит определенные конструктивные недостатки и ограничения в использовании у детей и подростков [16].

В рамках обозначенной нами эволюционно-возрастной позиции главным в психологической диагностике тревожности у детей школьного возраста представляется акцент на рассмотрении данного феномена в качестве своеобразной реакции на попытки справиться с проявлениями дистресса, характерного для периода школьного обучения ребенка/подростка на всех уровнях его функционирования. Исходя из этого подхода, мы предполагали выйти на решение вопросов о том, каким образом закономерно возникающая в этом возрасте тревога в связи с ситуациями школьного обучения может трансформировать внутреннее ощущение единства «Я» на фоне отклонений в психической сфере мальчиков и девочек с точки зрения объяснения механизмов нормального и аномального развития личности.

Материалы и методы

Оставаясь верными этой концепции, мы разработали опросник «Многомерная оценка детской тревожности» (МОДТ) [15], который, в отличие от известных на настоящем этапе психодиагностических методик определения тревожности, представляется конструктивно более совершенным и не имеющим принципиальных ограничений в его использовании у детей и подростков широкого возрастного диапазона (от 7 до 18 лет). К основным преимуществам МОДТ могут быть отнесены:

1. Многомерный характер оценок тревожности. На основании результатов, полученных по 10 шкалам, представляется возможным получение информации о структурных особенностях тревожности конкретного ребенка или подростка по четырем основным направлениям психологической оценки:

– уровней тревоги, имеющих непосредственное отношение к личностным реакциям ребенка (1, 3 и 7-я шкалы),

– особенностей психофизиологического и психовегетативного тревожного реагирования ребенка в стрессогенных ситуациях (9-я и 10-я шкалы),

– роли особенностей социальных контактов ребенка (в частности – со сверстниками, учителями и родителями) в развитии его тревожных реакций и состояний (соответственно – 2, 4 и 5-я шкалы),

– роли ситуаций, связанных со школьным обучением, в развитии тревожных реакций и состояний ребенка (6-я и 8-я шкалы);

2. Широкий возрастной диапазон возможного применения опросника. Возможность использования единого методического подхода к исследованию детей и подростков в возрасте от 7 до 18 лет, позволяющего отслеживать не только возрастную динамику структуры тревожности, но и специфику ее проявлений в связи с особенностями психоэмоционального развития детей и подростков в различные периоды школьного обучения.

При помощи опросника МОДТ представляется возможным дифференцированно оценивать особенности проявлений тревожности в зависимости от пола, которые являются существенными для медико-психолого-педагогической практики, особенно в работе с подростками в период полового созревания;

3. Оценка детской тревожности на основании специально разработанных надежных статистических нормативов тестовых показателей дифференцированно для всей совокупности половозрастных групп детей и подростков в возрасте от 7 до 18 лет.

Используя данный опросник на различных половозрастных группах школьников в норме и при разных уровнях патологии, мы выявили некоторые закономерности сфер актуализации тревожности. В нашем исследовании приняли участие 1659 школьников с различными вариантами развития личности (адаптивным, аномально-психогенным – невротическим и соматическим, а также аномально-эндогенным – психотическим), которые были разделены на 4 возрастные группы: 7–10 лет (младший школьный возраст) – 256 человек, 11–12 (предпубертатный возраст) – 386 человек, 13–15 (пубертатный возраст) – 524 человека, 15–17 лет (юношеский возраст) – 493 человека. Как видно из табл. 1, обследованные дети относительно равномерно были распределены по уровням развития личности в каждом возрасте.

Таблица 1

Распределение обследованных школьников по возрасту и уровню развития личности

Уровень развития личности	Дети (7–10 лет)		Младшие подростки (11–12 лет)		Подростки (13–14 лет)		Старшие подростки (15–17 лет)		Всего	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Адаптивный	158	16,8	251	26,6	338	35,9	195	20,7	942	56,8
Соматический	35	11,9	60	20,4	81	27,2	118	40,1	294	17,7
Невротический	63	23,3	56	20,7	73	27,0	78	28,9	270	16,3
Психотический	–	–	19	12,4	32	20,9	102	66,7	153	9,2
Итого	256	15,4	386	23,3	524	31,6	493	29,7	1659	100

В группу с аномальным развитием личности были включены 717 больных детей школьного возраста с тревожными нарушениями различных уровней (соматического – 294, невротического – 270 и психотического – 153 человека), проходящих амбулаторное и стационарное обследование и лечение в различных учреждениях Санкт-Петербурга в связи с преобладанием в структуре их актуального психического состояния аффекта тревоги. Данные больные были всесторонне обследованы при участии врачей-клиницистов (психиатров, психоневрологов, психотерапевтов, педиатров и т. п.) на базах Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева (детское, подростковое, нейрохирургическое и консультативное отделения), консультативно-диагностического центра Санкт-Петербургского педиатрического медицинского университета, кафедры педиатрии Северо-Западного государст-

венного медицинского университета, а также Санкт-Петербургского городского кризисного центра для детей и подростков.

В табл. 2 представлено распределение исследованных больных по полу в зависимости от нозологической группы, соответствующей определенному уровню развития личности. Как видно из табл. 2, по полу исследованные больные распределились относительно равномерно.

Таблица 2

Распределение исследованных больных по полу в зависимости от нозологической группы, соответствующей определенному уровню развития личности

Нозологическая группа	Девочки		Мальчики		Все	
	n	%	n	%	n	%
<i>Соматический уровень</i>	146	49,7	148	50,3	294	41,0
Соматоформные тревожные расстройства	83	48,3	89	51,7	172	58,5
Психологические и поведенческие факторы тревожного характера, связанные с соматическим расстройством или заболеванием (F54+)	63	51,6	59	48,4	122	41,5
<i>Невротический уровень</i>	121	44,8	149	55,2	270	37,7
Невротические и связанные со стрессом тревожные расстройства	100	46,7	114	53,3	214	79,3
Эмоциональные и поведенческие расстройства тревожного спектра, специфические для детского и подросткового возраста	21	37,5	35	62,5	56	20,7
<i>Психотический уровень</i>	82	53,6	71	46,4	153	21,3
Шизофрения и шизотипические расстройства	60	54,1	51	45,9	111	72,5
(Аффективные) расстройства настроения, личности и поведения, включая органические	22	52,4	20	47,6	42	27,5
Итого	349	48,7	368	51,3	717	100,0

Результаты и их анализ

В результате изучения сфер актуализации тревожности у детей и подростков при разных уровнях развития личности оказалось, что структура детской и подростковой тревожности имеет ярко выраженную половозрастную специфику, поскольку изменяется различным образом у мальчиков и девочек на разных этапах онтогенеза. В целом, по результатам проведенного нами комплексного эмпирического исследования были определены основные тенденции проявления данных феноменов у детей и подростков школьного возраста в норме и при расстройствах тревожного спектра соматического, невротического и психотического уровней.

Оценка динамики актуализации тревожности у школьников в норме обнаружила выраженные различия в сферах актуализации тревожности у девочек 7–10 лет и мальчиков 15–17 лет, что является непосредственным свидетельством неравномерности протекания процесса взросления в зависимости от пола ребенка [10, с. 24–32]. Так, переломным для девочек является возраст 11–12 лет, а для мальчиков 13–14 лет, что в целом соответствует основным представлениям о периодизации развития в подростковом возрасте. Кроме того, было отмечено, что «профили» тревожности у мальчиков в интервале 11–14 лет и у девочек в интервале 13–17 лет достоверно не отличаются, что указывает на временную определенность промежутка, соответствующего критической фазе развития эмоциональной сферы у подростков, делая особенно заметной половозрастную неравномерность психологического созревания. Указание на аналогичный характер различий в протекании подросткового криза, связанный с особенностями переработки эмоционально значимой информации представителями разного пола, можно найти в монографии М. Гариен [5]. Подобного рода тенденция к сопряжению показателей, отвечающих за возрастные особенности проявлений тревожности, также дает наглядное представление об эмпирическом подтверждении положений, отраженных в основных законах развития ребенка [4], психодинамике основных компонентов его личности [1] и медико-психологических предпосылках психического развития [9].

В то же время обращает на себя внимание тот факт, что тревога в отношениях с родителями у школьников всех возрастов остается приблизительно на одном и том же уровне, что, в свою очередь, может свидетельствовать об особой значимости данного фактора при возникновении какой-либо эмоциональной дезорганизации. Наибольшая разница по данному показателю отмечается лишь между группами младшего (11–12 лет) и старшего (15–17 лет) подросткового возраста, что может свидетельствовать о специфической динамике значимости родителей на различных этапах подросткового криза: от нивелирования авторитетов в негативной фазе, к модифицированному варианту принятия – в позитивной. Таким образом, можно полагать, что степень гармоничности отношений с родителями могла бы служить своего рода маркером эмоциональной нестабильности ребенка в школьном возрасте, поскольку в норме само формирование аффекта тревоги в качестве целостного и адекватно функционирующего защитного механизма происходит в онтогенезе постепенно, в соответствии со стадиями развития психики.

Помимо особенностей актуализации сфер тревожности у школьников в норме, нами был отмечен ряд характерных моментов в динамике проявлений тревожности у детей и подростков при психогенно аномальных вариантах развития личности. Так, при общей тенденции к снижению профиля тревожности в процессе школьного обучения у детей и подростков с тревожными расстройствами соматического уровня обратили на себя внимание различия в динамике этого снижения у мальчиков и девочек [14]. У девочек данное снижение видится относительно поступательным и равномерным, тогда как у мальчиков подобная поступательность и равномерность отмечается лишь в начале пубертата (с 11–12 лет). Можно было бы предположить, что это связано, в первую очередь, с неравномерностью темпов развития в зависимости от пола. Ведь известно, что именно девочки «входят» в подростковый возраст несколько раньше мальчиков и их развитие представляется относительно стабильным, тогда как у мальчиков «позднее вхождение» в пубертат знаменуется резкими психофизиологическими изменениями [7, 8, 18]. Более же высокий уровень общей тревожности у детей младшего школьного возраста может быть связан не только с собственно началом обучения в школе, но и с тем, что в этой возрастной группе преобладают дети, страдающие соматическими расстройствами (в противоположность соматоформным). Именно они были более астенизированы, болезнь сама по себе вызывала у них тревогу, в то время как у детей с соматоформными расстройствами соматические симптомы тревогу «скрывали». Кроме того, обратила на себя внимание тематика тревожных переживаний у детей и подростков при патологии соматического уровня. У детей с подобного рода расстройствами чаще нарастало беспокойство в ситуациях, непосредственно связанных с обучением в школе (отношения с учителями, успешность обучения, проверка знаний), ярко проявлялись связанные с ними личностные реакции на возможные оценки окружающих в ситуациях самовыражения. Кроме того, у девочек на фоне большого количества соматических жалоб отмечалось снижение психической активности, обусловленное тревогой. Другими словами, именно неблагополучие, связанное со «школьными» проблемами, способно «деформировать» развитие личности соматически ослабленного ребенка. Ведь изначально неспособность справиться с возрастающими школьными нагрузками трактуется и самим ребенком и его близкими как неблагополучие в соматической сфере, что искажает направление формирования его взаимоотношений с окружающим миром и делает более «тревожным» именно в этих сферах.

Еще один факт заслуживает внимания – это отсутствие различий в проявлениях тревожности по полу в начале школьного обучения (7–10 лет) при относительно высоком профиле тревожности и в старшем школьном возрасте (15–17 лет), когда тревога снижается. Именно здесь можно говорить о тенденции к оформлению тревоги как преимущественно соматической реакции, нивелирующей значимые полоспецифические особенности эмоционального реагирования. Таким образом, поскольку рассматриваемый нами возрастной период является собственно этапом формирования личности, можно говорить об особой значимости ситуаций, связанных со школьным обучением, переживание напряжения в которых у соматически ослабленных детей приводит к фиксации соматических реакций как варианта психогенно обусловленной аномалии развития личности.

Проанализированная нами половозрастная динамика проявлений тревожности у детей и подростков при патологии невротического уровня акцентирует внимание на следующих моментах [11]. У девочек школьного возраста при патологии невротического уровня в клинической картине преобладала фобическая симптоматика (33,3 %), сопровождающаяся стойкими проявлениями тревоги типичного для соответствующего возраста внутреннего содержания. Она и вызывала отчетливое снижение социального приспособления. При этом у мальчиков тревожная симптоматика в большей степени обуславливалась социальными причинами (27,3 %). Тревога чаще возникала в связи со школьным обучением, когда их поведение кардинально менялось в зависимости от обстановки, появлялись преувеличенные опасения относительно приемлемости своего поведения в глазах посторонних. При этом динамика тревожности в отношениях с родителями, так же как и у школьников в норме, отсутствовала не только в связи с изменениями социальной ситуации развития, но и на фоне разворачивания невротического конфликта. Тем не менее на начальных этапах обучения в школе патология невротического уровня у детей чаще возникала на фоне несоответствия предъявляемых требований реальным возможностям ребенка, а также переживаний в связи с необходимостью инструментальной оценки их способностей в школе. При этом содержание тревожной симптоматики в подростковом возрасте соответствовало актуальным для детей среднего и старшего возраста событиям их психофизического и социально-психологического существования. На фоне этого у девочек с тревожными расстройствами невротического уровня по мере взросления эмоциональные реакции в большей степени проявлялись на уровне дезорганизации психовегетативной сферы, в то время как у мальчиков с возрастом форми-

ривалась склонность вытеснять сам факт эмоционального дискомфорта в тревожных для него ситуациях.

В результате проведенного исследования динамики тревожных проявлений у подростков при патологии психотического уровня обнаружилось, что закономерный рост тревоги на фоне выраженных полоспецифических особенностей в начале подросткового криза явился фактором, способным в целом дезорганизовать развитие личности [12]. Болезнь в данном случае «разрушала» еще только формирующуюся структуру личности, психопатологически «опредмечивая» тревогу в психологически понятных областях межличностных отношений у девочек и в телесном образе у мальчиков. Именно патологический процесс, смещая акценты тревоги в область психотических нарушений тестирования реальности, размывал идентичность и «уводил от реальности». Так, уже в старшем подростковом возрасте мы могли наблюдать малодифференцированную тревогу и отсутствие полоспецифических особенностей в сферах ее актуализации.

Изначально в возрасте 11–12 лет (начало пубертата) мы наблюдали реакции и переживания подростков с тревожными расстройствами психотического уровня, которые были соотносимы с «невротическими», поскольку на этом уровне развития еще не наблюдалось ярко очерченных фактов нарушений тестирования реальности. При этом процесс формирования идентичности больного, несмотря на тенденции к диффузии, был относительно сохранным (компенсированным). Впоследствии, еще до перехода состояния личностной структуры больного на «истинно» психотический уровень с утерей тестирования реальности и рыхлой диффузной идентичностью, приводящей ко все более выраженной патологии межличностных отношений, мы могли фиксировать этап так называемой психопатизации. Этот этап патологического развития/распада личности характеризовался тенденциями к увеличению нарушения контроля над реальностью, в полной мере еще не доходящего до «истинно» психотического разрыхления идентичности и увеличения напряженности в сфере социального взаимодействия. При этом так называемое магическое мышление уже служило средством контроля внешнего мира. Подобного рода «уходам от реальности» Джон Стайнер дал емкое определение – «психические убежища» [17]. Это – своеобразные душевные состояния, в которых пациенты прячутся, скрываясь от тревоги и психической боли в связи с утратой целостности «Я». Такой способ совладания с тревогой, по его мнению, способен трансформировать невротических пациентов в психотических. Тревога в данном случае представлялась как страх перед дезинтеграцией себя или ощущение

себя дезинтегрированным. Кроме того, варианты описанной выше динамики ряд исследователей соотносит с «разрастанием дыры в Я», когда именно психопатологическая симптоматика используется психотическим пациентом как средство адаптации к реальности и совладания с аффектом тревоги [2, 3]. Соглашаясь с мнением О. Кернберга, можно полагать, что по мере возрастания тревоги исследованные нами пациенты вынуждены были использовать все более архаические и мощные психологические защиты, чрезмерно сильно искажающие реальность и нарушающие ее тестирование [6]. Другими словами, именно тревога здесь может быть рассмотрена как отправная точка развития в континууме от невротических до психотических проявлений в структуре эмоционального реагирования подростков.

Таким образом, у обследованных нами подростков с тревожными расстройствами психотического уровня изначально наблюдалось нарастание неадекватности тревожных переживаний именно в ключевых темах, характерных для подросткового возраста, а также нестабильность вегетативного статуса, придающая их симптоматике особую окраску. С возрастом мы наблюдали увеличение нарушения контроля реальности и себя, разрыхление идентичности и усиление напряженности в сфере социального взаимодействия. Так, по мере развития, актуальность тревожных переживаний, связанных с «близкими» отношениями (со значимыми близкими – родителями и сверстниками), постепенно теряла свою напряженность, и для больного подростка они переставали играть роль объекта, поддерживающего развитие его «Я». В то же время тревога в сфере общения с формальными взрослыми (учителями) оказалась сильно зависящей от пола ребенка (у девочек она заметно росла, а у мальчиков – падала). Другими словами, в нашем исследовании именно психопатологическая симптоматика использовалась психотическими пациентами как средство адаптации к реальности и совладания с аффектом тревоги, связанной с ощущением роста личностной дезинтеграции.

Обсуждение результатов

Исходя из всего вышесказанного, сам по себе ребенок, тревожный он или нет, рассматривался нами как развивающаяся структура, в которой тревожность являлась фактором, регулирующим эмоционально-поведенческую сферу личности, а тревога выступала признаком адаптационного напряжения. При этом различные социальные ситуации на разных этапах психического развития у детей и подростков актуализировали различные мотивы поведения, фрустрация которых могла сопровождаться тревогой.

Однако, как показало наше исследование, не все дети реагировали в схожих ситуациях и на одной стадии развития одинаково. Многообразие форм эмоционального и поведенческого реагирования обуславливалось множеством факторов, в том числе биологических, обнаруживая структурные отличия уровней реактивности – тревожности.

Так, оказалось, что на разных этапах возрастного развития и в зависимости от пола ребенка тревога по-разному опредмечивается, а в зависимости от индивидуальных особенностей отличается еще и уровневыми характеристиками выраженности. Собственно же формирование личности ребенка – ее социализация, – по сути, являлось расширением социального репертуара его поведения. Соответственно, на каждом этапе психического развития спектр травмирующих ситуаций различный, поскольку ребенку приходится решать разные задачи социализации. И здесь он неизбежно сталкивается с тревожностью – как одним из элементов избыточной реактивности, стремящейся перерасти в диффузные эмоциональные нарушения. И именно тревога выступает показателем адаптационного напряжения, которое является необходимым условием формирования и психики, и личности, своеобразным регулятором поведения, контролирующим импульсивность. Другими словами, именно тревога является индикатором спектра потенциально психотравмирующих ситуаций: это могут быть ситуации в ближайшем окружении значимых лиц, ситуации самооценивания, оценки другими, страхи и опасения (в фактических или воображаемых ситуациях) и т. д., и т. п.

Таким образом, мы видим, что на разных этапах онтогенеза разнообразные сферы активности вовлекают ребенка в переживания чувства тревоги. При этом сам ребенок, изначально обладая собственной системой реактивности, находится в окружении взрослых, которые по-разному формируют ее проявления. Именно в соответствии с этим каждый раз и возникают новые психогении, способные зафиксировать неадаптивные формы поведения, актуализируя тревогу, вплоть до полной блокировки отдельных аспектов поведения.

Тем не менее в настоящее время устоявшимся является интерес к проблемам отношения к себе при невротическом развитии личности, и практически не принимается во внимание (или рассматривается исключительно опосредованно) отношение больного к окружающей внешней реальности. Возможно, это оправдано в случае взрослых, однако мы не решились бы смело переносить это на трактовку подобных состояний у детей. Действительно, ведь именно «хороший контакт больного невротом с

внешней реальностью» является его основным отличием от психотического пациента. Однако все совсем не так и может приводить к неправильным выводам относительно адекватности суждений больного неврозом в отношении окружающего (за редким исключением отдельных людей и ситуаций), а в случае детских расстройств еще более специфично. Довольно часто, «раскручивая» различные эпизоды, связанные с восприятием больного неврозом ребенка, мы можем видеть его сходство с таковыми у психотических пациентов, но только не так ярко выраженными. Ведь мы знаем, что сама по себе основа нарушения объективного восприятия реальности при неврозе непосредственно связана с недоосмыслением самого себя, говоря языком психоанализа – диссоциацией границ «Я». Но ведь личность ребенка еще находится в стадии формирования и собственно границы еще не строго очерчены. Ну, чем не признак психотической дезорганизации? Ведь здесь – и неадекватность эмоциональных переживаний, и ослабление волевого усилия, и многое другое, так часто наблюдаемое в клинике шизофрении. Можно ли, таким образом, говорить, что любые нарушения самоощущения следовало бы рассматривать как симптом психопатологии вообще? Кажется, да, если не учитывать фактор развития, поскольку сами по себе количественные различия психотического и непсихотического кажутся здесь недостаточными, а кардинальные различия очевидны.

В нашем исследовании мы попытались показать значение тревоги в процессе психического развития и формирования личности, сделал акцент на ее уровне и интенсивности в различные возрастные периоды развития и при наличии патологических состояний различного уровня, характеризующих ее интенсивность. Кроме того, мы попытались проанализировать характерные психотравмирующие факторы для ребенка на разных этапах развития в связи с полом (опредмечивание тревоги в связи с фрустрациями некоторых индивидуальных базовых потребностей, подлежащих контролю). Изучение возрастной динамики сфер актуализации тревоги при патологии различного уровня показало, что тревога может быть:

- соматически редуцированной врожденными или приобретенными индивидуальными механизмами (соматический уровень);
- избыточной для типовых ситуаций социализации (невротический уровень);
- полонеспецифически размытой и избыточной как реакция на нарушения сложившихся устойчивых психических образований (психотический уровень).

Исходя из этого, тревожное расстройство невротического уровня у детей может быть предстательно как диссоциация системы формирующейся личности по причине противоречивых или несовместимых побуждений. Соответственно тревожные расстройства психотического уровня у них являются деструкцией этой системы, при которой тревога возможна лишь на ранних стадиях, когда структура еще способна испытывать возмущения от угрозы разрушения. Таким образом, обозначенная нами выше схожесть на начальных этапах невротического и психотического оказывается обусловленной просто тревогой. Ведь именно здесь тревога выступает впервые как признак расстройства. В то же время, тревога при невротических формированиях – это реакция на нарушение целостности (внутренний конфликт), а при психотических – это шум трескающегося льда («картины реальности»). Внешне они практически не различимы, и даже фабула жалоб может быть одной, однако вектор динамики все расставляет на свои места, и со временем невротическая тревога становится все более аффективной, а психотическая размывается.

Можно сказать, что в самой «природе личности» уже заложены определенные механизмы, позволяющие сохранять «ядро», и если их действие приводит к психозу, то именно он и является своеобразным способом адаптации (распространения внутренних границ и размывание внешних), позволяющим не допускать внутреннего напряжения при попытках осознания (на чувственном уровне) границ реальности. Исходя из этого, апатобулический симптом можно представить как адаптацию в условиях новой энергетики, а поведение бредового больного – как адаптацию к содержанию измененного внутреннего мира. Собственно же внешние проявления внутренней картины переживания – вещь случайная, в сущности – это обрывки некогда целостной системы, не подпитываемой больше нужной энергией (отсюда – снижение болевых порогов, вычурные поступки, парабулии).

Другими словами, в нашей концепции тревога становится реакцией на совершенно иную угрозу, нежели внешняя опасность, а именно – угрозу формирующейся внутренней структуре личности (идентичности). Эта угроза зависит не от воспоминаний, а от структуры формирующейся личности.

Таким образом, тревога – это вовсе не ощущение неопределенной опасности, а прямое ощущение угрозы существующему характеру формирующейся личности. В таком случае и содержание патологической тревоги напрямую зависит от индивидуального набора личностных свойств ребенка и его стратегий совладания со стрессом.

Ощущая тревогу в процессе какой-либо деятельности (учебной у младших школьников, интимно-личностного общения у подростков и учебно-профессиональной у старших подростков), ребенок прежде всего испытывает угрожающее ощущение самого себя, которое вызывается этим видом деятельности, поскольку в каждом возрасте качество и содержание этого ощущения и вызываемой им тревожности определяется природой индивидуальных (конституционно обусловленных) личностных свойств. В данном случае достаточно только лишь присутствия характерного признака исходящей угрозы, например ее смутности, неуловимости, а иногда даже непонятности, чтобы включились динамические процессы саморегуляции личности, которые так часто называют защитными. И здесь оказывается важной не столько фабула переживания, сколько порог чувствительности и скорость включения корригирующих (ограничивающих) реакций. Таким образом, собственно тревогу можно сравнить по функциям с болью.

В случае же патологии патогенный конфликт (психотравма) является не первопричиной, а содержанием личностной реакции (тревожности), поскольку воздействует непосредственно на «слабое звено» конституционально-личностной структуры. Другими словами, патогенные детские переживания тревоги, связанные либо с реальной эмоциональной травмой, либо с ожиданием воображаемой опасности, не столько приводят (или вообще не приводят) к травматическим воспоминаниям, сколько меняют саму личность и характеристики ее стресс-совладающего (адаптационного) поведения (робкого, послушного, ригидно-обязательного, внимательного, осторожного и т. п.). Скорее всего, именно такое направление развития будет патологическим, т. е. мы полагаем, что у патологически формирующейся личности закрепляется своя система границ «Я», предупреждающая появление тревоги. И именно личностные свойства определяют то, что будет вызывать тревогу, а не наоборот, как считалось ранее.

Заключение

Таким образом, тревога, с нашей точки зрения, не может в полной мере быть обозначена ни как функция, ни как состояние, ни как свойство темперамента или личности. Это – системный процесс регуляторного функционирования психики, который одновременно является маркером напряжения, а ситуации, в которых она манифестирует, – это условия, которые ввиду их неосвоенности (в результате семейной сенсibilизации или из-за избыточного реагирования) ребенком, травмируют и разрушают его еще только формирующиеся границы личности.

Тревожность – это средство ориентирования в мире и сигнал адаптивности внутренней системы поиска адекватной (месту, времени) активности. Исходя из этого, патологической следует считать только ту тревогу, которая блокирует активность (не дает развиваться) на уровне действия или видения путей преодоления/обхода. Соответственно, блокированная активность может когнитивно оформляться в симптом («мне это не нужно»), а если когнитивных средств недостаточно, то ее отрабатывает вегетативная система на соматическом уровне, и, кстати, отрабатывает все по той же схеме двойного побуждения. Ведь уже в панических состояниях мы можем наблюдать конкурентное возбуждение и симпатической («бежать»), и парасимпатической («стоять не двигаться») систем. Таким образом, в развитии личности важнейшим фактором становится противодействие окружения врожденному типу реактивности, при котором сила побуждения и сила конкурирующего запрета равны.

Проводимые в этом направлении исследования определяют новые методические предпосылки и открывают перспективы для дальнейших исследований тревожности в клинической психологии развития.

Литература

1. *Алехин А.Н.* Теория личности человека / А.Н. Алехин, А.В. Курпатов // Вестн. Балт. акад. – 1998. – Вып. 17. – 133 с.
2. *Аммон Г.* Динамическая психиатрия / Г. Аммон. – СПб., 1996. – 197 с.
3. *Аммон М.* Психологические основы системы психотерапевтических воздействий в динамической психиатрии : автореф. дис. ... д-ра психол. наук / Аммон М. – СПб., 2004. – 46 с.
4. *Выготский Л.С.* Психология развития ребенка / Л.С. Выготский. – М. : Смысл : Эксмо, 2003. – 512 с.
5. *Гариен М.* Мальчики и девочки учатся по-разному! = Boys and girls learn differently! : руководство для педагогов и родителей : [пер. с англ.] / М. Гариен. – М. : Астрель : АСТ, 2004. – 301 с.
6. *Кернберг О.* Тяжелые личностные расстройства / О. Кернберг. – М. : Класс, 2005. – 464 с.
7. *Кулагина И.Ю.* Возрастная психология: развитие человека от рождения до поздней зрелости: учеб. пособие для вузов / И.Ю. Кулагина, В.Н. Колюцкий. – М. : Сфера, 2005. – 464 с.
8. *Личко А.Е.* Подростковая психиатрия (руководство для врачей) / А.Е. Личко. – Л. : Медицина, 1985. – 416 с.

9. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А.Е. Личко. – СПб. : Речь, 2010. – 256 с.

10. Малкова Е.Е. Возрастная динамика проявлений тревожности у школьников / Е.Е. Малкова // *Вопр. психологии.* – 2009. – № 4. – С. 24–32.

11. Малкова Е.Е. Динамика проявлений тревожности, как механизма дезадаптации у школьников при патологии невротического уровня / Е.Е. Малкова // Юбилейный сб. науч. трудов (к 10-летию каф. клинич. психологии). – СПб. : Стратегия будущего, 2010. – С. 173–181.

12. Малкова Е.Е. Патопсихологические проявления тревоги при психозах в подростковом возрасте / Е.Е. Малкова // *Вестн. психотерапии.* – СПб., 2012. – № 41 (46). – С. 81–98.

13. Малкова Е.Е. Семантико-этимологический анализ понятия и термина «тревога» при использовании его в современной отечественной и зарубежной психологии / Е.Е. Малкова // *Вестн. Юж.-Урал. гос. ун-та. Сер. Психология*, вып 15. – 2011. – № 42 (259). – С. 25–29.

14. Малкова Е.Е. Соматоформные и соматические расстройства у школьников как психогенные реакции в социально-стрессовых ситуациях / Е.Е. Малкова // *Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях.* – 2012. – № 2 – С. 77–85.

15. Малкова (Ромицына) Е.Е. Психодиагностическая методика многомерной оценки детской тревожности : пособие для врачей и психологов / Е.Е. Малкова (Ромицына). – СПб. : Науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, 2007. – 34 с.

16. Ромицына Е.Е. Сравнительный анализ тестов тревожности (на материале детей и подростков) / Е.Е. Ромицына // *Сиб. психол. журн.* – 2004. – № 20. – С. 120–128.

17. Стайнер Дж. Психические убежища. Патологические организации у психотических, невротических и пограничных пациентов : пер. с англ. / Дж. Стайнер. – М. : Когито-Центр, 2010. – 239 с.

18. Шевченко Ю.С. Онтогенетически ориентированная – интегративная концепция / Ю.С. Шевченко // *Психотерапия и клинич. психология.* – 2008. – № 1. – С. 17–22.

19. Anxiety and behavior / C.D. Spielberger (Ed.). – New York : Academic Press, 1966. – 414 p.

20. Spielberger C.D. Anxiety, cognition, and affect: A state-trait perspective / C.D. Spielberger // *Anxiety and the anxiety disorders* / A.H. Tuma, J. Maser (Eds.). – Hillsdale, NJ : Erlbaum, 1985. – P. 171–182.

21. Spielberger C.D. Anxiety: Theory and research / C.D. Spielberger //

International Encyclopedia of Neurology, Psychiatry, Psychoanalysis, and Psychology / B.B. Wolman (Ed.). – New York : Human Sciences Press. 1977. – P. 81–84.

22. *Spielberger C.D.* State-Trait Anxiety Inventory: Bibliography / C.D. Spielberger. – 2nd ed. – Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press, 1989. – 16 p.

23. *Spielberger C.D.* The treatment of test anxiety: A transactional process model / C.D. Spielberger, P.R. Vagg. – Berwyn, PA : Swets North America, 1987. – Chap. 16. – P. 179–186.

24. *Spielberger C.D.* Understanding stress and anxiety / C.D. Spielberger. – London : Harper and Row, 1979. – 356 p.

УДК 159.9 : 616-097

*И.М. Улюкин, К.Н. Додонов,
М.С. Милоенко, В.Н. Болехан*

СУБЪЕКТИВНЫЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ НА КЛИНИЧЕСКИ ВЫРАЖЕННЫХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова;
Республиканская клиническая инфекционная больница,
Усть-Ижора, Санкт-Петербург

Введение

Установление диагноза ВИЧ-инфекции является тяжелым стрессорным фактором. При этом на первый план выступают эмоциональные переживания, приводящие, в том числе, к повышению риска развития различных форм суицидального поведения, одним из которых является чувство вины, которое относят к группе эмоций, направленных в основном на себя, но имеющих отношение к взаимоотношениям с другими людьми, то есть к социальному контролю. Вина считается одной из интегральных характеристик системы отношений личности, в которую включены неприятие себя и других, враждебность, подозрительность, обидчивость, экстернальность и ведомость. Однако чувство вины играет положительную роль в развитии личности человека, если находится в некотором оптимальном пределе, при котором обеспечивается адекватное понимание индивидом себя и окружающей действительности. Вместе с тем считается, что данный

феномен в зарубежной и отечественной психологии разработан недостаточно.

В ряду других эмоций, испытываемых ВИЧ-позитивными людьми, стоит и чувство агрессивности по отношению к себе, к предполагаемому источнику заражения, к сложившейся ситуации. Агрессивность как свойство личности присуща человеку от рождения, но формируется она в ходе жизнедеятельности. Ту или иную индивидуальную окраску агрессивность приобретает лишь в процессе социализации человека (под которой понимаются приобретение личного жизненного эмоционального опыта, усвоение морально-нравственных норм, формирование ценностной системы, интериоризация гендерных ролей на основе природных физических и психологических особенностей) в контексте социальной направленности личности, мотивов ее поведения, тех ценностей, ради достижения которых им и осуществляется вся эта деятельность [12]. Отмечена взаимосвязь между социометрическим статусом субъектов и оценкой их агрессивности окружающими. Более агрессивными считаются лица со статусом «отверженных» [7]. Считается, что агрессивная, деятельная сторона человеческой природы подталкивает людей и заставляет их пытаться влиять на мир вокруг, тогда как социальная пассивность создает условия для проявления безразличия, инертности как по отношению к себе, так и по отношению к окружающим [6].

Так, негативная агрессивность проявляется в склонности личности угрожать, запугивать, оскорблять, ненавидеть, насильственно нарушать права другого человека, причинять ему вред, ущерб [5, 24, 28]. Считается, что сердцевину деструктивной агрессии составляет жажда власти над другими. Позитивную агрессивность, напротив, определяют как склонность личности к самоутверждению, что позволяет ей двигаться в направлении цели без промедления, без страха и сомнения [19], как готовность личности активно и напористо защищать свои интересы, быть уверенной в себе и склонной к энергичному самовыражению и самореализации [8, 29]. Позитивными характеристиками такой агрессивности являются функции самосохранения и психологическая разрядка. Все это находит свое отражение в идеях экзистенциальной психологии о свободе и личностном росте человека, что позволяет рассматривать агрессивность как качество, без которого стремление человека к росту и развитию невозможно [1, 2, 10, 11].

Вместе с тем известно, что хронически текущие соматические заболевания сопровождаются болевыми ощущениями. Под термином «боль» понимают как неприятное многомерное (сенсорное и эмоциональное) пе-

реживание, связанное с реальным или предполагаемым повреждением тканей, которое находит свое отражение в жалобах, так и, одновременно, реакцию организма, мобилизующую различные функциональные системы для его защиты от воздействия патогенного фактора.

В настоящее время чувство вины и агрессивность у больных ВИЧ-инфекцией на фоне имеющихся соматических жалоб изучены недостаточно. Однако считается, что выявление непосредственных признаков социальных и межличностных расстройств, которые можно рассматривать как признак развивающейся стигматизации и социальной маргинализации больных, является актуальным, так как эти факторы потенциально препятствуют социальной адаптации больных, затрудняют оказание медицинской помощи и проведение профилактических мероприятий, тем самым способствуя распространению инфекции [15]. Это положение и послужило основанием для выполнения настоящей работы.

Материалы и методы

Объект исследования составили 37 больных ВИЧ-инфекцией на фоне антиретровирусной терапии (АРВТ). Женщин было 27, мужчин – 10. Средний возраст мужчин составил $(27,9 \pm 6,2)$ лет, женщин – $(29,7 \pm 6,1)$ лет. Распределение больных выполнено по классификации CDC (стадия А – стадия начальных проявлений заболевания, стадия В – клинически выраженная стадия заболевания в отсутствие СПИД-индикаторной патологии, стадия С – стадия СПИДа) [3]. У 28 пациентов диагностирована стадия В, у 9 – стадия С. 1-ю группу составили 8 пациентов с длительностью заболевания от 4 до 7 лет, 2-ю – 29 пациентов с течением болезни 7 лет и более.

АРВТ назначалась пациентам индивидуально в соответствии с существующими рекомендациями. Критерии исключения больных из исследования – возраст моложе 18 и старше 45 лет, тяжелая декомпенсированная соматическая и психическая патология, активная наркомания.

На момент обследования все пациенты были в состоянии клинической ремиссии. В 1-й группе больных вирусная нагрузка ниже определяемого уровня была у 6 пациентов, во 2-й – у 24 больных. В остальных случаях было достигнуто достоверное снижение вирусной нагрузки, эти пациенты начали терапию относительно недавно. Значимых побочных реакций на применяемые препараты к началу настоящего исследования не было.

Чувство вины как состояние и как черта характера в отношениях между больными ВИЧ-инфекцией исследовались опросником «Воспринимаемый индекс вины» [27], агрессивность межличностных отношений –

тестом А. Ассингера [9], интенсивность эмоционально окрашенных жалоб по поводу физического самочувствия – «Гиссенским опросником соматических жалоб» [9] и субъективное переживание боли опросником Мак-Гилла [30] в стандартных интерпретациях.

Работа выполнена в соответствии с положениями «Конвенции о защите личности в связи с автоматической обработкой персональных данных» [14]. У всех пациентов было получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием пакета прикладных программ «Statistica for Windows» [21].

Результаты и их анализ

По результатам исследования «Воспринимаемого индекса вины» отмечено усиление эмоционального переживания чувства вины в динамике заболевания как состояния (G-state), хотя показатели его растут недостоверно ($p > 0,05$). Так, средний балл теста на стадии В составил ($3,2 \pm 1,5$), на стадии С – ($3,5 \pm 1,7$), при длительности заболевания от 4 до 7 лет – ($4,0 \pm 2,2$), 7 лет и более – ($3,1 \pm 1,4$).

Сходные данные ($p > 0,05$) были получены и в отношении генерализованной Я-концепции (как средства обеспечения внутренней согласованности, интерпретатора опыта и источника ожиданий) (G-trait). Средний балл теста на стадии В составил ($4,7 \pm 2,0$), на стадии С – ($5,0 \pm 2,4$), при длительности заболевания от 4 до 7 лет – ($4,4 \pm 1,7$), 7 лет и более – ($4,9 \pm 2,1$).

При подсчете данных по второму вектору методики отмечено, что интенсивность реакции чувства вины в динамике заболевания ниже обычных переживаний.

При изучении показателей G-state выявлена умеренная отрицательная корреляционная связь между данными групп В и С ($r = -0,36$), между группой С и 1-й и 2-й группами ($r = -0,33$ и $r = -0,33$ соответственно). Положительная корреляционная связь средней силы установлена между данными групп В и 2-й ($r = 0,55$); между данными остальных групп – слабая и очень слабая.

При изучении показателей G-trait установлена умеренная отрицательная корреляционная связь между данными групп В и С ($r = -0,42$) и сильная отрицательная корреляционная связь между данными 1-й и 2-й группами ($r = -0,77$); между данными остальных групп – очень слабая.

При семантическом анализе определений из списка чувств вины как состояния (G-state) установлено, что большинство (14, 5 и 16 респонден-

тов) в группах В, С и 2-й в настоящий момент считают себя «спокойными». Самый значительный разброс мнений, по понятным причинам, был отмечен в 1-й группе, здесь «спокойных» оказалось только 2 пациента.

В ходе изучения генерализованной Я-концепции, которая определяет не просто то, что собой представляет индивид, но и то, что он о себе думает, как смотрит на свое деятельное начало и возможности развития в будущем (G-trait), отмечено, что большинство респондентов переживают чувство вины в группе В в основном спокойно и разочарованно (8 и 6 пациентов соответственно), в группе С – спокойно, сдерживаемо и подавлено (по 2 пациента), в 1-й группе – разочарованно и спокойно (5 и 2 пациента соответственно), во 2-й группе – спокойно и сдерживаемо (7 и 5 пациентов соответственно).

Установлено, что агрессивность у больных ВИЧ-инфекцией в динамике заболевания можно расценить как невыраженную (табл. 1).

Таблица 1

*Показатели агрессивности больных ВИЧ-инфекцией
в динамике заболевания на фоне АРВТ*

Стадия		Длительность, лет	
В	С	от 4 до 7	7 и более
18,9 ± 4,5	7,7 ± 1,6	6,1 ± 1,5	20,0 ± 4,5

Здесь и в табл. 2–3 (*): различия в группах при $p < 0,05$.

Показано, что в динамике заболевания, при переходе одной клинической стадии в другую, агрессивность уменьшается, а по мере увеличения длительности заболевания достоверно нарастает. Применительно к стадийности выявленный факт обусловлен вероятной психосоциальной адаптацией к своему заболеванию на фоне развития психоорганического синдрома, а применительно к длительности – наличием клинических проявлений болезни (даже в состоянии ремиссии на фоне АРВТ), которое больные способны принять не в должной мере, даже при наличии установок на поддержание своего здоровья. Но в то же время не все пациенты при значительной длительности патологического состояния находились на стадии СПИДа. Известно, что потребности индивидуального развития с неизбежностью формируют в людях способность к устранению и разрушению препятствий и к преодолению того, что противодействует этому процессу. Поэтому агрессивность здесь выступает как защитный механизм, как прием вытеснения страха за свою жизнь и здоровье (или «оборонительная аг-

рессия», по Э. Фромму) и обусловлена, так сказать, «стесненностью жизненного пространства», и поэтому она может быть расценена в данном случае как способ психологической разрядки.

Отмечена умеренная положительная корреляционная связь между показателями агрессивности в группах В и С ($r = 0,34$), В и 2-й ($r = 0,32$), а также умеренная отрицательная корреляционная связь между данными групп В и 2-й ($r = -0,36$). Корреляционная связь между остальными данными была слабой.

На фоне невыраженной агрессивности по мере увеличения длительности заболевания отмечалось достоверное нарастание общего балла Гиссенского опросника соматических жалоб (табл. 2). Здесь необходимо отметить, что люди, болеющие в течение непродолжительного времени, произошедшее ухудшение здоровья сравнивают со здоровьем, а длительно болеющие – с патологическим состоянием, бывшим ранее.

Таблица 2

Показатели шкал Гиссенского опросника соматических жалоб у больных ВИЧ-инфекцией на фоне АРВТ

Шкала теста	Стадия		Длительность, лет	
	В	С	от 4 до 7	7 и более
Истощение	28,5 ± 14,9	12,7 ± 5,3	5,4 ± 2,1	35,7 ± 16,6*
Желудочные жалобы	11,8 ± 7,1	7,5 ± 3,1	2,8 ± 1,2	16,3 ± 6,9*
Ревматический фактор	26,8 ± 7,0	10,0 ± 1,6*	3,3 ± 1,1	28,7 ± 7,9*
Сердечные жалобы	10,0 ± 1,6	6,3 ± 2,7	2,7 ± 1,3	15,2 ± 9,4*
Общий балл	19,6 ± 5,1	9,1 ± 1,7*	3,5 ± 0,7	24,0 ± 5,5*

Сходная картина наблюдается и при изучении отдельных шкал теста, но при этом достоверность различия показателей в зависимости от стадии заболевания отмечена только для шкалы «Ревматический фактор» (по определению методики, «отражающей субъективные страдания человека, которые носят алгический и/или спастический характер»), а в зависимости от его длительности – по всем шкалам.

Подобным же образом оцениваются пациентами субъективные болевые ощущения по опроснику Мак-Гилла (табл. 3). При изучении взаимосвязи между показателями болевых ощущений отмечена умеренная положительная корреляционная связь между данными групп В и 2-й ($r = 0,36$). Корреляция между остальными данными была слабой.

Таблица 3

*Показатели субшкал опросника Мак-Гилла у больных
ВИЧ-инфекцией на фоне АРВТ*

Субшкала	Стадия		Длительность, лет	
	В	С	от 4 до 7	7 и более
Сенсорная	5,7 ± 1,2	5,1 ± 1,6	2,3 ± 0,8	7,3 ± 1,4*
Аффективная	7,4 ± 3,6	4,5 ± 2,4	2,3 ± 1,5	9,4 ± 5,2*
Оценочная	7,7 ± 18,0	3,7 ± 1,4	3,0 ± 12,7	9,0 ± 12,9
Смешанная	13,0 ± 4,1	4,7 ± 1,3*	4,0 ± 1,2	14,1 ± 3,7*
Индекс оценивания боли	7,9 ± 1,5	4,8 ± 0,9*	3,0 ± 0,6	9,3 ± 1,6*
Общее число выбранных слов для описания своего состояния	3,2 ± 0,5	2,6 ± 0,5	1,9 ± 0,5	3,4 ± 0,5*

Во всех группах боль вызывала чувство тревоги, утомления и изматывания. Выявлены различия в характеристиках боли в зависимости от стадии и длительности заболевания (табл. 4).

Таблица 4

Основные свойства боли у больных ВИЧ-инфекцией на фоне АРВТ

Характеристика боли	Группа, число пациентов			
	В (n = 28)	С (n = 9)	1-я (n = 8)	2-я (n = 29)
Острая	7	3	1	8
Режущая	3	3	0	6
Раскалывающая		3		4
Тупая	5		3	
Ноющая	8			7
Утомляющая	11	2	3	10
Изматывающая	11	2	3	14
Вызывающая тревогу	16	4	5	15
Угнетающая	8	3		11
Раздражающая	7	2		6
Обессиливающая	16	7		21
Невыносимая	3			
Сильная	8		2	6
Умеренная	10	4		14
Слабая	5		3	

По интенсивности на стадии В пациенты в основном свою боль считали умеренной, острой, раздражающей, обессиливающей, угнетающей, а на стадии С – умеренной, острой, режущей, раскалывающей, угнетающей, обессиливающей.

В 1-й группе пациенты считали, что их боль в основном слабая, тупая, а во 2-й – что она умеренная, ноющая, угнетающая, обессиливающая.

Один пациент во 2-й группе на стадии С боли не отметил вообще.

Данные по взаимозависимости субъективных переживаний пациентов на клинически выраженных стадиях ВИЧ-инфекции приведены в табл. 5. Корреляция между показателями в большинстве случаев может быть охарактеризована как средняя или умеренная. Использована следующая величина корреляционных связей: сильная или тесная при $r < 0,70$, средняя – ($0,50 < r < 0,69$), умеренная – ($0,30 < r < 0,49$), слабая – ($0,20 < r < 0,29$), очень слабая при $r < 0,19$.

Таблица 5

Взаимозависимость субъективных переживаний пациентов на клинически выраженных стадиях ВИЧ-инфекции

Субъективные переживания пациентов	Группа	Показатель чувства вины							
		сейчас				обычно			
		Группа							
		В	С	1-я	2-я	В	С	1-я	2-я
Чувство агрессии	В						-0,46		-0,22
	С		-0,19				-0,28		-0,20
	1-я		0,39	0,36	-0,20	-0,49	0,71		
	2-я		0,50	-0,26			-0,39	-0,38	0,26
Интенсивность эмоционально окрашенных жалоб по поводу физического самочувствия	В			-0,33		0,23	-0,46	-0,61	
	С		0,22		0,55		-0,44	-0,50	
	1-я	-0,24	-0,23	0,30	0,26		0,57	-0,56	
	2-я	0,20	-0,36		0,38	0,20	-0,32	-0,78	0,19
Субъективное переживание боли	В		0,29				0,27	-0,80	0,27
	С	0,24		-0,23			-0,47	0,63	
	1-я	0,30		-0,84			-0,69		-0,31
	2-я			-0,54			-0,38	-0,21	0,21

Сильная корреляционная связь выявлена только между эмоциональным переживанием чувства вины (сейчас) и показателем субъективного переживания боли при длительности заболевания во 2-й группе ($r = -0,84$),

а также между показателем чувства вины как поведенческой реакцией (обычно): а) на стадии С и показателем чувства агрессии при длительности заболевания во 2-й группе ($r = 0,71$), б) при длительности заболевания 2-й группы и показателем субъективного переживания боли на стадии В ($r = -0,8$). Однако по мере прогрессирования заболевания выраженность этих связей ослабевает.

Заключение

Известно, что среди психологических и социальных влияний основную роль играют отношение пациента к собственному заболеванию, а также семантика диагноза (опасность для жизни, с которой он ассоциируется). В случае ВИЧ-инфекции существенным для пациентов является также наличие ограничений, которые налагаются соматическим страданием на бытовую активность, профессиональную деятельность, снижающих качество жизни и вызывающих аффективные нарушения, которые, в свою очередь, могут утяжелить и осложнить течение основного заболевания. Однако вопрос о том, что именно определяет склонность конкретного человека к соматизации аффективных переживаний, остается дискуссионным.

В проведенном исследовании показано, что интенсивность реакции чувства вины как состояния и как черты в отношениях больных ВИЧ-инфекцией на фоне АРВТ ниже обычных переживаний. Это может быть связано как с проводимыми психотерапевтическими вмешательствами, направленными на приверженность к обследованию и лечению, так и, вероятно, в большей степени с определенным интеллектуальным снижением уровня личности у пациентов со значительной длительностью заболевания [17, 18]. Вместе с тем малое количество наблюдений требует дальнейшего изучения проблемы.

С другой стороны, показатели агрессивности больных ВИЧ-инфекцией на фоне АРВТ невысоки и более связаны с длительностью заболевания, чем с его стадией.

Здесь необходимо отметить существующее мнение, что личностными свойствами, связанными с агрессивными реакциями, являются: эмоциональная неустойчивость, прямолинейность, фрустрированность [23]. Однако в ранее проведенном нами исследовании [16] уровень социальной фрустрированности пациентов с ВИЧ-инфекцией был определен как пониженный, что согласуется с мнением других исследователей [4] о неагрессивности данной категории больных. Вероятной представляется мысль о развитии у больных толерантности к своему теперешнему состоянию.

Считается, что психодинамические черты (психотизм, экстраверсия, нейротизм) также производят вклады в агрессивность [22]. При ВИЧ-инфекции отмечено, что по мере прогрессирования и увеличения длительности заболевания, вне зависимости от получения АРВТ, характерологический вектор достоверно смещался в сторону интроверсии [17], что обусловлено развитием психоорганических нарушений.

На этом фоне у пациентов отмечено нарастание болевого синдрома в динамике хронического заболевания, который носит истощающий характер и по показаниям купируется ненаркотическими анальгетиками. Полагая, что влияние тех или иных схем АРВТ на болевой синдром оценить маловероятно, так как сами по себе эти препараты обезболивающим эффектом не обладают, а схемы составляются по принципу наибольшей клинической, иммунологической и вирусологической эффективности. Однако клиническая переносимость препаратов больными различна, а в качестве нежелательных (токсических) эффектов могут быть и болевые ощущения. Вместе с тем известно, что депрессивное состояние способно вызывать стойкие идиопатические алгии [13], что требует консультации профильного специалиста. Ранее в проведенном нами исследовании показано нарастание показателей депрессии в динамике ВИЧ-инфекции [19].

Здесь важно отметить и случаи позднего назначения больным АРВТ, что было обусловлено неготовностью пациентов к проведению специфической терапии, несмотря на наличие клинических и лабораторных показаний и своевременного предложения со стороны лечащего врача начать лечение («субъективный стандарт информирования»). В связи с этим анализ всех факторов, которые влияют на принятие и соблюдение пациентом режима лечения, а также выработку комплайенса и психосоциальной адаптации к имеющемуся заболеванию, необходимо проводить с позиций индивидуального клиент-центрированного подхода на всех этапах психосоциального сопровождения (психологического консультирования, психологической коррекции) больных, так как известно, что при недостаточном соблюдении режима лечения возрастает риск неблагоприятных клинических исходов [25, 26, 31].

Литература

1. Адлер А. Понять природу человека / А. Адлер. – СПб. : Акад. проект, 1997. – 256 с.
2. Амон Г. Динамическая психиатрия / Г. Амон. – СПб. : Изд-во Психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева, 1995. – 200 с.

3. *Бартлетт Дж.* Клинические аспекты ВИЧ-инфекции / Дж. Бартлетт, Дж. Галлант, П. Фам. – М. : Р. Валент, 2012. – 531 с.
4. *Беляева В.В.* Агрессивное поведение больных, инфицированных вирусом иммунодефицита человека / В.В. Беляева // Эпидемиология и инфекц. болезни. – 2000. – № 1. – С. 40–43.
5. *Берковиц Л.* Агрессия: причины, последствия, контроль / Л. Берковиц. – М. : Прайм-Еврознак, 2007. – 510 с.
6. *Василенко Н.Н.* Социализация молодежи в условиях социокультурного кризиса : автореф. дис. ... канд. социол. наук / Н.Н. Василенко–Ростов н/Д, 2004. – 24 с.
7. *Жарновецкая Н.Ю.* Возрастно-половые особенности восприятия агрессивности : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Н.Ю. Жарновецкая–СПб., 2006. – 22 с.
8. *Ильин Е.П.* Мотивация и мотивы / Е.П. Ильин. – СПб. [и др.] : Питер, 2008. – 512 с.
9. *Практическая психодиагностика.* Методики и тесты / Под ред. В.Я. Райгородского. – Самара: БАХРАХ. – 1998. – 472 с.
10. *Пряжников Н.С.* Психология элитарности / Н.С. Пряжников. – М. : МПСИ, 2000. – 512 с.
11. *Ромек В.Г.* Уверенность в себе: этический аспект / В.Г. Ромек // Журн. практ. психолога. – 1999. – № 9. – С. 3–14.
12. *Саблина Н.А.* Поведенческие проявления агрессивности в подростковом возрасте и возможности их преодоления : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Саблина Н.А. – Ставрополь, 2004. – 24 с.
13. *Смулевич А.Б.* Клиника и систематика депрессий у соматических больных / А.Б. Смулевич // Современная психиатрия им. П.Б. Ганнушкина. – 1998. – № 2. – С. 4–9.
14. Совет Европы: Конвенция о защите личности в связи с автоматической обработкой персональных данных : пер. с англ. – 2-е изд., доп. – СПб. : Гражд. контроль, 2002. – 36 с.
15. Характеристика психического статуса и поведенческих реакций у ВИЧ-инфицированных пациентов / Т.Н. Ткаченко, Б.Б. Фишман, Л.А. Фоменко, Е.П. Леонтьева // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2010. – Т. 2, № 1. – С. 65–69.
16. *Улюкин И.М.* Социальная фрустрированность больных ВИЧ-инфекцией / И.М. Улюкин // Нейроиммунология. – 2003. – Т. 1, № 2. – С. 149.

17. Улюкин И.М. Типологические и характерологические особенности больных ВИЧ-инфекцией в динамике заболевания / И.М. Улюкин // Медлайн-Экспресс. – 2004. – № 11/12. – С. 7–9.

18. Улюкин И.М. Качество жизни больных ВИЧ-инфекцией на фоне антиретровирусной терапии / И.М. Улюкин // Вестн. С.-Петерб. ун-та. Сер. 11. – 2007. – Вып. 1. – С. 39–45.

19. Улюкин И.М. Уровень качества жизни больных ВИЧ-инфекцией и его зависимость от психологических показателей / И.М. Улюкин, Р.С. Чикова // Вестн. С.-Петерб. ун-та. Сер. 11. – 2006. – Вып. 3. – С. 30–38.

20. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности / Э. Фромм. – М. : Республика, 1994. – 447 с.

21. Юнкеров В.И. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований / В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев. – СПб. : Изд-во ВМедА, 2005. – 292 с.

22. Шестакова Е.Г. Агрессивность в структуре личности: интегративный подход : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Е.Г. Шестакова–Пермь, 2011. – 24 с.

23. Ярмоленко Г.П. Проявление агрессивности и враждебности в межличностном взаимодействии (на прим. студенческой молодежи): автореф. дис. ... канд. психол. наук / Г.П. Ярмоленко–СПб., 2004. – 24 с.

24. Fontaine R.G. Disentangling the psychology and law of instrumental and reactive subtypes of aggression / R.G. Fontaine // Psychology, Public Policy and Law. – 2007. – Vol. 13, N 2. – P. 143–165.

25. Garcia de Olalla P. Impact of adherence and HAART on survival in HIV-infected patients / P. Garcia de Olalla, H. Knobel, A. Carmona // J. AIDS. – 2002. – Vol. 30, N 1. – P. 105–110.

26. Glass T.R. Correlates of Self-Reported Nonadherence to Antiretroviral Therapy in HIV-Infected Patients: The Swiss HIV Cohort Study / T.R. Glass, S. De Geest, R. Weber // J. AIDS. – 2006. – Vol. 41, N 3. – P. 385–392.

27. Janda L.H. Affective guilt states in women and the Perceived Guilt Index / L.H. Janda, M.B. Magri, S.A. Barnhart // J. Pers. Assess. – 1977. – V.41, N 1. – P. 79–84.

28. Lore R.K. Control of human aggression: A comparative perspective / R.K. Lore, L.A. Schultz // American Psychologist. – 1993. – Vol. 48, N 1. – P. 16–25.

29. Margalit B.A. Cross-cultural demonstration of orthogonality of assertiveness and aggressiveness: Comparison between Israel and the United States /

B.A. Margalit, P.A. Mauger // J. of Personality and Social Psychology. – 1984. – Vol. 46, N 6. – P. 1414–1421.

30. *Melzack R.* The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods / R. Melzack // Pain. – 1975. – V.1, N 3. – P. 277-99.

31. *Wood E.* The impact of adherence on CD4 cell count responses among HIV-infected patients / E. Wood, R.S. Hogg, B. Yip // J. AIDS. – 2004. – Vol. 35, N 3. – P. 261–268.

УДК 159.9

Н.С. Хомерики

ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПОДРОСТКОВ: ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНЫХ СВОЙСТВ И ФОРМИРОВАНИЕ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ

Московский государственный медико-стоматологический
университет им. А.И. Евдокимова;
Научный центр здоровья детей РАМН, Москва

Введение

Последние два десятилетия ознаменованы стремительным развитием и внедрением интернет-ресурсов во все области человеческой деятельности. Неоспорима возрастающая значимость Интернета как информационного, коммуникативного, смыслового и игрового пространства. Вынужденной платой за преимущества и выгоды использования всемирной сети представляется формирующаяся проблема чрезмерного увлечения Интернетом, порой достигающая у части пользователей состояния болезненного пристрастия (зависимости).

С момента начала научных исследований возникло множество наименований для описания проблемы сверхувлеченности Интернетом, когда индивидум оказывается вовлеченным в применение онлайн-овых средств в столь высокой степени, что при этом страдают другие стороны его жизни [21]. Среди названий феномена встречаются: интернет-зависимость [2, 3], компьютерная зависимость [18], нетаголизм, виртуальная аддикция, интернет-поведенческая аддикция [4, 5], интернет-аддикция – Internet Addiction [22, 23], патологическое использование Интернета и др. Эти формулировки обсуждаемой проблемы отражают существующее разнообразие взглядов и подходов, варьирующихся от полного отрицания ин-

тернет-зависимости как самостоятельной дефиниции до возведения феномена в самостоятельную клиническую категорию [19].

Под интернет-зависимым поведением понимается вариант нехимической аддикции, где объектом зависимости становится определенный поведенческий паттерн, связанный с негармоничным использованием ресурсов Интернет [4, 10]. Важно отметить, что Интернет стал мощным средовым фактором, под влиянием которого происходит формирование личности современных детей и подростков. Согласно данным социологических опросов, именно лица подросткового и юношеского возраста являются наиболее активными интернет-пользователями. Вместе с тем дети и подростки наиболее уязвимы для разного рода негативных воздействий в силу возрастной незрелости личности и неустойчивости ее структуры [1, 2, 9, 12].

Негативные последствия чрезмерной увлеченности подростков Интернетом охватывают все сферы его жизни. Возникают трудности в учебной деятельности, проблемы общения со сверстниками, возрастает конфликтность в семье, отмечается общая инфантилизация личности. В своих крайних проявлениях проблема имеет весьма печальные и тревожные последствия [3, 13, 18].

Привлекательность деятельности в Интернете для подростков обусловлена рядом возможностей, которые предоставляет пространство Интернета: 1) возможность иметь собственный интимный мир, к которому нет доступа никому, кроме самого подростка; 2) возможность избегать ответственности за происходящее; 3) возможность ощущать реалистичность процессов и полностью абстрагироваться от окружающего мира; 4) возможность исправить любую ошибку путем многократных попыток; 5) возможность самостоятельно принимать любые решения (например, в рамках игровой деятельности); 6) снижение рисков общения [3, 7].

Вопрос о вкладе личностных свойств в формирование аддикций широко освещен относительно игровой зависимости. Описаны стадии развития игровой зависимости и игровые циклы [6]. Исследования по выявлению профиля личности, специфичного для формирования интернет-аддикции, ведутся сравнительно недавно.

Данная работа посвящена исследованию роли личностных свойств и особенностей характера подростков в формировании интернет-зависимого поведения. Ключевым является вопрос о том, почему для одной группы подростков Интернет становится «другом и помощником», а для других превращается в «поработителя», отнимающего время, силы и подменяющего реальную жизнь виртуальной? Ответ на этот вопрос позволит решить

задачу по созданию комплекса психопрофилактических и коррекционных мер для поддержания психологически здорового формирования и развития подростка.

Цель исследования – изучить индивидуально-психологические особенности подростков с интернет-зависимым поведением.

Материалы и методы

Сплошное невыборочное исследование старших школьников проводилось на базе 6 средних образовательных учреждений (СОШ) Москвы и ближайшего Подмосковья, среди них: Физико-математический лицей № 1581, СОШ № 853 (г. Зеленоград), СОШ № 107, СОШ № 1230, «Школа здоровья» СОШ № 1138, Технический пожарно-спасательный колледж № 57. В исследовании приняли участие 1084 подростка – ученики старших классов, из них 436 девушки (40,2 %), 648 юноши (59,8 %). Возраст испытуемых был от 14 до 17 лет, средний возраст – (15,7 ± 0,8) года. Критерием для включения испытуемых в исследование являлся факт наличия дома доступа в Интернет.

В ходе исследования из общей выборки в соответствии с критериями формирования исследовательских групп, были выделены три группы (табл. 1): 1-я – интернет-зависимые, 2-я – злоупотребляющие Интернетом; 3-я – контрольная.

Таблица 1
Социально-демографические показатели подростков

Показатель	Группа		
	1-я	2-я	3-я
Количество, n (%)	46	318	105
	юноши 25 (54,3)	185 (55,0)	54 (51,4)
девушки	21 (45,7)	133 (45,0)	51 (48,9)
Процент общей выборки	4,3	29,33	10,25
Возраст, лет	15,7	15,5	15,7
Стаж пользования Интернет, лет	4,7 ± 2,9	4,77 ± 2,13	4,4 ± 2,1
Время, проводимое в сети, ч	6,3 ± 2,3	3,9 ± 2,3	1,92 ± 0,9
	38,7 ± 15,6	24,3 ± 15,4	11,9 ± 7,5

Критериями отбора в 1-ю группу являлись: а) показатели 65 баллов и более по шкале интернет-зависимого поведения (Chen Internet Addiction scale, CIAS); б) проведение в день в Интернете 3 ч и более; в) наличие при-

знаков социальной дезадаптации по результатам полуструктурированного интервью.

Критериями отбора во 2-ю группу были показатели от 43 до 64 баллов по CIAS.

Критериями отбора в 3-ю группу стали: а) показатели 31–41 балл по методике CIAS. Интервьюированные, набравшие по CIAS менее 42 баллов, считаются «условно-здоровыми», то есть с отсутствием признаков зависимости либо с малозначимыми ее проявлениями. Опираясь на статистические данные, нами были исключены из этой группы те участники, показатели которых выходили за пределы нормального распределения в сторону наименьших и наибольших показателей по интегральной шкале выраженности интернет-зависимого поведения Chen (меньше 31 балла и более 41 балла); б) проведение в день в Интернете не более 3 ч; в) отсутствие признаков социальной дезадаптации.

Для реализации цели и задач исследования использовались клинико-психологический и экспериментально-психологический методы. Клинико-психологический метод включал полуструктурированное психологическое интервью. Анкета участника исследования (Малыгин В.Л., Феклисов К., Смирнова Е.А., Хомерики Н.С.) была разработана для оценки параметров интернет-зависимого поведения и включала 9 вопросов о количестве времени, проводимого в сети Интернет (в день, в неделю), о характере деятельности в Интернете, о том, как подростки проводят свое свободное время, о взаимоотношениях с друзьями. Экспериментально-психологический метод представлен методиками:

- шкалой интернет-зависимого поведения (Chen Internet addiction Scale, CIAS) апробированной и адаптированной для российской выборки В.Л. Малыгиным и К. Феклисовым [8, 14, 21];

- вариантом опросником Р. Кеттелла (HSPQ), содержащего 142 вопроса и предназначенного для обследования подростков возрасте от 12 до 16 лет. Результаты опросника отражают 14 факторов – свойств личности. Интерпретацию результатов тестирования проводили по методическому руководству, подготовленному А.А. Рукавишниковым и М.В. Соколовой [15, 17];

- патохарактерологическим диагностическим опросником (ПДО) А.Е. Личко и Н.Я. Иванова [11, 12] с целью исследования типов акцентуаций характера в модификации С.И. Подмазина и Е.И. Сибиль (модифицированный патохарактерологический диагностический опросник, МПДО) [16, 17]. ПДО редко применялся в групповом варианте из-за сложности ин-

терпретации. Отличительной особенностью МПДО являются: 1) сокращение количество диагностических вопросов с 351 до 143; б) диагностически значимыми считаются только ответы «Да», что позволяет провести обследование в один прием (например, в ПДО, где после выбора «Да» испытуемый должен, выбрав нетипичные для него утверждения, обозначить их индексом «Нет»); в) значительная доля обработки результатов теста проводится самими обследуемыми под контролем психолога;

- методикой исследования социального интеллекта Д. Гилфорда (адаптация Е.С. Михайловой) [20].

Результаты и их анализ

Подростки 1-й группы характеризуются большей импульсивностью, сверхактивностью на слабые провоцирующие стимулы. Для них характерно беспокойство, отвлекаемость, недостаточная концентрация внимания. Отмечается трудность самоконтроля в поведении и эмоциях. По незначительным поводам могут возникать бурные эмоциональные реакции, а поведение сильно зависит от актуального состояния. Подростки 1-й группы отличаются так же тревожностью, находятся в состоянии постоянного напряжения. Их эмоциональную сферу можно описать как нестабильную, неустойчивую с преобладанием пониженного настроения. Статистически значимые различия, а так же тенденции (фактор Q₄, $p = 0,07$) с подростками 3-й (контрольной) группы представлены в табл. 2.

Таблица 2
Характерологические особенности подростков по опроснику
Р. Кеттелла, балл ($M \pm t$)

Фактор	Особенность характера		Группа		p <
	+	–	1-я	3-я	
D	Возбудимость	Флегматичность	6,3 ± 0,7	4,2 ± 0,3	0,05
Q ₃	Высокий самоконтроль, организованность	Низкий самоконтроль импульсивность	4,5 ± 0,5	5,8 ± 0,3	0,05
Q ₄	Фрустрированность, напряженность	Низкая фрустрированность, расслабленность	5,8 ± 0,7	4,4 ± 0,4	–

Анализ показателей выявил в 1-й группе подростков по сравнению с 3-й статистически значимые различия ($p < 0,001$) по всем шкалам методики МПДО, за исключением акцентуации гипертимного типа (рис. 1).

Общий подъем патохарактерологического профиля интернет-зависимых подростков дает основание считать, что формирование интернет-

зависимости связано не только со специфическими характерологическими особенностями, а в целом, с выраженностью акцентуированных и дезадаптивных личностных черт.

Исследование социального интеллекта интернет-зависимых подростков как совокупности способностей, определяющих успешность общения и социальной адаптации, а также объединяющей и регулирующей познавательные процессы, связанные с отражением социальных объектов, выявило статистически значимое снижение в экспериментальной группе общих показателей социального интеллекта, а также показателей субтеста «Вербальная экспрессия».

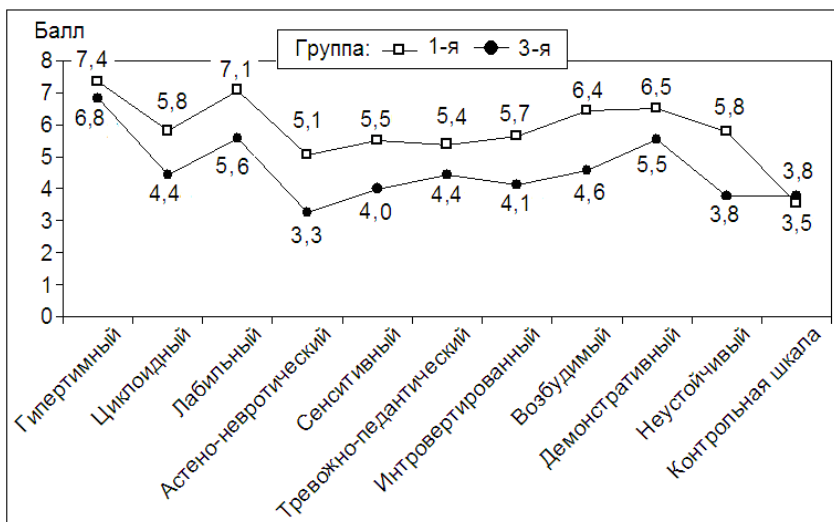


Рис. 1. Тип акцентуации характера по методике МПДО

Таким образом, можно говорить о том, что интернет-зависимые подростки в целом испытывают трудности в понимании и прогнозировании поведения людей, а также хуже распознают различные смыслы, которые принимают одни и те же вербальные сообщения в зависимости от характера взаимоотношений людей и контекста ситуации общения. Данные результаты, вероятно, связаны с особенностями протекания коммуникативной деятельности в Интернете, которая в первую очередь характеризуется физической непредставленностью партнеров по общению друг другу. Как следствие этого факта, теряют свое значение невербальные средства обще-

ния, утрачивается целый пласт мета-коммуникаций, связанный не только с экспрессивностью поведения, но и с чувствительностью к тонкостям вербального интонирования, способностью различать скрытые смыслы сообщений.

В результате корреляционного анализа выявлено, что общий показатель интернет-зависимости статистически значимо положительно коррелирует с показателями опросника HSPQ (рис. 2): с эмоциональной неустойчивостью (фактор С), робостью в поведении и межличностных отношениях (фактор Н), низкой способностью к самоконтролю и организованности (фактор Q₃), с возбудимостью (фактор D), склонностью к чувству вины (фактор О), с общей фрустрированностью (фактор Q₄).

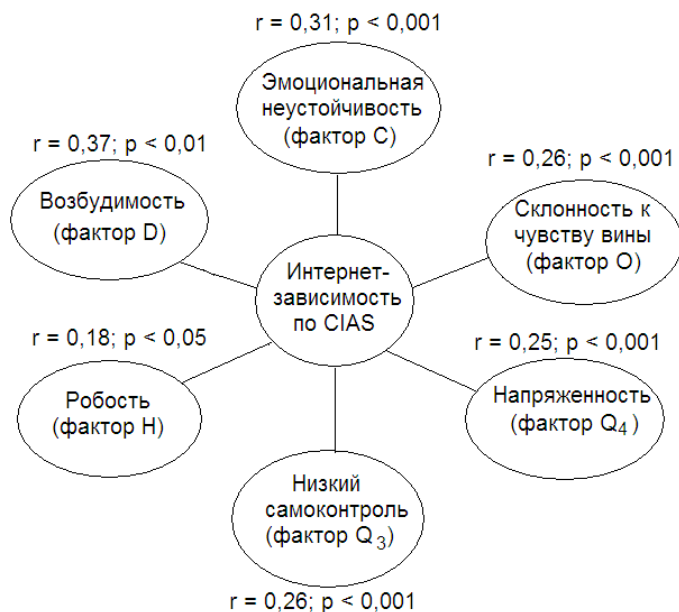


Рис. 2. Взаимосвязи показателей интернет-зависимости и характерологических особенностей по опроснику Р. Кеттелла

Также в результате корреляционного анализа установлено, что общий показатель интернет-зависимости статистически положительно коррелирует со всеми типами акцентуаций по опроснику МПДО, за исключением гипертимной (табл. 3).

Таблица 3

Взаимосвязи показателей интернет-зависимости и акцентуаций характера

Показатель методики		r	p <
CIAS	Тип акцентуации		
Общий показатель выраженности интернет-зависимости	Гипертимный	0,02	–
	Циклоидный	0,31	0,001
	Лабильный	0,30	0,001
	Астено-невротический	0,35	0,001
	Сенситивный	0,23	0,001
	Тревожно-педантический	0,26	0,001
	Интровертированный	0,29	0,001
	Возбудимый	0,27	0,001
	Демонстративный	0,14	0,005
Неустойчивый	0,29	0,001	

Выводы

1. Анализ распространенности интернет-зависимого поведения показал, что 4,3 % подростков являются интернет-зависимыми, 29,3 % от общей выборки относятся к группе риска возникновения проблемного использования Интернета.

2. Подростки с интернет-зависимым поведением характеризуются снижением регуляторно-волевой сферы. Они отличаются повышенной импульсивностью, сверхактивностью на слабые провоцирующие стимулы. Для них характерно беспокойство, отвлекаемость, недостаточная концентрация внимания. Отличительными характеристиками является также эмоциональная неустойчивость, слабость «Эго-функции». Подростки с интернет-зависимым поведением характеризуются также трудностью самоконтроля, как над своим поведением, так и над своими эмоциями. Им сложно организовать свою деятельность, время, порядок выполнения дел, проявляют склонность к аффективному реагированию, обладают повышенной возбудимостью и общей личностной фрустрированностью..

3. Исследование характерологических черт интернет-зависимых подростков, показало, что в исследуемой группе имеет место общее повышение профиля по всем типам, кроме гипертимного (циклотимный, лабильный, астено-невротический, сензитивный, тревожно-педантичный, интровертированный, возбудимый, демонстративный, неустойчивый). Это говорит о большей выраженности характерологических черт в данной группе и дает основание полагать, что формирование интернет-зависимости связано не столько со специфическими характерологическими особенностями, сколько с выраженностью дезадаптивных личностных черт.

4. Исследование социальной компетентности интернет-зависимых подростков выявило снижение показателей социального интеллекта в сравнении с подростками контрольной группы. Интернет-зависимые подростки хуже распознают различные смыслы, которые могут принимать одни и те же вербальные сообщения в зависимости от характера взаимоотношений людей и контекста ситуации общения. Снижение социальных навыков общения препятствует построению удовлетворяющих отношений с окружающими, что приводит к компенсаторному использованию подростками Интернета для удовлетворения потребностей, фрустрированных в реальной жизни.

Литература

1. *Божович Л.И.* Личность и ее формирование в детском возрасте / Л.И. Божович. – М. : Просвещение, 1968. – 464 с.
2. *Выготский Л.С.* Психология / Л.С. Выготский. – М. : Эсмо-Пресс, 2000. – 1007 с.
3. *Войсунский А.Е.* Актуальные проблемы зависимости от Интернета / А.Е. Войсунский // Психол. журн. – 2004 – Т. 25, № 1. – С. 90–100.
4. *Егоров А.Ю.* Нехимические аддикции / А.Ю. Егоров. – СПб. : Речь, 2007. – 190 с.
5. *Егоров А.Ю.* Особенности личности подростков с Интернет-зависимостью / А.Ю. Егоров, Н.А. Кузнецова, Е.А. Петрова // Вопр. психич. здоровья детей и подростков. – 2005. – Т. 5, № 2. – С. 20–27.
6. *Зайцев В.В.* Патологическая склонность к азартным играм: методология, распространенность, диагностика и лечение / В.В. Зайцев, В.И. Евдокимов // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2008. – № 2. – С. 67–74.
7. Интернет-зависимость: психологическая природа и динамика развития / сост. и ред. А.Е. Войсунский. – М. : Акрополь, 2009. – 279 с.
8. Интернет-зависимое поведение: критерии и методы диагностики : учеб. пособие / сост. и ред. В.Л. Малыгин. – М. : МГМСУ, 2011. – 33 с.
9. *Ковалев В.В.* Психиатрия детского возраста : руководство для врачей / В.В. Ковалев. – М., 1979. – 608 с.
10. *Короленко Ц.П.* Аддиктивное поведение: общая характеристика и закономерности развития / Ц.П. Короленко // Обозр. психиатрии и мед. психологии. – 1991. – № 1. – С. 8–15.
11. *Личко А.Е.* Патохарактерологический диагностический опросник для подростков и опыт его практического использования / А.Е. Личко,

Н.Я. Иванов. – Л. : Изд-во Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева, 1976. – 365 с.

12. *Личко А.Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков / А.Е. Личко. – Л. : Медицина, 1977. – 387 с.

13. *Литвиненко О.В.* Психологические детерминанты компьютерной игровой зависимости и особенности ее психопрофилактики : автореф. дис. ... канд. психол. наук / О.В. Литвиненко; [Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России]. – СПб., 2008. – 20 с.

14. Методологические подходы к раннему выявлению Интернет-зависимого поведения / В.Л. Малыгин, К.А. Феклисов, А.Б. Искандирова, А.А. Антоненко [Электронный ресурс] // Мед. психология в России : электрон. науч. журн. – 2011. – № 6. – URL: <http://medpsy.ru>.

15. Методическое руководство по применению личностного опросника Р. Кеттелла 16 PF / А.А. Рукавишников, М.В. Соколова ; под науч. ред. В.И. Чиркова. – СПб. : ИМАТОН, 2002. – 94 с.

16. *Подмазин С.И.* Как помочь подростку с «трудным» характером / С.И. Подмазин, Е.И. Сибиль – Киев, 1996. – 160 с.

17. Пособие по применению личностного опросника Р. Кеттелла 16 PF / сост. А.А. Рукавишников, М.В. Соколова. – Ярославль, 1995. – 43 с.

18. *Рыбников В. Ю.* Распространенность компьютерной игровой зависимости среди населения мегаполиса / В.Ю. Рыбников, О.В. Литвиненко, В.А. Юренкова // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2008. – № 4. – С. 72–76.

19. *Рыбалтович Д.Г.* Психологические особенности пользователей онлайн-игр с различной степенью игровой аддикции : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Д.Г. Рыбалтович; [Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России]. – СПб., 2012. – 21 с.

20. *Сергиенко Е.А.* Эмоциональный интеллект: русскоязычная адаптация теста Мэйера–Сэловея–Карузо (MSCEIT V 2.0) [Электронный ресурс] / Е.А. Сергиенко, И.И. Ветрова // Психол. исслед. : электрон. науч. журн. – 2009. – № 6 (8). – URL: <http://psystudy.ru>.

21. Development of a Chinese Internet Addiction Scale and Its Psychometric Study / S.-H. Chen, L.-J. Weng, Y.-J. Su [et. al] // Chinese J. of Psychology. – 2003. – Vol. 45, N. 3. – P. 279–294.

22. *Griffiths M.D.* Internet and video-game addiction // Adolescent addiction: epidemiology, assessment and treatment. – San Diego. – 2008. – P. 231–267.

23. *Young K.S.* Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder // CyberPsychology and Behavior – 1998. – Vol. 1. – P. 237–244.

**ВЛИЯНИЕ ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ
НА ВОСПРИЯТИЕ АНГИНОЗНОЙ БОЛИ У БОЛЬНЫХ
СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПРИ ВЫПОЛНЕННОЙ
РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА И БЕЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ПРОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ**

Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта;
Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Введение

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) относится к группе психосоматических заболеваний, которые богаты психопатологическими проявлениями [1, 9]. Для этой патологии характерны тесная взаимосвязь функциональных и органических изменений, а также повышенная чувствительность к стрессовым ситуациям [1, 3, 4, 10]. ИБС часто сопровождается ангинозной болью, а реваскуляризация миокарда не всегда приводит к ее устранению. Угроза возникновения боли является сильным психотравмирующим и отягчающим фактором для больных и сопровождается повышенной тревожностью, депрессией [6]. Изменение эмоционального состояния под влиянием рецидива ангинозной боли после хирургического вмешательства оказывает негативное влияние на поведение таких пациентов в социуме, взаимоотношения в кругу близких и коллег, реакции на заболевание, их представления о лечении. Кроме того, депрессивные и тревожные расстройства у больных ИБС формируются не только в связи с рецидивом боли и кардиохирургическим вмешательством, но в основе их возникновения могут лежать преморбидные особенности личности [1]. То есть от изменения эмоционально-характерологических свойств личности зависит не только исход заболевания, но и многие другие аспекты жизни пациента [11, 14].

Цель работы – изучить влияние особенностей эмоциональных и характерологических свойств личности прооперированных и неоперированных пациентов с ИБС на восприятие интенсивности ангинозной боли в процессе медицинской реабилитации.

Материалы и методы

Всего обследовано 106 человек. 1-ю группу составили 33 мужчины и 4 женщины в возрасте от 47 до 60 лет, ранее подвергшихся плановой реваскуляризации миокарда. Несмотря на проведенную реваскуляризацию, у обследуемых пациентов ангинозные боли сохранялись или впоследствии возобновлялись. Все больные имели стабильную стенокардию напряжения. Распределение больных по функциональным классам (ФК), сопутствующим заболеваниям (инфаркт миокарда (ИМ), гипертоническая болезнь (ГБ), хроническая сердечная недостаточность (ХСН) II–III ФК) и группам инвалидности сведены в табл. 1.

Таблица 1
Клинико-социальная характеристика групп больных

Группа	Количество	ФК			ИМ	ГБ	ХСН	Инвалидность III–II группы
		I	II	III				
1-я	37	2	28	7	32	33	32	34
2-я	30	1	21	8	19	23	26	19

2-ю группу составили 26 мужчин и 4 женщины в возрасте от 49 до 62 лет с типичными ангинозными болями без реваскуляризации миокарда (см. табл. 1). Все пациенты имели стабильную стенокардию напряжения.

В субъективном статусе обследуемых пациентов 1-й и 2-й групп преобладали жалобы на ощущения боли в области сердца, сопровождающиеся повышенной тревожностью, беспокойством, нарушением сна, быстрой утомляемостью. Все пациенты в процессе медицинской реабилитации получали медикаментозную терапию в соответствии с рекомендациями по ведению данной категории больных [8, 9].

3-я группа состояла из 39 здоровых людей (25 мужчин и 14 женщин) в возрасте от 35 до 56 лет, без соматических и невротических жалоб.

В рамках курса медицинской реабилитации с целью уменьшения интенсивности ангинозной боли применялась эмпатотехника (метод психофизиологической саморегуляции), курс которой состоял из 10 сеансов, продолжительностью по 45 мин [5, 15]. Поскольку болевая импульсация с ишемизированного миокарда приводит к возникновению триггерных точек (ТТ) и мышечного напряжения левой половины грудной клетки [5, 13], то работа осуществлялась с ТТ в области передней, боковой и задней поверхностей левой половины грудной клетки и зонами отраженной боли (над-, под- и межлопаточные области спины, передняя поверхность плеча, локте-

вая поверхность предплечья). Врач осуществлял поиск ТТ. После их обнаружения пациенты устанавливали связь между ощущением боли в ней и ее цветовым отражением. При смене цвета зрительных ощущений от длинноволновых к средне- и коротковолновым, а также изменении цвета «серой шкалы» от черного до светло-серого с дальнейшей стабилизацией цвета изменялась интенсивность ощущения боли.

Психологическое тестирование проводилось в начале и в конце курса медицинской реабилитации:

- для определения интенсивности ангинозной боли использовалась шкала «Боль» из опросника качества жизни MOS SF-36, которая предполагает суммарный анализ за период последних 4 недель. При этом интенсивность боли в баллах обратно пропорциональна величине показателя используемой шкалы. Для оценки изменений интенсивности боли применяли шкалу градаций, разработанную D. Osoba [8] для опросников, в которых значения шкал варьируют от 0 до 100 баллов. Клинически значимыми являются отличия между показателями, равные или превышающие 10 баллов за период не менее 4 недель: изменения в пределах 5–10 баллов – слабые; 10–20 баллов – умеренные; более 20 баллов – очень большие [7];

- уровень нейротизма (эмоциональной лабильности) исследовался с помощью опросника Айзенка. При этом учитывалась степень его выраженности: слабо выраженный нейротизм – 1–6 баллов; умеренный нейротизм – 7–11 баллов; выраженный нейротизм – 12–21 баллов [2];

- выраженность психопатологической симптоматики определялась с помощью клинической шкалы самоотчета SCL-90-R [12]. Исследовали уровни соматизации (СOM), обсессивности–компульсивности (О-С), межличностной сензитивности (INT), депрессии (DEP), тревожности (ANX), враждебности (HOS), фобической тревожности (PHOB), паранойяльности (PAR) и общего индекса тяжести симптомов, отражающего глубину расстройства (GSI);

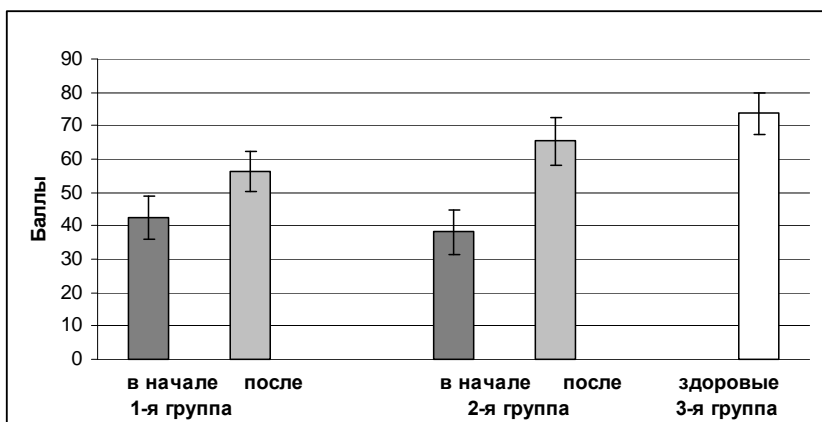
- типы акцентуаций выявлялись с помощью опросника Леонгарда–Шмишека в начале курса медицинской реабилитации. При этом величина от 20 баллов и выше считалась признаком акцентуации, а сумма баллов от 15 до 19 – тенденцией к акцентуации. Учитывались типы акцентуаций характера (демонстративный, педантичный, застревающий и возбудимый) и акцентуаций темперамента (гипертимный, дистимический, циклотимный, тревожный, эмотивный и экзальтированный) [2].

Статистическая обработка проводилась с помощью компьютерной программы Statistica 6.0. Применялись параметрические и непараметриче-

ские методы (критерий Вилкоксона, U-критерий Манна–Уитни, двухвыборочный критерий Колмогорова–Смирнова), корреляционный анализ Спирмена. Статистически значимыми принимали результаты на уровне $p < 0,05$.

Результаты и их анализ

В начале курса у пациентов 1-й и 2-й групп показатели ангинозной боли высокой степени интенсивности не имели статистически значимых отличий, соответствовали $(42,7 \pm 2,5)$ и $(38,1 \pm 2,3)$ баллам и значительно отличались от показателей здоровых людей $(73,7 \pm 2,2)$, которые не предъявляли жалоб на наличие ощущений боли (рисунок).



Показатели интенсивности ангинозной боли

Для оценки акцентуаций характера использовали опросник Леонгарда–Шмишека. Согласно полученным данным, в 3-й группе все показатели не превышали 15 баллов, поэтому диапазон до 15 баллов был оценен как вариант нормы, диапазон от 15 до 19 баллов – как отражающий наличие тенденций к акцентуациям.

В 1-й группе пациентов с ИБС выявлены тенденции к акцентуациям эмотивного, педантичного, циклотимного, застревающего и возбудимого типов, тогда как у пациентов 2-й группы – только эмотивного типа (табл. 2). Полученные данные позволили установить некоторые особенности проявления темперамента и характера пациентов обеих групп.

Так, для пациентов 1-й группы, перенесших оперативное вмешательство, характерны такие проявления темперамента (циклотимного и эмотивного типов), как повышенная чувствительность, эмоциональность, частая смена настроения от печали и подавленности к бурному проявлению радости. Особенности характера (педантичного, застревающего и возбуждаемого типов) у обследуемых пациентов проявляются в таких чертах как недоверчивость, настороженность, обидчивость, пунктуальность, с одной стороны, и импульсивность, склонность к конфликтам, неуживчивость, низкая контактность в общении, с другой стороны (см. табл. 2).

Таблица 2

Типы акцентуаций у пациентов с ИБС и контрольной группы, балл (M ± m)

Тип акцентуаций		Группа		
		1-я	2-я	3-я
Темперамент	дистимический	14,2 ± 0,7	14,9 ± 1,0	11,1 ± 0,6
	эмотивный	17,5 ± 0,9	16,9 ± 0,8	14,4 ± 0,7
	тревожный	10,3 ± 0,8	9,1 ± 1,16	9,0 ± 0,7
	гипертимный	13,8 ± 0,9	10,0 ± 0,88	13,1 ± 1,3
	циклотимный	15,3 ± 1,01	13,1 ± 1,04	12,4 ± 0,8
	экзальтированный	14,5 ± 1,1	11,9 ± 1,03	12,8 ± 1,0
Характер	демонстративный	13,0 ± 0,7	12,8 ± 0,82	12,8 ± 0,8
	педантичный	15,1 ± 0,8	13,7 ± 0,66	8,5 ± 0,8
	застревающий	15,2 ± 0,6	14,5 ± 0,68	14,3 ± 0,7
	возбудимый	15,6 ± 0,7	11,7 ± 0,82	9,5 ± 1,0

Выявленные характеристики достаточно противоречивы и могут отражать наличие внутреннего психологического конфликта, который способен являться причиной психического напряжения и эмоциональной лабильности. В подтверждение этому, у пациентов 1-й группы обнаружены выраженный уровень нейротизма и повышенные значения психопатологической симптоматики.

По клинической шкале самоотчета SCL-90-R у пациентов 1-й группы обнаружены наиболее высокие показатели по шкалам COM и O-C. Также обнаружены, хотя и в меньшей степени, но повышенные значения шкал ANX, INT, DEP, NOS, PAR (табл. 3). На фоне сохраняющейся или возобновившейся ангинозной боли отмечают ухудшение эмоционального состояния, усиление эмоциональной лабильности. Выявленные нарушения нашли отражение в интегральном показателе тяжести симптомов (GSI) (см. табл. 3).

Таблица 3

Показатели клинической шкалы самооценки (SCL-90-R)
и уровня нейротизма в начале и после курса лечения, балл ($M \pm m$)

Шкала		Группа						
		1-я			2-я			3-я
		в начале	после	p <	в начале	после	p <	
SCL-90-R	COM	1,5 ± 0,1	0,9 ± 0,1	0,01	1,3 ± 0,1	0,7 ± 0,1	0,001	0,4 ± 0,1
	O-C	1,0 ± 0,1	0,6 ± 0,1	0,01	0,9 ± 0,1	0,5 ± 0,1	0,01	0,6 ± 0,0
	INT	0,8 ± 0,1	0,3 ± 0,1	0,001	0,6 ± 0,1	0,3 ± 0,1	0,01	0,4 ± 0,1
	DEP	0,9 ± 0,1	0,4 ± 0,1	0,001	0,7 ± 0,1	0,3 ± 0,1	0,01	0,4 ± 0,0
	ANX	0,9 ± 0,1	0,4 ± 0,1	0,001	0,6 ± 0,1	0,3 ± 0,1	0,01	0,2 ± 0,0
	HOS	0,9 ± 0,1	0,4 ± 0,1	0,001	0,6 ± 0,1	0,3 ± 0,1	0,01	0,3 ± 0,0
	PHOB	0,5 ± 0,1	0,1 ± 0,0	0,001	0,3 ± 0,1	0,2 ± 0,1	–	0,1 ± 0,0
	PAR	0,5 ± 0,1	0,2 ± 0,1	0,01	0,7 ± 0,1	0,2 ± 0,1	0,05	0,2 ± 0,0
	GSI	0,9 ± 0,1	0,4 ± 0,0	0,01	0,70 ± 0,1	0,3 ± 0,0	0,01	0,3 ± 0,1
Нейротизм		13,1 ± 0,4	10,4 ± 0,3	0,05	11,6 ± 0,5	8,3 ± 0,4	0,01	6,6 ± 0,4

У пациентов 2-й группы умеренный уровень нейротизма (верхняя граница) свидетельствует о неустойчивости эмоционального состояния, что закономерно сочетается с выявленными особенностями темперамента эмотивного типа, проявляется в их повышенной эмоциональности, чувствительности, тревожности, впечатлительности и сопровождается выраженной психопатологической симптоматикой (табл. 3). У пациентов этой группы обнаружены повышенные уровни DEP, ANX, HOS, INT и PAR, что нашло отражение в пониженном настроении, тревожности, обидчивости, подозрительности, настороженности. Так же, как и у пациентов 1-й группы, у больных 2-й группы отмечались выраженные соматовегетативные реакции (шкала COM) и повышенное значение показателя, отражающего тяжесть заболевания (GSI) (см. табл. 3). Таким образом, особенности проявления характера и эмоционального состояния у больных обеих групп играют важную роль в восприятии ангинозной боли, развитии и течении заболевания.

Применение U-критерия Манна–Уитни (проверяет различие в положении двух выборок) не выявило значимых отличий между показателями шкал опросника SCL-90-R обеих групп в начале курса. Использование критерия Колмогорова–Смирнова (чувствителен к различию общих форм распределений двух выборок – в рассеянии, асимметрии и т. д.) позволило выявить статистически значимые отличия между подавляющим большин-

ством отдельно рассматриваемых показателей до начала курса реабилитации у пациентов обеих групп в сравнении друг с другом. Так, у пациентов 1-й группы почти все показатели значимо ($p < 0,05$) отличались от показателей пациентов 2-й группы, кроме шкалы PAR и уровня нейротизма, которые не имели достоверно значимых отличий (см. табл. 3).

Корреляционный анализ в начале курса реабилитации показал зависимость COM, INT, DEP и GSI от восприятия ангинозной боли у пациентов 1-й группы, что имело клиническое отражение в виде усиления соматовегетативных реакций (сердцебиение, головокружение, затрудненное дыхание и т. д.), снижения настроения, усиления чувства внутреннего дискомфорта и состояния неуверенности в себе (табл. 4). Также обнаружена взаимосвязь между восприятием интенсивности ангинозной боли и особенностями проявления темперамента гипертимного, экзальтированного и циклотимного типов и характера демонстративного типа (см. табл. 4).

Таблица 4

Статистически значимые корреляционные связи между восприятием ангинозной боли и другими изучаемыми признаками у больных ИБС

Курс эмпа- техники	Признак	Признак	1-я группа		2-я группа	
			r	p <	r	p <
В начале	Боль	Нейротизм			-0,53	0,01
		COM	-0,52	0,001	-0,76	0,001
		INT	-0,41	0,01		
		O-C			-0,38	0,05
		DEP	-0,45	0,01	-0,56	0,01
		ANX			-0,41	0,05
		PHOB			-0,40	0,05
		GSI	-0,43	0,01	-0,63	0,01
		Демонстративный	-0,36	0,05		
		Педантичный			-0,46	0,05
		Циклотимный	-0,41	0,05		
		Гипертимный	-0,42	0,01		
		Экзальтированный	-0,36	0,05	-0,39	0,05
После	Боль	COM			-0,51	0,05
		INT	0,38	0,05		
		DEP			-0,61	0,01
		ANX			-0,50	0,05
		GSI			-0,63	0,01

Во 2-й группе обнаружены статистически значимые отрицательные корреляции между восприятием боли с одной стороны, и показателями нейротизма, COM, O-C, DEP, ANX, PNOB и GSI, с другой стороны (см. табл. 4). Также отрицательные корреляции были выявлены между восприятием боли и проявлениями темперамента экзальтированного типа и характера педантичного типа. Корреляционный анализ позволил определить зависимость проявления соматовегетативных реакций, депрессии, тревожности, повышенной чувствительности, эмоциональной лабильности и восприятия болевого синдрома у больных ИБС, не подвергавшихся хирургическому вмешательству.

В отличие от больных, у здоровых лиц выявлена взаимосвязь между восприятием ощущения боли и особенностями проявления темперамента дистимического типа и характера педантичного типа. Исходя из этого, можно предположить, что здоровые испытуемые на появление болевых ощущений могут реагировать снижением настроения и некоторой пассивностью в отношении исследования причин появления боли и ее устранения («и так пройдет»).

Применение эмпатотехники в рамках медицинской реабилитации способствовало значимому ($p < 0,01$) снижению интенсивности ангинозной боли: в 1-й группе с $(42,7 \pm 2,5)$ до $(56,3 \pm 2,7)$ балла, во 2-й – с $(38,1 \pm 2,3)$ до $(65,3 \pm 3,4)$ балла (см. рисунок), что сопровождалось уменьшением эмоциональной лабильности (нейротизма) в обеих группах и снижению ($p < 0,01$) выраженности психопатологических симптомов (см. табл. 3).

Сравнительный анализ показателей, полученных в конце курса у пациентов обеих групп, показал, что статистически значимые ($p < 0,01$) отличия выявлялись по значительно меньшему числу показателей, чем в начале курса эмпатотехники. Так, показатели шкал COM, DEP, NOS и уровня нейротизма у больных с ИБС 1-й группы оставались значимо ($p < 0,05$) выше, чем у пациентов 2-й группы (см. табл. 3). При сравнении показателей обеих групп с полученными данными здоровых людей были обнаружены статистически более высокие ($p < 0,01$) показатели по шкалам COM, ANX, GSI, боли и уровня нейротизма у пациентов с ИБС после хирургического вмешательства, тогда как у пациентов 2-й группы только по шкале COM и нейротизму (см. табл. 3). Полученные данные показали улучшение эмоционального состояния у пациентов 2-й группы в большей степени, чем у пациентов после реваскуляризации миокарда.

При анализе корреляционных плеяд у пациентов 1-й группы в конце курса реабилитации выявлено наличие лишь одной положительной корреляции

ляции между показателем боли и INT, то есть с уменьшением интенсивности восприятия ангинозной боли у пациентов 1-й группы усиливаются чувства беспокойства, дискомфорта в межличностных отношениях. Исследование корреляций между показателем INT и другими признаками выявило положительные корреляционные связи между INT и ANX ($r = 0,48$; $p \leq 0,01$), PAR ($r = 0,44$; $p \leq 0,01$). Можно предположить, что в начале курса при наличии боли, сопровождающейся эмоциональной лабильностью, повышенной тревожностью, депрессией и враждебностью, пациенты 1-й группы чаще фиксировали внимание на своих внутренних ощущениях. При снижении интенсивности восприятия боли и улучшении эмоционального состояния пациенты больше переключались на социальные факторы, переживая свою неспособность жить полноценной жизнью, учитывая ограничения в послеоперационном периоде, ожидая возобновления ангинозной боли и испытывая беспокойство по этому поводу (см. табл. 4). Во 2-й группе обнаружены отрицательные корреляции между показателем восприятия боли, с одной стороны, и COM, DEP, ANX и GSI – с другой (см. табл. 4).

Таким образом, пациенты с ИБС, перенесшие хирургическую реваскуляризацию миокарда, но испытывающие при этом боли в сердце, отличаются большим разнообразием типов акцентуаций, чем пациенты без хирургического вмешательства. До реабилитации пациенты 1-й группы характеризуются выраженной эмоциональной лабильностью и психопатологической симптоматикой в большей степени, чем пациенты 2-й группы, хотя профили SCL-90-R в обеих группах практически однотипны.

Применение эмпатотехники способствовало снижению интенсивности восприятия ангинозной боли в обеих группах, уменьшению выраженности негативных эмоциональных состояний и уровня нейротизма, что нашло отражение в показателе общего индекса тяжести симптомов, отражающим глубину расстройства. Однако для пациентов 1-й группы характерны статистически более выраженные соматовегетативные реакции, высокие уровни депрессии, враждебности, паранойяльности, а также эмоциональной лабильности, чем для пациентов 2-й группы, что может быть связано с рецидивом ангинозной боли.

При сравнении полученных данных обеих групп пациентов и показателей здоровых людей обнаружено, что в целом пациенты отличаются от здоровых повышенной эмоциональной лабильностью, выраженной психопатологической симптоматикой, а также наличием тенденций к акцентуациям.

Уменьшение интенсивности восприятия ангинозной боли в обеих группах отразилось на изменении корреляционных связей исследуемых показателей к концу курса. У пациентов 2-й группы обнаружена положительная корреляция между восприятием боли и межличностной чувствительностью (в начале курса отмечалась отрицательная корреляция), что может свидетельствовать о доминирующем влиянии социальных факторов, касающихся взаимоотношений в семье и ближайшем окружении. Больные этой группы в процессе межличностного взаимодействия на фоне снижения интенсивности восприятия ангинозной боли и уменьшения тревожности, враждебности, эмоциональной лабильности большее внимание уделяют социальным факторам в сфере межличностных контактов. Из-за беспокойства в ожидании рецидива боли, ограничений, связанных с заболеванием, пациенты могут испытывать неуверенность в своих возможностях, повышенную чувствительность, особенно при сравнении себя с другими людьми, что приводит к формированию внутреннего конфликта, усилению эмоционального напряжения и снижению качества их жизни. В отличие от них, у пациентов 2-й группы обнаружены отрицательные корреляции между восприятием боли и негативными эмоциональными состояниями.

В связи с вышеизложенным можно предположить, что у больных ИБС, перенесших реваскуляризацию миокарда, восприятие выраженности болевого синдрома в большей степени зависит от проявлений эмоционально-характерологических особенностей личности, чем у пациентов без хирургического вмешательства.

Выводы

1. В отличие от здоровых людей, пациенты с выраженным восприятием ангинозной боли характеризуются наличием негативных эмоциональных состояний и тенденций к акцентуациям характера.

2. В начале курса реабилитации у больных с ИБС психопатологическая симптоматика и эмоциональная лабильность оказывали влияние на восприятие ангинозной боли, показатели которой наиболее выражены у пациентов, перенесших хирургическое вмешательство.

3. Пациенты с ИБС, перенесшие хирургическую реваскуляризацию миокарда, но испытывающие при этом боли в сердце, отличаются большим разнообразием типов акцентуаций, психопатологических симптомов, чем пациенты без хирургического вмешательства, что может быть связано с тревожным ожиданием рецидива ангинозной боли.

4. Обнаруженная положительная корреляция между межличностной чувствительностью и восприятием ангинозной боли предполагает наличие внутреннего психологического конфликта в сфере межличностных отношений, что играет важную роль в патогенезе заболевания у больных после оперативного вмешательства.

5. Применение эмпатотехники способствовало снижению интенсивности ангинозной боли, уменьшению эмоциональной лабильности и выраженности психопатологических симптомов у пациентов с ИБС.

Литература

1. *Винокур В.А.* Психосоматические механизмы развития и течения сердечно-сосудистых заболеваний / В.А. Винокур // Психосоматические расстройства в практике врача : руководство для врачей / под ред. В.И. Симаненкова. – СПб. : СпецЛит, 2008. – С. 84–125.

2. *Дьяконов И.Ф.* Основные методы психологической диагностики в практике врача / И.Ф. Дьяконов, А.И. Колчев, Б.В. Овчинников. – СПб. : ВМедА, 2005. – 144 с.

3. *Ишинова В.А.* Роль реабилитации в повышении физических и психосоциальных характеристик качества жизни у больных ИБС за счет изменения восприятия боли / В.А. Ишинова, С.В. Сердюков, Р.К. Кантемирова // Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. – 2011. – № 3. – С. 14–17.

4. *Ишинова В.А.* Роль психофизиологической саморегуляции в оценке качества жизни у больных ишемической болезнью сердца в процессе комплексной реабилитации / В.А. Ишинова, Т.М. Глазырина // Вестн. психотерапии. – 2012. – № 43 (48). – С. 97–101.

5. *Сердюков С.В., Ишинова В.А.* Сравнительный анализ влияния ангинозной боли на параметры качества жизни больных ИБС после реваскуляризации миокарда и без нее / С.В. Сердюков, В.А. Ишинова // Сборник материалов Междунар. симпозиума по проблемам боли. Санкт-Петербург. – 2012. – С. 96-97.

6. *Власова-Розанская Е.В.* Интегральная оценка реабилитационного потенциала и состояния профессиональной трудоспособности больных ИБС после прямой реваскуляризации миокарда / Е.В. Власова-Розанская, Д.С. Казакевич, Т.Т. Копать, В.Б. Смычек // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 2004. – № 2. – С. 43–46.

7. *Новик А.А.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – СПб. : Нева ; М.: ОЛМА-пресс : Звездный мир, 2002. – 320 с.

8. Российские рекомендации по диагностике и лечению стабильной стенокардии (второй пересмотр) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика – 2008. – № 7 (6). – Приложение 4. – 37 с.

9. Российские рекомендации по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр) // Журн. сердечной недостаточности. – 2010. – Т. 11, № 1 (57). – 58 с.

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

11. *Суджаева С.Г.* Реабилитация после реваскуляризации миокарда / С.Г. Суджаева, О.А. Суджаева – М. : Мед. лит., 2009. – 104 с.

12. *Тарабрина Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. – СПб. [и др.] : Питер, 2001. – 272 с.

13. *Тревелл Дж. Г.* Миофасциальные боли : [пер. с англ.] : в 2 т. / Дж.Г. Тревелл, Д.Г. Симонс. – М. : Медицина, 1989. – Т. 1. – 256 с.

14. *Федорец В.Н.* ИБС у больных пожилого возраста с поведенческим типом А (психосоц., клинико-функц. изменения, возможности коррекции) / В.Н. Федорец // Успехи геронтологии. – 2011. – Т. 24, № 1. – С. 154–161.

15. *Ishinova V.A.* Features of colour reflection in psychogenic pain in patients with somatoform disorders during psychotherapeutic treatment / V.A. Ishinova, I.A. Svyatogor, T.N. Reznikova // The Spanish J. of Psychology. – 2009. – Vol. 1, N 22. – P. 715–724.

**ВЗАИМОСВЯЗИ СТРУКТУРНО-КОЛИЧЕСТВЕННЫХ
ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДИССЕРТАЦИОННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 19.00.04 – «МЕДИЦИНСКАЯ
ПСИХОЛОГИЯ» С ИНДИКАТОРАМИ НАУЧНОГО
ПОТЕНЦИАЛА И ИННОВАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова;
Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург

Введение

Медицинская психология как научная специальность развивается в рамках двух отраслей науки – медицины и психологии. Соответственно ученые степени и ученые звания присваиваются по медицинским или психологическим наукам. В связи с этим представляется актуальным рассмотреть и проанализировать развитие медицинской психологии в сфере медицины и психологии.

Возникновение системы подготовки научных кадров высшей квалификации в Российской империи относится к периоду создания Медицинской коллегии. 9 июня 1764 г. императрицей Екатериной II был подписан указ «О произвождении кандидатов, обучившихся медицине, в доктора сего факультета, по собственным Медицинской коллегией экзаменам». Первым отечественным доктором медицины стал уроженец Финляндии Г.М. Орреус, который получил образование в Петербургской госпитальной школе, располагавшейся на Выборгской стороне (ныне – корпус Фундаментальной библиотеки Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова). В 1756 г. он выдержал устроенный ему экзамен, однако из-за бюрократической волокиты получил диплом доктора медицины только в 1768 г.

Позднее, в указе от 29 сентября 1771 г. «О предоставлении Московскому университету права давать докторскую степени, обучившихся в оном врачебной науке», присваивать степени доктора медицины мог ученый совет университета, и в 1794 г. состоялась первая публичная защита Ф.И. Барсуку-Моисеевым диссертации объемом 54 листа и написанной от руки по физиологии и патологии дыхания. К концу XVIII в. ученую степень доктора медицины получили 16 врачей. Медицинская коллегия также

присвоила ученую степень профессора 8 ученым, прошедшим обучение в адъюнктуре, и без защиты диссертации И.Ф. Бушу и Я.О. Саполовичу [4].

В начале 1800-х гг. присваивать высшие ученые степени кандидата, магистра и доктора и выдавать соответствующие дипломы по философии, медицине, праву и богословию стали Дерптский, Московский, Харьковский и Казанский университеты, императорский университет в Вильно и Медико-хирургическая академия (Санкт-Петербург). Указано было, что в медицине кандидатская степень присваиваться не может: «...ибо врачу посредственных познаний не может быть вверена жизнь человеческая» [14]. Докторскую степень получали магистры только после сдачи письменного экзамена по медицине (4 вопроса, выбранных по жребию из списка вопросов, хранимых в тайне), устного экзамена по другим предметам, которые определяла экзаменационная комиссия, прочтения 3 публичных лекций и в торжественном собрании защиты докторской диссертации.

В настоящее время учеными ведущих вузов страны (Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова, Санкт-Петербургского государственного университета и др.) обсуждается возможность о делегировании университетам права не только присуждать ученые степени и ученые звания, но и выдавать государственные дипломы. Это положение имеет положительный исторический опыт и вполне обоснованно.

Позднее специальными постановлениями по Министерству народного просвещения Российской империи было запрещено возводить студентов сразу после окончания университетов в степень доктора медицины и хирургии, так как они не могли иметь опыта в хирургических операциях, и разрешено было сдавать экзамены на высшие медицинские степени не только на латинском, но и на русском и немецких языках.

В Своде уставов благочиния (1842 г.) подробно расписаны правила испытания медицинских, фармацевтических чиновников и лиц, занимающихся частной практикой, и было разрешено присваивать ученые степени доктора медицины лекарям и штаб-лекарям «известными своей ученостью», а доктора медицины и хирургии – «сверх своей учености и искусством в производстве хирургических операций на живых людях» [3]. В области медицинских наук высшими учеными степенями являлись доктор медицины и доктор медицины и хирургии. Подсчеты показали, что общее количество человек, которым в 1794–1917 гг. были присвоены ученые степени докторов наук, было 4078, а магистров наук – 1973 [16].

К сфере медицинской психологии с полным правом можно отнести диссертационные исследования на право получения степени доктора ме-

дицины учеников В.М. Бехтерева: А.И. Аствацатурова «Клинические и экспериментально-психологические исследования речевой функции» (1908); Н.В. Войцеховского «О влиянии менструации на нервно-психическую сферу женщины: (экспериментально-психологическое исследование» (1909); В.В. Срезневского «Испуг и его влияние на некоторые физические и психические процессы: экспериментальное исследование с обзором учений об эмоциональных состояниях» (1906); А.Л. Щеглова «Об умственной работоспособности малолетних преступников: (экспериментально-психологическое исследование)» (1903) и др.

1 октября 1918 г. постановлением Совета Народных Комиссаров СССР «О некоторых изменениях в составе и устройстве государственных учебных и высших учебных заведений Российской республики» ученые степени и некоторые ученые звания (заслуженный профессор, приват-доцент и др.) были отменены, что нанесло безусловный урон развитию отечественной науки.

Только спустя 15 лет, 13 января 1934 г., постановлением Совета Народных Комиссаров СССР «Об ученых степенях и званиях» были установлены ученые степени кандидата и доктора наук, ученые звания доцента и профессора. 14 апреля 1934 г. создается Высшая аттестационная комиссия (ВАК) при Президиуме Всесоюзного комитета по высшему техническому образованию (ВКВТО) в количестве 33 членов, председатель – акад. Г.М. Кржижановский.

Публичная защита диссертации на ученую степень проводилась в Академии наук СССР, Коммунистической академии, академиях наук союзных республик, Академии сельскохозяйственных наук и Всесоюзном институте экспериментальной медицины (медицинские и биологические науки). Позднее такое право решением ВКВТО было представлено ведущим высшим учебным заведениям и научно-исследовательских учреждений. Анализ критериев в 1938–2002 гг., которым «должны были отвечать» кандидатские и докторские диссертации, представлен в работе А.Н. Якушева и А.Ю. Климова [16]. В период 1937–1991 гг. ВАК СССР выдал 90 830 дипломов доктора наук и 835 037 – кандидатов наук.

Постановлением Совета Министров СССР от 15 октября 1968 г. № 801 [10] в перечень отраслей науки, по которым присуждаются ученые степени, введена отрасль науки – психология. Ученым советам дано право по специальности № 731 «Психология» присуждать ученые степени кандидата психологических наук и доктора психологических наук. Ранее соискателям ученых

степеней, которые подготавливали диссертации в сфере психологии, присваивали ученые степени кандидата и доктора педагогических наук

Постановлением Гокомитета Совета Министров СССР по науке и технике от 17 февраля 1969 г. № 43 в Номенклатуре специальностей научных работников [7] в разделе 21.000 «Психологические науки» введены психологические научные специальности (табл. 1).

Таблица 1

*Научные специальности раздела «Психологические науки»
Номенклатуры специальностей научных работников*

Номенклатура специальностей научных работников					
от 17.02.1969 г. [7]		от 28.06.1972 г. [8]		от 25.02.2009 г. [9]	
Шифр	Название специальности	Шифр	Название специальности	Шифр	Название специальности
21.960	Общая психология	19.00.01	Общая психология	19.00.01	Общая психология, психология личности, история психологии
21.961	Психофизиология	19.00.02	Психофизиология	19.00.02	Психофизиология
21.962	Психология труда	19.00.03	Психология труда	19.00.03	Психология труда, инженерная психология, эргономика
21.963	Инженерная психология				
21.964	Медицинская психология	19.00.04	Медицинская психология	19.00.04	Медицинская психология
21.965	Социальная психология	19.00.05	Социальная психология	19.00.05	Социальная психология
21.966	Судебная психология	19.00.06	Юридическая психология	19.00.06	Юридическая психология
21.967	Детская и педагогическая психология	19.00.07	Детская и педагогическая психология	19.00.07	Педагогическая психология
21.968	Зоопсихология	19.00.08	Зоопсихология		
21.969	Военная психология	19.00.09	Военная психология		
21.970	Специальная психология (психология слепых, глухонемых и умственно-отсталых детей)	19.00.10	Специальная психология (психология слепых, глухонемых и умственно-отсталых детей)	19.00.10	Коррекционная психология
		19.00.11	Психология труда в особых условиях	19.00.12	Политическая психология

В следующей Номенклатуре специальностей научных работников, утвержденной постановлением Гокомитета Совета Министров СССР по науке и технике от 28 июня 1972 г. № 385 [8] разделу «Психологические науки» был присвоен шифр 19.00.00 и научные специальности получили наименования, которые с небольшими изменениями дошли до наших дней (см. табл. 1). Таким образом, медицинская психология как отрасль науки и как научная специальность имеет исторический генезис и относительно небольшой (с 1969 г. по настоящее время) период развития, истоки которого относятся к медицине и философии.

Присуждение ученых степеней в Российской Федерации регламентируется Положением о порядке присуждения ученых степеней [11]. Содержанием специальности 19.00.04 – «Медицинская психология» являются [12]:

- изучение общих и частных психологических закономерностей изменений и восстановления психической деятельности при различных патологических состояниях и аномалиях развития;
- выявление закономерностей влияния психических факторов на укрепление здоровья и формирование установок на здоровый образ жизни;
- анализ и выявление психических факторов, влияющих на возникновение, течение и преодоление болезней и других стойких состояний дезадаптации, на успешную социально-трудовую реабилитацию;
- повышение адаптационных ресурсов личности, гармонизация психического развития и межличностных отношений в процессах предупреждения заболеваний, собственно патологии, восстановительного лечения и реабилитации;
- изучение особенностей деятельности психологов в сфере здравоохранения (диагностика, экспертиза, психотерапия, психологическая коррекция, консультирование и др.);
- разработка, адаптация и изучение эффективности методов психологической диагностики и психологического вмешательства; анализ направлений и этапов развития медико-психологических исследований.

По специальности 19.00.04 – «Медицинская психология» разрешено присваивать ученые степени по психологическим и медицинским отраслям науки, по всем остальным специальностям раздела 19.00.00 – по психологическим наукам. Президиум Академии медицинских наук СССР постановлением от 27 декабря 1972 г. № 365 «Об утверждении комитета союзного значения по проблеме “Медицинская психология”» создал комитет по медицинской психологии в количестве 22 человек (председатель – проф.

В.Н. Мясищев), а головным учреждением назвал Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева [1].

Цель настоящей работы – установить взаимосвязи структурно-количественных данных диссертационных исследований по специальности 19.00.04 – «Медицинская психология» с макроэкономическими показателями, индикаторами научного потенциала и инновационной активности и данными деятельности медико-психологической службы в Российской Федерации. Авторы данной публикации понимали, что использованные критерии сравнения, скорее всего, отражают развитие науки и общий уровень подготовки научных кадров высшей квалификации в России и на показатели диссертационного массива по медицинской психологии они оказывают влияние только опосредованно.

Материалы и методы

Объект исследования составили структурно-количественные данные материалов диссертационных исследований по специальности 19.00.04 – «Медицинская психология», индикаторы научного потенциала и инновационной активности и показатели деятельности медико-психологической службы в 1990–2011 гг.

В качестве показателя макроэкономического развития страны и научной отрасли использовали данные динамики валового внутреннего продукта (ВВП) в процентах к уровню 1990 г., внутренних затрат на научные исследования и разработки в сопоставимых ценах к уровню 1989 г. и в процентах к ВВП. ВВП – обобщающий показатель экономической эффективности, представляет собой стадии производства добавленной стоимости отраслей экономики, а на стадии использования стоимость товаров и услуг, предназначенных для конечного потребления, накопления и экспорта. ВВП рассчитывается в текущих основных и рыночных ценах. Для изучения динамики применяются постоянные цены. Внутренние затраты – это затраты объектов экономической деятельности за счет собственных средств. Указанные показатели взяты из официальных статистических справочников «Российский статистический ежегодник» (1994–2012 гг.), «Наука в России» (2001). Большинство этих справочников имеются на официальном сайте Федеральной службы государственной статистики (Росстат) [<http://www.gks.ru>].

Индикаторами научного потенциала явились показатели подготовки аспирантов и докторантов, общее количество диссертационных работ в России, представленных в диссертационные советы. Эти показатели взяты

из Интернет-ресурса «Кадры высшей научной квалификации» [<http://www.science-expert.ru>] и статистических справочников «Индикаторы инновационной деятельности» (2004–2012 гг.) и «Индикаторы науки» (2004–2011 гг.) Центра исследований и статистики науки [<http://www.csrs.ru>].

Показателями инновационной активности стали публикации российских ученых и количество отечественных патентов на изобретения в сфере медицинской психологии. Для изучения массива книжных изданий (книги и брошюры) использовали электронные базы данных Российской государственной библиотеки [<http://www.rsl.ru>], патентов на изобретения – Федерального института промышленной собственности Роспатента [<http://www1.fips.ru>] и сведения из публикации [13].

Обобщенными показателями деятельности медико-психологической службы явились данные количества психотерапевтических кабинетов [5], штатных единиц психотерапевтов и медицинских психологов при Минздраве России [15]

Структурно-динамические показатели материалов диссертационных работ по научной специальности 19.00.04 – «Медицинская психология» взяли из справочно-библиографического указателя [2].

Для статистической обработки данных использовали стандартный пакет методов Stanistica 6.0. Авторы выражают благодарность проф. С.Г. Григорьеву (Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург) за помощь в проведении статистического анализа.

Результаты и их анализ

Динамика ВВП России в сопоставимых ценах 1990 г. изображена на рис. 1. Полиномиальный тренд динамики ВВП при высоком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,83$) напоминает U-кривую с минимальными значениями в 1998–1999 гг. В настоящее время ВВП составляет около 111 % уровня 1990 г., то есть ВВП за 20 лет неолиберальных реформ в России увеличился только на 11 %.

На рис. 2 изображена динамика внутренних затрат на исследования и разработки. Кривая динамики затрат в процентах от ВВП приближается к прямой горизонтальной линии, а в сопоставимых ценах 1989 г. полиномиальный тренд при невысоком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,58$) напоминает U-кривую с минимальными показателями в 1995–1998 гг. Уместно заметить, что на зарплату и социальные платежи от объема внутренних затрат на исследования и разработки ежегодно затрачивалось ($52,5 \pm 0,1$) %. В 2000–2010 гг. медицинские траты составили около 2,9 % от об-

щего количества ресурса. В 2010 г. внутренние платежи на исследования и разработки составили 489,4 млрд рублей, в том числе траты на медицинские науки – 3,2 %, общественные – 2,8, гуманитарные – 1,4, сельскохозяйственные – 1,8, естественные – 19,6, технические науки – 71,2 %.

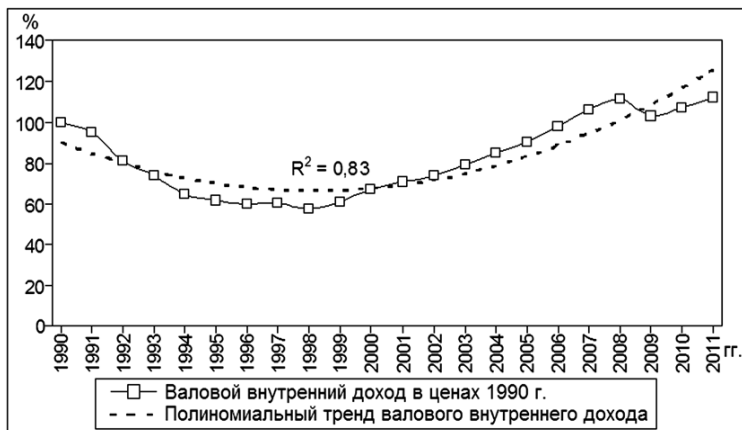


Рис. 1. Динамика ВВП России в процентах к ценам 1990 г.

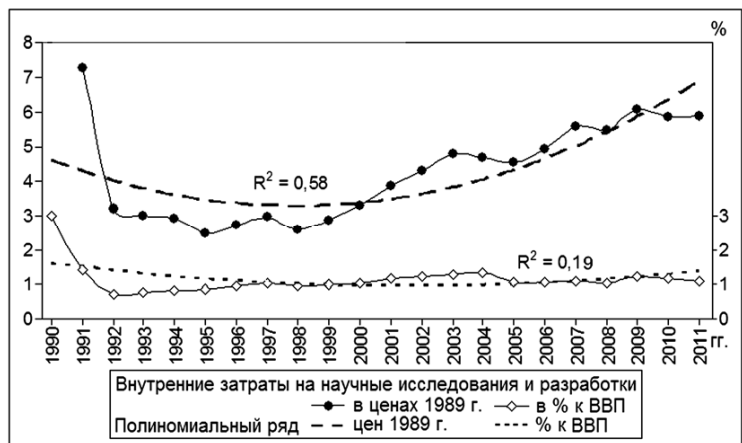


Рис. 2. Динамика внутренних затрат на научные исследования и разработки в России

Действенным ресурсом подготовки кадров высшей квалификации является аспирантура и докторантура. На рис. 3 представлена динамика

количества аспирантов в России, а на рис. 4 – количества докторантов. Отмечается явное увеличение общего количества лиц, обучающихся в аспирантуре и докторантуре, в России с 1994 г. по настоящее время.

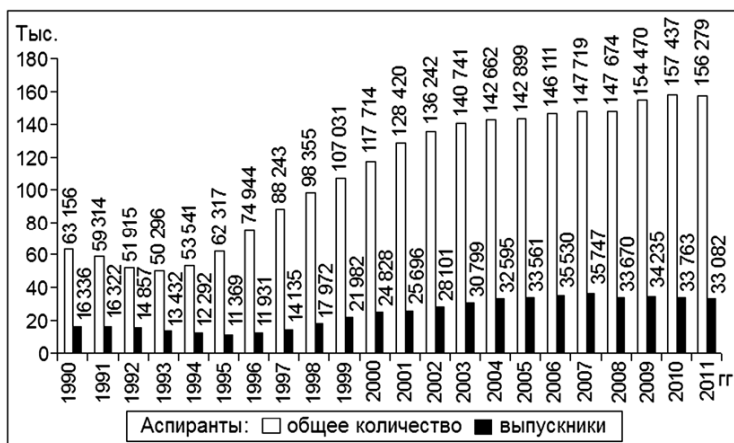


Рис. 3. Количество аспирантов в России

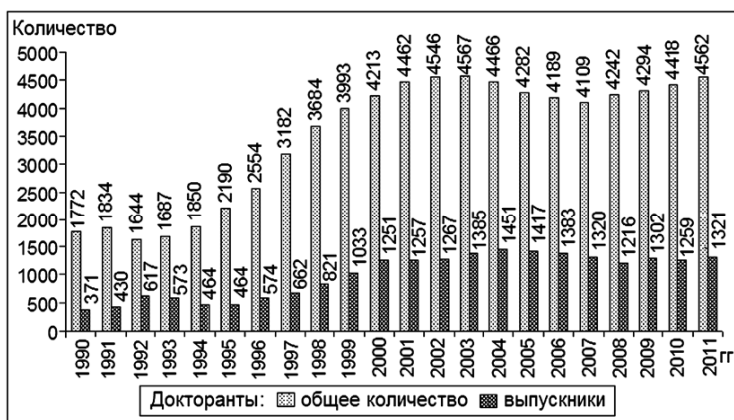


Рис. 4. Количество докторантов в России

Средний возраст аспирантов, обучавшихся в 2000–2010 гг., составил $(26,1 \pm 0,1)$ лет. В 2011 г. аспирантов мужчин было 54,1 %, женщин – 45,9 %, в возрасте до 26 лет – 71,6 %, среди мужчин – 78,1 %, среди женщин – 63,9 %. Средний возраст докторантов, обучавшихся в 2000–2010 гг., был

(41,9 ± 0,3) лет. В 2011 г. докторантов мужчин было 51,7 %, женщин – 48,3 %, в возрасте до 39 лет – 55,8 %, среди мужчин – 56,4 %, среди женщин – 55,2 %.

Ежегодно в 1995–2011 гг. заканчивали аспирантуру по медицинским отраслям науки (2121 ± 173) аспирантов, по психологическим – (576 ± 48), в том числе с защитой диссертаций соответственно (48,5 ± 0,1) и (32,6 ± 0,1) %. Линейные тренды показывают динамику явного увеличения количества обучающихся ($R^2 = 0,94$) и заканчивающих обучение ($R^2 = 0,73$) аспирантов медицинских отраслей науки, аналогичная тенденция отмечается в динамике количества аспирантов психологических отраслей науки, коэффициенты детерминации соответственно $R^2 = 0,95$ и $R^2 = 0,88$.

По медицинским отраслям науки ежегодно заканчивали докторантуру (71 ± 5) человек, по психологическим – (20 ± 3), в том числе с защитой докторской диссертации соответственно (44,8 ± 0,3) и (18,3 ± 0,2) %. Степенные тренды показывают динамику увеличения количества обучающихся ($R^2 = 0,69$) и заканчивающих обучение ($R^2 = 0,79$) докторантов медицинских отраслей науки, аналогичная тенденция отмечается в динамике количества докторантов психологических отраслей науки, коэффициенты детерминации соответственно $R^2 = 0,79$ и $R^2 = 0,68$.

На рис. 5 представлена динамика общего количества диссертаций, представленных в диссертационные советы России в 1990–2011 гг.

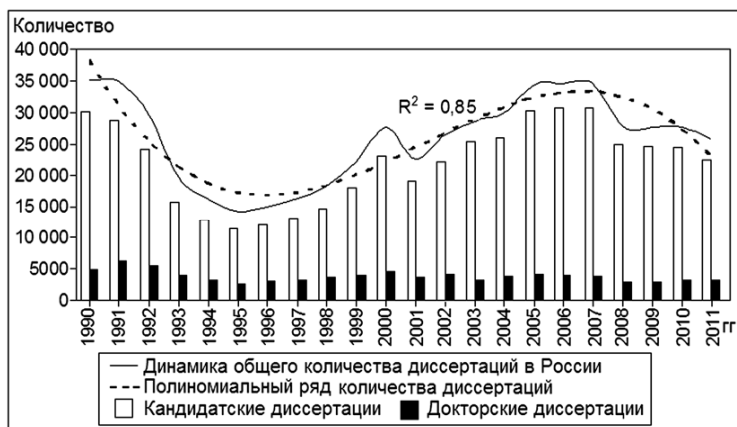


Рис. 5. Динамика общего массива диссертаций в России

За указанный период ВАК выдал 483 987 дипломов кандидата наук и 85 169 – доктора наук. Ежегодный прирост массива диссертаций был

(25 870 ± 1460) работ, в том числе на соискание ученой степени доктора наук – (3870 ± 190), кандидата наук – (22 000 ± 1370). Докторские диссертации составили 15,1 %, а соотношение докторских и кандидатских – 1 : 5. Помимо макроэкономических факторов, на динамику подготовки кадров высшей квалификации большое влияние оказывал процесс реструктуризации работы диссертационных советов и ВАК, о чем подробно указывает В.Н. Неволин [6]. Полиномиальный тренд динамики диссертаций при высоком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,85$) напоминает горизонтально расположенную S-образную кривую (см. рис. 5).

Динамика количества медицинских диссертаций представлена на рис. 6. В 1990–2011 г. ежегодно представлялись в советы по (4070 ± 200) работ, в том числе (3370 ± 190) докторских и (700 ± 25) кандидатских. Докторские диссертации составили 17,1 %, а соотношение докторских и кандидатских – 1 : 4,8. Полиномиальный тренд динамики диссертаций при высоком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,86$) напоминает горизонтально расположенную S-образную кривую, которая имеет высокую конгруэнтность ($r = 0,91$; $p < 0,001$) с кривой динамики общего массива диссертаций в России (см. рис. 5). Ежегодный вклад медицинских диссертаций составляет (16,0 ± 0,3) % в общий поток диссертаций в России.



Рис. 6. Динамика количества медицинских диссертаций в России

Ежегодно в 1993–2011 гг. в диссертационные советы России представлялись по (500 ± 50) психологических диссертаций (рис. 7), в том числе по (40 ± 3) докторских и (460 ± 50) кандидатских. Докторские диссертации составили 7,9 %, а соотношение докторских и кандидатских – 1 : 11,7.

Полиномиальный тренд динамики психологических диссертаций при высоком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,88$) напоминает пологую инвертируемую U-кривую, с максимальными показателями в 2005–2007 гг. Ежегодный вклад психологических диссертаций составляет $(1,9 \pm 0,1) \%$ в общий поток диссертаций в России.

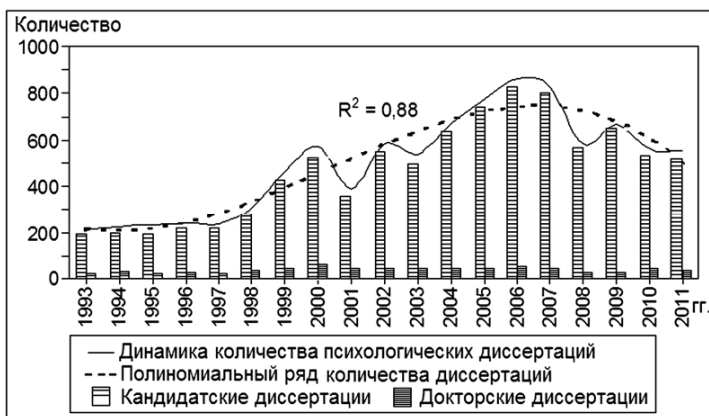


Рис. 7. Динамика количества психологических диссертаций в России

Динамика количества диссертаций по специальности 19.00.04 – «Медицинская психология» в 1990–2011 гг. показана на рис. 8.

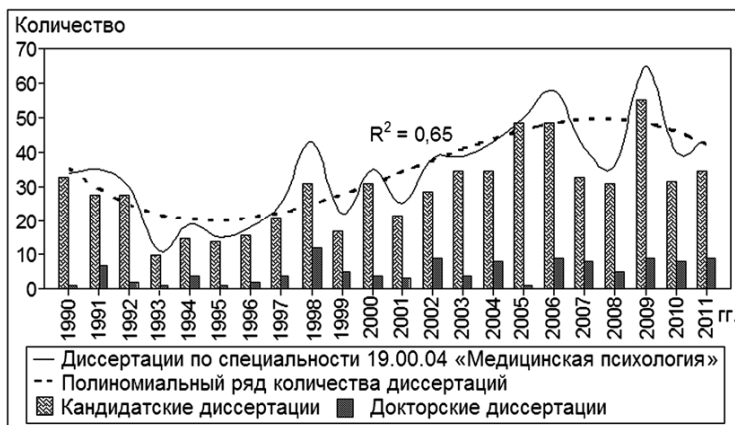


Рис. 8. Динамика количества диссертаций по специальности 19.00.04 – «Медицинская психология»

Отмечается статистически значимая конгруэнтность кривой динамики диссертаций по медицинской психологии, общего потока диссертаций в России и отраслевых (медицинских и психологических) диссертаций, соответственно $r = 0,66$ ($p < 0,001$), $r = 0,76$ ($p < 0,001$) и $r = 0,78$ ($p < 0,001$).

В 1990–2011 гг. в диссертационные советы России были представлены 766 работ, в том числе на соискание ученой степени доктора наук – 15,1 %, соотношение докторских и кандидатских составило 1 : 5. Диссертаций, отнесенных к медицинским наукам, было 30,9 %, к психологическим – 69,1 % (рис. 9). На рис. 10 представлена динамика медицинских и психологических диссертаций по медицинской психологии.



Рис. 9. Структурные показатели диссертаций по специальности 19.00.04 – Медицинская психология

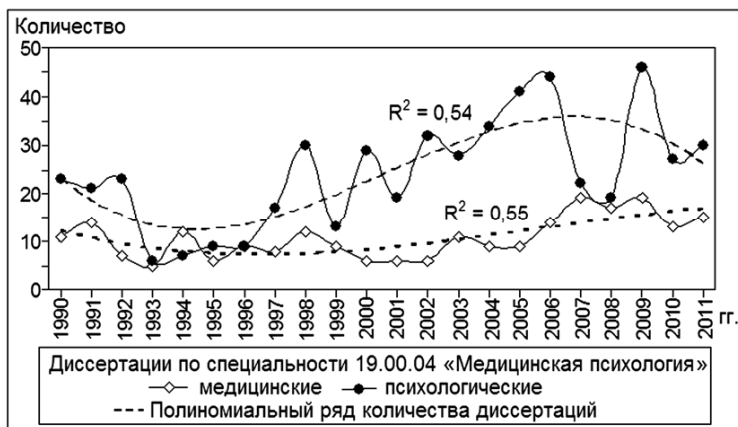


Рис. 10. Динамика количества медицинских и психологических диссертаций по специальности 19.00.04 – «Медицинская психология»

На рис. 11 изображены доли медицинских диссертаций по специальности 19.00.04 – «Медицинская психология» в общем потоке медицинских диссертаций в России (средний вклад – 0,27 %) и доли психологических диссертаций в общем потоке психологических диссертаций в России (средний вклад – 5,17 %). При низких коэффициентах детерминации обнаруживается тенденция уменьшения вклада психологических диссертаций и увеличения вклада медицинских работ в отраслевые потоки диссертаций в России.

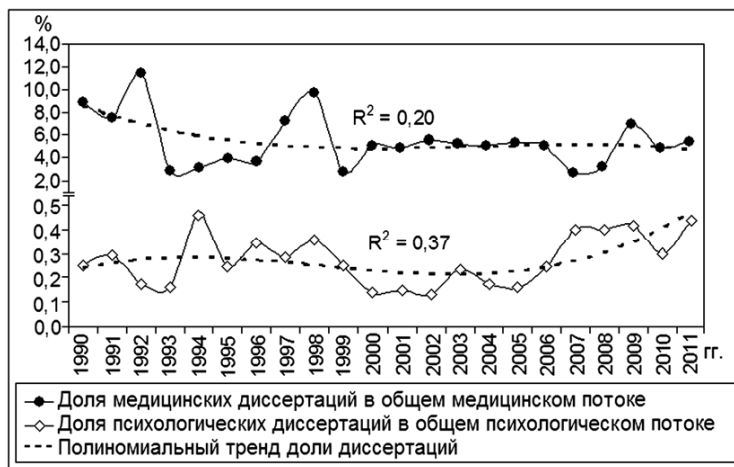


Рис. 11. Динамика доли медицинских и психологических диссертаций по медицинской психологии в общем отраслевом потоке медицинских и психологических диссертаций в России

По данным Российской государственной библиотеки, входящей в блок реферативно-библиографического обслуживания Государственной системы научной и научно-технической информации и получающей обязательный экземпляр книжной продукции, с 1990 по 2011 г. было опубликовано 4450 книжных изданий в сфере медицинской (клинической) психологии. Полиномиальный тренд при высоком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,98$) показывал явный рост количества публикаций. Например, если в 1990–1994 гг. ежегодно выходили в свет по (8 ± 1) книги, то в 2007–2011 гг. – (426 ± 15) . По данным Роспатента, в 1994–2011 гг. были выданы 334 патента на изобретения в сфере медицинской психологии, в том числе ежегодно патентовались по (19 ± 2) изобретения [13].

В табл. 2 представлены показатели сети психотерапевтических кабинетов и количества психотерапевтов и медицинских психологов, работающих в Минздраве России [15].

Таблица 2
Кадры психотерапевтов и медицинских психологов в Российской Федерации

Показатель	Год										
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Число учреждений, имеющих психотерапевтические кабинеты	1134	1117	1147	1137	1117	1097	1095	1036	962	933	891
Число врачей-психотерапевтов											
● всего	1862	1898	1945	1941	1939	1931	1898	1905	1862	1836	1860
● на 10 тыс. населения	0,13	0,13	0,13	0,13	0,14	0,14	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13
Число занятых должностей врачей-психотерапевтов											
● абс. показатели	3248	3375	3465	3622	3742	3725	3610	3528	3432	3435	3283
● на 10 тыс. населения	0,22	0,23	0,24	0,25	0,26	0,26	0,25	0,25	0,24	0,24	0,23
Число занятых должностей на амбулаторном приеме											
● абс. показатели	1913	1968	1998	2051	2071	2008	1983	1929	1847	1825	1777
● на 10 тыс. населения	0,13	0,14	0,14	0,14	0,14	0,14	0,14	0,14	0,13	0,13	0,13
Коэффициент совместительства	1,9	1,9	1,96	2,04	2,22	2,23	2,20	2,20	2,21	2,25	2,09
Число медицинских психологов											
● всего	1512	1967	2388	2581	2720	2862	3158	3415	3432	3652	3660
● в ПНД, кабинетах диспансерного отделения	721	9150	1038	1158	1183	1215	1304	1436	1509	1537	1530
● в стационарах	792	1052	1350	1422	1537	1647	1854	1980	1923	2115	2130
● на 10 тыс. населения	0,10	0,14	0,17	0,18	0,19	0,20	0,22	0,24	0,24	0,26	0,26

На рис. 12 представлены взаимосвязи количества отечественного диссертационного массива по специальности 19.00.04 – «Медицинская психология» с макроэкономическим развитием страны, с индикаторами научного потенциала и научных кадров в России.

При разработке прогностических моделей количества диссертаций, которые могут быть подготовлены по медицинской психологии, оказалось, что между изученными признаками имелись высокие корреляционные зависимости ($r \geq 0,70$), что вызывало эффект мультиколлинеарности. В этом случае из двух признаков, сильно взаимосвязанных между собой, при включении их в модель один из них брал нагрузку другого, а другой во-

дил в модель с обратным знаком и нарушал смысл изучаемого процесса. Поэтому в нашей работе мы ограничились изучением корреляционных зависимостей.

Диссертационный массив по специальности 19.00.04 «Медицинская психология»	Макроэкономические показатели $r = 0,62$; $p < 001$	<ul style="list-style-type: none"> ● ВВП в процентах к уровню 1990 г. ● внутренние затраты на исследования и разработки – в ценах 1989 г. – в процентах к ВВП
	$r = 0,73$; $p < 0,001$	
	$r = 0,57$; $p < 0,05$	
	Организация подготовки кадров высшей квалификации $r = 0,73$; $p < 0,001$	<ul style="list-style-type: none"> ● общее число обучающихся аспирантов по медицинским и психологическим отраслям науки ● общее число выпускников из аспирантуры по медицинским и психологическим отраслям науки ● число лиц, получивших дипломы кандидатов и докторов наук по медицинским наукам ● число лиц, получивших дипломы кандидатов и докторов наук по психологическим наукам
	$r = 0,75$; $p < 0,001$	
	$r = 0,76$; $p < 0,001$	
	Иновационная активность научных работников $r = 0,73$; $p < 0,001$	<ul style="list-style-type: none"> ● число публикаций в сфере медицинской (клинической) психологии ● число патентов на изобретения в сфере медицинской психологии
	$r = 0,69$; $p < 0,01$	
	Организация медико-психологической помощи населению $0,75$; $p < 0,01$	<ul style="list-style-type: none"> ● число ставок медицинских психологов

Рис. 12. Факторы, обуславливающие диссертационный поток по медицинской психологии в России

При факторном анализе изученные признаки распределились в три фактора с общим вкладом 93,4 %. Более половины вклада составили признаки фактора (F_1), который назван нами «Предикторы инновационного потенциала научных кадров» (табл. 3). Со значимыми весами в него вошли большинство показателей макроэкономического развития страны, инновационного потенциала и научных кадров в России. Это фактор также содержал данные диссертационного массива по медицинской психологии и количество ставок медицинских психологов в Минздраве России.

Заключение

Отмечается значительная вариабельность динамики диссертаций по специальности 19.00.04 – «Медицинская психология» в 1990–2011 гг. Выявлен рост количества диссертаций в последние годы, например, за последнее пятилетие проведенного анализа (2007–2011 гг.) по сравнению

первым пятилетием (1990–1994 гг.) отмечается увеличение количества работ в 1,8 раза.

Таблица 3

Факторные нагрузки показателей

Показатель	F ₁	F ₂	F ₃
Количество диссертаций по медицинской психологии	0,74		
Общее количество диссертаций в России		0,81	
Медицинские диссертации в России			0,65
Психологические диссертации в России	0,63	-0,77	
ВВП, в процентах к уровню 1990 г.	0,96		
Внутренние затраты на исследования и разработки, в ценах 1989 г.	0,95		
Внутренние затраты на исследования и разработки, в процентах к ВВП		0,86	
Общее количество аспирантов и докторантов	0,98		
Количество аспирантов и докторантов, закончивших учебу	0,97		
Количество патентов на изобретения в сфере медицинской психологии		0,91	
Количество книг и брошюр	0,92		
Количество психотерапевтических кабинетов	0,72		
Количество ставок психотерапевтов			0,98
Количество ставок медицинских психологов	0,99		
Процент вклада	55,1	23,6	14,7

Количественно-динамические характеристики диссертационного потока по специальности 19.00.04 – «Медицинская психология» демонстрируют высокую зависимость от многих показателей – индикаторов научного потенциала и инновационной активности в России: от динамики массивов диссертаций по медицинским ($r = 0,76$; $p < 0,001$) и психологическим ($r = 0,78$; $p < 0,001$) отраслям науки; от общего количества медицинских и психологических аспирантов и докторантов ($r = 0,72$; $p < 0,001$), в том числе заканчивающих обучение ($r = 0,78$; $p < 0,001$); от публикационной активности исследователей ($r = 0,73$; $p < 0,001$) и количества патентов на изобретения ($r = 0,69$; $p < 0,001$) в сфере медицинской (клинической) психологии, от числа медицинских психологов ($r = 0,75$; $p < 0,01$), работающих в Минздраве России и др.

Вместе с тем следует отметить, что за время обучения в аспирантуре успевали подготовить и представить кандидатскую диссертацию в диссертационные советы по медицинским отраслям науки ($48,5 \pm 0,1$) % соискателей, по психологическим – ($32,6 \pm 0,1$) %, за время обучения в докторан-

туре соответственно ($44,8 \pm 0,3$) и ($18,3 \pm 0,2$) %, что указывает на необходимость проведения более целенаправленного отбора.

Литература

1. *Акименко М.А.* Институт им В.М. Бехтерева: от истоков до современности (1907–2007) / М.А. Акименко. – СПб., 2007. – 946 с.

2. *Евдокимов В.И.* Анализ диссертационных исследований по специальности 19.00.04 «Медицинская психология» (1980–2011 гг.) / В.И. Евдокимов, В.Ю. Рыбников, А.В. Зотова ; Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И.И. Мечникова. – СПб. : Политехника-сервис, 2012. – 168 с. – (Полезная библиогр. ; вып. 14).

3. *Климов А.Ю.* История создания Положения об испытаниях на ученые степени в архивных документах Российской империи (1819–1837 гг.) : монография / А.Ю. Климов ; Краснодар. ун-т МВД России. – Краснодар, 2007. – 280 с. – (Ученые степени в России).

4. *Кононова С.В.* Развитие государственной системы подготовки научных кадров высшей квалификации в России (1724–2005) : монография / Кононова С.В. – Ставрополь : Ставропольсервисшкола, 2006. – 410 с. – (Ученые степени в России).

5. *Назыров Р.К.* Научный анализ состояния психотерапии в России и теоретико-методологическое обоснование ее дальнейшего развития : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Р.К. Назыров ; [С.-Петербур. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева]. – СПб., 2012. – 48 с.

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

7. Номенклатура специальностей научных работников (утв. постановлениями Госком. Совета Министров СССР по науке и технике от 17.02.1969 г. № 43 и от 31.07.1970 г. № 324) // Бюл. М-ва высш. и сред. спец. образования СССР. – 1972. – № 8. – С. 47–58.

8. Номенклатура специальностей научных работников (утв. постановлениями Госком. Совета Министров СССР по науке и технике от 28.07.1972 г. № 385) // Бюл. М-ва высш. и сред. спец. образования СССР. – 1972. – № 11. – С. 2–16.

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

10. О включении психологии в перечень отраслей науки, по которым присуждается ученые степени (приказ М-ва высш. и сред. спец. образования СССР от 04.10.1968 № 800) // Бюл. М-ва высш. и сред. спец. образования СССР. – 1969. – № 2. – С. 19.

11. Об утверждении Единого реестра ученых степеней и ученых званий и Положения о порядке присуждения ученых степеней : постановление Правительства РФ от 30.01.2002 г. № 74, в ред. от 20.06.2011 г. № 475. – URL: <http://www.consultant.ru/>.

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

13. Поиск и анализ изобретений по психотерапии и психологической коррекции в России (1994–2011 гг.) / В.И. Евдокимов, Т.Г. Горячкина, Т.Н. Эриванцева, Е.И. Чехлатый // Обозр. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 2012. – № 3. – С. 103–109.

14. Присуждение ученых степеней в Российской империи : полн. собр. правовых актов (1724–1917) / сост. А.Н. Якушев. – [2-е изд., доп.]. – Ставрополь : Ставропольсервисшкола, 2006. – 537 с. – (Ученые степени в России).

15. Психиатрическая помощь населению Российской федерации в 2009 г. (стат. справ.) / Гос. науч. центр соц. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского. – М., 2010. – 42 с.

16. *Якушев А.Н.* Оценка результатов диссертаций на соискание ученых степеней / А.Н. Якушев, А.Ю. Климов // Гос. служба. – 2008. – № 2. – С. 115–121.

РЕФЕРАТЫ

Евдокимов В.И., Карвасарский Б.Д. Психотерапия: анализ мирового массива докторских диссертаций (1983–2012 гг.) // Вестник психотерапии. – 2013. – № 46 (51). – С. 7–21.

Представлен алгоритм поиска докторских диссертаций в электронной базе данных (БД) ProQuest Dissertations & Theses, содержащей около 2,9 млн диссертаций мира. Проведен анализ 56 454 докторских диссертации в сфере психотерапии, опубликованных с 1983 по 2012 г. В сформированном массиве 39 129 докторских диссертаций имели полные тексты. Российских работ в БД не найдено. Ежегодно БД пополнялась на (1880 ± 150) докторских диссертаций. 93 % докторских диссертаций были подготовлены в университетах США, 4,6 % – в Канаде и около 1 % – в Великобритании. 98,7 % диссертаций были опубликованы на английском языке. Ученую степень доктора философии (PhD) получили 92,5 % соискателей ученых степеней, доктора психологии (PsyD) – 13,0 %, доктора образования (EdD) – 1,8 %. Представлена структура использованных психотерапевтических техник и объектов исследования.

Ключевые слова: докторская диссертация, науковедение, наукометрия, ProQuest, психотерапия, психотерапевтические техники.

Александров А.А. Катарсис: внутренний взрыв, ведущий к реорганизации отношений // Вестник психотерапии. – 2013. – № 46 (51). – С. 22–35.

Аналитико-катартическая терапия сочетает в себе два метода: аналитический (в виде «беседы-дискуссии») и психодраматический (в виде «монодрамы»). Последний метод основывается на катарсисе, под которым понимается «взрыв» внутри личности индивида, вызванный обострением и столкновением ее противоречивых тенденций и ведущий к реорганизации отношений. Обострение конфликта осуществляется с помощью актуализации конфликтной ситуации – ее воспроизведением, проигрыванием в ситуации «здесь и сейчас», с этой целью используются методы монодрамы – монологи и диалоги. Осознанию конфликта способствует применение психотерапевтом конфронтационных приемов, которые служат толчком для «взрыва». Непременным условием катарсиса является предварительный период размышления («размышление предшествует катарсису»), рефлексии, самоанализа, сосредоточения пациента на своей проблеме в поисках ее решения – этап «созревания» пациента, его подготовка к «взрыву».

Ключевые слова: аналитико-катартическая терапия, катарсис, монодрама, «взрыв», реорганизация отношений.

Бочаров В.В., Васильева А.В., Полторак С.В., Сарайкин Д.М. Соотношение психотерапии и психофармакотерапии при пограничных нервно-психических расстройствах в зависимости от мотивационных сценариев пациентов // Вестник психотерапии. – 2013. – № 46 (51). – С. 36–49.

Рассматривается зависимость выбора методов лечения и их соотношения от личностных мотивационных сценариев пациентов.

Ключевые слова: психотерапия, фармакотерапия, мотивационные сценарии, пограничные нервно-психические расстройства.

Холявко В.В. Клинико-психологические характеристики пациентов с невротическими расстройствами, обратившихся за психотерапевтической помощью // Вестник психотерапии. – 2013. – № 46 (51). – С. 50–59.

Рассматриваются клинико-психологические характеристики 120 пациентов с невротическими расстройствами, обратившихся за психотерапевтической помощью. В 1-ю группу (n = 76) были включены пациенты, ведущим методом лечения которых являлась психотерапия, во 2-ю – пациенты (n = 44), получавшие медикаментозное лечение с использованием современных психофармакологических препаратов. Результаты исследования показали, что пациенты 1-й группы имеют характерные клинико-психологические особенности, учет которых может верифицировать заказ на психотерапию и оптимизировать выбор стратегии лечения.

Ключевые слова: психотерапия, невротические расстройства, неврозы, психофармакотерапия.

Кремлева О.В., Гельд А.Л., Круглов Л.С. Алекситимические проявления при тревожно-депрессивной симптоматике у психически больных // Вестник психотерапии. – 2013. – № 46 (51). – С. 60–68.

Высокая глобальная оценка алекситимии (по методике TAS) и ее двух факторов, отражающих дефициты идентификации, разграничения чувств и коммуникации чувствами значимо отличали выборку 100 психически больных с тревожными и депрессивными проявлениями от 57 здоровых, сопоставимых по основным клинико-статистическим показателям, но не различали психотическую и непсихотическую выборки. С высокой значимостью тревога и депрессия по HADS были ассоциированы с уровнями алекситимии и ее «чувственных факторов». «Когнитивные» факторы алекситимии не обнаруживали значимых корреляционных связей с клиническими переменными и показателями HADS. Алекситимия в равной мере ассоциирована с тревожной и депрессивной сим-

птоматикой при психических заболеваниях, но не с психотическим / непсихотическим уровнем выявляемых расстройств.

Ключевые слова: алекситимия, торонтская алекситимическая шкала, тревога, депрессия.

Малкова Е.Е. Психологическая сущность тревоги в норме и при аномалиях развития личности // Вестник психотерапии. – 2013. – № 46 (51). – С. 69–88.

Рассматривается тревожность как целостный феномен личности в социальном контексте развития, а тревога – как стержневое свойство, определяющее развитие личности. Проведенное эмпирическое исследование показало, что в рамках психопатологии тревога может быть: соматически редуцированной врожденными или приобретенными индивидуальными механизмами (соматический уровень); избыточной для типовых ситуаций социализации (невротический уровень); полонеспецифически размытой и избыточной, как реакция на нарушения сложившихся устойчивых психических образований (психотический уровень). В соответствии с этим, тревожность является фактором, регулирующим эмоционально-поведенческую сферу личности, а тревога – признаком адаптационного напряжения.

Ключевые слова: клиническая психология, тревога, тревожность, развитие личности, дети.

Улюкин И.М., Додонов К.Н., Милоенко М.С., Болехан В.Н. Субъективные переживания пациентов на клинически выраженных стадиях ВИЧ-инфекции // Вестник психотерапии. – 2013. – № 46 (51). – С. 88–100.

Изучена взаимосвязь чувства вины, агрессивности и соматических жалоб у 37 больных ВИЧ-инфекцией на фоне антиретровирусной терапии на различных стадиях и при различной длительности заболевания. Отмечено, что анализ всех факторов, которые влияют на принятие и соблюдение пациентом режима лечения, а также выработку комплайенса и психосоциальной адаптации к его заболеванию, необходимо проводить с позиций индивидуального клиент-центрированного подхода на всех этапах психосоциального сопровождения.

Ключевые слова. ВИЧ-инфекция, антиретровирусная терапия, вина, агрессивность, соматические жалобы, боль.

Хомерики Н.С. Интернет-зависимое поведение у подростков: особенности личностных свойств и формирование интернет-зависимости // Вестник психотерапии. – 2013. – № 46 (51). – С. 100–109.

Интернет-зависимое поведение – это вариант нехимической аддикции, где объектом зависимости становится определенный поведенческий паттерн, связанный с негармоничным использованием ресурсов Интернет. Подростки являются наиболее уязвимой группой для возникновения интернет-зависимого поведения в силу возрастной незрелости личности и неустойчивости ее структуры. Проведено сплошное невыборочное исследование 1084 подростков, средний возраст по выборке составил ($15,5 \pm 0,8$) лет, из которых 4,3 % были диагностированы как интернет-зависимые и 29,3 % как злоупотребляющие Интернетом. Составлен личностный профиль интернет-зависимого подростка и выявлены психологические факторы риска возникновения интернет-зависимости: эмоциональная неустойчивость, снижение способности к саморегуляции и самоконтролю, низкий уровень эмоциональной и социальной компетентности.

Ключевые слова: подростки, интернет-зависимость, психодиагностика, психологические факторы риска, индивидуально-психологические черты, свойства характера.

Ишинова В.А., Сердюков С.В. Влияние характерологических особенностей на восприятие ангинозной боли у больных со стабильной стенокардией при выполненной реваскуляризации миокарда и без хирургического вмешательства в процессе медицинской реабилитации // Вестник психотерапии. – 2013. – № 46 (51). – С. 110–121.

Обследованы 2 группы больных ИБС с ангинозной болью – перенесших хирургическую реваскуляризацию миокарда и без оперативного вмешательства. В процессе медицинской реабилитации исследовали интенсивность боли, уровень нейротизма, выраженность психопатологической симптоматики и характерологические особенности личности. Выявлено, что у больных обеих групп ангинозная боль сопровождалась выраженной психопатологической симптоматикой, эмоциональной лабильностью и наличием тенденций к акцентуациям, в отличие от группы здоровых людей. К концу курса эмпатотехники отмечалось уменьшение интенсивности ангинозной боли и снижение выраженности психопатологической симптоматики, уменьшение эмоциональной лабильности. Наиболее высокие показатели по отдельным шкалам используемых опросников получены у пациентов, испытывающих ангинозную боль, несмотря на перенесенное оперативное вмешательство, в сравнении с группой пациентов, не подвергавшихся реваскуляризации миокарда.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, реваскуляризация миокарда, ангинозная боль, эмпатотехника, психопатологическая симптоматика, нейротизм, акцентуации характера.

Зотова А.В., Евдокимов В.И., Рыбников В.Ю. Взаимосвязи структурно-количественных показателей диссертационных исследований по специальности 19.00.04 – «Медицинская психология» с индикаторами научного потенциала и инновационной активности в Российской Федерации // Вестник психотерапии. – 2013. – № 46 (51). – С. 122–140.

Проведен анализ 766 диссертаций, представленных в диссертационные советы Российской Федерации в 1990–2011 гг. по специальности 19.00.04 – «Медицинская психология». Диссертаций на соискание ученой степени доктора наук было 15,1 %, соотношение докторских и кандидатских – 1 : 5, отнесенных к медицинским наукам – 30,9 %, к психологическим – 69,1 %. Выявлена значительная вариабельность динамики диссертаций. Определяется рост количества диссертаций в последние годы, например за последнее пятилетие проведенного анализа (2007–2011 гг.) по сравнению первым пятилетием (1990–1994 гг.) отмечается увеличение количества работ в 1,8 раза. Количественно-динамические характеристики диссертационного потока по специальности 19.00.04 – «Медицинская психология» показали высокую зависимость от индикаторов научного потенциала и инновационной активности в России: от динамики потоков диссертаций по медицинским ($r = 0,76$; $p < 0,001$) и психологическим ($r = 0,78$; $p < 0,001$) отраслям науки; от количества аспирантов и докторантов ($r = 0,72$; $p < 0,001$), в том числе заканчивающих обучение ($r = 0,78$; $p < 0,001$); от публикационной активности исследователей ($r = 0,73$; $p < 0,001$) и количества патентов на изобретения ($r = 0,69$; $p < 0,001$) в сфере медицинской (клинической) психологии.

Ключевые слова: диссертация, медицинская (клиническая) психология, диссертационный поток, подготовка кадров высшей квалификации, инновации, науковедение.

Evdokimov V.I., Karvasarsky B.D. Psychotherapy: an analysis of the global array of doctoral theses (1983-2012) // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2013. – No 46 (51). – P. 7–21.

The algorithm is presented for the search of doctoral dissertations in electronic database (DB) ProQuest Dissertations & Theses, containing about 2.9 million theses in the world. An analysis of 56,454 doctoral theses in the field of psychotherapy, published from 1983 to 2012, was performed. In the formed array, 39,129 doctoral dissertations have the full texts. Russian works in the database were not found. Each year, the database is enriched by (1880 ± 150) doctoral theses. 93 % of doctoral theses were prepared in universities in the U.S., 4,6 % - in Canada and around 1 % - in the UK. 98,7 % of dissertations were published in English. The degree of Doctor of Philosophy (PhD) was received by 92,5 % of applicants; the Degree of Doctor of

Psychology (PsyD) – 13,0 %, Doctor of Education (EdD) – 1,8 %. The structure of the used psychotherapeutic techniques and study objects was provided.

Keywords: doctoral dissertation, science of science, scientometrics, ProQuest, psychotherapy, psychotherapeutic techniques.

Aleksandrov A.A. Catharsis: an internal explosion leading to a reorganization of relations // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2013. – No 46 (51). – P. 22–35.

Analytical and chatartic therapy combines two methods: analytical (in the form of a "conversation-discussion") and psychodramatic (in the form of a "monodrama"). The latter method is based on a catharsis, which is defined as an "explosion" in the personality of the individual due to aggravation and collision of its contradictory tendencies leading to the reorganization of relations. Escalation of the conflict is achieved by means of actualizing conflict situation - its reproduction "here and now" using monodrama techniques - monologues and dialogues. Conflict awareness is facilitated via confrontational techniques used by therapist which serve as an impetus for this "explosion." Catharsis prerequisite is a preliminary period of thinking ("thinking precedes catharsis"), reflection, introspection, patient's focusing on his/her problems to find the solution - the stage of "maturing" of the patient, his preparation for the "explosion".

Keywords: analytical and chatartic therapy, chatarsis, monodrama, "explosion", reorganization of relations.

Bocharov V.V., Vasileva A.V., Poltorak S.V., Saraykin D.M. Proportion of psychotherapy and pharmacotherapy depending on motivational scenarios in patients with borderline neurotic disorders // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2013. – No 46 (51). – P. 36–49.

The article considers selection of treatment options and their proportion depending on personality traits and motivational scenarios of patients with neurotic disorders.

Keywords: psychotherapy, pharmacotherapy, motivational scenario, neurotic disorders.

Kholiyavko V.V. Clinical and psychological characteristics of patients with neurotic disorders, who seek psychotherapeutic treatment // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2013. – No 46 (51). – P. 50–59.

The paper considers clinical and psychological characteristics of 120 patients with neurotic disorders, who seek psychotherapeutic treatment. Group 1 (N = 76) included patients with psychotherapy as a leading treatment approach. Group 2 included patients (N = 44) who received pharmacological treatment with modern psychopharmacological medications. The results showed that Group 2 patients have specific clinical and psychological characteristics, so taking them into consideration could help to verify the order for therapy and optimize the choice of treatment strategy.

Keywords: psychotherapy, neurotic disorders, neuroses, psychopharmacology.

Kremleva O.V., Geld A.L., Kruglov L.S. Alexithymic features in psychiatric patients with anxiety-depressive symptoms // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2013. – No 46 (51). – P. 60–68.

High global scores of alexithymia (assessed by TAS) and its two factors reflecting deficits in identification, delineation and communication of feelings were significantly different between a sample of 100 patients with anxiety and depression symptoms vs 57 mentally healthy controls, comparable by main statistical and clinical parameters, as opposed to psychotic / non-psychotic samples. Highly significant positive association of anxiety and depression HADS scores with levels of alexithymia and its feeling factors was established. Cognitive factors of alexithymia showed no significant correlation with clinical variables and indicators of HADS. Alexithymia is equally associated with anxiety and depressive symptoms in mental disorders, but not with their psychotic / nonpsychotic manifestations.

Keywords: Alexithymia, Toronto Alexithymic Scale, anxiety, depression.

Malkova E.E. The psychological nature of anxiety at normal and abnormal personality development // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2013. – No 46 (51). – P. 69–88.

The article examines the trait anxiety as an integral personality phenomenon in the social context of the development, and the state anxiety as a backbone determining personality development. The empirical study showed that in the context of psychopathology anxiety can be: somatically reduced by the innate or acquired individual mechanism (somatic level); superfluous for typical situations of socialization (neurotic level); non sex-specific fuzzy and superfluous as the response to disruption of established mental formations (psychotic level). Therefore, trait anxiety is a factor that regulates emotional and behavioural sphere of personality, and state anxiety is a sign of an adaptive stress.

Keywords: clinical psychology, state anxiety, trait anxiety, personality development, children.

Ulyukin I.M., Dodonov K.N., Miloyenko M.S., Bolekhan V.N. Subjective experience of HIV-affected patients in advanced stages of disease // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2013. – No 46 (51). – P. 88–100.

The interrelation of guilt, aggressiveness and somatic complaints was assessed in 37 HIV-affected patients at different stages and with different duration of the disease during antiretroviral therapy. It is noted that all factors of patients' compliance should be analyzed and compliance/psychosocial adaptation to the existing disease should be created in terms of an individual client-centered approach at all stages of psychosocial support of patients.

Keywords: HIV infection, antiretroviral therapy, guilt, aggressiveness, somatic complaints, pain.

Khomeriki N.S. Internet-addictive behaviour in adolescents; personality traits in formation of Internet addiction // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2013. – No 46 (51). – P. 100–109.

Internet addiction is a variant of non-chemical addiction, where the object of addiction is a certain behavior pattern associated with inharmonious use of Internet resources. Adolescents are the most vulnerable group for the emergence of Internet-dependent behavior due to age-related immaturity and instability of personality structure. 1084 adolescents took part in our continuous non-selective study (mean age of the sample - 15.56); 4.25% were diagnosed as Internet addicts, and 29.33% as Internet abusers. Personality profile of Internet-dependent adolescents was identified; psychological risk factors for Internet addiction are: emotional instability, reduced ability to self-regulation and self-control, low level of emotional and social competence.

Keywords: adolescents Internet addiction, psychodiagnostics, psychological risk factors, individual psychological traits, character qualities.

Ishinova V.A., Serdyukov S.V. The influence of of characterological features on the perception of anginal pain in patients with stable stenocardia with coronary revascularization executed and without surgical intervention in the process of medical rehabilitation // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2013. – No 46 (51). – P. 110–121.

Two groups of patients with CHD and anginous pain were examined: after surgical myocardial revascularization and without operative treatment. In the process of

medical rehabilitation, pain intensity, neuroticism level, intensity of psychopathological symptoms and characterological personality characteristics were studied. According to the results, in both groups of patients anginous pain was accompanied by expressed psychopathological symptoms, emotional lability and trends to accentuation as opposed to a group of healthy people. At the end of the course of empathy technique, intensity of anginous pain, psychopathological symptoms and emotional lability decreased. The highest specific scores were reported when using questionnaires in patients with persistent anginous pain in spite of prior surgery in comparison with the group of patients without prior myocardial revascularization.

Keywords: ischemic heart disease, myocardial revascularization, anginous pain, empathy technique, psychopathological symptoms, neuroticism, accentuation of personality traits.

Zotova A.V., Evdokimov V.I., Rybnikov V.Y. The relationship between quantitative structural indicators of dissertation research on specialty 19.00.04 – "Medical Psychology" and indicators of innovation activities and scientific potential in the Russian Federation // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2013. – No 46 (51). – P. 122–140.

There were analyzed 766 dissertations submitted to dissertation boards of the Russian Federation in 1990-2011 on specialty 14.00.04 – "Medical Psychology". Theses for the degree of Doctor of Science comprised 15,1 %, doctoral/candidate (master) ratio was 1 : 5, related to the medical sciences – 30,9 %, to psychological – 69,1 %. Considerable variability of the thesis dynamics was revealed. There is a growing number of theses in recent years, for example, for the first five years of analysis (1990-1994) compared with the last five years (2007-2011) the number of entries increased by 1,8 times. Quantitative and dynamic characteristics of the thesis flow on specialty 19.00.04 – "Medical Psychology" showed a high dependence on indicators of scientific potential and innovation activity in Russia: the dynamics of the flow of medical theses ($r = 0,76$; $p < 0,001$) and psychological theses ($r = 0,78$; $p < 0,001$); the number of graduate and doctoral students ($r = 0,72$; $p < 0,001$), including those completing education ($r = 0,78$; $p < 0,001$); publication activity of researchers ($r = 0,73$; $p < 0,001$) and the number of patents ($r = 0,69$; $p < 0,001$) in medical (clinical) psychology.

Keywords: thesis, medical (clinical) psychology, dissertation flow, training of highly qualified personnel, innovation, science of science.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Александров Артур Александрович – Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, профессор кафедры психологии и педагогики; доктор медицинских наук, профессор; 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41, e-mail: profalexandrov@yandex.ru.

Болехан Василий Николаевич – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, заместитель начальника НИЦ; доктор медицинских наук; 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, р.т. (812) 292-34-29, e-mail: v.bolekhan1962@yandex.ru.

Бочаров Виктор Викторович – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, руководитель лаборатории клинической психологии и психодиагностики; кандидат психологических наук, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, кор. 2, р.т. (812) 412-72-00, e-mail: wboch@hotmail.ru.

Васильева Анна Владимировна – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, ведущий научный сотрудник отделения неврозов и психотерапии; кандидат медицинских наук; 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, кор. 2, р.т. (812) 412-34-79, e-mail: annavdoc@yahoo.com.

Гельд Александра Львовна – Психиатрическая больница №3, врач-психиатр, психотерапевт; 620012; г. Екатеринбург, ул. Калинина, д. 13, e-mail: gelda@planeta.ru.

Додонов Константин Николаевич – Республиканская клиническая инфекционная больница, заведующий отделением ВИЧ-инфекции; кандидат медицинских наук; 196645, п. Усть-Ижора, Шлиссельбургское шоссе, д. 3, р.т. (812) 464-93-42.

Евдокимов Владимир Иванович – Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, профессор кафедры подготовки научных кадров и клинических специалистов института ДПО «Экстремальная медицина»; доктор медицинских наук, профессор; 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 4/2, e-mail: 9334616@omnisp.ru.

Зотова Анна Владимировна – Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, ассистент кафедры психотерапии; 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41, e-mail: avzot@mail.ru.

Ишинова Вера Александровна – Санкт-Петербургский научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации

инвалидов им. Г.А. Альбрехта Федерального медико-биологического агентства России, медицинский психолог отдела психологической реабилитации; кандидат психологических наук; 195067, г. Санкт-Петербург, ул. Бестужевская, д. 50, р.т. (812) 544-26-62, e-mail: vaishinova687@yandex.ru.

Карвасарский Борис Дмитриевич – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им В.М. Бехтерева, главный научный сотрудник отделения неврозов и психотерапии; заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор; 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, кор. 2, р.т. (812) 412-73-08, e-mail: chekhlaty@mail.ru.

Кремлева Ольга Владимировна – Уральская государственная медицинская академия, заведующая кафедрой психиатрии; доктор медицинских наук, профессор; 620131, г. Екатеринбург, ул. Крауля, д. 76-62; e-mail: kremleva_olga@mail.ru.

Круглов Лев Саввич – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, ведущий научный сотрудник; профессор кафедры психиатрии и наркологии медицинского факультета Санкт-Петербургского университета; доктор медицинских наук; 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, р.т. (812) 412-90-36, e-mail: levkruglov@yahoo.com.

Малкова Елена Евгеньевна – Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, доцент кафедры клинической психологии, докторант; кандидат психологических наук, доцент; 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48, р.т. (812) 312-07-22, e-mail: Helen_malkova@herzen.spb.ru.

Милоенко Милана Сергеевна – Республиканская клиническая инфекционная больница, ординатор отделения ВИЧ-инфекции; 196645, п. Усть-Ижора, Шлиссельбургское шоссе, д. 3, р.т. (812) 464-93-42.

Полторак Станислав Валерьевич – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, ведущий научный сотрудник отделения неврозов и психотерапии; кандидат медицинских наук; 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, кор. 2, р.т. (812) 412-34-79, e-mail: poltorak62@mail.ru.

Рыбников Виктор Юрьевич – Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, заместитель директора по научной и учебной работе; заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, доктор психологических наук, профессор; 190044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 4/2, р.т. (812) 702-63-43, e-mail: medicine@arcrm.spb.ru.

Сарайкин Дмитрий Михайлович – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, младший научный

сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики; 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, кор. 2, р.т. (812) 412-72-00, e-mail: saraikindm@yandex.ru.

Сердюков Сергей Викторович – Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, ассистент кафедры факультетской и госпитальной терапии; кандидат медицинских наук; 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41, e-mail: serdyukovsv@yandex.ru.

Улюкин Игорь Михайлович – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, начальник НИЛ (экспертной диагностики) НИО (по профилактике и борьбе со СПИД в ВС РФ) НИЦ; кандидат медицинских наук; 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6, р.т. (812) 292-34-61, e-mail: igor_ulyukin@mail.ru.

Холявко Вячеслав Викторович – Центр репродукции «Генезис», врач-психотерапевт, соискатель Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева; р.т. (812) 365-24-79, e-mail: hvv66@mail.ru.

Хомерики Нина Сергеевна – Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, соискатель кафедры психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии факультета клинической психологии; психолог лаборатории специальной психологии и коррекционного обучения НИИ профилактической педиатрии восстановительного лечения Научного центра здоровья детей РАМН; 117149, г. Москва, ул. Болотниковская, д. 16, e-mail: xomeriki@gmail.com.



ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ»
Редакционная коллегия

194352 Россия, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11,
Тел/факс (812) 592-35-79, 513-67-97
e-mail: vestnik-pst@yandex.ru

Уважаемые коллеги!

ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС России и Международный институт резервных возможностей человека (МИРВЧ, Санкт-Петербург) издает журнал «Вестник психотерапии», целью которого является распространение научных знаний путем публикации статей, научных сообщений и результатов исследований **по медицинским, психологическим, социологическим, биологическим, фармацевтическим и другим наукам** в области психотерапии, коррекционной психологии, психоанализа и смежным проблемам.

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 года и является научным рецензируемым журналом, имеет **свидетельство о перерегистрации средства массовой информации** ПИ № ФС77-34066 от 07 ноября 2008 г., выданное Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций. С 2002 года журнал **включен в каталог Роспечати РФ (индекс–15399)** и на всей территории РФ и СНГ проводится его подписка через почтовые отделения. Журнал выпускается 4 раза в год.

Решением Президиума ВАК Минобрнауки России от 19.02.2010 №6/6 «Вестник психотерапии» включен в Перечень научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы результаты диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук. С 2003 г. по 2006 г. журнал «Вестник психотерапии» также входил в данный Перечень научных журналов и изданий. (Бюллетень ВАК Минобрнауки №2 от 10.01.2003).

Желающие опубликовать свои научные материалы (статьи, обзоры, краткие информационные сообщения) **должны** представить их в редакцию журнала в 2-х экземплярах в отпечатанном виде с приложением диска в текстовом редакторе WORD (не старше 2003 г.), шрифт Times New Roman, шрифт 14, межстрочный интервал полуротный. Должны быть указаны фамилия, имя, отчество (полностью), ученая степень, ученое звание, должность и место работы автора (авторов), адрес (почтовый и e-mail) и телефон (телефоны). Статья должна быть подписана автором (авторами).

Материал статьи представляется по ГОСТу 7.89-2005 «Оригиналы текстовые авторские и издательские». Рекомендуемый объем статьи 10–20 стр. (28–30 строк на стр., до 70 знаков в строке). К статье должно быть приложено краткое резюме (реферат), отражающее основное содержание работы, размером не более половины страницы машинописи на русском и, при возможности, английском языке, с ключевыми словами. Диагноз заболеваний и формы расстройств поведения следует соотносить с МКБ-10. Единицы измерений приводятся по ГОСТу 8.471-2002 «Государственная система обеспечения единства измерений. Единицы величин». Список литературы оформляется по ГОСТу 7.1-2003 «Библиографическая запись ...».

Рукописи рецензируются членами редакционного совета или редакционной коллегии и ведущими специалистами данных областей медицины и психологии. При положительной рецензии поступившие материалы будут опубликованы. Представленные материалы должны быть актуальными, соответствовать профилю журнала, отличаться новизной и научно-практической или теоретической значимостью. Фактический материал должен отражать новейшие данные, быть тщательно проверен и подтвержден статистическими данными или ссылками на источники, которые приводятся в конце статьи. При несоответствии статьи указанным требованиям тексты рукописей не возвращаются.

Телефон/факс (812) 513-67-97; 592-35-79 – заместитель главного редактора журнала – кандидат психологических наук доцент Мильчакова Валентина Александровна (e-mail: vestnik-pst@yandex.ru); сайт ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России: www.arcerm.spb.ru; сайт МИРВЧ: www.mirvch.com

Главный редактор журнала – доктор медицинских наук, доктор психологических наук профессор Рыбников Виктор Юрьевич (e-mail: rvikirina@gambler.ru)

Научный редактор журнала – доктор медицинских наук профессор Евдокимов Владимир Иванович (e-mail: evdok@omnispr.ru)

Журнал «Вестник психотерапии» зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 года.

Свидетельство о перерегистрации – ПИ № ФС77-34066 от 7 ноября 2008 г. выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций.

Учредители:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России);

Главный редактор – Рыбников Виктор Юрьевич.

Научный редактор – Евдокимов Владимир Иванович.

Корректор – Устинов Михаил Евграфович.

Индекс в каталоге Роспечать РФ «Газеты. Журналы» – 15399.

Адрес редакции: 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д.11.

Адрес издательства и типографии: ООО «Политехника-сервис».

190005, г. Санкт-Петербург, Измайловский пр., д. 18-д.

тираж 1000 экз.

цена – свободная

Подписано в печать 21.06.13.

Формат 60×84¹/₁₆. Печать – ризография.

Тираж 1000 экз. Объем 9,63 п.л.

Бумага офсетная. Заказ № 5839.

Отпечатано в типографии «Политехника-сервис»

с оригинала-макета заказчика.

190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 18-д.