

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

---

**ВЕСТНИК  
ПСИХОТЕРАПИИ**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

*Главный редактор В.Ю. Рыбников*

**№ 51 (56)**

Санкт-Петербург  
2014

### **Редакционная коллегия**

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

### **Редакционный совет**

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

Адрес редакции:

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

**ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ**

*Научно-практический журнал*

- © Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, 2014
- © Международный институт резервных возможностей человека, 2014

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

---

**BULLETIN OF  
PSYCHOTHERAPY**

**RESEARCH & CLINICAL PRACTICE JOURNAL**

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

**N 51 (56)**

St. Petersburg  
2014

## **Editorial Board**

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

## **Editorial Council**

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

## **For correspondence:**

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

BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY

Research & clinical practice journal

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

© International Institute of Human Potential Abilities, 2014

## СОДЕРЖАНИЕ

### КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

**Круглова Н.Е., Щелкова О.Ю.**

Прогностическое значение и динамика качества жизни больных, перенесших разные виды операций на сосудах сердца ..... 7

**Кожевникова В.В., Тихомирова О.В., Васильев В.Н.,**

**Киндяшова В.В., Ломова И.П.**

Анализ когнитивной и эмоционально-волевой сферы у специалистов управленческого профиля МЧС России ..... 21

**Еремина Д.А.**

Особенности когнитивного функционирования пациентов, подвергшихся прямой реваскуляризации миокарда ..... 34

**Рыбников В.Ю., Улюкин И.М.**

Субъективное чувство одиночества больных ВИЧ-инфекцией в динамике заболевания ..... 49

**Ткаченко Г.А.**

Психологическое сопровождение больных, страдающих злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области ..... 58

**Лутова Н.Б., Сорокин М.Ю.**

Особенности мотивации к лечению пациентов психиатрического стационара ..... 68

### ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ. ПСИХОТЕРАПИЯ

**Бибчук М.А., Щедринская О.М.**

Семья ребенка с нарушениями в психическом здоровье и/или в развитии: задачи, принципы и мишени консультативной и психотерапевтической помощи ..... 80

**Ильина Е.С., Оганесян Н.Ю.**

Особенности применения танцевально-двигательной терапии в реабилитации пациентов после инсульта ..... 95

### ПАТОПСИХОЛОГИЯ. ДЕВИАНТОЛОГИЯ

**Васильева А.В., Вахренева О.А., Караваева Т.А., Чехлатый Е.И.**

Клинико-психопатологические особенности пациентов с неврастенией и неврозоподобными резидуально-органическими расстройствами ..... 105

**Григорьев Г.И., Легеев М.В.**

Аддиктивное поведение и свобода как путь жизненного выбора человека .. 125

Информация о конференции ..... 140

Информация о журнале ..... 142

# CONTENTS

## CLINICAL PSYCHOLOGY

**Kruglova N.E., Shchelkova O.Yu.**

Prognostic Value and Dynamics of Life Quality in Patients Undergoing Different Kinds of Operations on Vessels of Heart ..... 7

**Kozhevnikova V.V., Tikhomirova O.V., Vasilev V.N.,**

**Kindyashova V.V., Lomova I.P.**

The analysis of the cognitive and the emotional-volitional sphere in management specialists of Emercom of Russia ..... 21

**Eremina D.A.**

Specific features of cognitive functioning of patients undergoing direct myocardial revascularization ..... 34

**Rybnikov V.Yu., Ulyukin I.M.**

Subjective feelings of loneliness of HIV affected patients in the dynamics of their disease ..... 49

**Tkachenko G.A.**

Psychological support of patients suffering from malignant tumors of the maxillofacial region ..... 58

**Lutova N.B., Sorokin M.Y.**

Features of motivation for treatment in psychiatric patients ..... 68

## PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE. PSYCHOTHERAPY

**Bebchuk M.A., Shchedrinskaya O.M.**

A family of a child with mental disabilities and/or developmental disorders – goals, principles and targets for consultative and psychotherapeutic support ..... 80

**Ilina E.S., Oganesyan N.Yu.**

Application of the dance movement therapy in the rehabilitation of patients after stroke ..... 95

## PATHOPSYCHOLOGY. DEVIANTOLOGY

**Karavaeva T.A., Vasileva A.V., Vakhreneva O.A., Chekhlaty E.I.**

Clinical and psychopathological features of patients with neurasthenia and neurosis-like residual-organic cerebral disorders ..... 105

**Grigorev G.I., Legeev M.V.** Addictive behavior and freedom as a way of human life choice ..... 125

Information about the conference ..... 140

Information about the Journal ..... 142

# КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.9 : 616.12

Н.Е. Круглова, О.Ю. Щелкова

## ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ И ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ РАЗНЫЕ ВИДЫ ОПЕРАЦИЙ НА СОСУДАХ СЕРДЦА

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

Приводятся результаты исследования качества жизни (КЖ) 111 больных с ишемической болезнью сердца, перенесших механическую реваскуляризацию миокарда: ангиопластику и стентирование коронарных артерий (СКА) ( $n = 48$ ) и коронарное шунтирование (КШ) ( $n = 63$ ) в Федеральном медицинском исследовательском центре им. А.В. Алмазова. Средний возраст пациентов составил ( $57,3 \pm 0,9$ ) года, мужчин было 84,7 %. При различных видах операций сопоставлялись подгруппы больных с благоприятным при СКА ( $n = 33$ ) и КШ ( $n = 35$ ) и неблагоприятным при СКА ( $n = 15$ ) и КШ ( $n = 28$ ) трудовым прогнозом; исключались пациенты, имеющие медицинские противопоказания к продолжению трудовой деятельности. Использовались: авторское интервью и «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36). Выявлено, что благоприятным прогностическим значением в отношении возвращения к труду больных после СКА обладает высокий уровень физической активности до операции, после КШ – ограничение социальной активности также в дооперационном периоде. Дискриминантный анализ показал высокую прогностическую информативность этих показателей. В обеих группах (СКА и КШ) у пациентов, возобновивших трудовую деятельность, выявлена положительная динамика изученных параметров КЖ, выраженная больше в группе СКА, что связывается с меньшей травматичностью операции по сравнению с КШ; у пациентов, не приступивших к работе, в обеих группах положительная динамика отмечена по параметрам КЖ, отражающим уменьшение ограничений, связанных с интенсивностью болевых ощущений в грудной клетке.

---

Круглова Надежда Евгеньевна – канд. психол. наук, С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6); e-mail: nadyahabarova@yandex.ru;

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

Исследование поддержано РГНФ Рег. № 14-06-00-163а.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, ишемическая болезнь сердца, коронарное шунтирование, стентирование коронарных артерий, качество жизни, трудовой прогноз, реабилитация.

### **Введение**

В настоящее время наиболее распространенным является представление о качестве жизни как системном феномене, отражающем степень удовлетворенности человека своим физическим, психологическим, социальным и духовным состоянием [11]. Качество жизни, связанное со здоровьем (КЖЗ), в значительной степени определяется отношением к здоровью как жизненной ценности, понимание и осознание которой происходит при заболевании [4]. По мнению Б.В. Иовлева, Э.Б. Карповой [5], это может интерпретироваться в контексте теории В.Н. Мясищева как проявление взаимосвязи «система отношений – болезнь». Поэтому психологические механизмы влияния ишемической болезни сердца (ИБС) на личность и благополучие должны рассматриваться с позиции системы отношений личности в целом с раскрытием субъективного смысла болезни как события в жизни [4].

Хирургическое лечение – наиболее эффективный из современных методов лечения большинства сердечно-сосудистых заболеваний, так как оно обеспечивает значительное улучшение состояния больного [2]. В случаях стенозирующего атеросклероза для восстановления адекватного кровоснабжения в зоне ишемии применяется коронарное шунтирование (КШ) и стентирование коронарных артерий (СКА) [1, 9]. Эти операции способствуют устранению симптомов ИБС (стенокардии, аритмии, сердечной недостаточности), предотвращению острого инфаркта миокарда и увеличению продолжительности жизни. Установлено выраженное улучшение соматического состояния после реваскуляризации миокарда у 90 % больных. В то же время возникают сомнения в экономической эффективности высокотехнологических операций на сосудах сердца в связи с тем, что к трудовой деятельности без снижения предоперационного уровня трудоспособности и квалификации возвращаются лишь 40–60 % прооперированных [6, 8, 10]. Это позволяет предположить существенную роль психологических факторов в медицинском и социальном (трудовом) прогнозе больных ИБС, перенесших операции на сосудах сердца. Немаловажную роль в этом прогнозе могут играть характеристики качества и образа жизни больных в дооперационном периоде.



В ранее проведенных исследованиях эта роль показана в отношении трудового прогноза больных, перенесших КШ [7]. Актуальным представляется проведение сравнительного исследования психологических факторов трудового прогноза больных, перенесших разные виды реваскуляризации миокарда (КШ и СКА), в частности основных параметров КЖЗ, с целью еще в дооперационном периоде определить «мишени» коррекционной работы в процессе психологического сопровождения восстановительного лечения и кардиореабилитации.

Цель исследования – выявление прогностического значения в отношении возвращения к трудовой деятельности и динамики основных параметров КЖЗ больных с ИБС, перенесших хирургическую реваскуляризацию: СКА и КШ.

### **Материалы и методы**

Для реализации цели и задач исследования были использованы «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36) [3], а также авторское полуструктурированное интервью, направленное на изучение основных демографических и психосоциальных характеристик пациентов: особенностей их социального функционирования.

Математико-статистический анализ проводили с помощью двухфакторного дисперсионного анализа (для количественных признаков) в независимых выборках и в зависимых выборках (в динамике) с использованием Т-критерия Уилкоксона, а также критерия  $\chi^2$  (для номинативных признаков), для изучения прогностической информативности отдельных психодиагностических показателей использовали дискриминатный анализ.

Исследование проведено в Федеральном медицинском исследовательском центре им. В.А. Алмазова (Санкт-Петербург). Обследовали 111 больных с ИБС: 1-ю группу составили 48 пациентов, перенесших СКА, 2-ю – 63 больных, перенесших операцию КШ. В исследование включили лиц трудоспособного возраста, до начала подготовки к оперативному вмешательству сохранявших трудоспособность и фактически работающих, а также не имеющих медицинских противопоказаний для продолжения трудовой деятельности через 3 мес после операции. Распределение изученных больных представлено в табл. 1.

Среди изученных больных с ИБС преобладали мужчины старшего трудоспособного возраста. Группы больных были сопоставимы по демографическим характеристикам: статистически значимых различий по полу и возрасту не было. Анализ социальных факторов показал, что в обеих

группах преобладали лица со средним и законченным высшим образованием, проживающие в собственной семье и имеющие детей.

Таблица 1  
Демографические характеристики изученных больных с ИБС, n (%)

Показатель	Группа		
	1-я	2-я	Общая
Количество	48 (100,0)	63 (100,0)	111 (100,0)
Пол			
мужской	39 (81,3)	55 (87,3)	94 (84,7)
женский	9 (18,8)	8 (12,7)	17 (15,3)
Возраст, лет	56,8 ± 1,3	57,7 ± 1,2	57,3 ± 0,9
Трудоспособность через 3 мес после операции			
работающие	33 (68,8)	35 (55,6)	68 (61,3)
неработающие	15 (31,2)	28 (44,4)	43 (38,7)

Проанализировали 12 медико-биологических характеристик (длительность ИБС, наличие и класс стенокардии, процент поражения коронарных артерий, наличие гипертонической болезни и ее клинические характеристики, наличие осложнений в анамнезе – инфаркта миокарда и нарушений мозгового кровообращения и др.). Статистически значимых различий по этим показателям между группами не выявлено, хотя, по оценке врача-кардиолога, больные, составившие 2-ю группу, характеризовались в целом большей тяжестью патологического процесса по сравнению с больными 1-й.

Программа исследования включала выделение в каждой группе больных с ИБС лиц, фактически работающих в отдаленном послеоперационном периоде (через 3 мес после КШ или СКА), и сопоставление этих лиц по параметрам КЖЗ с неработающими больными. Программа исследования включала также изучение динамики показателей КЖЗ в группах больных, сохранивших (А подгруппа) и утративших (Б подгруппа) трудоспособность в отдаленном послеоперационном периоде.

### Результаты их анализ

В соответствии с программой провели сравнительное изучение показателей КЖЗ в подгруппах больных с ИБС, в отдаленном периоде после перенесенного высокотехнологичного хирургического лечения.

В табл. 2 представлены результаты исследования КЖЗ в подгруппах работающих и не работающих в послеоперационном периоде больных 1-й группы. Обследование проводили в период подготовки к операции.

Таблица 2

Показатели шкал опросника SF-36 у больных 1-й группы до операции,  
балл (M ± m)

Шкала опросника	Подгруппа		p
	1А	1Б	
Общее здоровье (GH)	62,7 ± 3,7	60,8 ± 2,5	
Физическая активность (PF)	71,1 ± 3,4	59,7 ± 6,2	0,05 < p < 0,1
Роль физических проблем (RP)	32,6 ± 5,2	33,3 ± 8,7	
Роль эмоциональных проблем (RE)	46,9 ± 4,1	49,3 ± 7,9	
Социальная активность (SF)	49,8 ± 2,2	42,7 ± 4,4	
Боль (BP)	54,3 ± 4,6	42,9 ± 5,6	
Жизненная активность (VT)	59,1 ± 2,5	58,3 ± 4,0	
Психическое здоровье (MH)	62,7 ± 2,7	65,9 ± 3,8	

Как видно из табл. 2, показатель шкалы «Физическая активность» на уровне тенденции к статистической значимости выше в подгруппе пациентов, приступивших к работе после операции. Это свидетельствует о том, что пациенты этой подгруппы в меньшей степени были вынуждены ограничивать себя при выполнении физической нагрузки в связи с состоянием здоровья. Таким образом, прогностическим значением в отношении возвращения к трудовой деятельности больных, перенесших СКА, обладает уровень их физической активности до операции.

В табл. 3 представлены показатели КЖЗ в подгруппах больных с ИБС, полученные до операции у пациентов 2-й группы.

Таблица 3

Показатели шкал опросника SF-36 у больных 2-й группы до операции,  
балл (M ± m)

Шкала опросника	Подгруппа		p <
	2А	2Б	
Общее здоровье (GH)	63,9 ± 2,9	58,1 ± 3,0	
Физическая активность (PF)	60,6 ± 3,7	54,3 ± 3,8	
Роль физических проблем (RP)	36,4 ± 6,2	31,8 ± 4,1	
Роль эмоциональных проблем (RE)	50,9 ± 4,6	43,1 ± 6,8	
Социальная активность (SF)	40,2 ± 2,3	49,2 ± 2,8	0,05
Боль (BP)	48,3 ± 3,6	45,4 ± 4,8	
Жизненная активность (VT)	59,3 ± 2,7	56,6 ± 3,3	
Психическое здоровье (MH)	65,3 ± 2,5	63,9 ± 2,3	

Статистический анализ данных выявил значимые различия между работающими и неработающими пациентами 2-й группы по шкале «Социальная активность». Таким образом, согласно полученным данным, ограничение социальной активности в дооперационном периоде, обусловленное физическим состоянием, обладает благоприятным прогностическим значением в отношении возвращения к трудовой деятельности больных с ИБС, которым предстоит операция КШ.

Можно предположить, что пациенты, приступившие к трудовой деятельности, изначально были в большей степени настроены на возобновление трудовой деятельности и, соответственно, ограничивали свою социальную активность и общение, не желая демонстрировать свое плохое физическое и психическое состояние.

В табл. 4 приведены результаты динамического исследования КЖЗ у работающих пациентов 1-й группы СКА. В табл. 4–9 представлены только значимые различия.

Таблица 4  
Показатели шкал опросника SF-36 у больных 1А подгруппы, балл ( $M \pm m$ )

Шкала опросника	До операции	Через 3 мес после операции	$p <$
Общее здоровье (GH)	$62,7 \pm 3,7$	$82,0 \pm 2,0$	0,001
Физическая активность (PF)	$71,1 \pm 3,4$	$90,8 \pm 1,0$	0,001
Роль физических проблем (RP)	$32,6 \pm 5,2$	$72,7 \pm 3,0$	0,001
Роль эмоциональных проблем (RE)	$46,9 \pm 4,1$	$71,7 \pm 4,1$	0,001
Боль (BP)	$54,3 \pm 4,6$	$94,8 \pm 1,7$	0,001
Жизненная активность (VT)	$59,1 \pm 2,5$	$68,2 \pm 1,7$	0,01
Психическое здоровье (MH)	$62,7 \pm 2,7$	$70,4 \pm 1,6$	0,05

Как видно из табл. 4, практически все (7 из 8) показатели КЖЗ пациентов, приступивших к работе после операции СКА, статистически значимо увеличились. Таким образом, пациенты 2-й группы после операции СКА намного выше оценили состояние своего здоровья и связанное с ним КЖ по сравнению с периодом до операции.

Качественный анализ результатов подтвердил статистические данные о том, что физическое состояние пациентов стало оказывать значительно меньше влияния на их жизнь: практически исчезли болевые ощущения, пациенты стали чувствовать больший запас сил и энергии, что позволило им возобновить трудовую деятельность; психологическое состояние пациентов в целом стало стабильнее, пациенты стали испытывать

меньше тревоги по поводу своего состояния и меньше переживать о будущем, стабилизировалось их эмоциональное состояние и минимизировалось его влияние на различные аспекты жизнедеятельности (общение, производственная и бытовая жизнь).

В табл. 5 представлены показатели КЖЗ 1Б подгруппы больных с ИБС. Исследование динамики состояния и удовлетворенности своим жизненным функционированием пациентов, не вернувшихся к трудовой деятельности после операции СКА, выявило статистически значимое улучшение самочувствия в отдаленном послеоперационном периоде по шкалам «Общее здоровье», «Физическая активность» и «Боль». Заметно улучшилось общее состояние здоровья: снизилась интенсивность болевых ощущений, что позволило пациентам вновь справляться с рядом физических нагрузок. Однако в целом шкальные оценки методики SF-36 после операции у неработающих больных значительно ниже, чем у работающих, и значимых различий в оценке КЖЗ по сравнению с предоперационным периодом также существенно меньше.

Таблица 5

Показатели шкал опросника SF-36 у больных 1Б подгруппы, балл ( $M \pm m$ )

Шкала опросника	До операции	Через 3 мес после операции	p <
Общее здоровье (GH)	60,8 ± 2,5	68,9 ± 2,6	0,01
Физическая активность (PF)	59,7 ± 6,2	81,3 ± 2,5	0,001
Боль (BP)	42,9 ± 5,6	83,1 ± 4,5	0,001

В табл. 6 представлены результаты исследования КЖЗ в подгруппах пациентов 1-й группы через 3 мес после операции. Сравнительный статистический анализ результатов исследования работающих и неработающих пациентов в отдаленном послеоперационном периоде выявил значимые различия между подгруппами практически по всем шкалам методики SF-36. Высоко значимые различия ( $p < 0,001$ ) с неработающими пациентами и высокие показатели шкальных оценок в подгруппе работающих пациентов были обнаружены по шкалам «Общее состояние здоровья», «Физическая активность», «Роль физических проблем». Значимые различия между двумя подгруппами выявлены также по шкалам «Роль эмоциональных проблем», «Боль», «Жизненная активность», «Психическое здоровье».

Таблица 6

Показатели шкал опросника SF-36 у больных 1-й группы  
через 3 мес после операции, балл ( $M \pm m$ )

Шкала опросника	Подгруппа		p <
	1А	1Б	
Общее здоровье (GH)	82,0 ± 2,0	68,9 ± 2,6	0,001
Физическая активность (PF)	90,8 ± 3,0	81,3 ± 2,5	0,001
Роль физических проблем (RP)	72,7 ± 3,0	28,3 ± 6,8	0,001
Роль эмоциональных проблем (RE)	71,8 ± 4,1	50,5 ± 5,3	0,05
Боль (BP)	94,9 ± 1,7	83,1 ± 4,5	0,05
Жизненная активность (VT)	68,2 ± 1,7	62,3 ± 1,9	0,05
Психическое здоровье (MH)	70,4 ± 1,6	64,8 ± 2,1	0,05

Показатели шкалы «Общее здоровье» и качественный анализ результатов интервью демонстрируют существенную разницу в самочувствии и в степени его влияния на жизнедеятельность у пациентов с благоприятным и неблагоприятным трудовым прогнозом. Очевидно, что пациенты, вернувшиеся к труду через 3 мес после операции, значительно лучше чувствуют себя по сравнению с пациентами, не возобновившими трудовую деятельность. Один из основных критериев повышения КЖЗ после операции – частичное или полное снятие болевого синдрома – отметили представители обеих групп. Снятие различных ограничений на физические нагрузки позволило испытуемым вновь ощутить себя полноценными членами общества, способными к самообслуживанию и свободному передвижению.

В то же время повседневная деятельность неработающих больных с ИБС значительно ограничена физическим состоянием: пациенты не могут выполнять все привычные дела по дому, работать и полноценно отдыхать. Неудовлетворенность самочувствием существенно влияет на их эмоциональное состояние. Несмотря на то что в целом эмоциональный фон пациентов данной группы имеет позитивную окраску, у них возможно появление тревожных переживаний, связанных с будущим.

Повышение жизненной активности представителей двух подгрупп, однако, сочетается со сдержанностью пациентов в сфере социальных контактов. Вероятно, сам факт недавно перенесенного хирургического вмешательства способствует сужению круга общения. Повышенная тревожность и чувствительность пациентов в вопросах восстановления самочувствия и перспектив трудоспособности нередко ограничивают социальную активность.

В табл. 7 приведены показатели КЖЗ у больных 2А подгруппы. Статистически значимые различия между показателями методики SF-36, полученными в периоды до и после операции КШ в подгруппе работающих пациентов, выявлены по шкалам «Общее здоровье», «Физическая активность», «Роль физических проблем», «Роль эмоциональных проблем», «Боль», «Жизненная активность» и «Психическое здоровье».

Таблица 7

Показатели шкал опросника SF-36 у больных 2А подгруппы, балл (M ± m)

Шкала опросника	До операции	Через 3 мес после операции	p <
Общее здоровье (GH)	63,9 ± 2,9	77,0 ± 2,4	0,001
Физическая активность (PF)	60,8 ± 3,7	90,8 ± 4,0	0,001
Роль физических проблем (RP)	36,4 ± 6,2	61,4 ± 4,0	0,05
Роль эмоциональных проблем (RE)	50,9 ± 4,6	72,7 ± 3,2	0,05
Боль (BP)	48,3 ± 3,6	87,9 ± 2,3	0,001
Жизненная активность (VT)	59,3 ± 2,7	69,0 ± 2,3	0,05
Психическое здоровье (MH)	65,3 ± 2,5	72,6 ± 1,2	0,01

Таким образом, состояние пациентов 2А подгруппы существенно улучшилось после операции КШ, что позволило им возобновить трудовую деятельность. Физическая активность пациентов лишь незначительно ограничивается состоянием здоровья, что соотносится с требованиями врачей к физическим нагрузкам после КШ. Психологическое состояние обследованных стало стабильнее, уменьшилась интенсивность тревожных переживаний. Уменьшилось влияние физического и эмоционального состояния пациентов на их повседневную деятельность. Снижение интенсивности болевых ощущений способствовало повышению жизненной активности.

В табл. 8 представлены статистически значимые различия показателей шкал «Физическая активность» и «Боль», отражающие изменения состояния у больных 2Б подгруппы. Пациенты отмечают существенное улучшение своего физического состояния, что во многом объясняется снижением болевых ощущений. Однако существенного улучшения других показателей КЖЗ и социального функционирования в этой подгруппе пациентов не выявлено.

Таблица 8

Показатели шкал опросника SF-36 у больных 2Б подгруппы, балл (M ± m)

Шкала опросника	До операции	Через 3 мес после операции	p <
Физическая активность (PF)	54,3 ± 4,0	75,2 ± 2,6	0,001
Боль (BP)	45,4 ± 4,8	79,6 ± 2,9	0,001

В табл. 9 приведены результаты сравнительного изучения КЖЗ у больных 2-й группы через 3 мес после операции КШ. Как показывают результаты проведенного исследования, пациенты 2А подгруппы (работающие) отличаются от больных 2Б подгруппы (неработающие) существенно лучшим состоянием здоровья (согласно их субъективной оценке) и связанным с ним качеством жизни. Так, высоко значимые различия получены по шкалам «Общее здоровье», «Роль физических проблем», «Роль эмоциональных проблем», «Жизненная активность», «Психическое здоровье».

Таблица 9

Показатели шкал опросника SF-36 у больных 2-й группы через 3 мес после операции, балл (M ± m)

Шкала опросника	Подгруппа		p <
	2А	2Б	
Общее здоровье (GH)	77,0 ± 2,4	56,2 ± 2,9	0,001
Физическая активность (PF)	84,4 ± 2,0	75,2 ± 2,6	0,01
Роль физических проблем (RP)	61,4 ± 4,0	17,6 ± 4,8	0,001
Роль эмоциональных проблем (RE)	72,7 ± 3,2	42,5 ± 4,0	0,001
Боль (BP)	87,9 ± 2,3	79,6 ± 2,9	0,05
Жизненная активность (VT)	69,0 ± 2,3	53,4 ± 2,5	0,001
Психическое здоровье (MH)	72,6 ± 1,2	63,8 ± 2,3	0,001

Значимые различия были найдены по шкалам «Боль» и «Физическая активность» (см. табл. 9). Снятие болевого синдрома и возвращение физических сил и уверенности в себе обусловило у работающих пациентов существенное уменьшение влияния физического и эмоционального состояния на повседневную деятельность. Пациенты ощутили повышение жизненной активности, прилив энергии, что способствовало снижению тревоги за собственное состояние.

На следующем этапе исследования с помощью процедуры дискриминантного анализа была проведена математико-статистическая оценка



прогностической информативности отдельных психологических характеристик и параметров КЖЗ больных с ИБС, а также сравнительный анализ наиболее значимых факторов прогноза трудоспособности в группах больных ИБС, перенесших СКА и КШ. Отдельно для 1-й и 2-й групп были получены дискриминантные функции («решающее правило»), позволяющие по значениям дискриминантных переменных еще до операции прогнозировать попадание каждого нового больного с ИБС, ожидающего подобную операцию на сердце, в класс работающих или неработающих пациентов, что, очевидно, может способствовать индивидуализации реабилитационных программ.

По результатам дискриминантного анализа, в ряду других психодиагностических показателей среди всех изученных параметров КЖЗ наибольшей информативностью в отношении благоприятного прогноза трудоспособности в 1-й группе обладают показатель «Физическая активность» методики SF-36. Чем выше этот показатель, тем благоприятнее прогноз. Можно предположить, что сохранение определенного уровня физической активности в предоперационном периоде отражает общий уровень социальной активности и трудовой мотивации личности, которые, в свою очередь, определяют возобновление трудовой деятельности больных с ИБС в послеоперационном периоде (при отсутствии медицинских противопоказаний).

Во 2-й группе, напротив, выявлена высокая прогностическая информативность показателя «Социальная активность» методики SF-36 в отношении неблагоприятного прогноза: чем выше показатель, тем менее вероятно, что пациенты возобновят трудовую деятельность в отдаленном послеоперационном периоде. Как отмечалось, ограничение в общении и социальном функционировании в предоперационном периоде может быть обусловлено нежеланием пациентов демонстрировать свою несостоятельность и потенцирует стремление как можно быстрее восстановить свой социальный (прежде всего трудовой) статус.

### **Заключение**

Возобновление трудовой деятельности – важный фактор улучшения качества жизни больных с ишемической болезнью сердца, перенесших высокотехнологичное хирургическое лечение, и он может использоваться в качестве критерия эффективности реабилитационных мероприятий. В свою очередь, характеристики качества жизни, связанные со здоровьем, до операции выступают информативными предикторами восстановления социаль-

ного (главным образом, профессионального) статуса больных с ишемической болезнью сердца после операции и периода кардиореабилитации.

Проведенное исследование сходных по своим социально-демографическим и медико-биологическим параметрам больных с ишемической болезнью сердца, перенесших реваскуляризацию миокарда, показало, что пациенты, возобновившие и не возобновившие трудовую деятельность в послеоперационном периоде отличаются по исходным характеристикам качества жизни, связанным со здоровьем и его динамикой в послеоперационном периоде. Также выявлены определенные различия прогностической информативности и динамики показателей качества жизни в группах больных, перенесших разные виды операций на сосудах сердца (коронарное шунтирование и стентирование коронарных артерий), что, возможно, обусловлено изначально меньшей выраженностью патологического процесса и меньшей травматичностью операции стентирования коронарных артерий, но также, возможно, обусловлено характерными для этих категорий больных психосоматическими факторами и соматопсихическими взаимодействиями, которые требуют дальнейшего изучения.

### Литература

1. Беленков Ю.Н. ИБС как основная причина сердечной недостаточности // Сердце : журн. для практикующих врачей. – 2004. – № 1. – С. 77–78.
2. Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Гудкова Р.Г. Хирургическое лечение больных с сосудистой патологией в Российской Федерации // Здравоохранение. – 2010. – № 6. – С. 15–23.
3. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика : теория, практика и обучение. – СПб. : Филологич. фак. СПбГУ ; М. : Академия, 2003. – 736 с.
4. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике : науч.-практ. руководство. – СПб. : Речь, 2011. – 271 с.
5. Иовлев Б.В. Психология отношений. Концепция В.Н. Мясищева и медицинская психология. – СПб. : Сенсор, 1999. – 76 с.
6. Карташов В. Т., Данилов Ю.Ф. Трудоспособность больных после реконструктивных операций на коронарных сосудах // Воен.-мед. журн. – 2004. – Т. 325, № 1. – С. 52–54.
7. Круглова Н.Е., Щелкова О.Ю. Психологические факторы возвращения к труду больных ИБС после коронарного шунтирования // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике : сб. науч. ст. – СПб., 2013. – Вып. XIII. – С. 138–143.
8. Лубинская Е. И., Николаева О. Б., Демченко Е. А. Сопоставление клинической и социальной эффективности кардиореабилитации больных, перенесших коронарное шунтирование // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2012. – № 1 (37). – С. 218–223.

9. Colombo A., Louvard Y., Raghu C. [et al.]. Sirolimus-Eluting Stents in Bifurcation Lesions: Six-Month Angiographic Results According to the Implantation Technique // Presented at the American College of Cardiology 52nd Annual Scientific Session. – Chicago, 2003. – P. 275–287.

10. Pinna Pintor P., Torta R., Bartolozzi S. [et al.]. Clinical outcome and emotional-behavioral status after bypass graft surgery // Qual. Life Research. – 1992. – Vol. 1, N 3. P. 177–185.

11. The WHOQOL Group. What is quality of life? // World Health Forum, 1996. – Vol. 17, N 4. – P. 354–356.

**Kruglova N.E., Shchelkova O.Yu.** Prognosticheskoe znachenie i dinamika kachestva zhizni bol'nykh, perenessikh raznye vidy operatsii na sosudakh serdtsa [Prognostic Value and Dynamics of Life Quality in Patients Undergoing Different Kinds of Operations on Vessels of Heart]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 51. P. 7–20.

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

Kruglova Nadezhda Yevgenyevna – PhD Psychol. Sci., Saint Petersburg State University (Russia, 199034, Saint-Petersburg, Makarova Embank., 6); e-mail: nadyaharova@yandex.ru;

Shchelkova Olga Yuryevna – Dr. Psychol. Sci. Prof., chief of the department of medical psychology and psychophysiology, Saint Petersburg State University (Russia, 199034, Saint-Petersburg, Makarova Embank., 6); e-mail: Olga.psy.pu@mail.ru.

**Abstract.** The article presents results of life quality study in 111 patients suffering from ischemic heart disease (IHD) and undergoing a mechanical myocardial revascularization: coronary angioplasty and stenting (CAS) (48 participants) and coronary bypass surgery (CBS) (63 participants) in "The Federal Almazov Medical Research Center" [mean age – (57.3 ± 0,9) years, men – 84.7 %]. Given the different types of operations, groups of patients with favorable prognosis for a disease (CAS – n = 33, CBS – n = 35) were compared with groups of patients with unfavorable prognosis for a disease (CAS – n = 15, CBS – n = 28). Patients with medical contraindications to continue labor activity were excluded. We used an authors' interview and "Short Form Health Survey Questionnaire" (SF-36). The study revealed that a high level of physical activity before the surgery (in the group of CAS) and social activity restriction (in the group of CBS) have a favorable prognostic value in regard to the return to a labor after the surgery. The discriminant analysis demonstrated a high prognostic significance of these indexes. Positive dynamics of studied parameters of life quality was observed in both groups (CAS and CBS) of patients resuming labor activity, with more pronounced changes, in the CAS group. It is attributed to a lesser traumatic effect of the surgery compared to CBS. Moreover, patients (in both groups) who have not resumed work exhibit a positive dynamics of life quality parameters which reflect decrease in restrictions, associated with chest pain intensity.

Keywords: clinical (medical) psychology, ischemic heart disease, coronary bypass surgery, coronary arteries stenting, work capacity prognosis, life quality, the dynamics during the rehabilitation process.

### References

1. Belenkov Yu.N. IBS kak osnovnaya prichina serdechnoi nedostatochnosti [IHD as the major cause of heart failure]. *Serdtshe: zhurnal dlya praktikuyushchikh vrachei* [Heart: Journal for Practitioners]. 2004. N 1. P. 77–78. (In Russ.)
2. Bokeriya L.A., Stupakov I.N., Gudkova R.G. Khirurgicheskoe lechenie bol'nykh s sosudistoi patologiei v Rossiiskoi Federatsii [Surgical treatment of patients with vascular pathology in Russian Federation]. *Zdravookhranenie* [Healthcare]. 2010. N 6. P. 15–23. (In Russ.)
3. Vasserman L.I., Shchelkova O.Yu. Meditsinskaya psikhodiagnostika: teoriya, praktika i obuchenie [Medical psychodiagnostics: Theory, practice and learning]. Sankt-Peterburg ; Moskva. 2003. 736 p. (In Russ.)
4. Vasserman L.I., Trifonova E.A., Shchelkova O.Yu. Psikhologicheskaya diagnostika i korrektsiya v somaticheskoi klinike [Psychological diagnosis and correction in somatic clinic]. Sankt-Peterburg. 2011. 271 p. (In Russ.)
5. Iovlev B.V. Psikhologiya otnoshenii. Kontseptsiya V.N. Myasishcheva i meditsinskaya psikhologiya [Psychology of relations. The concept of V.N. Myasishchev and medical psychology]. Sankt-Peterburg. 1999. 76 p. (In Russ.)
6. Kartashov V. T., Danilov Yu.F. Trudosposobnost' bol'nykh posle rekonstruktivnykh operatsii na koronarnykh sosudakh [Working capacity of patients after coronary arteries reconstructive surgeries]. *Voenna-meditsinskii zhurnal* [Military Medical Journal]. 2004. Vol. 325, N 1. P. 52–54. (In Russ.)
7. Kruglova N.E., Shchelkova O.Yu. Psikhologicheskie faktory vozvrashcheniya k trudu bol'nykh IBS posle koronarnogo shuntirovaniya [Psychological factors of IHD patients' return to work after coronary artery bypass surgery]. *Aktual'nye problemy psikho-somatiki v obshchemeditsinskoj praktike: materialy nauchnoi konferentsii* [Actual problems of psychosomatic medicine in general practice: scientific conference proceedings]. Sankt-Peterburg. 2013. Vol. XIII. P. 138–143. (In Russ.)
8. Lubinskaya E. I., Nikolaeva O. B., Demchenko E. A. Sopostavlenie klinicheskoi i sotsial'noi effektivnosti kardioreabilitatsii bol'nykh, perenessikh koronarnoe shuntirovanie [Comparison of clinical and social efficiency of cardiac rehabilitation of patients after coronary bypass surgery]. *Vestnik Rossiiskoi voenno-meditsinskoj akademii* [Bulletin of Russian Military Medical Academy]. 2012. N 1. P. 218–223. (In Russ.)
9. Colombo A., Louvard Y., Raghu C. [et al.]. Sirolimus-Eluting Stents in Bifurcation Lesions: Six-Month Angiographic Results According to the Implantation Technique. *Presented at the American College of Cardiology 52nd Annual Scientific Session*. Chicago, 2003. P. 275–287.
10. Pinna Pintor P., Torta R., Bartolozzi S. [et al.]. Clinical outcome and emotional-behavioral status after bypass graft surgery. *Qual. Life Research*. 1992. Vol. 1, N 3. P. 177–185.
11. The WHOQOL Group. What is quality of life? *World Health Forum*, 1996. Vol. 17, N 4. P. 354–356.

## **АНАЛИЗ КОГНИТИВНОЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ У СПЕЦИАЛИСТОВ УПРАВЛЕНЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ МЧС РОССИИ**

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

Стрессовые ситуации, высокая напряженность труда и недостаток отдыха рассматриваются как факторы риска развития когнитивного снижения и эмоционально-волевых расстройств. Обследовано 62 специалиста управленческого профиля МЧС России, имеющих высокий уровень профессионального стресса, и 30 мужчин контрольной группы, сопоставимых по возрасту, полу и образованию. Обследование включало нейропсихологическую оценку когнитивной и эмоциональной сфер, показателей стресса. Установлено, что высокая напряженность труда и низкая физическая активность не связаны с когнитивными и эмоционально-волевыми нарушениями. Выявлено, что недостаток выходных дней и ночного сна коррелирует со снижением внимания. Кроме того, длительный стаж работы в экстремальном режиме приводит к раннему развитию гипертонической болезни, которая ассоциирована со снижением внимания и слухоречевой памяти.

---

Кожевникова Валентина Владимировна – науч. сотр. отд. клинич. неврологии Всерос. центра экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2); e-mail: vakozhevnikova@yandex.ru;

Тихомирова Ольга Викторовна – д-р мед. наук, зав. отд. клинич. неврологии Всерос. центра экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2); e-mail: Tikhomirova2@rambler.ru;

Васильев Владимир Николаевич – врач-невролог отд. клинич. неврологии Всерос. центра экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2); e-mail: vnvb@mail.ru;

Киндяшова Вера Викторовна – зав. науч.-исслед. лаборатории патологии мозгового кровообращения отд. клинич. неврологии Всерос. центра экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2); e-mail: kindyashovavv@yandex.ru;

Ломова Ирина Павловна – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. отд. клинич. неврологии Всерос. центра экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2); e-mail: irpalo@mail.ru.

Ключевые слова: когнитивные расстройства, эмоционально-волевые расстройства, профессиональный стресс, напряженность труда, руководители, специалисты МЧС России.

## **Введение**

Специфика работы руководящего состава МЧС России определяется высокой степенью напряженности труда, связанной с большой мерой ответственности при принятии решений по важнейшим вопросам деятельности, значимостью возможных ошибок и дефицитом времени на принятие решений. Стрессовые ситуации, ненормированный график работы, включающий продолжительный рабочий день, и недостаток отдыха могут повлиять на когнитивные и эмоциональные качества специалистов как непосредственно, так и через раннее развитие сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний. Наличие эмоциональных нарушений способно усугублять выраженность когнитивных расстройств из-за повышения уровня тревоги и связанных с этим трудностей сосредоточиться, неуверенности и ожидания неудачи [4].

Чрезмерная напряженность труда способствует развитию сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний [2, 5, 11, 12] и, как следствие, развитию когнитивных и эмоциональных расстройств. В то же время имеются данные [1, 2, 6], что у лиц напряженного умственного труда при наличии регулярных физических нагрузок уменьшается вероятность возникновения когнитивных нарушений.

Цель исследования – уточнить профессиональные факторы, способствующие нарушению когнитивных функций у специалистов руководящего звена МЧС России.

## **Материалы и методы**

Основную группу составили 62 специалиста управленческого профиля МЧС России в возрасте от 40 до 60 лет, средний возраст ( $47,9 \pm 4,9$ ) года, все мужчины с высшим образованием, имеющие высокий уровень эмоционального стресса по роду своей деятельности. Стаж руководящей работы составил от 1 года до 18 лет.

В группу сравнения вошли 30 мужчин того же возраста со средним возрастом ( $48,4 \pm 3,9$ ) года с высшим образованием, без диагностированных соматических заболеваний, работа которых не связана с высокими эмоциональными нагрузками и повышенной напряженностью труда.

Обследование основной и контрольной групп проходило во Всероссийском центре экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России с 2010 по 2013 г.

Всем пациентам исследовали когнитивную и эмоциональную сферу, учитывали сосудистые и социальные факторы риска. Для оценки когнитивных функций применяли набор скрининговых шкал, наиболее чувствительных к относительно небольшим по выраженности когнитивным расстройствам и методики направленные на исследование внимания и памяти.

Краткая шкала оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination, MMSE) предназначена для изучения когнитивных способностей индивида на основе оценки ориентировки во времени и пространстве, восприятия, внимания, памяти, речевых функций.

Батарея тестов для оценки лобной дисфункции – БТЛД (Frontal Assessment Battery, FAB) предназначена для исследования функций лобных долей или подкорковых церебральных структур, то есть когда чувствительность MMSE может быть недостаточной. С помощью данной методики оценивали исполнительные функции, способность пациентов к категориальным обобщениям, простой и усложненной реакции выбора, динамический праксис [3, 4].

Более детальное исследование памяти и внимания проводили с помощью заучивания 5 и 10 слов, визуальной репродукции Векслера, счета по Крепелину [2].

Для определения эмоционально-волевых нарушений использовали Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS) и опросник депрессии Бека [4].

Для исследования влияния социальных факторов учитывали наличие вредных привычек, длительность стажа руководящей работы, продолжительность рабочего дня и ночного сна, количество выходных дней в 1 мес.

Для определения факторов сосудистого риска учитывали наличие гипертонической болезни, атеросклероза (по результатам ультразвукового обследования), нарушений обмена глюкозы, индекса массы тела.

По результатам ультразвукового дуплексного сканирования на аппарате «Acuson X300» производства фирмы «Siemens» оценивали толщину комплекса интима-медиа (КИМ) в общей сонной артерии и наличие атеросклеротических бляшек в брахиоцефальных артериях.

Статистическую обработку результатов исследований проводили с помощью пакета Statistica for Windows, с использованием параметрических методов сравнения (t-критерий Стьюдента), коэффициентов корреляции

Спирмена и Пирсона, а также блока статистической обработки данных табличного редактора Excel. Заключение о статистической значимости давали при уровне вероятности ошибочного значения при  $p < 0,05$ .

### Результаты исследования

При исследовании напряженности труда специалистов управленческого профиля МЧС России выяснилось, что длительность рабочего дня, количество выходных дней и продолжительность ночного сна значительно отличаются от таковых в контрольной группе (табл. 1).

Таблица 1  
Сравнение показателей напряженности труда, ( $M \pm \sigma$ )

Показатель	Группа		p <
	основная	контроль	
Возраст, год	47,9 ± 4,8	48,4 ± 3,9	
Длительность рабочего дня, ч	11,6 ± 1,7	8,0 ± 0,0	0,05
Количество выходных дней в 1 мес	4,5 ± 2,1	7,2 ± 0,7	0,05
Продолжительность ночного сна, ч	6,6 ± 0,7	7,5 ± 0,5	0,05

Продолжительность рабочего дня у 44 (71 %) руководителей МЧС России превышает 11 ч, больше половины специалистов (66 %) имеют только 1 выходной/нед, тогда как в группе контроля продолжительность рабочего дня и количество выходных дней в неделю соответствует нормативным данным. У большинства сотрудников МЧС России (55 %) ночной сон составляет менее 7 ч, а у всех участников группы контроля продолжительность ночного сна составляет 7 ч и более.

Напряженность труда, соответствующая физиологическим нормативам, и количество отдыха, определенное необходимостью восстановления по физиологическим показателям, выявлено только у 2 человек, остальные 60 (97 %) специалистов имели повышенную нагрузку. Таким образом, для руководителей МЧС России характерно повышение длительности труда и недостаток отдыха.

Повышение противострессовых сил связано с регулярной физической активностью, которая может компенсировать повышенную напряженность труда. В соответствии с общепринятыми представлениями физическая активность является необходимым звеном для повышения и поддержания физиологического здоровья.



Физическую активность у специалистов управленческого профиля МЧС России определяли по выполнению утренней зарядки, посещениям спортзала и бассейна. Можно отметить, что только 1 руководитель имеет высокую физическую активность, которая проявляется практически ежедневными занятиями спортом, 21 (34 %) – среднюю физическую активность, тогда как большинство руководящего состава (64 %) имеют сниженную физическую активность, то есть посещают спортзал и бассейн 2 раза/нед и менее.

Таким образом, большая часть специалистов управленческого профиля МЧС России имеет недостаточную физическую активность, что может определять снижение защитных механизмов в экстремальных ситуациях.

У данной группы руководителей выявлено широкое распространение соматических заболеваний, которые могут приводить в дальнейшем к когнитивному снижению. Так, практически половина обследованных сотрудников МЧС России уже страдает артериальной гипертензией, гипертоническая болезнь I и II стадии диагностирована в 48 % (у 11 и 19 специалистов, или в 18 и 30 % соответственно).

Средние значения уровня глюкозы в крови в двух группах достоверно не отличаются, однако у 6 (9 %) сотрудников МЧС России уже имеются нарушения толерантности к глюкозе и сахарный диабет.

Отмечено высокое распространение избыточной массы тела в обеих группах (табл. 2). В основной группе у большинства (95 %) обследованных имеется превышение нормативов массы тела. Средние значения толщины КИМ значительно отличаются в обеих группах (см. табл. 2). В контрольной группе только у 1 (3 %) человека имелось увеличение КИМ, бляшки отсутствовали. Зарегистрированы увеличения КИМ в общей сонной артерии у 35 (57 %) руководителей МЧС, а у 10 (17 %) – имелись атеросклеротические бляшки.

Большинство (94 %) специалистов основной группы имеют вредные привычки. Принимают алкоголь – 41 (66 %), курят – 1 (2 %), принимают алкоголь и курят – 16 (26 %) обследованных руководителей МЧС. 39 (63 %) руководителей алкоголь употребляют умеренно, 16 (26 %) – редко и 2 (3 %) – чрезмерно. Курят более 1 пачки в день – 4 (6 %) обследованных специалистов МЧС России, менее 1 пачки в день – 13 (21 %).

Таблица 2

Сравнение показателей факторов сосудистого риска, (M ± σ)

Показатель	Группа		p <
	основная	контроль	
Индекс массы тела	30,1 ± 3,8	26,3 ± 3,5	0,05
Толщина КИМ, мм	1,02 ± 0,2	0,77 ± 0,1	0,05
Избыточная масса тела, n (%)	28 (46)	16 (53)	0,05
Ожирение I степени, n (%)	27 (44)	2 (7)	0,001
Ожирение II степени, n (%)	2 (3)	0	
Ожирение III степени, n (%)	1 (2)	0	

Изучая эмоциональную сферу, всем специалистам управленческого профиля МЧС России и группе контроля проводили исследование на наличие тревоги и депрессии. В данных группах эмоциональный фон практически не нарушен. Только у 1 (2 %) руководителя имелись признаки повышенной тревожности, а у 6 (12 %) – признаки пограничной (субклинически выраженной) тревожности. Признаков депрессии у руководителей МЧС России и в группе контроля не выявлено.

При оценке эмоционального статуса по методикам для определения тревоги и депрессии значимых корреляционных связей с когнитивной сферой, напряженностью труда и наличием заболеваний не выявлено.

Результаты скрининговых шкал на определение когнитивных способностей (MMSE, FAB) в обеих группах находятся в пределах нормы. По сравнению с группой контроля при более углубленном нейропсихологическом тестировании выявлено значимое снижение объема и концентрации внимания, зрительной памяти и слухоречевой памяти без семантической подсказки ( $p < 0,05$ ) (табл. 3).

У подавляющего большинства обследованных основной и контрольной групп зарегистрирован средний (82 % и 87 % соответственно) и высокий (11 % и 13 %) объем внимания. Только у 5 (7 %) сотрудников МЧС России выявлено снижение объема внимания.

Концентрация внимания в контрольной группе не страдает, и у большинства (63 %) обследуемых лиц она высокая (выше среднестатистических значений). Руководители МЧС России в большинстве случаев (53 %) имеют среднюю концентрацию внимания, а у 7 (11 %) специалистов имеются признаки ее снижения.

Таблица 3

Сравнение показателей когнитивных способностей, ( $M \pm \sigma$ )

Показатель	Группа		p <
	основная	контроль	
MMSE, балл	29,0 ± 0,5	29,0 ± 0,5	
FAV, балл	17,5 ± 0,5	17,5 ± 0,5	
Объем внимания, балл	6,0 ± 1,1	6,7 ± 1,1	0,05
Концентрация внимания, балл	8,0 ± 1,5	8,9 ± 1,2	0,05
Память слухоречевая без подсказки, балл	3,9 ± 1,0	4,6 ± 0,6	0,05
Память слухоречевая с подсказкой, балл	4,9 ± 0,5	4,9 ± 0,5	
Память зрительная, балл	11,7 ± 1,5	12,6 ± 1,8	0,05

Признаки снижения слухоречевой и зрительной памяти также отмечаются у 5 (8 %) и 3 (5 %) руководителей МЧС России соответственно. Полное отсроченное воспроизведение полученной информации без помощи категориальной подсказки и выбора из альтернатив в контрольной группе встречается достоверно чаще у 39 (63 %) человек, чем в группе руководителей МЧС России – 20 (32 %) ( $p < 0,05$ ). Семантическая подсказка после интерферирующей деятельности полностью компенсирует снижение слухоречевой памяти в контрольной группе и частично компенсирует в группе руководителей МЧС, у 5 (8 %) руководителей МЧС России мнемонические приемы не помогают.

Высокие результаты оценки памяти на визуализированные изображения (выше среднестатистических значений) достоверно чаще встречаются в контрольной группе у 28 (93 %) человек, чем в группе сотрудников МЧС России – 38 (61 %) ( $p < 0,05$ ), в том числе у 3 (5 %) руководителей встречается и сниженный уровень зрительной памяти (рис. 1).

Несмотря на высокую напряженность труда и сниженную физическую активность, у руководителей МЧС России значимых когнитивных и эмоциональных эмоции нарушений не выявлено, однако обнаружено снижение объема и концентрации внимания, слухоречевой и зрительной памяти.

В группе руководителей МЧС России выявлена достоверная корреляционная связь ( $p < 0,05$ ) между количеством выходных дней в месяц и толщиной КИМ ( $r = -0,294$ ). Прослеживается четкая закономерность увеличения КИМ в брахиоцефальных артериях (КИМ > 0,9 мм) у всех специалистов, количество выходных дней которых составляет менее 4 в месяц.

Также выявлена корреляционная связь ( $p < 0,05$ ) между толщиной КИМ и слухоречевой памятью ( $r = -0,275$ ).



Рис. 1. Сравнительная характеристика уровня зрительной памяти.

Повышение ИМТ коррелировало с повышением глюкозы ( $r = 0,284$ ) и снижением зрительной памяти ( $r = -0,276$ ) ( $p < 0,05$ ).

Увеличение концентрации глюкозы коррелировало со снижением ночного сна ( $r = -0,266$ ) и снижением слухоречевой памяти ( $r = -0,260$ ).

У всех руководителей МЧС России, продолжительность ночного сна которых составляет более 7 ч и ИМТ имеет нормативные значения, уровень глюкозы в крови не увеличен. Увеличения концентрации глюкозы выявлено только у сотрудников МЧС России с продолжительностью ночного сна менее 7 ч и с увеличенным ИМТ.

Таким образом, напряженность труда в виде дефицита выходных дней является одним из факторов, влияющих на стенки сосудов, а дефицит сна связан с развитием нарушений обмена глюкозы и увеличением ИМТ.

Процесс внимания у руководителей МЧС России напрямую зависит от напряженности труда. Так, выявлена достоверная корреляционная связь ( $p < 0,05$ ) между продолжительностью ночного сна и объемом внимания ( $r = 0,239$ ), а также между количеством выходных дней и концентрацией внимания ( $r = 0,259$ ).

Не было выявлено прямой зависимости влияния напряженности труда на развитие гипертонической болезни, однако длительность занимаемой должности, входящая в напряженность труда, отчетливо приводит к более

раннему развитию гипертонической болезни. Практически у половины обследуемых (48 %) руководителей МЧС России имеется артериальная гипертония. Развитие артериальной гипертонии связано с множеством причин, и в том числе, как в данном случае, со стажем руководящей работы ( $p = 0,017$ ). С другой стороны, гипертоническая болезнь приводит к развитию когнитивных нарушений в виде снижения слухоречевой памяти, объема и концентрации внимания.

Влияние социальных и сосудистых факторов риска на когнитивные функции у специалистов управленческого профиля МЧС России представлены на рис. 2.

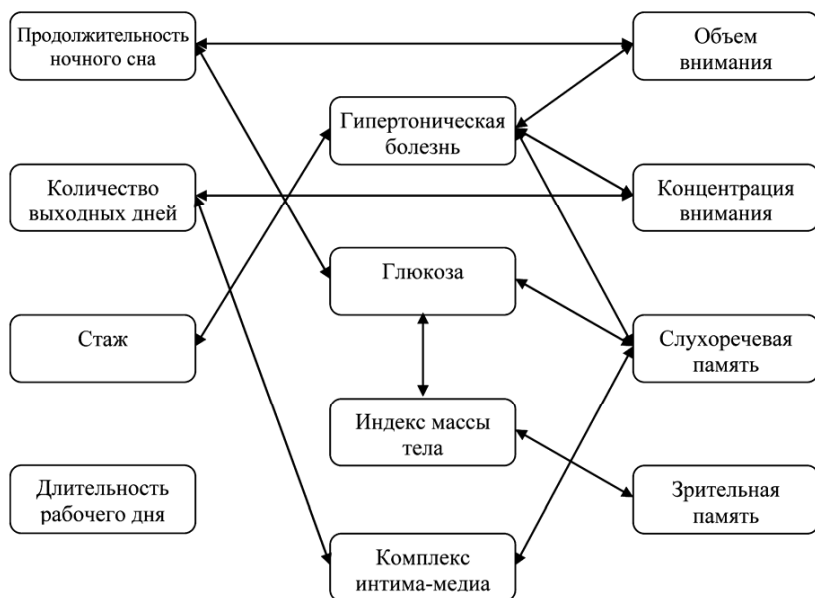


Рис. 2. Влияние социальных и сосудистых факторов риска на когнитивные функции у специалистов управленческого профиля МЧС России (стрелками указаны значимые корреляционные связи).

### Обсуждение результатов

Среди обследованной группы руководителей МЧС России выявлена высокая распространенность соматической патологии, высокая напряженность труда и сниженная физическая активность. Гипертоническая болезнь была у 30 (48 %) руководителей, атеросклероз – у 10 (17 %). На этом фоне

значимых когнитивных и эмоциональных нарушений не выявлено, однако имеются тенденции к когнитивному снижению в виде уменьшения объема и концентрации внимания, слухоречевой и зрительной памяти.

Для определения основных факторов, которые влияли на когнитивную сферу, проведен корреляционный анализ. Непосредственной связи напряженности труда с когнитивной сферой не выявлено. Тем не менее выявлены прямые корреляции составляющих напряженности труда с когнитивной сферой и через опосредованные связи. Так, на объем и концентрацию внимания напрямую влияет наличие отдыха (сон и выходные дни).

Известно, что увеличение КИМ является фактором риска развития когнитивных нарушений. В литературе имеются данные о связи выраженных когнитивных нарушений с увеличением комплекса интима-медиа [4, 5, 7]. В нашей работе у сотрудников МЧС России выявлена высокая распространенность увеличения КИМ и корреляционная связь между увеличением КИМ со снижением слухоречевой памяти, с одной стороны, и между толщиной КИМ количеством выходных дней, с другой стороны. Таким образом, можно сделать вывод, что напряженность труда в виде сниженного ежемесячного количества выходных дней опосредованно через развитие цереброваскулярного заболевания влияет на снижение слухоречевой памяти, то есть несоблюдение режима труда и отдыха может привести к снижению памяти.

Стаж руководящей работы, то есть стрессовые ситуации, большая ответственность, ненормированный график труда в течение длительного времени, напрямую не повлиял на снижение когнитивных функций, однако повлиял на раннее развитие гипертонической болезни у 30 (48 %) специалистов МЧС России, которая, в свою очередь, ведет к снижению объема и концентрации внимания, снижению слухоречевой памяти.

Имеются данные о роли сна в регуляции метаболических процессов, происходящих в глубокой стадии сна. Полученные нами сведения еще раз подтверждают, что дефицит сна может приводить к метаболическим нарушениям в виде повышения концентрации глюкозы и к повышению массы тела. Известно, что гипергликемия и развитие диабета являются одним из значимых факторов риска развития ангиопатии и когнитивного снижения [7, 9, 10].

Несмотря на широкое распространение недостаточности физической активности у руководителей МЧС России, прямой связи с развитием ГБ, атеросклероза и когнитивного снижения в обследованной группе не выявлено. В то же время, широкое распространение метаболического синдрома

позволяет предлагать увеличение физической активности для коррекции выявленных изменений.

### **Выводы**

1. Трудовая деятельность специалистов управленческого профиля МЧС России характеризуется высокой напряженностью труда и сниженной физической активностью.

2. У обследованных руководителей МЧС России выявлены высокая эмоциональная устойчивость и сохранность когнитивных функций. При углубленном обследовании установлены только начальные изменения в виде снижения объема и концентрации внимания, снижения слухоречевой памяти без семантической подсказки.

3. Высокая напряженность труда в виде недостатка отдыха (недостаточное время сна, уменьшение количества выходных дней) напрямую ведет к снижению внимания. Длительный стаж работы в экстремальном режиме через раннее развитие гипертонической болезни приводит к снижению объема и концентрации внимания, ухудшению слухоречевой памяти.

### **Литература**

1. Величковский Б.Б. Возможность когнитивной тренировки как метода коррекции возрастных нарушений когнитивного контроля // Эксперим. психология. – 2009. – № 3. – С. 78–91.

2. Густов А.В., Антипенко Е.А. Когнитивные расстройства в неврологии: методы диагностики, пути коррекции : монография. – Н. Новгород : Изд-во Нижегород. гос. мед. акад, 2010. – 164 с.

3. Захаров В.В., Вознесенская Т.Г. Нервно-психические нарушения : диагностические тесты. – М. : МЕДпресс-информ, 2013. – 320 с.

4. Левин О.С. Диагностика и лечение деменции в клинической практике. – М. : МЕДпресс-информ, 2010. – 256 с.

5. Одинак М.М., Емелин А.Ю., Лобзин В.Ю. Нарушение когнитивных функций при цереброваскулярной патологии. – СПб. : ВМедА, 2006. – 158 с.

6. Слободин Т.А., Горева А.В. Когнитивный резерв: причины снижения и защитные механизмы // Міжнар. неврологіч. журн. – 2012. – № 3 (49). – С. 161–165

7. Шишкова В., Осыченко М. Профилактика метаболических и когнитивных нарушений при ожирении и сахарном диабете типа 2 // Врач. – 2011. – № 2. – С. 31–34.

8. Юнкеров В.И., Григорьев С.Г., Резванцев М.В. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. – СПб. : ВМедА, 2011. – 318 с.

9. Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике // Неврологич. журн. – 2006. – № 11. – С. 4–12.

10. Areosa S., Grimley E. Effect of treatment of type II diabetes mellitus on the development of cognitive impairment and demencia // *Cochrain Database Syst. Rev.* – 2004. – Vol. 149, N. 9. – P. 2234-40.

11. Collie A., Maruff P. An analysis of systems of classifying mild cognitive impairment in older people // *Austr. New Zeal. J. Psych.* – 2002. – Vol. 36. – P. 133–140.

12. Vercambre M.-N., Grodstein F., Manson J.A.E., Stampfer M.J., Kang J.H. Physical Activity and Cognition in Women With Vascular Conditions // *Arch. Intern. Med.* – 2011. – Vol. 171, N 14. – P. 1244–1250.

**Kozhevnikova V.V., Tikhomirova O.V., Vasilev V.N., Kindyashova V.V., Lomova I.P.** Analiz kognitivnoi i emotsional'no-volevoi sfery u spetsialistov upravlencheskogo profilya MChS Rossii [The analysis of the cognitive and the emotional-volitional sphere in management specialists of Emercom of Russia]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of psychotherapy]. 2014. N 51. P. 21–34.

The Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine,  
EMERCOM of Russia  
(Russia, Saint-Petersburg, Academica Lebedeva Str., 4/2)

Kozhevnikova Valentina Vladimirovna – Researcher of Department of Clinical Neurology, the Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Russia, 194044, Saint-Petersburg, Academica Lebedeva Str., 4/2); e-mail: vakozhevnikova@yandex.ru;

Tikhomirova Ol'ga Viktorovna – MD, PhD, Head of the Department of Clinical Neurology, the Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Russia, 194044, Saint-Petersburg, Academica Lebedeva Str., 4/2); e-mail: Tikhomirova2@rambler.ru;

Vasil'ev Vladimir Nikolaevich – Neurologist of Department of Clinical Neurology, the Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Russia, 194044, Saint-Petersburg, Academica Lebedeva Str., 4/2); e-mail: vnvb@mail.ru;

Kindyashova Vera Viktorovna – Head of the Research Laboratory of the Department of Clinical Neurology, the Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Russia, 194044, Saint-Petersburg, Academica Lebedeva Str., 4/2); e-mail: kindyashovavv@yandex.ru;

Lomova Irina Pavlovna –MD, Senior Researcher of Department of Clinical Neurology, the Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Russia, 194044, Saint-Petersburg, Academica Lebedeva Str., 4/2); e-mail: irpalo@mail.ru.

Abstract. Stress, high job strain and lack of rest were identified as risk factors for cognitive impairment and emotional-volitional disorders. We studied 62 management specialists of EMERCOM of Russia with high psychosocial work stress and 40 normal controls matched in terms of age, gender and education. Participants under-



went neuropsychological assessment to evaluate cognitive and emotional functions, level of work stress. It was established that high job strain and low physical activity were not associated with cognitive decline and emotional-volitional disorders. The lack of days-off and sleep restriction correlated with attention function. Likewise long-term work stress leads to early developing of hypertension which revealed significant association with attention and audio-language memory deficit.

Keywords: cognition disorders, emotional-volitional disorders, work stress, job strain, management specialists of Emercom of Russia.

### References

1. Velichkovskii B.B. Vozmozhnosti kognitivnoi trenirovki kak metoda korrektsii vozrastnykh narushenii kognitivnogo kontrolya [The possibility of cognitive training as a method of correction of age-related disorders of cognitive control]. *Ekspertimetal'naya psikhologiya* [Experimental Psychology]. 2009. N 3. P. 78–91. (In Russ.)

2. Gustov A.V., Antipenko E.A. Kognitivnye rasstroistva v neurologii: metody diagnostiki, puti korrektsii: monografiya [Cognitive disorders in neurology: methods of diagnostic, ways of correction]. Nizhnii Novgorod. 2010. 164 p.

3. Zakharov V.V., Voznesenskaya T.G. Nervno-psikhicheskie narusheniya: diagnosticheskie testy [Neuro-psychiatric disorders: diagnostic tests]. Moskva. 2013. 320 p. (In Russ.)

4. Levin O.S. Diagnostika i lechenie dementsii v klinicheskoi praktike [Diagnostic and treatment of dementia in clinical practice]. Moskva. 2010. 256 p. (In Russ.)

5. Odinak M.M., Emelin A.Yu., Lobzin V.Yu. Narushenie kognitivnykh funktsii pri tserebrovaskulyarnoi patologii [Cognitive impairment in cerebrovascular disease]. Sankt-Peterburg. 2006. 158 p. (In Russ.)

6. Slobodin T. A., Goreva A. V. Kognitivnyi rezerv: prichiny snizheniya i zashchitnye mekhanizmy [Cognitive reserve: reasons for decline and protective mechanisms]. *Mezhdunarodnyi neurologicheskii zhurnal* [International neurological journal]. 2012. N 3. P. 161–165. (In Russ.)

7. Shishkova V., Osychenko M. Profilaktika metabolicheskikh i kognitivnykh narushenii pri ozhirenii i sakharnom diabete tipa 2 [Prevention of metabolic and cognitive disorders in obesity and type 2 diabetes mellitus]. *Vrach [Rusvrach]*. 2011. N 2. P. 31–34. (In Russ.)

8. Yunkerov V.I., Grigor'ev S.G., Rezvantsev M.V. Matematiko-statisticheskaya obrabotka dannykh meditsinskikh issledovaniy [Mathematical and statistical analysis of medical research]. Sankt-Peterburg. 2011. 318 p. (In Russ.)

9. Yakhno N.N. Kognitivnye rasstroistva v neurologicheskoi klinike [Cognitive disorders in neurologic clinic]. *Neurologicheskii zhurnal* [Journal of Neurology]. 2006. N 11. P. 4–12. (In Russ.)

10. Areosa S., Grimley E. Effect of treatment of type II diabetes mellitus on the development of cognitive impairment and demencia. *Cochrain Database Syst. Rev.* 2004. Vol. 149, N. 9. P. 2234-40.

11. Collie A., Maruff P. An analysis of systems of classifying mild cognitive impairment in older people. *Austr. New Zeal. J. Psych.* 2002. Vol. 36. P. 133–140.

12. Vercambre M.-N., Grodstein F., Manson J.A.E., Stampfer M.J., Kang J.H. Physical Activity and Cognition in Women With Vascular Conditions. *Arch. Intern. Med.* 2011. Vol. 171, N 14. P. 1244–1250.

УДК 159.9 : 616.12

Д.А. Еремина

## **ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПОДВЕРГШИХСЯ ПРЯМОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА**

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

Описано эмпирическое исследование, направленное на изучение динамики основных показателей когнитивного функционирования (показателей активного внимания, психомоторного темпа и умственной работоспособности, мнестической деятельности, вербально-логического и пространственного мышления) больных с ишемической болезнью сердца, подвергшихся операции коронарного шунтирования, а также на сравнительный анализ показателей когнитивного функционирования пациентов с нормативными данными. Обследовали 70 пациентов трудоспособного возраста со средним возрастом ( $59,7 \pm 7,3$ ) года, перенесших операцию коронарного шунтирования (КШ) в условиях искусственного кровообращения. Исследование было реализовано с помощью 8 психодиагностических методов и проводилось в три этапа: 1-й – за 1-2 дня до операции, второй – на 12–14-й день после операции, 3-й – через 3 мес после перенесенного оперативного вмешательства. Проведенное исследование показало, что пациенты, перенесшие операцию КШ, склонны испытывать наибольший когнитивный дефицит в сфере вербальной памяти и внимания. Напротив, значительное улучшение когнитивного функционирования после операции КШ было выявлено в сферах зрительной и логической памяти и мыслительной деятельности пациентов.

Ключевые слова: медицинская (клиническая) психология, коронарное шунтирование, искусственное кровообращение, когнитивные функции, реабилитация.

---

Еремина Дарья Алексеевна – аспирант ф-та психологии Санкт-Петерб. гос. ун-та (Россия, 199034, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6); e-mail: plombirat@gmail.com.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФГФ в рамках научного проекта № 14-06-00163а.

## Введение

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимает лидирующие позиции по распространенности и смертности в общей популяции [19]. Одним из важнейших методов лечения ИБС является реваскуляризация миокарда. Она осуществляется с помощью операции коронарного шунтирования (КШ), а также транслюминальной баллонной коронарной ангиопластики, однако уже более 30 лет коронарное шунтирование является одной из наиболее часто выполняемых хирургических операций.

Многочисленными исследованиями была продемонстрирована эффективность КШ как метода лечения ИБС. Среди основных преимуществ данного вида хирургического вмешательства выделяют: восстановление адекватного коронарного кровотока в пораженных артериях, ликвидацию симптомов ишемии [9], снижение частоты развития инфаркта миокарда и потребности в повторной реваскуляризации [2], быстрое облегчение клинических симптомов, снижение длительности госпитального лечения, улучшение качества жизни в последующий 5-летний период [3], выраженное снижение функциональных классов стенокардии на отдаленных этапах.

С другой стороны, хирургическая реваскуляризация миокарда сопряжена с риском как операционных, так и послеоперационных осложнений. Госпитальный послеоперационный период нередко осложняется неврологическими расстройствами, постперикардитомным синдромом, фибрилляцией предсердий [16]. В то же время в ходе операции происходит травматическое повреждение грудной клетки, перикарда и сосудов, что существенно влияет на клинико-функциональное состояние больных в послеоперационном периоде, удлиняет процесс восстановления.

К недостаткам операции КШ также относят высокую стоимость, инвазивность, большую частоту цереброваскулярных осложнений [2]. Более того, в течение 5 лет возврат стенокардии наблюдается у 15 % больных, у 10 % возникают острые коронарные события [15]. Рецидив стенокардии у российских пациентов через год после операции КШ достигает 20 % [10]. У этих больных зачастую отмечают нарушения когнитивных функций, возникающие как следствие операции. Несмотря на то что современный уровень развития кардиохирургических технологий привел к значительному снижению частоты развития тяжелых неврологических осложнений, легкие послеоперационные неврологические расстройства, в первую очередь снижение уровня когнитивного функционирования, остаются широко распространенной проблемой [13]. Так, частота развития нейрокогнитивного дефицита после операций аортокоронарного шунтирования оста-

ется высокой и по одним данным достигает 50–80 % [21, 29], по другим – частота развития когнитивных нарушений составляет 20–79 %.

Повышенное внимание в последнее время к проблеме когнитивных нарушений у пациентов, подвергшихся реваскуляризации миокарда, определяется рядом обстоятельств. Во-первых, проведенные ранее исследования по оценке влияния КШ на когнитивные способности в подавляющем большинстве рассматривают отдаленные последствия операции [17, 20], тогда как исследования когнитивного статуса в раннем послеоперационном периоде немногочисленны и противоречивы. Так, в некоторых работах [28] описано ухудшение когнитивных и нейрофизиологических показателей у пациентов в раннем послеоперационном периоде. Ряд авторов сообщают об отсутствии изменений [27] и даже улучшении когнитивных функций [28] после КШ. Во-вторых, в исследованиях последнего времени показаны существенные и стойкие когнитивные нарушения у кардиологических больных, подвергшихся оперативному лечению. В то же время легкая когнитивная дисфункция, еще не достигающая степени деменции, но уже выходящая за рамки возрастной нормы, остается вне поля исследований. Наконец, большинство проведенных исследований [6,8,12] в основном лишь констатирует наличие тех или иных когнитивных нарушений, сопровождающих кардиальную патологию, в некоторых случаях описывает клинические корреляты и предположительные механизмы их формирования, в то время как клиничко-психологические, социально-демографические и эмоционально-личностные факторы когнитивных нарушений остаются практически не изученными.

*Цель исследования* – комплексное изучение особенностей и нарушений когнитивной сферы больных с ИБС, подвергшихся операции коронарного шунтирования. К основным задачам исследования относятся следующие:

- 1) изучить динамику основных показателей когнитивного функционирования больных с ИБС, подвергшихся операции коронарного шунтирования, а именно динамики показателей активного внимания, психомоторного темпа и умственной работоспособности, мнестической деятельности, вербально-логического и пространственного мышления;

- 2) провести сравнительный анализ показателей когнитивного функционирования больных с ИБС, измеренных до оперативного вмешательства и на разных этапах реабилитационного процесса, с нормативными данными.

## Материалы и методы

В настоящем исследовании принимали участие пациенты, находящиеся на лечении в отделении реабилитации в Федеральном центре сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова (Санкт-Петербург). Обследовали 70 пациентов трудоспособного возраста, перенесших операцию КШ. Из них мужчин было 58 (82,9 %), женщин – 12 (17,1 %). Средний возраст пациентов составил ( $59,7 \pm 7,3$ ) года. Основные социально-демографические и клинико-психологические показатели обследованных пациентов представлены в табл. 1.

Таблица 1  
Социально-демографические и клинико-психологические показатели пациентов, перенесших КШ, n (%)

Показатель	Количество
Возраст, лет	59,7 ± 7,3
Пол – мужской <i>--- указан % мужчин, остальные - женщины</i>	58 (82,9)
Образование:	
среднее	29 (41,4)
среднее специальное	15 (21,4)
неоконченное высшее	3 (4,3)
высшее	23 (32,9)
Семейное положение:	
не женат/не замужем	1 (1,4)
разведен/разведена	8 (11,4)
вдовец/вдова	6 (8,6)
первый брак	47 (67,2)
повторный брак	8 (11,4)
Трудоустроены на момент обследования	34 (48,6)
Актуальная психотравмирующая ситуация:	
благоприятный эмоциональный фон	39 (55,7)
наличие острого стресса	16 (22,9)
наличие затяжной психотравмирующей ситуации	15 (21,4)
Жалобы на текущий когнитивный статус	41 (58,6)
Курение:	
в настоящее время курили	18 (25,7)
курили прошлом (в настоящее время не курят)	28 (40,0)
Употребление алкоголя:	
не употребляет	13 (18,6)
употребляет умеренно	51 (72,9)
злоупотребляет	6 (8,5)

Основные характеристики проведенного оперативного вмешательства, а также клинические характеристики обследованных пациентов представлены в табл. 2.

Таблица 2  
Клинические характеристики пациентов, перенесших КШ,  
и основные характеристики операции, n (%)

Показатель	Количество
Инфаркт миокарда	50 (71,4)
Длительность заболевания, лет	5,3 ± 5,5
Количество пораженных сосудов:	
менее 3	11 (15,7)
3	32 (45,7)
4	19 (27,1)
5 и более	8 (11,4)
Сопутствующие заболевания:	
сахарный диабет	9 (12,9)
фибрилляция предсердий	17 (24,3)
дислипидемия	37 (52,9)
гиперлипидимия	9 (12,9)
постперикардитомный синдром	39 (55,7)
острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе	7 (10,0)
Индекс массы тела	27,98 ± 3,98
Характеристики операции КШ, мин:	
продолжительность операции	201,4 ± 67,3
время экстракорпорального кровообращения	89,7 ± 47,6
время пережатия аорты	55,4 ± 38,0

Исследование проводилось в три этапа: 1-й – непосредственно перед операцией (за 1-2 дня до операции); 2-й – на 12–14-й день после операции, то есть перед выпиской больного из отделения реабилитации; 3-й – в отсроченном периоде, то есть через 3 мес после перенесенного оперативного вмешательства.

Подбор методов для проведения исследования когнитивных функций осуществлялся с учетом биопсихосоциального подхода в современной клинической психологии, в соответствии с задачами проекта и соглашением об оптимальных подходах к диагностике послеоперационных когнитивных нарушений у кардиохирургических больных («Statement of Consensus on Assessment of Neurobehavioral Outcomes after Cardiac Surgery») [14, 23].

Для исследования когнитивных функций больных с ИБС, перенесших КШ, использовали комплекс клинико-психологических и психометрических методов: «Методика последовательных соединений» (в оригинале «Trail-Making test – ТМТ») [7]; субтесты «Сходства» и «Кубики Коса», «Шкала Векслера для исследования интеллекта взрослых» (WAIS) [6]; патопсихологические пробы «10 слов», «Запоминание рассказов», «Простые аналогии» [1, 11]; «Тест зрительной ретенции» А. Бентона [4]; «Тест интерференции» Струпа [7]. Всего проанализировано 11 психодиагностических показателей. В методиках ТМТ-тест и Струп-тест показатели ниже 4 баллов рассматривали как снижение относительно нормативного уровня [7].

Полученные результаты обработали с использованием стандартных методов математической статистики, включенных в статистические пакеты SPSS 19 и Excel 97/2000/XP/7. Критерий Т-Вилкоксона использовали для сравнительного анализа показателей когнитивного функционирования на разных этапах исследования. Сравнительный анализ полученных в настоящем исследовании и нормативных данных был произведен с помощью критерия t-Стьюдента. Различия считались статистически достоверными на уровне  $p < 0,05$ .

### **Результаты и их анализ**

В соответствии с задачами была изучена динамика основных показателей когнитивного функционирования больных ИБС, полученных в предоперационном периоде и в процессе реабилитации после коронарного шунтирования (табл. 3).

Результаты, представленные в табл. 3, свидетельствуют о том, что объем кратковременной механической памяти пациентов статистически достоверно ниже через 3 мес после операции, чем до КШ, а также снижение было продемонстрировано в период от 2-го до 3-го этапа исследования. Идентичная статистически значимая динамика была обнаружена и в отношении объема долговременной механической памяти. Показатель зрительной памяти, наоборот, увеличивается на протяжении всего реабилитационного процесса. Логическая память достоверно улучшается как за период госпитального лечения (от 1-го до 2-го этапа исследования), так и за весь период наблюдения (от 1-го до 3-го этапа исследования). Таким образом, в динамическом исследовании мнестической деятельности было продемонстрировано снижение механической речеслуховой памяти и улучшение зрительной и логической памяти.

Таблица 3

Показатели когнитивного функционирования пациентов, перенесших КШ ( $M \pm m$ ) балл

Показатель	Этап исследования			p <
	1-й	2-й	3-й	
Кратковременная механическая память («10 слов»), количество воспроизведенных слов после 5 предъявлений	8,0 ± 1,6	8,1 ± 1,5	7,2 ± 1,9	1/3 – 0,01 2/3 – 0,05
Долговременная механическая память («10 слов»), количество воспроизведенных слов через 1 ч после предъявления	5,4 ± 2,1	5,8 ± 2,1	3,2 ± 1,8	1/3 – 0,01 2/3 – 0,01
Зрительная память (тест Бентона)	6,6 ± 1,8	7,0 ± 2,1	8,0 ± 1,6	2/3 – 0,01
Логическая память («Запоминание рассказов»)	3,9 ± 1,2	4,3 ± 1,0	4,6 ± 0,9	1/2 – 0,05 2/3 – 0,05
Вербально-логическое мышление (субтест «Сходство»)	15,7 ± 4,3	17,2 ± 3,9	17,3 ± 3,8	1/2 – 0,05
Вербально-логическое мышление («Простые аналогии»)	7,6 ± 2,1	8,2 ± 1,8	8,0 ± 2,2	1/2 – 0,01
Пространственно-конструкторское мышление (субтест «Кубики»)	29,8 ± 10,4	29,4 ± 11,2	32,0 ± 12,5	1/3 – 0,05
Темп психической деятельности, концентрация внимания (ТМТ-А)	5,1 ± 2,9	5,0 ± 3,3	6,5 ± 3,2	
Переключаемость активного внимания (ТМТ-В)	5,1 ± 3,0	4,5 ± 3,4	6,0 ± 3,5	
Темп психических процессов (Струп-тест)	7,2 ± 2,2		8,2 ± 2,3	
Селективность внимания (Струп-тест)	2,9 ± 2,9		5,2 ± 3,7	1/3 – 0,01

Выявлено статистически значимое улучшение показателей вербально-логического мышления (повышение уровня обобщения и способности к установлению логических связей между предметами и явлениями) на 12–14-й день после операции по сравнению с периодом до операции. Положительная динамика была также выявлена в отношении пространственно-конструкторского мышления: показатель, измеренный через 3 мес после операции, оказался достоверно выше дооперационного. Приведенные данные позволяют предположить, что операция КШ может оказывать положительное влияние на мыслительную деятельность пациентов.

Статически значимых различий в темпе психической деятельности, концентрации внимания, измеренных с помощью как ТМТ-теста, так и Струп-теста, получено не было. Однако показатель переключаемости активного внимания (ТМТ-тест) достоверно ниже после оперативного вмешательства, чем до него. При этом показатель селективности внимания



(Струп-тест) оказался статистически значимо больше через 3 мес после, чем до КШ, что свидетельствует об улучшении переключаемости внимания, снижении склонности к интерференции реакций при выполнении умственной работы, улучшении деятельности при воздействии посторонних раздражителей.

В табл. 4 приведены результаты сравнения показателей психомоторного темпа и активного внимания больных с ИБС, полученных на разных этапах лечения, с нормативными показателями, полученными автором адаптации методик на выборке здоровых лиц [7].

Таблица 4

Сравнение показателей когнитивного функционирования пациентов, перенесших КШ, с нормативными данными

Показатель				Норма (Н)	p <
	1-й	2-й	2-й		
Темп психической деятельности, концентрация внимания (ТМТ-А)	5,2 ± 2,9	5,1 ± 3,3	6,5 ± 3,2	6,8 ± 2,3	1/Н – 0,01 2/Н – 0,01
Переключаемость активного внимания (ТМТ-В)	5,2 ± 3,0	4,6 ± 3,4	6,0 ± 3,5	6,3 ± 2,2	1/Н – 0,01 2/Н – 0,01
Селективность внимания (Струп-тест)	3,0 ± 2,9		5,3 ± 3,7	5,2 ± 1,8	1/Н – 0,01

Данные, приведенные в табл. 4, свидетельствуют о том, что темп психической деятельности, концентрация внимания, а также переключаемость активного внимания (ТМТ-тест) пациентов, перенесших КШ, статистически достоверно ниже нормы как до операции, так и через 12–14 дней после нее. Показатель селективности внимания (Струп-тест) до КШ значимо ниже нормативных данных. Однако через три месяца после операции показатели внимания и темпа психической деятельности достоверно не отличаются от нормы.

Когнитивные исходы после прямой реваскуляризации миокарда остаются предметом большого количества исследований, прежде всего медицинского характера, на протяжении долгого времени. Особую значимость данной проблематике придает то, что когнитивный дефицит нередко сопровождается значительным снижением качества жизни пациентов [29]. Представленное в настоящей статье исследование было направлено на комплексное изучение особенностей и нарушений когнитивной сферы больных ИБС, подвергшихся операции коронарного шунтирования, которые в существенной степени могут определять эффективность профессиональной, бытовой и социальной деятельности пациентов.

В соответствии с результатами предыдущих исследований [13, 17, 22] нами было обнаружено, что большинство субъективных когнитивных жалоб после КШ касались снижения памяти. Представленные в настоящей статье результаты, согласуясь с ранее полученными данными [30], показывают, что наиболее значительные когнитивные нарушения спустя три месяца после КШ обнаруживаются в сферах словесной речеслуховой памяти и активного внимания. Этот факт означает, что кратко- и долговременная память, а также активное внимание наиболее подвержены негативному воздействию изменений мозговой деятельности вследствие КШ. Следует подчеркнуть, что, в отличие от предыдущих исследований [30], в настоящем исследовании не было выявлено значительного снижения памяти непосредственно после хирургического вмешательства. В связи с этим можно предположить, что нарушения памяти могут быть вызваны не только самим хирургическим вмешательством.

Проведенное исследование показало, что КШ может оказывать не только негативное, но и благоприятное воздействие на когнитивную сферу пациентов. Так, через три месяца после операции было выявлено положительное изменение показателей зрительной памяти, логической памяти и пространственного мышления пациентов, подвергшихся прямой реваскуляризации миокарда.

В рамках настоящего исследования также был проведен сравнительный анализ когнитивных функций пациентов с ИБС, перенесших КШ, и нормативных данных. Анализ показал, что следующие показатели когнитивного функционирования до операции и через 12–14 дней после нее были значительно снижены по сравнению с нормативными данными: темп психической деятельности, концентрация внимания, переключаемость активного внимания и селективность внимания. Обнаруженный когнитивный дефицит может быть связан с атеросклерозом коронарных сосудов. Так же как и предыдущие исследования [18], проведенное нами исследование показало, что описанные выше нарушения восстанавливаются до нормативного уровня спустя три месяца после операции. Полученные данные подтверждают предположение о том, что операция КШ, улучшая кровоснабжение мозга, может положительно влиять на когнитивное функционирование пациентов.

### **Заключение**

Проведенное исследование показало, что в когнитивной сфере пациентов с ишемической болезнью сердца, подвергшихся прямой реваскуля-

ризации миокарда, происходят значительные изменения. Так, была выявлена положительная динамика зрительной и логической памяти и мыслительной деятельности пациентов. Подобные положительные изменения могут быть следствием прямой реваскуляризации миокарда и улучшенного церебрального кровоснабжения. В то же время была обнаружена отрицательная динамика как кратковременной, так и долговременной речеслуховой памяти.

Следует отметить, что патофизиологический механизм когнитивного дефицита после коронарного шунтирования до сих пор не ясен. Однако к возможным причинам когнитивных нарушений могут быть отнесены: условия проведения операции, возрастные изменения, повреждение головного мозга в процессе хирургического вмешательства или специфические эмоциональные состояния больного, сопровождающие оперативное вмешательство.

Полученные результаты могут быть использованы в диагностике когнитивных нарушений сосудистого генеза, а также в разработке и совершенствовании реабилитационных программ для пациентов, перенесших коронарное шунтирование.

#### Литература

1. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психологов. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Изд-во Моск. психол.-социал. ин-та, 2006. – 624 с.
2. Бокерия Л.А., Голухова Е.З., Сигаев И.Ю., Керен М.А. Современные подходы к хирургическому лечению ишемической болезни сердца у больных сахарным диабетом // Вестн. Рос. акад. мед. наук. – 2012. – № 1. – С. 20–26.
3. Бокерия Л.А., Самородская И.В. Реваскуляризация миокарда при остром коронарном синдроме // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2011. – № 1. – С. 38–43.
4. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика : теория, практика, обучение. – СПб. : М. : Академия, 2004. – 736 с.
5. Гильяшева И.Н. Практическое использование адаптированного теста интеллекта в клинике нервно-психических заболеваний : метод. рекомендации. – Л. : Ленингр. НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1987. – 20 с.
6. Деревнина Е.С., Акимова Н.С., Мартынович Т.В. [и др.]. Когнитивные нарушения при фибрилляции предсердий на фоне сердечно-сосудистых заболеваний // Анналы аритмологии. – 2013. – Т. 10. – № 2. – С. 87–94.
7. Зотов М.В. Когнитивные нарушения и возможности их компенсации у больных шизофренией с различной степенью выраженности дефекта : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 1998. – 18 с.
8. Зуева И.Б., Ванаева К.И., Санец Е.Л. [и др.]. Взаимосвязь факторов сердечно-сосудистого риска с когнитивными функциями у пациентов среднего возраста // Артериальная гипертензия. – 2011. – Т. 17, № 5. – С. 432–441.

9. Карпов Ю.А. Выбор метода инвазивного лечения больных хронической ишемической болезнью сердца // *Болезни сердца и сосудов*. – 2010. – № 1. – С. 4–11.
10. Кулешова Э.В., Казённов П.А., Лоховинина Н.Л. [и др.]. Влияние операции коронарного шунтирования на ишемию миокарда (по данным холтеровского мониторинга) // *Вестн. аритмологии*. – 2000. – № 20. – С. 44–48.
11. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике (практическое руководство) – М. : Апрель-пресс : Изд-во Ин-та психотерапии, 2004. – 224 с.
12. Трубникова О.А., Тарасова И.В., Артамонова А.И. [и др.]. Возраст как фактор риска когнитивных нарушений у пациентов, перенесших коронарное шунтирование // *Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2011. – № 8. – С. 46–49.
13. Bergh C., Bäckström M., Jönsson H. [et al.]. In the eye of both patient and spouse: memory is poor 1 to 2 years after coronary bypass and angioplasty // *Ann. Thorac. Surg.* – 2002. – Vol. 74. – P. 689–694.
14. Bokeriia L. A., Golukhova E. Z., Polunina A. G. [et al.]. Neural correlates of postoperative cognitive dysfunction in cardiac surgery // *Brain Research Rev.* – 2005. – Vol. 50, No 2. – P. 266–274
15. Carlson M., Waynelson O. Five-year results after coronary bypass surgery // *N. Engl. J. Med.* – 2003. – Vol. 348. – P. 1456–1463.
16. Eagle K., Guyton R., Davidoff R. [et al.]. ACC/AHA 2004 Guideline Update for Coronary Artery Bypass Graft Surgery: summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Update the 1999 Guidelines on Coronary Artery Bypass Graft Surgery) // *Circulation*. – 2004. – Vol. 110. – P. 1168–1176.
17. Hudetz J.A., Patterson K.M., Byrne A.J. [et al.]. Postoperative delirium is associated with postoperative cognitive dysfunction at one week after cardiac surgery with cardiopulmonary bypass // *Psychol Rep.* – 2009. – Vol. 105. – P. 921–932.
18. Knippa S., Matatko N., Wilhelm H. [et al.]. Evaluation of brain injury after coronary artery bypass grafting. A prospective study using neuropsychological assessment and diffusion-weighted magnetic resonance imaging // *Eur. J. Cardiothorac. Surg.* – 2004. – Vol. 25. – P. 791–800.
19. Leal J., Luengo-Fernandez R., Gray A. [et al.]. Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union // *Eur. Heart J.* – 2006. – Vol. 27. – P. 1610–1619.
20. Marasco S.F., Sharwood L.N., Abramson M.J. No improvement in neurocognitive outcomes after off-pump versus on-pump coronary revascularisation: a meta-analysis // *Eur. J. Cardiothorac. Surg.* – 2008. – Vol. 33. – P. 961–970.
21. Mathew J.P., Grocott H.P., Phillips-Bute B. [et al.]. Lower endotoxin immunity predicts increased cognitive dysfunction in elderly patients after cardiac surgery // *Stroke*. – 2003. – Vol. 34. – P. 508–513.
22. McKhann G.M., Selnes O.A., Grega M.A. [et al.]. Subjective memory symptoms in surgical and nonsurgical coronary artery patients: 6-year follow-up // *Ann. Thorac. Surg.* – 2009. – Vol. 87. – P. 27–34.
23. Murkin J.M., Newman S.P., Stump D. A., Blumenthal J.A. Statement of

consensus on assessment of neurobehavioral outcomes after cardiac surgery // *Ann. Thorac. Surg.* – 1995. – Vol. 59. – P. 1289–1295.

24. Selnes O.A., Grega M.A., Borowicz L.M.J. [et al.]. Cognitive outcomes three years after coronary artery bypass surgery: a comparison of on-pump coronary artery bypass graft surgery and nonsurgical controls // *Ann. Thorac. Surg.* – 2005. – Vol. 79. – P. 1201–1209.

25. Selnes O.A., Grega M.A., Borowicz L.M.J. [et al.]. Self-reported memory symptoms with coronary artery disease: a prospective study of CABG patients and nonsurgical controls // *Cogn. Behav. Neurol.* – 2004. – Vol. 17. – P. 148–156.

26. Sotaniemi K.A. Long-term neurologic outcome after cardiac operations // *Ann. Thorac. Surg.* – 1995. – Vol. 59. – P. 1336–1339.

27. Sweet J.J., Finin E., Wolfe P.L. [et al.]. Absence of cognitive decline one year after coronary bypass surgery: comparison to nonsurgical and healthy controls // *Ann. Thorac. Surg.* – 2008. – Vol. 85. – P. 1571–1578.

28. Van den Goor J., Saxby B., Tijssen J. [et al.]. Improvement of cognitive test performance in patients undergoing primary CABG and other CPB-assisted cardiac procedures // *Perfusion.* – 2008. – Vol. 23. – P. 267–273.

29. Van Dijk D., Keizer A.M.A., Diephuis J.C. [et al.]. Neurocognitive dysfunctions following coronary artery bypass surgery: a systematic review // *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* – 2000. – Vol. 120. – P. 632–639.

30. Vingerhoets G., Van Nooten G., Vermassen F. [et al.]. Short-term and long-term neuropsychological consequences of cardiac surgery with extracorporeal circulation // *Eur. J. Cardiothorac. Surg.* – 1997. – Vol. 11. – P. 424–431.

**Eremina D.A.** Osobennosti kognitivnogo funkcionirovaniya patsientov, podvergnivshisya pryamoi revaskulyarizatsii miokarda [Specific features of cognitive functioning of patients undergoing direct myocardial revascularization]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of psychotherapy]. 2014. N 51. P. 34–48.

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

Eremina Darya Alekseevna – graduate student of the department of medical psychology and psychophysiology, Saint Petersburg State University (Russia, 199034, Saint-Petersburg, Makarova Embank., 6); e-mail: plombirat@gmail.com.

**Abstract.** The paper focuses on studying the dynamics of the main indicators of cognitive functioning (including active attention and concentration, verbal and non-verbal memory, psychomotor speed, and thinking abilities) of patients with coronary heart disease (CHD), undergoing coronary artery bypass grafting (CABG), and on comparing cognitive functioning with the normative data. The present study enrolled 70 patients of average age ( $59.7 \pm 7.3$ ) years who underwent coronary artery bypass grafting with standard cardiopulmonary bypass technique. The examination using a neuropsychological test battery, which included eleven indicators from eight tests, was performed in three stages: one or two days before CABG, 12–14 days and three

months after the surgery. The present research demonstrates that patients with CHD experience significant postoperative cognitive decline mostly in verbal memory and attention. A significant cognitive improvement three months after the operation occurred in the following cognitive domains: visual memory, logical memory, and spatial thinking.

Keywords: coronary artery bypass surgery, cardiopulmonary bypass, cognitive functions, rehabilitation.

### References

1. Bleikher V.M., Kruk I.V., Bokov S.N. Klinicheskaya patopsikhologiya [Clinical pathopsychology]. Moskva. 2006. 624 p. (In Russ.)

2. Bokeriya L.A., Golukhova E.Z., Sigaev I.Yu., Keren M.A. Sovremennye podkhody k khirurgicheskomu lecheniyu ishemicheskoi bolezni serdtsa u bol'nykh sakharnym diabetom [Modern approaches to surgical treatment of coronary heart disease in patients with diabetes]. *Vestnik Rossiiskoi akademii meditsinskikh nauk* [Annals of the Russian Academy of Medical Sciences]. 2012. N 1. P. 20–26. (In Russ.)

3. Bokeriya L.A., Samorodskaya I.V. Revaskulyarizatsiya miokarda pri ostrom koronarnom sindrome [Myocardial revascularization after acute coronary syndrome]. *Grudnaya i serdechno-sosudistaya khirurgiya* [Thoracic and cardiovascular surgery]. 2011. N 1. P. 38–43. (In Russ.)

4. Vasserman L.I., Shchelkova O.Yu. Meditsinskaya psikhodiagnostika: teoriya, praktika, obuchenie [Medical psychodiagnostic: theory, practice, training]. Sankt-Peterburg : Moskva. 2004. 736 p. (In Russ.)

5. Gil'yasheva I.N. Prakticheskoe ispol'zovanie adaptirovannogo testa intellekta v klinike nervno-psikhicheskikh zabolevanii [Practical use of the adapted intelligence test in the clinic of nervous and mental diseases: guidelines]. Leningrad. 1987. 20 p. (In Russ.)

6. Derevnina E.S., Akimova N.S., Martynovich T.V. [et al.]. Kognitivnye narusheniya pri fibrillyatsii predserdii na fone serdechno-sosudistykh zabolevanii [Cognitive impairments in atrial fibrillation on the background of cardiovascular disease]. *Annaly aritmologii* [Annals of arithmology]. 2013. Vol. 10, N 2. P. 87–94. (In Russ.)

7. Zotov M.V. Kognitivnye narusheniya i vozmozhnosti ikh kompensatsii u bol'nykh shizofreniei s razlichnoi stepen'yu vyrazhennosti defekta :[Cognitive disorders and possibilities of their compensation in schizophrenia patients with different defect severity] dissertation PhD Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 1998. 18 p. (In Russ.)

8. Zueva I.B., Vanaeva K.I., Sanets E.L. [et al.]. Vzaimosvyaz' faktorov serdechno-sosudistogo riska s kognitivnymi funktsiyami u patsientov srednego vozrasta [The relationship of factors of cardiovascular risk with cognitive function in middle-aged patients]. *Arterial'naya gipertenziya* [Arterial Hypertension]. 2011. Vol. 17, N 5. P. 432–441. (In Russ.)

9. Karpov Yu.A. Vybora metoda invazivnogo lecheniya bol'nykh khronicheskoi ishemicheskoi bolezniyu serdtsa [The choice of method of invasive treatment of patients with chronic ischemic heart disease]. *Bolezni serdtsa i sosudov* [Topical issues of heart disease and blood vessels]. 2010. N 1. P. 4–11. (In Russ.)

10. Kuleshova E.V., Kazennov P.A., Lokhovinina N.L. [et al.]. Vliyanie operatsii koronarnogo shuntirovaniya na ishemiyu miokarda (po dannym kholterovskogo

monitorirovaniya) [The effect of coronary artery bypass surgery on myocardial ischemia (according to Holter monitoring)]. *Vestnik aritmologii* [Journal Ahythmology]. 2000. N 20. P. 44–48. (In Russ.)

11. Rubinshtein S.Ya. Eksperimental'nye metodiki patopsikologii i opyt primeniya ikh v klinike [Experimental methods of pathopsychology and the experience of their application in clinic (a practical guide)]. Moskva. 2004. 224 p. (In Russ.)

12. Trubnikova O.A., Tarasova I.V., Artamonova A.I. [et al.]. Vozrast kak faktor riska kognitivnykh narusheniĭ u patsientov, perenessikh koronarnoe shuntirovanie [Age as a risk factor for cognitive impairment in patients undergoing coronary artery bypass grafting]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2011. N 8. P. 46–49. (In Russ.)

13. Bergh C., Bäckström M., Jönsson H. [et al.]. In the eye of both patient and spouse: memory is poor 1 to 2 years after coronary bypass and angioplasty. *Ann. Thorac. Surg.* 2002. Vol. 74. P. 689–694.

14. Bokeriia L. A., Golukhova E. Z., Polunina A. G. [et al.]. Neural correlates of postoperative cognitive dysfunction in cardiac surgery. *Brain. Research. Rev.* 2005. Vol. 50, No 2. P. 266–274

15. Carlson M., Waynelson O. Five-year results after coronary bypass surgery. *N. Engl. J. Med.* 2003. Vol. 348. P. 1456–1463.

16. Eagle K., Guyton R., Davidoff R. [et al.]. ACC/AHA 2004 Guideline Update for Coronary Artery Bypass Graft Surgery: summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Update the 1999 Guidelines on Coronary Artery Bypass Graft Surgery). *Circulation.* 2004. Vol. 110. P. 1168–1176.

17. Hudetz J.A., Patterson K.M., Byrne A.J. [et al.]. Postoperative delirium is associated with postoperative cognitive dysfunction at one week after cardiac surgery with cardiopulmonary bypass. *Psychol. Rep.* 2009. Vol. 105. P. 921–932.

18. Knippa S., Matatko N., Wilhelm H. [et al.]. Evaluation of brain injury after coronary artery bypass grafting. A prospective study using neuropsychological assessment and diffusion-weighted magnetic resonance imaging. *Eur. J. Cardiothorac. Surg.* 2004. Vol. 25. P. 791–800.

19. Leal J., Luengo-Fernandez R., Gray A. [et al.]. Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union. *Eur. Heart J.* 2006. Vol. 27. P. 1610–1619.

20. Marasco S.F., Sharwood L.N., Abramson M.J. No improvement in neurocognitive outcomes after off-pump versus on-pump coronary revascularisation: a meta-analysis. *Eur. J. Cardiothorac. Surg.* 2008. Vol. 33. P. 961–970.

21. Mathew J.P., Grocott H.P., Phillips-Bute B. [et al.]. Lower endotoxin immunity predicts increased cognitive dysfunction in elderly patients after cardiac surgery. *Stroke.* 2003. Vol. 34. P. 508–513.

22. McKhann G.M., Selnes O.A., Grega M.A. [et al.]. Subjective memory symptoms in surgical and nonsurgical coronary artery patients: 6-year follow-up. *Ann. Thorac. Surg.* 2009. Vol. 87. P. 27–34.

23. Murkin J.M., Newman S.P., Stump D.A., Blumenthal J.A. Statement of consensus on assessment of neurobehavioral outcomes after cardiac surgery. *Ann. Thorac. Surg.* 1995. Vol. 59. P. 1289–1295.

24. Selnes O.A., Grega M.A., Borowicz L.M.J. [et al.]. Cognitive outcomes three years after coronary artery bypass surgery: a comparison of on-pump coronary artery bypass graft surgery and nonsurgical controls. *Ann. Thorac. Surg.* 2005. Vol. 79. P. 1201–1209.
25. Selnes O.A., Grega M.A., Borowicz L.M.J. [et al.]. Self-reported memory symptoms with coronary artery disease: a prospective study of CABG patients and nonsurgical controls. *Cogn. Behav. Neurol.* 2004. Vol. 17. P. 148–156.
26. Sotaniemi K.A. Long-term neurologic outcome after cardiac operations. *Ann. Thorac. Surg.* 1995. Vol. 59. P. 1336–1339.
27. Sweet J.J., Finnin E., Wolfe P.L. [et al.]. Absence of cognitive decline one year after coronary bypass surgery: comparison to nonsurgical and healthy controls. *Ann. Thorac. Surg.* 2008. Vol. 85. P. 1571–1578.
28. Van den Goor J., Saxby B., Tijssen J. [et al.]. Improvement of cognitive test performance in patients undergoing primary CABG and other CPB-assisted cardiac procedures. *Perfusion.* 2008. Vol. 23. P. 267–273.
29. Van Dijk D., Keizer A.M.A., Diephuis J.C. [et al.]. Neurocognitive dysfunctions following coronary artery bypass surgery: a systematic review. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 2000. Vol. 120. P. 632–639.
30. Vingerhoets G., Van Nooten G., Vermassen F. [et al.]. Short-term and long-term neuropsychological consequences of cardiac surgery with extracorporeal circulation. *Eur. J. Cardiothorac. Surg.* 1997. Vol. 11. P. 424–431.



## СУБЪЕКТИВНОЕ ЧУВСТВО ОДИНОЧЕСТВА БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ДИНАМИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины  
им. А.М. Никифорова МЧС России  
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2);  
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова  
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6)

Представлены результаты изучения субъективного чувства одиночества по методике Д. Рассела и М. Фергюсона у 134 больных ВИЧ-инфекцией, средний возраст –  $(28,5 \pm 2,1)$  год. Распределение больных в исследовании проведено по классификации CDC. 73 (54,5 %) пациента относились к стадии «А» заболевания (стадия начальных клинических проявлений), 32 (23,9 %) – к стадии «В» и 29 (21,6%) – к стадии «С» (стадия СПИДа). Длительность заболевания ВИЧ-инфекцией до 3 лет диагностирована у 62 (46,2 %) пациентов, у 36 (26,9 %) – от 4 до 7 лет, и у 36 (26,9 %) – более 7 лет. Назначение антиретровирусной терапии (АРВТ) проводили в соответствии с общепринятыми рекомендациями 38 пациентам. Установлено, что, на ранних стадиях заболевания при малой его длительности значимого различия в показателях теста между данными контрольной группы и данными групп получающих и не получающих АРВТ нет. Однако в динамике заболевания происходит достоверное повышение среднего балла теста в обеих группах больных. Так как проблема одиночества сложна и многогранна, вопросы теста были условно разделены на четыре подгруппы: «общественное признание», «общение», «Я и общество», «личное одиночество». Показано, что средний балл методики, характеризующий выраженность одиночества, достоверно ( $p < 0,05$ ) растет по всем подгруппам, вне зависимости от получения специфического лечения, при этом в отсутствие АРВТ – более значимо. Это, в свою очередь, ухудшает субъективные стандарты взаимоотношений, как социальных, так и межличностных. Своевременное назначение рационально подобранной схемы АРВТ вкупе с индивидуальным психологическим сопровождением является основой эффективного лечебно-реабилитационного процесса.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, ВИЧ-инфекция, антиретровирусная терапия, психодиагностика, субъективное чувство одиночества.

---

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

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

## **Введение**

Известно, что феномен одиночества заключается в том, что чувство одиночества воспринимается как сугубо индивидуальное, уникальное переживание, одной из отличительных черт которого является сознание полной погруженности в самого себя. Считается, что это чувство побуждает человека к поиску средств и методов противостояния данному состоянию, потому что одиночество действует против основных ожиданий и надежд индивида и, тем самым, воспринимается как нежелательное.

Предполагается, что наиболее важным является субъективная оценка человеком собственного одиночества на основе имеющегося личного опыта. Показано, что чем выше уровень одиночества, тем позитивнее и субъективное отношение к одиночеству в целом и к своему собственному в частности [2]. Ощущение собственного одиночества нередко приводит к формированию нигилистического отношения личности к обществу, к развитию у нее форм поведения, направленных на противостояние с одиночеством или «уход» от него (в частности, криминальные и экстремистские действия, алкоголизм, наркомания) [8].

Установление диагноза ВИЧ-инфекции, особенно сразу в стадии СПИДа является травмой для каждого пациента, поэтому зачастую имеет место избегание психосоциальных контактов, последствиями чего могут стать регрессия и пассивность. Однако тема одиночества при этом заболевании изучена недостаточно, что и послужило поводом для настоящего исследования.

## **Материалы и методы**

В нашей работе для исследования субъективного чувства одиночества у больных ВИЧ-инфекцией использовалась методика Д. Рассела и М. Фергюсона [3], которая состоит из 20 утверждений, каждое из которых необходимо было рассмотреть последовательно и оценить их проявления применительно к своей жизни при помощи четырех вариантов ответов: «часто», «иногда», «редко», «никогда». Исследование выполнено в соответствии с положениями «Конвенции о защите личности в связи с автоматической обработкой персональных данных» [5]. У всех респондентов было получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Обследовали 134 пациента со средним возрастом ( $28,5 \pm 2,1$ ) год. Количество мужчин и женщин в выборке было практически одинаковым. Распределение пациентов проведено в соответствии с наиболее распро-

страненной в мире классификации CDC [1]. 73 (54,5 %) пациента относились к стадии «А» заболевания (стадия начальных клинических проявлений), 32 (23,9 %) – к стадии «В» и 29 (21,6 %) – к стадии «С» (стадия СПИДа). Длительность заболевания ВИЧ-инфекцией до 3 лет диагностирована у 62 (46,2 %) пациентов, у 36 (26,9 %) – от 4 до 7 лет, и у 36 (26,9 %) – более 7 лет. Специальные методы эпидемиологического расследования не входили в задачи настоящего исследования. В исследовании не принимали участие больные эндогенной психической патологией и наркоманией. Специфическая антиретровирусная терапия (АРВТ) назначалась 38 пациентам в соответствии с отечественными и международными рекомендациями [1, 4].

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета прикладных программ «Statistica for Windows» в соответствии с общепринятыми методами вариационной статистики [9]. В качестве контроля (КГ) использовали аналогичные данные 55 практически здоровых лиц, сходных с больными по полу, возрасту, уровню образования.

### Результаты и их анализ

Установлено, что на ранних стадиях заболевания при малой его длительности значимого различия в показателях теста между данными КГ – ( $20,1 \pm 2,0$ ) балла и данными групп, получающих и не получающих АРВТ, нет (табл. 1). Однако в динамике заболевания происходит достоверное повышение среднего балла теста в обеих группах больных, хотя достоверного различия между данными самих групп не выявлено (см. табл. 1).

Таблица 1  
Уровень субъективного ощущения одиночества по методике Рассела–Фергюсона у больных ВИЧ-инфекцией, ( $M \pm m$ ) балл

Стадия заболевания								
А		p = 0,6	В		p = 0,07	С		p = 0,8
без АРВТ	с АРВТ		без АРВТ	с АРВТ		без АРВТ	с АРВТ	
22,7 ± 2,0	20,3 ± 2,0		20,7 ± 1,9	27,9 ± 1,9		29,1 ± 1,6	30,1 ± 1,5	
Длительность заболевания, лет								
0–3		p = 0,4	4–7		p = 0,5	более 7		p = 0,4
23,8 ± 2,0	20,3 ± 2,0		21,5 ± 1,9	26,5 ± 2,0		26,0 ± 1,4	29,3 ± 1,5	

В отсутствие АРВТ различие данных теста пациентов на стадии СПИДа с данными на начальных стадиях заболевания достоверно ( $p <$

0,05), но еще больше различие между показателями на стадиях «В» и «С» ( $p < 0,001$ ), а также «С» и КГ ( $p < 0,001$ ). Одиночество нарастает вследствие ухудшения соматического состояния и обусловленного этим ограничения социальной активности (например, переход на другую, менее энергоемкую, но и хуже оплачиваемую работу; инвалидизация и возникающие на этом фоне проблемы в семье).

У пациентов же, получающих АРВТ, увеличение среднего балла теста происходит по нарастающей более выражено. Различия показателей теста у пациентов на стадии «С» от данных на стадии «А», «В» и КГ значимые  $p < 0,01$ ,  $p < 0,01$ ,  $p < 0,001$  соответственно. Помимо причин, в целом характерных для больных ВИЧ-инфекцией [7], дополнительной причиной субъективного чувства одиночества является факт получения АРВТ. Это связано и с режимом приема препаратов (временной, пищевой, водный) и с тем, что пациенты не хотят, чтобы кто-либо видел, как они принимают какие-то лекарства, а также с самим фактом получения специфической терапии.

Понятно, что проблема одиночества сложна и многогранна. Анализ высказываний теста позволяет более точно определить болевые точки одиночества пациентов. Условно вопросы теста были разделены на четыре группы: «общественное признание», «общение», «Я и общество», «личное одиночество» (табл. 2).

Таблица 2

Процент ответов «часто» на вопросы методики Рассела–Фергюсона (в отсутствие АРВТ – в числителе, на фоне АРВТ – в знаменателе)

Группа	№	Утверждение	Стадия болезни и ее длительность				КГ
			А	С	до 3 лет	более 7 лет	
Общественное признание	5.	Я чувствую, будто никто действительно не понимает меня	$\frac{17,5}{0,0}$	$\frac{18,7}{15,4}$	$\frac{19,2}{0,0}$	$\frac{16,7}{12,5}$	3,6
	9.	Те, кто меня окружает, не разделяют мои интересы и идеи	$\frac{6,35}{0,0}$	$\frac{12,5}{15,4}$	$\frac{5,8}{0,0}$	$\frac{16,7}{8,3}$	5,45
	13.	Мои социальные отношения и связи поверхностны	$\frac{15,9}{10,0}$	$\frac{18,8}{15,4}$	$\frac{15,4}{10,0}$	$\frac{16,7}{20,8}$	12,7
	15.	В действительности никто как следует не знает меня	$\frac{30,2}{20,0}$	$\frac{37,5}{7,7}$	$\frac{30,8}{20,0}$	$\frac{41,7}{50,0}$	21,8
	19.	Я чувствую себя исключенным и изолированным другими	$\frac{1,9}{0,0}$	$\frac{18,8}{23,1}$	$\frac{1,9}{0,0}$	$\frac{8,3}{16,7}$	0,0

Группа	№	Утверждение	Стадия болезни и ее длительность				КГ
			А	С	до 3 лет	более 7 лет	
Общение	2.	Мне не с кем поговорить	<u>4,8</u> 0,0	<u>12,5</u> 7,69	<u>5,8</u> 0,0	<u>0,0</u> 16,7	1,8
	4.	Мне не хватает общения	<u>9,5</u> 10,0	<u>31,3</u> 7,7	<u>9,6</u> 10,0	<u>8,3</u> 8,3	5,5
	7.	Нет никого, к кому бы я мог обратиться	<u>4,76</u> 0,0	<u>12,5</u> 23,1	<u>7,69</u> 0,0	<u>8,33</u> 0,0	0,0
	8.	Я сейчас больше ни с кем не близок	<u>15,9</u> 20,0	<u>25,0</u> 0,0	<u>21,2</u> 20,0	<u>16,7</u> 12,5	0,0
	10.	Я чувствую себя покинутым	<u>7,9</u> 0,0	<u>18,8</u> 7,7	<u>7,7</u> 0,0	<u>16,7</u> 8,3	0,0
Я и общество	6.	Я застаю себя в ожидании, что люди позвонят или напишут мне	<u>14,3</u> 10,0	<u>25,0</u> 15,4	<u>15,4</u> 10,0	<u>16,7</u> 12,5	7,3
	11.	Я не способен раскрепоститься и общаться с теми, кто меня окружает	<u>11,1</u> 0,0	<u>12,5</u> 0,0	<u>9,6</u> 0,0	<u>16,7</u> 8,33	7,3
	14.	Я умираю по компании	<u>6,4</u> 10,0	<u>6,3</u> 15,4	<u>3,8</u> 10,0	<u>8,3</u> 8,3	7,3
	16.	Я чувствую себя изолированным от других	<u>12,7</u> 0,0	<u>12,5</u> 46,15	<u>11,5</u> 0,0	<u>8,3</u> 12,5	1,8
	17.	Я несчастен, будучи таким отверженным	<u>9,5</u> 0,0	<u>12,5</u> 7,7	<u>5,8</u> 0,0	<u>8,3</u> 12,5	1,8
Личное одиночество	1.	Я несчастлив, занимаясь столькими вещами в одиночку	<u>3,2</u> 0,0	<u>12,5</u> 15,4	<u>1,9</u> 0,0	<u>8,3</u> 16,7	7,3
	3.	Для меня невыносимо быть таким одиноким	<u>12,7</u> 10,0	<u>12,5</u> 15,4	<u>11,5</u> 10,0	<u>8,3</u> 4,2	3,6
	12.	Я чувствую себя совершенно одиноким	<u>9,5</u> 0,0	<u>31,3</u> 7,7	<u>11,5</u> 0,0	<u>25,0</u> 4,2	0,0
	18.	Мне трудно заводить друзей	<u>11,1</u> 0,0	<u>18,8</u> 15,4	<u>11,5</u> 0,0	<u>16,7</u> 16,7	5,5
	20.	Люди вокруг меня, но не со мной	<u>17,5</u> 10,0	<u>37,5</u> 23,1	<u>17,3</u> 10,0	<u>41,7</u> 29,2	3,6

Однако в большинстве случаев (до 70,0 %) пациенты вне зависимости от получаемой специфической терапии на вопросы теста отвечают «никогда», «редко» и «иногда». Поэтому с точки зрения проведения психопрофилактических и реабилитационных мероприятий большое значение имеет динамика ответа «часто» (см. табл. 2).

Здесь необходимо отметить, что выявленные различия между показателями на стадии «А» и длительностью заболевания до 3 лет обусловлены проблемами адаптации больных к существующей ситуации, так как стадия заболевания от его длительности не зависит.

Показано, что средний балл методики, характеризующий выраженность одиночества, достоверно ( $p < 0,05$ ) растет по всем подгруппам вне

зависимости от получения специфического лечения, при этом в отсутствии АРВТ – более значимо. Это, в свою очередь, ухудшает субъективные стандарты взаимоотношений, как социальных, так и межличностных. С другой стороны, субъективное ощущение одиночества расценивается как первый показатель начинающейся депрессии, так как, согласно теории К. Роджерса, одиночество – это проявление слабой приспособляемости личности, а причина его – феноменологическое несоответствие представлений индивида о собственном «Я».

С помощью многофакторного дисперсионного анализа в группе пациентов, не получающих АРВТ, не удалось выявить статистически достоверного влияния факторов стадии и длительности заболевания на показатель методики Рассела–Фергюссона, тогда как в случае получения больными специфической терапии фактор длительности заболевания влиял на показатели теста при  $p < 0,05$ .

### **Заключение**

Актуальность вопроса исследования представляется нам очевидной в связи с тем, что, имея возможность определить характер одиночества как субъективного переживания, мы можем так или иначе компенсировать его в случае деструктивного, разрушительного воздействия на личность, так как еще в 1959 г. Ф. Фромм-Рейхман было отмечено, что одиночество превращает индивидов в эмоционально парализованных и беспомощных людей [10].

Установлено, что в динамике заболевания происходит достоверное повышение среднего балла методики Рассела–Фергюссона вне зависимости от получения АРВТ. Показано также различие полученных данных в зависимости от получения больными АРВТ. Так, в случае неполучения больными специфической терапии показано снижение показателей по всем условным подгруппам вопросов теста, которое более зависит от длительности ВИЧ-инфекции, чем от ее стадии, тогда как на фоне получения АРВТ происходит их увеличение, зависимое опять-таки от длительности заболевания. То есть в случае неполучения больными ВИЧ-инфекцией специфической терапии происходит снижение мнестико-интеллектуального уровня [6, 7], обусловленное развитием психоорганического синдрома (который, как известно, способствует большей расторможенности поведения), поэтому особых проблем, связанных с одиночеством, респонденты не испытывают. В случае же получения специфической терапии пациенты соматически и психически более сохранны, поэтому они имеют лучший самоот-

чет. К тому же на фоне АРВТ пациентам необходимо привыкать как к жизнедеятельности в условиях хронической болезни с неблагоприятным исходом, так и к пожизненным сложным схемам ее лечения. Но, с другой стороны, есть и понимание того, что прием специфической терапии позволяет продлить жизнь и улучшить ее качество.

С другой стороны, чувство одиночества у многих пациентов предопределяет и низкая самооценка, которая в процессе самопознания и критического самосознания выступает важным компонентом в опыте одиночества (которое считается проявлением слабой приспособляемости личности вследствие феноменологического несоответствия представлений индивида о собственном «Я» [11]). Поэтому своевременное назначение рационально подобранной схемы вкупе с индивидуальным психологическим сопровождением является основой эффективного лечебно-реабилитационного процесса.

### Литература

1. Бартлетт Дж., Галлант Дж., Фам П. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. – М. : Р. Валент, 2012. – 528 с.
2. Заворотных Е.Н. Социально-психологические особенности одиночества как субъективного переживания : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2009. – 23 с.
3. Практическая психодиагностика : методики и тесты / ред. В.Я. Райгородский. – Самара : БАХРАХ, 1998. – 472 с.
4. Протоколы диспансерного наблюдения и лечения больных ВИЧ-инфекцией / В.В. Покровский [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2012. – № 6, Прил. – С. 1–40.
5. 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.
6. Улюкин И.М. Факторы, влияющие на когнитивные функции больных ВИЧ-инфекцией // Terra Medica. – 2014. – № 2. – С. 39–46.
7. Улюкин И.М. Буланьков Ю.И., Болехан В.Н. Клиника, диагностика и лечение нейроСПИДа // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2013. – № 2. – С. 36–42.
8. Шагивалеева Г.Р. Одиночество и особенности его переживания студентами. – Елабуга : Алмедиа, 2007. – 157 с.
9. Юнкеров В.И., Григорьев С.Г. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. – СПб. : ВМедА, 2002. – 266 с.
10. Fromm-Reichmann F. Loneliness // *Psychiatry*. – 1959. – Vol. 22, N 1. – P. 1–15.
11. Rodgers C.R. The loneliness of contemporary man as seen in «The case of Ellen West» // *Annals of Psychotherapy*. – 1961. – N 3. – P. 22–27.

**Rybnikov V.Yu., Ulyukin I.M.** Subektivnoe chuvstvo odinochestva bolnykh VICH-infektsiei v dinamike zabolevaniya [Subjective feelings of loneliness of HIV affected patients in the dynamics of their disease]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of psychotherapy]. 2014. N 51. P. 49–57.

The Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine,  
EMERCOM of Russia  
(Russia, Saint-Petersburg, Academica Lebedeva Str., 4/2);  
The Kirov Military Medical Academy  
(Russia, Saint-Petersburg, Academica Lebedeva Str., 6)

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

Ulyukin Igor Mikhaylovich – PhD Med. Sci., researcher, the Research Centre of Kirov Military Medical Academy (Russia, 194044, Saint-Petersburg, Academica Lebedeva Str., 6); e-mail: igor\_ulyukin@mail.ru.

**Abstract.** The results of study of the subjective feelings of loneliness in the D. Russell and M. Ferguson technique in 134 HIV-infected patients, mean age ( $28.5 \pm 2.1$ ) years are presented. The distribution of patients in the study was conducted by CDC classification. 73 (54.5 %) patients belonged to "A" stage of disease (stage of initial clinical manifestations), 32 (23.9 %) – the "B" stage and 29 (21.6 %) - the "C" stage (AIDS stage). Duration of HIV infection under 3 years old was diagnosed in 62 (46.2 %) patients, 4 to 7 years in 36 (26.9 %) and more than 7 years in 36 (26.9 %) patients. Antiretroviral therapy (ART) was prescribed to 38 patients according to generally accepted guidelines. It is established that at early stages of the disease (low duration) there was no significant differences in test results between the control group and groups receiving and not receiving ART. But over the course of disease, mean scores significantly increase in both groups of patients. As the problem of loneliness is complex and multifaceted, test questions were conditionally divided into four subgroups: "public recognition", "communication", "Self and society", "personal loneliness". It is shown that the average test score that characterizes the severity of loneliness, is significantly increased in all subgroups ( $p < 0.05$ ), regardless of the specific treatment, with more significant increase in the absence of ART. This in its turn deteriorates subjective standards of relationships, both social and interpersonal. Timely prescription of rational ART regimen along with individual psychological support is a basis for effective treatment and rehabilitation process.

**Keywords:** clinical (medical) psychology, HIV infection, antiretroviral therapy, psychological testing, subjective feeling of loneliness.

## References

1. Bartlett D., Gallant D., Fam P. Klinicheskie aspekty VICH-infektsii [Clinical Aspects of HIV Infection]. Moskva. 2012. 528 p. (in Russ.).



2. Zavorotnykh E.N. Sotsial'no-psikhologicheskie osobennosti odinochestva kak sub"ektivnogo perezhivaniya [Socio-psychological characteristics of loneliness as a subjective experience]. St. Petersburg. 2009. 23 p. (in Russ.).
3. Prakticheskaya psikhodiagnostika. Metodiki i testy [Practical psychological testing. Methods and tests]. Ed. V.Ya. Raygorodskiy. Samara. 1998. 472 p. (in Russ.).
4. Protokoly dispansernogo nablyudeniya i lecheniya bol'nykh VICH-infektsiei [Protocols dispensary observation and treatment of patients with HIV infection] / V.V. Pokrovsky [et al.] // [Epidemiology and Infectious Diseases. Current Items]. 2012. N 6. Appl. 48 p. (in Russ.).
5. Sovet Evropy: konventsiya o zashchite lichnosti v svyazi s avtomaticheskoi obrabotkoi personal'nykh dannykh [Council of Europe: Convention for the Protection of Individuals with regard to Automatic Processing of Personal Data]. 2<sup>nd</sup> Ed., Suppl. St. Petersburg. 2002. 36 p. (in Russ.).
6. Ulyukin I.M. Faktory, vliyayushchie na kognitivnye funktsii bol'nykh VICH-infektsiei [Factors influencing cognitive function of HIV-infected patients]. *Terra Medica*. 2014. N 2. P. 39–46 (in Russ.).
7. Ulyukin I.M., Bulankov Yu.I., Bolekhan V.N. Klinika, diagnostika i lechenie neuroSPIDA [Clinics, diagnostics and treatment of neuroAIDS]. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh* [Medical-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2013. N 2. P. 36–42 (in Russ.).
8. Shagivaleeva G.R. Odinochestvo i osobennosti ego perezhivaniya studentami [Loneliness and features of its experience by students]. Elabuga. 2007. 157 p. (in Russ.).
9. Yunkerov V.I., Grigor'yev S.G. Matematiko-statisticheskaya obrabotka dannykh meditsinskikh issledovaniy [Mathematical and statistical processing of data for Medical Research]. St. Petersburg. 2002. 266 p. (in Russ.).
10. Fromm-Reichmann F. Loneliness. *Psychiatry*. 1959. Vol. 22, N 1. P.1–15.
11. Rodgers C.R. The loneliness of contemporary man as seen in "The case of Ellen West". *Annals of Psychotherapy*. 1961. N 3. P. 22–27.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН  
(Россия, Москва, Каширское шоссе, д. 24)

Приведены результаты клинико-психологического исследования 52 больных в возрасте от 21 до 64 лет со злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области, находящихся на хирургическом лечении в Российском онкологическом научном центре им. Н.Н. Блохина (Москва). По данным сокращенной версии ММРІ, у пациентов чаще всего наблюдались эмоциональные нарушения по тревожно-депрессивному (40 %), обсессивно-фобическому (23 %) и эмоционально-лабильному (17 %) типу. Своевременная адекватная психологическая помощь способствует коррекции выявленных нарушений. Например, после проведенного курса психологической коррекции больных, включающей когнитивные методы и арт-терапию, у пациентов выявлена тенденция снижения общего показателя уровня тревоги с ( $8, 6 \pm 0,5$ ) до ( $7,4 \pm 0,3$ ) балла ( $p > 0,05$ ) по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) и достоверно уменьшилось количество пациентов с высоким уровнем депрессии (16,7 %) и увеличилось количество пациентов без депрессии (38,9 %).

Ключевые слова: клиническая психология, психотерапия, психологическая коррекция, когнитивная терапия, арт-терапия, опухоли, психосоматические расстройства, злокачественные новообразования челюстно-лицевой области.

### Введение

Среди злокачественных новообразований значительную долю занимают опухоли челюстно-лицевой области. Лечение этой патологии является сложной проблемой в силу особой значимости для любого человека существенных и заметных изменений внешности. Можно говорить о психологической девиации при косметических дефектах, возникающих в результате оперативного лечения этой опухолевой патологии [1, 8].

Даже незначительные по объему и оправданные с онкологических позиций операции приводят к косметическим изменениям лица больного, ведут к нарушению функций дыхания, слюноотделения, глотания, жевания, речи, что, несомненно, отражается на психике больного, порождая

---

Ткаченко Галина Андреевна – канд. психол. наук, мед. психолог Рос. онкологич. науч. центра им. Н.Н. Блохина (Россия, 115478, Москва, Каширское шоссе, д. 24), e-mail: mitg71@mail.ru.

тяжелые психологические проблемы, вызывая различной степени тяжести расстройств эмоциональной сферы [7].

Многочисленные научные исследования показывают, что дефекты внешности, не имеющие существенного функционального значения с точки зрения медицины, могут значительно влиять на эмоциональное состояние, нарушая взаимодействие с микро- и макросоциумом, влияя на самооценку и уровень притязаний человека. Это, в конечном итоге, способно вызвать разной степени выраженности деформацию личности, затрудняющую социальное функционирование, выполнение социальных ролей человека, оказать влияние на веру в успех терапии, что является особенно важным в онкологии [5, 9]. Поэтому с целью улучшения качества жизни этой категории больных разрабатываются программы реабилитации, включающие и психологическую помощь и коррекцию.

Цель исследования – изучение возможностей оказания психологической помощи пациентам со злокачественных новообразований челюстно-лицевой области.

### Материал и методы

Обследовали 52 пациента в возрасте от 21 до 64 лет со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области, которым выполнялись оперативные вмешательства в Российском онкологическом научном центре им. Н.Н. Блохина в 2009–2011 гг. Социально-демографические характеристики больных представлены в табл. 1.

Таблица 1  
Социально-демографические характеристики больных, n (%)

Пол		Образование		Профессиональный статус	
мужской	женский	Высшее	Среднее	Работает	Не работает
30 (57,7)	22 (42,3)	34 (65,4)	18 (34,6)	45 (86,5)	7 (13,5)

Кроме хирургического лечения, больным проводили химиотерапию, лучевую терапию по общим принципам в различных сочетаниях в зависимости от локализации и стадии болезни.

Исследование осуществили в 2 этапа. На 1-м этапе применяли метод структурированного интервью, позволяющий собрать первичную информацию о больном, его отношении к болезни. Кроме того, использовали экспериментально-психологические методы: ММРІ (сокращенный вариант) [6], HADS (госпитальная шкала тревоги и депрессии) [10].

Сокращенный вариант опросника ММРІ содержит 71 вопрос, объединенный в 11 шкал. Первые 3 шкалы, оценочные (контрольные): шкала лжи (L), достоверности (F), коррекции (K), измеряют искренность испытуемого, степень достоверности результатов тестирования и величину коррекции, вносимую чрезмерной осторожностью. Остальные 8 шкал являются базисными и оценивают свойства и состояния личности: 1-я – ипохондрия (Hs), 2-я – депрессия (D), 3-я – истерия (Hy), 4-я – психопатия (Pd), 5-я – паранойальность (Pa), 6-я – психастения (Pt), 7-я – шизоидность (Sc), 9-я – гипомания (Ma).

После обработки полученных данных по всем оценочным и клиническим шкалам результатов и перевода этих показателей в стандартизованные Т-баллы вычерчивается профиль, указывающий на структуру личностных особенностей, выраженности различных состояний у испытуемого. Средние значения по нормативной группе соответствует 50 Т-баллам [6].

Для выявления нарушений эмоциональной сферы применяли госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS). При интерпретации результатов учитывался суммарный показатель по каждой шкале, при этом выделяли 3 области его значений: 0–7 баллов – «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии); 8–10 баллов – «субклинически выраженная тревога/депрессия»; 11 баллов и более – «клинически выраженная тревога и депрессия».

На 2-м этапе исследования на основании полученных результатов определили основные направления психологической коррекции, воздействие на которые могло бы привести к позитивным изменениям в психологической сфере, осознанию ситуации болезни, ее принятию и формированию адекватной позиции по отношению к заболеванию и, как следствие, улучшению качества жизни личности после перенесенного лечения.

С учетом ранее сказанного была создана программа психологической поддержки больных, включающая когнитивные методы и арт-терапию. Оценку эффективности программы осуществляли с помощью методики HADS.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета статистических программ. Сравнительный анализ осуществляли при помощи t-критерия Стьюдента. Достоверность различий показателей устанавливалась при  $p < 0,05$ .

## Результаты и их обсуждение

При поступлении в стационар все больные выражали тревогу, беспокойство, напряженность, страх безнадежности своего заболевания, что подтверждалось результатами личностного опросника ММРІ. Максимальный подъем отмечался по шкалам: ипохондрия (Hs), депрессия (D), истерия (Hy). Одновременное максимальное повышение шкал «невротической триады» и клинический анализ эмоционального состояния больных дало основание утверждать, что невротическая реакция является ведущей реакцией на стресс, связанной с предстоящим хирургическим лечением. 2 пациента отказались от хирургического вмешательства в связи с возможными дефектами внешнего вида.

Более подробный анализ профиля больных по ММРІ показал, что отмечалось незначительное повышение по шкале психастения (Pt), которое достаточно часто сочеталось с выше указанными шкалами. Так, у  $\frac{1}{3}$  больных (30,7%) в профиле личности преобладал подъем в 1, 2 и 7-й шкалах (ипохондрия, депрессия и психастения), у 25 % – по 1, 3 и 7-й шкалам (ипохондрия, истерия и психастения).

Повышение уровня тревоги перед операцией было выявлено по методике HADS. Средний балл по общей группе пациентов –  $(9,4 \pm 0,9)$  балла. Полученные результаты можно охарактеризовать как ситуативно-обусловленное состояние, в основе которого психогенный стресс, связанный со страхом операции, ведущей к эстетическим дефектам. Клиническими признаками повышенной тревоги являлись напряжение, беспокойство, нервозность, рассеянность, неспособность критически оценить последствия онкологического заболевания и влияние роли своего поведения на них. Таким образом, предоперационная тревога, и это совпало с мнением других авторов, является типичной реакцией на предстоящее хирургическое вмешательство у людей любого возраста.

После операции у пациентов выявлено повышение всех шкал по методике ММРІ, за исключением шкалы гипомания (Ma). Изучая более подробно усредненный профиль личности больных, выделено 3 типа эмоциональных нарушений, которые чаще встречались в нашем исследовании: тревожно-депрессивный (40,4 %), обсессивно-фобический (23,1 %) и эмоционально-лабильный (17,3 %) типы.

Тревожно-депрессивное состояние больных характеризовалось чувством внутреннего беспокойства, высокой тревожностью, тоской, плаксивостью. Больные испытывали неуверенность в выздоровлении, у них от-

мечались нарушения сна и аппетита, быстрая физическая и интеллектуальная истощаемость, отсутствие эффекта от соматической терапии.

При обсессивно-фобическом типе доминировали аффекты тревоги и страха. Мысли, имеющие навязчивый характер, сосредоточивались не столько на состоянии здоровья, сколько отмечалась тревога и страх перед физическими дефектами – последствиями операции и возможными осложнениями во взаимоотношениях с окружающими.

Эмоционально-лабильный тип характеризовался неустойчивым настроением: периоды повышенной эмоциональной возбудимости, импульсивности резко сменялись апатией, подавленностью, безразличием даже по отношению к близким людям.

По результатам HADS в послеоперационном периоде отмечается достоверное нарастание депрессивного состояния у всех обследуемых по сравнению с этапом поступления: ( $8,7 \pm 1,4$ ) и ( $10,0 \pm 1,5$ ) балла соответственно ( $t$ -Стьюдента = 2,9;  $p < 0,01$ ).

Полученные результаты исследования выявили отличительные особенности эмоционального состояния больных, перенесших хирургическое лечение по поводу злокачественных новообразований челюстно-лицевой области, что позволило нам определить «мишени» терапии. В качестве основных направлений психологической коррекции выдвинуты: высокий уровень тревоги; депрессивное состояние как пассивная жизненная позиция; проблема самопринятия (заниженная самооценка, неуверенность в себе) вследствие ограничения общения из-за последствий хирургического лечения.

Однако после операции все пациенты имеют нарушения дыхательной и голосообразующей функций, что резко ограничивает контакт с психологом. Поэтому задача психолога усложняется тем, что необходимо подобрать такие методы работы, чтобы предоставить возможность выразить себя пациентам.

В настоящее время в мире широко используются методы групповой терапии. Группы помогают в улучшении адаптации пациента, так как они стимулируют более открытое проявление чувств и эмоций. Однако этот метод не применим к этой группе пациентов, так как, как уже упоминалось выше, все пациенты имеют существенные нарушения вербального общения.

Индивидуальный метод обеспечивает более высокую эффективность, чем группа, так как все внимание психолога направлено только на одного человека. Это помогает лучше понять пациента, снимает психоло-

гические барьеры, которые неизбежно возникают в присутствии других людей.

Из всех методов, которые рекомендуется использовать в работе с онкологическими больными, на данном этапе мы предпочли методы когнитивной терапии и арт-терапии. Основная цель когнитивной терапии – изменение дезадаптивных убеждений относительно болезни, лечения, коррекция когнитивных ошибок, изменение дисфункционального поведения во время лечения.

Сеансы проводились 2 раза/нед на протяжении всего периода восстановления после операции. Главная задача терапии – научить пациента овладеть следующими операциями:

- отслеживать свои негативные автоматические мысли.
- выявлять и изменять дезорганизирующие убеждения, ведущие к искажению жизненного опыта.

Для обучения больных мы использовали простые и доступные для данной категории больных методики [2]:

- записывание мыслей: психолог просит пациента записывать, какие мысли у него возникают в голове в течение дня, когда он пытается сделать нужное действие (или не делать ненужное действие). Анализ и осознание «плохой» мысли, ее автоматичность и самопроизвольность, осознание того, что «плохая» мысль вызывает страдание, страх или разочарование;

- дневник мыслей: более глубокое и длительное наблюдение за мыслями и их анализ;

- методика прекращения: команда себе «прекратить!» или «стоп!» – негативный образ мышления или воображения останавливается;

- метафоры, притчи, стихи: психолог использует такие примеры, чтобы объяснение было более понятным. Дополнительно к этому методу использовалась сказкотерапия: чтение сказок А.В. Гнездилова «Пути пилигримов»;

- позитивное воображение: положительный образ заменяет отрицательный и оказывает релаксирующее действие. Можно использовать дополнительно музыкотерапию;

- смена ролей: попросить больного представить, что он пытается утешить друга, оказавшегося в подобной ситуации;

- переоценка жизненных ценностей: психолог может помочь пациенту взвесить цену достижения цели (выздоровление) и цену проблемы (сложность лечения и его последствий) и решить, стоит ли бороться дальше или отказаться от достижения этой цели;

– план действий на будущее: совместная разработка для пациента реалистического «плана действий» на ближайшее будущее с конкретными условиями, действиями и сроками выполнения, запись плана на бумагу. Рекомендуется подключить членов семьи, родственников, что особенно эффективно для пациентов молодого возраста.

Возможности психологической помощи при работе с данной категорией пациентов значительно увеличиваются при сочетании различных терапевтических методов, и мы дополнили когнитивную терапию арт-терапевтическими методами. Использование исключительно методов арт-терапии способствует улучшению общего физического и психического состояния пациентов. Эффективность применения искусства основывается на том, что этот метод позволяет оптимизировать эмоциональную сферу, исследовать и выражать эмоции и чувства на символическом уровне [3]. Сочетание двух методов усиливает их действие. Часто больные не только записывали свои мысли, но и рисовали их в виде образов, меняли образы на более позитивные.

В процессе арт-терапии изменяется отношение человека к собственному травматическому опыту, переживаниям, а достигнутый психотерапевтический эффект выражается в упорядочивании психосоматических процессов. Объективность этих данных подтверждается психофизиологическими исследованиями [4].

Арт-терапия – это один из методов психологической работы, когда возможности искусства используются для положительных изменений в интеллектуальном, социальном, эмоциональном и личностном развитии человека. Метод основывается на предположении, что человек может отражать свой внутренний мир в визуальных образах, что помогает пациенту избавиться от многих подсознательных негативных процессов, таких как страх, тревога, неприятные переживания, даже боль. Приемы арт-терапии позволяют уменьшать эмоциональное напряжение, раздражительность и повышают жизненный тонус.

В нашей практике мы используем работу с рисунком, так как этот вид искусства является наиболее безопасным способом преодоления стресса и доступен каждому пациенту независимо от его физического состояния и возможностей вербального общения.

На сегодняшний день существует довольно много различных способов и техник работы с рисунком. Как показывает наш практический опыт, наиболее эффективны следующие методики индивидуальной работы с рисунком: «здоровье» и «болезнь», «автопортрет», «настроение», «дерево



жизни». С каждым пациентом проводилось 5-6 индивидуальных занятий по арт-терапии 1 раз/нед продолжительностью от 30 до 60 мин.

Для изучения эффективности проведенной психотерапии проведено повторное клинико-психологическое исследование, в котором приняли участие 18 пациентов, полностью прошедшие программу психологической коррекции, средний возраст –  $(42,5 \pm 7,1)$  года.

Количественный анализ данных до и после арт-терапии показал снижение тревоги у обследованных больных с  $(8,6 \pm 0,5)$  до  $(7,4 \pm 0,3)$  балла. Несмотря на отсутствие достоверных различий ( $t$ -Стюдента = 1,09;  $p > 0,05$ ), у пациентов после курса терапии прослеживалась явная динамика улучшения самочувствия, уменьшение общего напряжения и изменение установки на болезнь

Качественный анализ результатов тестирования показал, что депрессивные симптомы различной степени тяжести исходно наблюдались у большинства пациентов (88,9 %).

После курса психологической помощи достоверно уменьшилось количество пациентов с высоким уровнем депрессии (16,7 %) и увеличилось количество пациентов без депрессии (38,9 %). Данные представлены в табл. 2.

Таблица 2

Данные методики госпитальной шкалы тревоги и депрессии, %

Показатель	Исходный уровень	После терапии	p <
Без депрессивной симптоматики	16,6	38,8	0,001
Высокий уровень депрессии	27,7	16,6	0,05

Психологическое сопровождение больных в процессе лечения включало работу с родственниками, которые также находятся в состоянии стресса. Внутренний конфликт между собственным страхом и необходимостью поддерживать больного, а нередко выступать посредниками при общении больного с врачами – все это приводит к коммуникативным проблемам, нарушению сна, аппетита. В работе с родственниками использовали все методы, которые эффективны для коррекции выше описанных проблем.

### Заключение

Таким образом, проведенное исследование показало эффективность когнитивных и арт-терапевтических методов для психологического сопро-

вождения пациентов со злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области в процессе лечения и коррекции выявленных психоэмоциональных нарушений.

### Литература

1. Балацкая Л.Н., Кицманюк З.Д., Чижевская С.Ю. Современное состояние проблемы реабилитации онкологических больных опухолями головы и шеи // Сиб. онкологич. журн. – 2002. – № 1. – С. 50–53.
2. Бек Дж. С. Когнитивная терапия : полное руководство. – М. : Вильямс, 2006. – 400 с.
3. Копытин А.И. Теория и практика арт-терапии. – СПб. [и др.] : Питер, 2002. – 368 с.
4. Лебедев Л.Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система обучения. – М., 2008. – 256 с.
5. Пиковский Ю.Б., Климашин Ю.И., Руденко К.Н., Климашин А.Ю. Задачи организации объективной психодиагностики в соматической клинике // Материалы V Всерос. науч.-практической конф. по психотерапии и клинической психологии. – М., 2002. – С. 113.
6. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. – Самара : Бахрах, 2000. – 672 с.
7. Седракян А.Н., Пустынский И.Н., Любаев В.Л. Современные принципы реабилитации больных, перенесших резекцию альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти по поводу новообразований // Вестн. РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2003. – № 2. – С. 58–59.
8. Черепкова Е.В., Владимиров Б.С., Бурнашов В.С., Мусинов Д.Р. Психические расстройства при злокачественных новообразованиях челюстно-лицевой области и гортани // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2002. – № 5 (102). – С. 58–59.
9. Юсупова З.Х. Комплексная реабилитация больных с послеоперационными дефектами верхней челюсти опухолевого и другого происхождения : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Душанбе, 2005. – С. 125.
10. Zigmond A.S. The Hospital Anxiety and Depression scale // Acta Psychiatr. Scand. – 1983 – Vol. 67 – P. 361–370.

**Tkachenko G.A.** Psikhologicheskoe soprovozhdenie bol'nykh, stradayushchikh zlokachestvennymi novoobrazovaniyami chelyustno-litsevoy oblasti [Psychological support of patients suffering from malignant tumors of the maxillofacial region]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 51. P. 58–68.

N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Russian Academy  
of Medical Sciences (Russia, Moscow, Kashirskoe sh., 24)

Tkachenko Galina Andreevna – PhD on Psychol., clinical psychologist,  
N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center (Russia, 115478, Moscow, Kashirskoe  
sh., 24), e-mail: mitg71@mail.ru.

Abstract. The results of the clinical and psychological study of 52 patients aged 21 to 64 years with malignant tumors of the maxillofacial region, who underwent surgical treatment of Russian Cancer Research Center n.a. N.N. Blokhin (Moscow). According to the MMPI abridged version, patients often demonstrated emotional disorders of anxiety – depressive (40 %), obsessive – phobic (23 %) and emotionally labile (17 %) type. Timely adequate psychological assistance promotes correction of disorders revealed. For example, after the course of psychological correction including cognitive techniques and art therapy, an overall anxiety score tended to reduce from ( $8.6 \pm 0.5$ ) to ( $7.4 \pm 0.3$ ) points ( $p > 0.05$ ) by the Hospital Anxiety and Depression scale (HADS). Besides, percentage of patients with high levels of depression significantly decreased (16.7 %) and percentage of patients without depression increased (38.9%).

Keywords: clinical psychology, psychotherapy, psychological correction, cognitive therapy, art therapy, tumors, psychosomatic disorders, malignant tumors of the maxillofacial region.

### References

1. Balatskaya L.N., Kitsmanyuk Z.D., Chizhevskaya S.Yu. Sovremennoe sostoyanie problemy reabilitatsii onkologicheskikh bol'nykh opukholyami golovy i shei [Current status of rehabilitation of cancer patients with head and neck tumors]. *Sibirskiy onkologicheskoy zhurnal* [Siberian Journal of oncology]. 2002. N 1. P. 50–53. (In Russ.)
2. Bek Dzh. S. Kognitivnaya terapiya. [Cognitive Therapy] Moskva. 2006. 400 p. (In Russ.)
3. Kopytin A.I. Teoriya i praktika art-terapii. [Theory and practice of art therapy] Sankt-Peterburg. 2002. 368 p. (In Russ.)
4. Lebedev L.D. Praktika art-terapii: podkhody, diagnostika, sistema obucheniya. [The practice of art therapy: approaches, diagnostics, training system] Moskva. 2008. 256 p. (In Russ.)
5. Pikovskiy Yu.B., Klimashin Yu.I., Rudenko K.N., Klimashin A.Yu. Zadachi organizatsii ob'ektivnoy psikhodiagnostiki v somaticheskoy klinike [Objectives of the organization of objective psychodiagnosis in a somatic clinic]. Materialy V vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii po psikhoterapii i klinicheskoy psikhologii. Moskva. 2002. P. 113. (In Russ.)
6. Raygorodskiy D.Ya. Prakticheskaya psikhodiagnostika. [Practical psychodiagnosis] Samara. 2000. 672 p. (In Russ.)
7. Sedrakyan A.N., Pustynskiy I.N., Lyubaev V.L. Sovremennye printsipy reabilitatsii bol'nykh, perenesshikh rezektsiyu al'veolyarnykh otrostkov verkhney i nizhney chelyusti po povodu novoobrazovaniy [Modern principles of rehabilitation of patients after resection of the alveolar processes of the maxilla and mandible due to neoplasms]. *Vestnik Rossiyskogo onkologicheskogo nauchnogo tsentra [RONTs] im. N.N. Blokhina im. RAMN* [Journal of N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center RAMS]. 2003. N 2. P. 58–59. (In Russ.)
8. Cherepkova E.V., Vladimirov B.S., Burnashov V.S., Musinov D.R. Psikhicheskie rasstroystva pri zlokachestvennykh novoobrazovaniyakh chelyustno-litseyoy oblasti i gortani. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova* [Mental disor-

ders in malignant tumors of the maxillofacial area and larynx]. 2002. N 5. P. 58–59. (In Russ.)

9. Yusupova Z.Kh. Kompleksnaya reabilitatsiya bol'nykh s posleoperatsionnymi defektami verkhney chelyusti opukholevogo i drugogo proiskhozhdeniya. [Comprehensive rehabilitation of patients with post-surgery defects of upper jaw of tumor and other origins] Dushanbe. 2005. 125 p. (In Russ.)

10. Zigmond A.S. The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983. Vol. 67. P. 361–370.

УДК 616.89-08 : 159.9

**Н.Б. Лутова, М.Ю. Сорокин**

## **ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

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

Выявлены факторы, оказывающие влияние на уровень мотивации к лечению у психиатрического контингента больных. Полученные данные свидетельствуют о различном вкладе нозологических особенностей пациентов, их образовательного уровня, возраста и частоты предшествовавших госпитализаций в процесс формирования терапевтической мотивации на момент поступления и при выписке из стационара. Использование данных об особенностях терапевтической мотивации делает возможным более персонализированный подход к формированию лечебной программы у разных категорий больных психическими расстройствами.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, мотивация, мотивация к лечению, мотивация у психически больных, мотивация в психиатрии.

### ***Введение***

Хронический характер течения большинства психических расстройств определяет высокие требования к включенности больного в ле-

---

Лутова Наталия Борисовна – д-р мед. наук, вед. науч. сотр., руководитель отд-ния интегратив. фармако-психотерапии больных психич. расстройствами, С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3); e-mail: lutova@mail.ru;

Сорокин Михаил Юрьевич – мл. науч. сотр. отд-ния интегратив. фармако-психотерапии больных психич. расстройствами, С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3); e-mail: m.sorokin@list.ru.

чебный процесс и его приверженности лечению. Среди множества различных факторов, обуславливающих выполнение этих требований, исследователи особо выделяют мотивацию больного к лечению [3, 9], поскольку ее недостаточный уровень – одна из самых частых причин прекращения лечения, низкой приверженности выполнению медицинских предписаний, обострений и общего негативного исхода заболевания [11].

Исследования данного феномена начались с изучения влияния мотивации на процесс лечения у лиц, страдающих различными формами зависимостей, но в последние годы внимание исследователей все больше обращено к проблеме терапевтической мотивации и ее повышению у больных психозами [6, 8]. Известно, что достоверно больший процент психотических пациентов демонстрирует снижение общих показателей мотивационной сферы по сравнению со здоровыми [12]. У лиц с заболеваниями шизофренического спектра выявляется повышение уровня мотивации, связанной с тревогой, но в целом для них характерно снижение внутренней мотивации [1, 2, 13]. Находятся подтверждения того, что мотивация играет важную посредническую роль между нейрокогнитивным дефицитом, социально-когнитивным снижением и исходом болезни при шизофрении [5]. Причем снижение мотивации соотносится с высоким уровнем непродуктивной, а негативной симптоматики: отвлекаемостью, ухудшением вербальной памяти. Негативно коррелируют с мотивацией к лечению социально-опасные тенденции в поведении, злоупотребление психоактивными веществами, подозрительность, идеи величия и уровень глобального функционирования [9]. Вместе с тем, катамнестическое наблюдение 260 участников поддерживающей коммуны показало, что недобровольная госпитализация не определяла характера психосоциального исхода заболевания и не способствовала снижению мотивации к лечению [7].

Накопленные данные об особенностях мотивационной сферы больных с психическими расстройствами свидетельствуют, что мотивация к лечению является важным многомерным клиническим параметром, а ее структура во многом определяет ход терапевтического процесса. Несмотря на то что для психиатрического контингента характерны снижение критики к болезненным симптомам, низкая личностная заинтересованность в получении специализированной медицинской помощи, их мотивация к лечению имеет специфические характеристики, влияющие на эффективность медико-социальных мероприятий. Преимущественно внешняя или внутренняя ее направленность, формирование мотивации под влиянием окружения или социальных условий, обусловленность личностной реакцией

пациента на заболевание и страдание, связанное с тяжестью симптомов, определяют структуру мотивации к лечению у каждого больного. При этом, поскольку до настоящего времени не существует общепринятой концепции мотивации, исследователи опираются на разные теоретические подходы при изучении данного феномена, используют различные инструменты в изучении мотивационной сферы, оценивающие либо готовность к изменению зависимого поведения [10], либо параметры внутренней мотивации как одного из компонентов мотивационной сферы в целом. [4]. До настоящего времени не разработаны специфические инструменты, позволяющие исследовать мотивацию к лечению у пациентов психиатрического стационара.

*Цель исследования* – объективация оценки мотивации к лечению с помощью инструментальной идентификации мотивационных установок пациентов в отношении терапии.

Задачи исследования включали представление методики оценки мотивации к лечению, выявление степени чувствительности методики, а также исследование эффективности применения полу-структурированного интервью, базирующегося на разработанной шкале, в сравнении с интуитивной оценкой мотивации врачами в соответствии с едиными критериями шкалы мотивации.

### ***Материалы и методы***

В пилотном исследовании, проведенном в отделении интегративной фармакопсихотерапии больных психическими расстройствами Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, приняли участие 104 пациента. Средний возраст больных составил  $(32,9 \pm 1,2)$  года. Средняя продолжительность заболевания в выборке –  $(6 \pm 0,8)$  лет, среднее число госпитализаций в психиатрические стационары –  $(3 \pm 0,2)$ . Социально-демографические показатели и нозологическая принадлежность обследованных больных по МКБ-10 представлены в табл. 1.

Таблица 1

Социально-демографические параметры и нозологическая принадлежность  
обследованных больных

Показатель	Характеристика	n (%)
Пол	Мужской	54 (52,0)
	Женский	50 (48,0)
Образование	Среднее	21 (20,2)
	Средне-специальное	32 (30,8)
	Высшее	51 (49,0)
Возраст, лет	18–30	55 (52,9)
	31–40	25 (24,0)
	41–50	13 (12,5)
	Старше 50	11(10,6)
Продолжи- тельность заболевания, мес	0–12	26 (25)
	13–24	19 (18,2)
	25–36	9 (8,7)
	37–48	9 (8,7)
	49–60	9 (8,7)
	Более 60	32 (30,7)
Нозология	Органические, включая симптоматические психические расстройства (F0 по МКБ-10)	3 (2,9)
	Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (F1)	2 (1,9)
	Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F2)	64 (61,6)
	Расстройства настроения (F3)	25 (24)
	Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F4)	6 (5,8)
	Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F6)	4 (3,8)

С участниками исследования проводили полуструктурированное интервью, основанное на разработанной нами шкале оценки мотивации к лечению (табл. 2). В соответствии с ней минимальный (1-й) уровень обозначал отсутствие мотивации к лечению и оценивался в 0 баллов. 2-й уровень характеризовал наличие внешней мотивации к лечению и оценивался в 1 балл. 3-й уровень соответствовал появлению у пациента внутренней мотивации к лечению, оценивался в 2 балла. Следующий уровень описывал мо-

тивационную структуру, при которой отношение пациента к лечению обуславливалось не только страданием от симптоматики, но и личностной заинтересованностью больного в терапии, в этом случае начислялись соответственно 3 балла. 5-й уровень мотивации характеризовался готовностью пациента как к проведению фармакотерапии, так и психотерапевтической коррекции уязвимых личностных структур (4 балла). Максимальный (6-й) уровень, оценивавшийся соответственно в 5 баллов, подразумевал наличие устойчивой комплаентности больного в ходе длительной поддерживающей фармакопсихотерапии.

Таблица 2

Шкала оценки уровня мотивации к лечению

Уровень	Характеристика	Балл
1-й	Мотивация к лечению отсутствует, госпитализация носит неосознанный характер	0
2-й	Мотивация к лечению преимущественно внешняя, госпитализация обусловлена влиянием окружения больного	1
3-й	Мотивация к лечению внутренняя, сознательная госпитализация под давлением тяжести симптомов	2
4-й	Глубокая заинтересованность в поиске причин заболевания, желание контролировать течение заболевания	3
5-й	Осознание причин и механизмов развития заболевания, стремление к их корректировке	4
6-й	Устойчивая мотивация к поддерживающей фармакопсихотерапии	5

Интервью, базирующиеся на приведенных в шкале мотивировках обращения пациента за врачебной помощью, и сбор кратких анамнестических сведений проводили с каждым участником исследования в течение 1-й недели после поступления в стационар, а также перед выпиской. Отдельно лечащим врачам предлагали оценить общий уровень мотивации пациента к лечению в баллах (от min 1 до max 6 баллов).

Полученные данные анализировали с помощью пакета прикладных программ SPSS-16 и Exel 2003. Использовали описательные статистики (среднее арифметическое, стандартная ошибка средней величины, медиана, квартили). Достоверность межгрупповых различий выявляли методом сравнения средних рангов в ходе тестов Краскела–Уоллиса и Манна–Уитни. Для проведения корреляционного анализа вычисляли коэффициент Спирмена. Результаты приведены с указанием средней арифметической величины и стандартной ошибки средней величины ( $M \pm m$ ).



### *Результаты и их анализ*

Средние показатели уровня мотивации к лечению среди всех участников исследования при поступлении составили  $(1,2 \pm 0,1)$  балла при выписке –  $(1,7 \pm 0,1)$  балла; по оценке врачей –  $(1,2 \pm 0,1)$  балла.

На этапе поступления в стационар абсолютное большинство неэндогенных больных демонстрировало внешнюю мотивацию к лечению, то есть обусловленную влиянием их окружения, родственников (53 %). К моменту выписки эта категория больных выявляла более осознанное отношение к заболеванию и зачастую формировало собственную терапевтическую мотивацию, соответствующую 3-му уровню шкалы: внутренняя мотивация, обусловленная страданием от болезни, выявлена у 52 % пациентов.

Схожую динамику демонстрировали аффективные больные. При этом у 56 % из них была выявлена внутренняя мотивация к лечению (3-й уровень шкалы) еще на момент поступления. При выписке доля внутренне мотивированных пациентов увеличивалась до 64 %.

Вместе с тем только  $\frac{1}{3}$  больных, диагностированных в рубрике F2 по МКБ-10, сознательно принимала решение о госпитализации и выявляла внутреннюю мотивацию к лечению. Еще 27 % пациентов были госпитализированы под влиянием их окружения. При этом больные шизофренического спектра демонстрировали наибольшее разнообразие мотивов для продолжения лечения после выписки и наименьший рост абсолютного числа лиц, улучшивших показатель терапевтической мотивации за период госпитализации. Среди них также была наивысшей доля немотивированных на лечение пациентов как при поступлении (36 %), так и при выписке (13 %).

На этапе поступления в стационар, что зачастую соответствует острой фазе заболевания, на формирование терапевтической мотивации наибольшее влияние оказывали особенности конкретных нозологических форм. Аффективные больные демонстрировали более высокую мотивацию к лечению. У пациентов с заболеваниями шизофренического спектра формирование терапевтической мотивации происходит, по-видимому, под влиянием характерного для них общего волевого дефицита в совокупности с одновременно большими широтой и ригидностью мотивационных установок в отношении лечения. Статистическая обработка данных выявила достоверно более высокие показатели ( $p < 0,05$ ) мотивации к лечению при поступлении у больных с аффективной патологией, в сравнении с пациентами шизофренического спектра –  $(1,5 \pm 0,2)$  и  $(1,1 \pm 0,1)$  балла соответственно. У больных с неэндогенными заболеваниями показатель уровня мотивации был средним и составил  $(1,2 \pm 0,2)$  балла.

Приближались к достоверным различия по уровню мотивации при выписке между больными с высшим образованием –  $(1,9 \pm 0,1)$  балла и остальными участниками исследования: средним –  $(1,4 \pm 0,2)$  балла и средне-специальным образованием –  $(1,7 \pm 0,2)$  балла. При этом была выявлена достоверная положительная корреляция между уровнем образования пациентов и показателем мотивации при выписке (корреляционный коэффициент Спирмена равен  $0,193$ ;  $p < 0,05$ ). Таким образом, более образованные пациенты демонстрировали более высокие объективные показатели мотивации к лечению на момент выписки. Одновременно с этим врачи при интуитивной оценке мотивации не учитывали положительного влияния уровня образования.

Достоверные различия ( $p < 0,05$ ) получены при анализе возрастных характеристик больных с низкой и высокой мотивацией к лечению на момент выписки. Средний возраст пациентов, продемонстрировавших 0-й или 1-й уровень мотивации составил  $(30,7 \pm 1,9)$  лет, тогда как у пациентов, более мотивированных на момент выписки –  $(34,5 \pm 1,5)$  года.

Анализ динамики показателя терапевтической мотивации выявил его достоверно более высокий рост ( $p < 0,05$ ) у больных, не мотивированных на лечение при поступлении –  $(1,0 \pm 0,1)$  балла, по сравнению с изначально мотивированными пациентами –  $(0,4 \pm 0,1)$  балла. Динамика мотивации у больных с частотой госпитализаций менее 1 раза за 5 лет составила  $(0,7 \pm 0,2)$  балла, с частотой госпитализаций более 1 раза за 5 лет –  $(0,5 \pm 0,1)$  балла ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, на этапе стационарного лечения редкие в прошлом госпитализации (что обусловлено подострым течением заболевания) и изначально низкий уровень мотивации к лечению являлись предикторами более значительного увеличения показателя мотивации на момент выписки. По-видимому, это объясняется, с одной стороны, тем, что редкая госпитализация для больного сама по себе является мощным мотивирующим фактором; с другой стороны, относительно большим вниманием лечащих врачей к немотивированным и редко госпитализирующимся пациентам, стремлением врачей сформировать у больного конструктивное отношение к длительному лечебному процессу.

Полученные данные свидетельствуют, что для часто госпитализирующихся пациентов характерна мотивационная ригидность в вопросах лечения. Достоверно большее увеличение мотивации к лечению при выписке демонстрировали пациенты, реже госпитализировавшиеся за время своего заболевания. Одновременно лечащие врачи, оценивающие мотива-

цию больного к лечению интуитивно, присваивали многократно госпитализировавшимся больным высокие баллы мотивации к лечению. Пациенты, оцененные врачами как менее мотивированные (0–1 балл), госпитализировались меньшее количество раз – ( $2,7 \pm 0,2$ ) госпитализации, а большие показатели мотивации к лечению (2–4 балла) врачи относили к многократно госпитализировавшимся – ( $3,9 \pm 0,4$ ) госпитализации ( $p < 0,05$ ). Таким образом, многократные регоспитализации, свидетельствующие о неэффективности мотивационных установок для поддержания стабильного состояния между госпитализациями у этой категории больных, ошибочно воспринимаются врачами как благоприятный фактор формирования конструктивной мотивации к лечению у длительно болеющих пациентов.

Ригидность мотивационных установок не опознается врачами как проблема, в то время как стационарирование у часто госпитализировавшихся больных не становится достаточным стимулом для изменения их терапевтической мотивации. Вероятно, многократные и длительные госпитализации, в свою очередь, могут становиться самостоятельной причиной искажения мотивационной сферы больных, со смещением объекта мотивации к лечению со здоровья и состояния психического благополучия на регрессивную, зависимую позицию больного с явлениями социальной дезадаптации, развитием госпитализма и амотивационного синдрома. В любом случае описанные механизмы делают пациентов с неблагоприятным течением заболевания (частыми регоспитализациями) наиболее уязвимыми в отношении формирования конструктивного отношения к лечению и эффективного уровня мотивации.

Также интуитивная оценка мотивации врачами расходилась с полученными объективными данными. Например, больные шизофренией оценивались врачами как наименее мотивированные к лечению – ( $1,0 \pm 0,1$ ) балла, для аффективных больных – ( $1,4 \pm 0,2$ ) балла. Различия значимые при  $p < 0,05$ . Однако в ходе исследования было установлено, что на момент выписки средние показатели шкалы мотивации у пациентов с шизофренией достоверно не отличались по сравнению с группой больных аффективными расстройствами: ( $1,7 \pm 0,1$ ) балла и ( $1,8 \pm 0,1$ ) балла соответственно. Таким образом, недифференцированное рассмотрение врачами больных шизофренией в рамках амотивационного синдрома является необоснованно упрощенным, поскольку при использовании инструментальной диагностики мотивационных установок в отношении терапии у 64 % этой категории пациентов при поступлении и у 87 % при выписке удаётся выявить различные уровни терапевтической мотивации. Объективация

структуры терапевтической мотивации делает её доступной для прицельной психотерапевтической коррекции.

### **Выводы**

В ходе проводимого пилотного исследования удалось показать, что разработанный диагностический инструмент обладает достаточной чувствительностью, поскольку позволяет обнаружить достоверные различия уровня мотивации по ряду существенных параметров: между различными нозологическими и возрастными группами пациентов, среди больных с разными образовательными уровнями, различными остротой и длительностью течения заболевания. Высокая чувствительность инструмента позволяет оценить динамику показателя терапевтической мотивации в ходе лечения.

Оригинальная инструментальная оценка мотивации к лечению позволяет провести идентификацию мотивационных установок в отношении лечения у больных психиатрического стационара. Получение от пациента структурированной информации в соответствии с четко определенными характеристиками отдельных градаций мотивации к лечению делает возможными объективацию отношения пациента к терапии и последующую коррекцию неконструктивных мотивационных установок. Это особенно важно, учитывая выявленные в ходе исследования ошибки в оценке мотивации к лечению врачами, использовавшими только интуитивный подход в диагностике мотивации больных. Знания о закономерностях формирования терапевтической мотивации можно использовать для её повышения. Это увеличивает приверженность пациентов лечебной программе, что критически важно в терапии хронически текущих психических расстройств.

### **Литература**

1. Красик Е.Д., Мещерякова Э.И. Прогностическое значение мотивационных характеристик больных шизофренией // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1987. – Т. 87, № 1. – С. 66–71.
2. Barch D.M., Yodkovik N., Sypher-Locke H., Hanewinkel M. Intrinsic Motivation in Schizophrenia: Relationships to Cognitive Function, Depression, Anxiety, and Personality // J. of Abnormal Psychology. – 2008. – Vol. 117, N 4. – P. 776–787.
3. Centorrino F., Hernan M.A., Drag-Ferrante G. [et al.]. Factors associated with noncompliance with psychiatric outpatient visits // Psychiatric Services. – 2001. – Vol. 52, N 3. – P. 378–380.
4. Deci E.L., Ryan R.M. Self-determination theory: a macrotheory of human motivation, development, and health // Canadian Psychology. – 2008. – Vol. 49, N 3. – P. 182–185.

5. Gard D.E., Fisher M., Garrett C. [et al.]. Motivation and its relationship to neurocognition, social cognition, and functional outcome in schizophrenia // *Schizophrenia Research*. – 2009. – Vol. 115, N 1. – P. 74–81.

6. Jochems E.C., Mulder C.L., Van Dam A. [et al.]. Motivation and treatment engagement intervention trial (MotivaTe-IT): the effects of motivation feedback to clinicians on treatment engagement in patients with severe mental illness // *BMC Psychiatry*. – 2012. – Vol. 12. – P. 209–217.

7. Kortrijk H.E., Staring A.B., Van Baars A.W., Mulder C.L. Involuntary admission may support treatment outcome and motivation in patients receiving assertive community treatment // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 2010. – Vol. 45, N 2. – P. 245–252.

8. Lambert M.J., Harmon C., Slade K. [et al.]. Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: clinical results and practice suggestions // *J. of Clinical Psychology*. – 2005. – Vol. 61, Issue 2. – P. 165–174.

9. Mulder C.L., Koopmans G.T., Hengeveld M.W. Lack of motivation for treatment in emergency psychiatry patients. // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 2005. – Vol. 40, N 6. – P. 484–488.

10. Prochaska J.O., DiClemente C.C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 1983. – Vol. 51, N 3. – P. 390–395.

11. Ryan R.M., Plant R.W., O'Malley S. [et al.]. Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout // *Addictive Behaviors*. – 1995. – Vol. 20, N 3. – P. 279–297.

12. Schmand B., Kuipers T., Van der Gaag M. Cognitive disorders and negative symptoms as correlates of motivational deficits in psychotic patients // *Psychological Medicine*. – 1994. – Vol. 24, N 4. – P. 869–884.

13. Yamada A.M., Lee K.K., Dinh T.Q. [et al.]. Intrinsic Motivation as a Mediator of Relationships Between Symptoms and Functioning Among Individuals With Schizophrenia Spectrum Disorders in a Diverse Urban Community // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 2010. – Vol. 198, N 1. – P. 28–34.

**Lutova N.B., Sorokin M.Y.** Osobennosti motivatsii k lecheniyu patsientov psikhiatricheskogo statsionara [Features of motivation for treatment in psychiatric patients]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 51. P. 68–79.

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

Abstract. The current study reveals factors which motivation for treatment in psychiatric patients depends on. The results show different influence of nosological features, educational level, age of patients and frequency of hospitalizations on treatment motivation at the start and the end of psychiatric hospitalization. This findings give the key to make treatment program of mentally ill patients more personified.

Key words: clinical (medical) psychology, motivation, motivation for treatment, treatment motivation, motivation of psychiatric patients, motivation in psychiatry.

Lutova Nataliya Borisovna – Dr. Med. Sc., Leading head of the Department the Integrative Pharmaco-psychotherapy of Patients with Mental Disorders, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (Russia, 192019, Saint-Petersburg, Bekhterev Str., 3); e-mail: lutova@mail.ru;

Sorokin Mikhail Yur'evich – Junior Research of the Department the Integrative Pharmaco-psychotherapy of Patients with Mental Disorders, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (Russia, 192019, Saint-Petersburg, Bekhterev Str., 3); e-mail: m.sorokin@list.ru.

### References

1. Krasik E.D., Meshcheryakova E.I. Prognosticheskoe znachenie motivatsionnykh kharakteristik bol'nykh shizofreniei. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 1987. Vol. 87, N 1. P. 66–71. (In Russ.)
2. Barch D.M., Yodkovik N., Sypher-Locke H., Hanewinkel M. Intrinsic Motivation in Schizophrenia: Relationships to Cognitive Function, Depression, Anxiety, and Personality. *J. of Abnormal Psychology*. 2008. Vol. 117, N 4. P. 776–787.
3. Centorrino F., Hernan M.A., Drag-Ferrante G. [et al.]. Factors associated with noncompliance with psychiatric outpatient visits. *Psychiatric Services*. 2001. Vol. 52, N 3. P. 378–380.
4. Deci E.L., Ryan R.M. Self-determination theory: a macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology*. 2008. Vol. 49, N 3. P. 182–185
5. Gard D.E., Fisher M., Garrett C. [et al.]. Motivation and its relationship to neurocognition, social cognition, and functional outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2009. Vol. 115. P. 74–81.
6. Jochems E.C., Mulder C.L., Van Dam A. [et al.]. Motivation and treatment engagement intervention trial (MotivaTe-IT): the effects of motivation feedback to clinicians on treatment engagement in patients with severe mental illness. *BMC Psychiatry*. 2012. Vol. 12. P. 209–217.
7. Kortrijk H.E., Staring A.B., Van Baars A.W., Mulder C.L. Involuntary admission may support treatment outcome and motivation in patients receiving assertive community treatment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2010. Vol. 45, N 2. P. 245–252.
8. Lambert M.J., Harmon C., Slade K. [et al.]. Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: clinical results and practice suggestions. *J. of Clinical Psychology*. 2005. Vol. 61, N 2. P. 165–174.
9. Mulder C.L., Koopmans G.T., Hengeveld M.W. Lack of motivation for treatment in emergency psychiatry patients. // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2005. Vol. 40, N 6. P. 484–488.
10. Prochaska J.O., DiClemente C.C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1983. Vol. 51, N 3. P. 390–395.

11. Ryan R.M., Plant R.W., O'Malley S. Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive Behaviors*. 1995. Vol. 20, N 3. P. 279–297.

12. Schmand B., Kuipers T., Van der Gaag M. [et al.]. Cognitive disorders and negative symptoms as correlates of motivational deficits in psychotic patients. *Psychological Medicine*. 1994. Vol. 24, N 4. P. 869–884.

13. Yamada A.M., Lee K.K., Dinh T.Q. [et al.]. Intrinsic Motivation as a Mediator of Relationships Between Symptoms and Functioning Among Individuals With Schizophrenia Spectrum Disorders in a Diverse Urban Community. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2010. Vol. 198, N 1. P. 28–34.

# ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ. ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 615.8 : 159.9

М.А. Бебчук, О.М. Щедринская

## СЕМЬЯ РЕБЕНКА С НАРУШЕНИЯМИ В ПСИХИЧЕСКОМ ЗДОРОВЬЕ И/ИЛИ В РАЗВИТИИ: ЗАДАЧИ, ПРИНЦИПЫ И МИШЕНИ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Российский национальный исследовательский медицинский  
университет им. Н.И. Пирогова  
(Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1);  
Институт интегративной семейной терапии  
(Россия, Москва, Симферопольский проезд, д. 1)

Представлен анализ теоретических данных и клинического опыта, полученного авторами в период с 2006 по 2012 г. при коррекционной работе с 427 семьями детей (3–14 лет) с различными расстройствами психической сферы и нарушениями развития. Выделены специфические цели и задачи, которые возникают в работе с этими семьями. Даны практические идеи, описания конкретных шагов, решений, позиции и роли специалиста в консультировании родителей и детей в системном подходе, которые будут полезны специалистам различных помогающих профессий – психологам, врачам, социальным работникам, педагогам, логопедам.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, семейная психотерапия, семья, дети с отклонениями в развитии, семейный психолог, консультирование детей и родителей.

### Введение

В настоящее время доказано, что системная семейная психотерапия является эффективным подходом к работе с семьями, имеющими детей с отклонениями в развитии и психическими заболеваниями [1, 9, 11]. Боль-

---

Бебчук Марина Александровна – канд. мед. наук, доц. каф. психотерапии Рос. нац. исслед. мед. ун-та им. Н.И. Пирогова (Россия, 117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1); e-mail: bebtshchuk@gmail.com;

Щедринская Ольга Марковна – психолог Ин-та интегративной семейной терапии (Россия, 117638, Москва, Симферопольский проезд, д. 1); e-mail: olschedr@gmail.com.



шинство авторов предлагает теоретическое и научное описание данной темы [3, 5, 8]. Дефицит прикладных идей и «ходов» для работы в «семейном формате» затрудняет использование специалистами этого эффективного подхода на практике. Во многих случаях фокусом внимания специалистов и организаторов медико-социально-психологической помощи остается исключительно индивидуальная коррекционно-развивающая работа с больным ребенком, или, в лучшем случае, с диадой «мать–дитя».

### **Материалы и методы**

Основу данной статьи составил практический опыт консультативной и психотерапевтической работы с семьями детей, имеющих нарушения в психическом здоровье и/или развитии. В период с 2006 по 2012 г. проконсультированы 427 семей с детьми 3–14 лет с отклонениями в развитии и психическими заболеваниями:

– 56 % – обратились за консультативной помощью в Институт интегративной семейной терапии самостоятельно или по направлению врачей детских поликлиник и медицинских центров, психологов окружных коррекционных центров или других детских учреждений;

– 23 % – были направлены к семейному психологу после госпитализации в Детскую психиатрическую больницу № 6 Москвы;

– 21 % – направлены педагогами и воспитателями образовательных учреждений Москвы, комиссиями по делам несовершеннолетних и защите их прав, отделами опеки и попечительства.

### **Результаты и их анализ**

Анализ собственного опыта и данных научных публикаций позволил выделить ряд специфических задач, решением которых занимается психолог (психотерапевт), работая с семьями детей, имеющих нарушения в психическом здоровье и/или развитии. Кроме того, представлены позиции и роли консультантов, а также предложены практические идеи, которые могут быть использованы на психотерапевтических сессиях.

*1. Особенности семьи ребенка.* Семьи, в которых есть дети, имеющие отклонения в развитии и/или психические заболевания, отличаются от семей, в которых растут дети без патологии. По данным различных исследований:

– рождение (появление) ребенка с заболеванием психической сферы является стрессовым событием для всей семьи [6, 5, 14];

– многие исследователи описывают реакцию семьи на это событие фазами, схожими с процессом переживания горя [6, 7, 10];

– самым тяжелым моментом для многих семей оказывается ситуация постановки диагноза ребенку [11]. Кроме того, кризисными этапами являются начало обучения ребенка в школе, его подростковый возраст и время старения родителей;

– особенности отношения родителей к детям с отклонениями в развитии и/или душевным заболеванием обусловлены как особенностями личности родителей, так и личностными и клинико-психопатологическими особенностями ребенка, степенью выраженности дефекта, социокультурными и семейными мифами/установками [3–5];

– среди стилей семейного воспитания душевно больных детей преобладают негативные, такие как гиперопека, гипоопека, эмоциональное отвержение и гиперсоциализация [2, 6];

– негативные стили взаимоотношений родителей и детей могут усугублять проблемы в развитии ребенка, формируя дополнительную вторичную симптоматику или акцентуации характера [4, 5, 14];

– структурный уровень семейной системы претерпевает изменения, обусловленные психологическими, соматическими и социальными трудностями. Изменяются способы взаимодействия членов семьи, изменяются способы функционирования всех подсистем [2, 5, 12];

– функциональный уровень претерпевает изменения, связанные с наличием дополнительных функций (корректирующей, абилитационно-реабилитационной и компенсирующей) [5].

– динамический компонент описания семейной системы показывает специфические изменения жизненного цикла семьи в виде замедленного и асинхронного прохождения определенных стадий [3, 5, 11];

– «внутренняя картина болезни ребенка» у родственников влияет на отношение к ребенку и заболеванию, во многом определяя стратегию их поведения в организации лечебных, коррекционных, реабилитационных и развивающих мероприятий [4].

*II. Особенности консультирования обусловлены спецификой семей (указаны ранее), особенностями консультанта и его ролью (функцией, ответственностью, позицией) и контекстом организации помощи этим семьям в целом.*

Большинство психотерапевтических школ рассматривает консультирование как добровольный акт, где клиенты (семья) осознанно обращаются за помощью. Однако на практике семье с детьми, имеющими нарушения в

развитии и/или психическом здоровье, консультация рекомендуется педагогом (воспитателем) образовательного учреждения или врачом [8]. В этих случаях «заказчиком» терапии и «заинтересованным лицом» является не семья (родители), а направившая ее организация или специалист. Уровень мотивации членов семьи и степень включенности в занятия – значительно ниже, чем при самостоятельном обращении.

Безусловно, занятия с семейным психологом, нейропсихологом или логопедом-дефектологом будут полезны ребенку, страдающему ранним детским аутизмом, эпилепсией или атипичной умственной отсталостью. Однако даже при слаженной и эффективной работе всех специалистов в большинстве случаев ребенок по-прежнему будет иметь особенности, отличающие его от «здоровых» сверстников. Иногда члены семьи чувствуют неудовлетворенность или разочарование (в связи с отсутствием быстрых изменений в состоянии ребенка) и коррекционно-развивающие занятия могут быть остановлены родственниками, тем более если это соответствует их представлениям о прогнозе заболевания в рамках существующей у них «внутренней картины болезни ребенка».

С другой стороны, темп работы с такой семьей действительно бывает медленнее, а степень эффективности психотерапевтических воздействий может быть ниже в сравнении с консультированием семей без выявленных психических заболеваний и отклонений у детей. Специалист, работающий с семьей, может находиться под «давлением» указанных параметров. Кроме того, на эффективность работы специалиста с родителями и ребенком, имеющим психическое заболевание или отклонения в развитии, влияет и «внутренняя картина болезни ребенка» у специалиста [3, 4]. Эти представления будут определять стратегию работы, ее цели и задачи. Если специалист опасается данного заболевания или считает, что ребенок с таким (!) диагнозом «неизлечим»/«необучаем», то его работа будет малоэффективна.

Возникающие с двух сторон (со стороны семьи и специалиста) схожие переживания, представления и не всегда осознаваемые установки приводят в ряде случаев к обострению вопроса о качестве предоставляемой помощи и об ответственности сторон за результаты работы.

Чтобы иметь возможность вместе с родителями найти максимально реалистичное видение болезни, выстроить стратегии взаимодействия, быть открытым к сотрудничеству с коллегами из смежных областей, разделять зоны ответственности и компетенции, специалисту необходимо сформировать собственную внутреннюю позицию и быть конгруэнтным [1, 5, 11, 14].

*III. От теории – к практике. Идеи, алгоритмы, задачи, принципы и миссии консультирования.* Обобщив опыт разных специалистов [1, 3, 5, 9, 12–14] можно сказать, что независимо от того, какими именно теоретическими моделями, техническими и методическими средствами пользуется в своей работе консультант, так или иначе он транслирует семье свое отношение к данной проблеме. Эффективная позиция психотерапевта обычно включает в себя:

- уважение к опыту «особого» родительства;
- формирование отношений сотрудничества с родителями как частью команды;
- принятие и уважение ребенка с его особенностями, не исключающие наличия правил и границ, которые ребенок должен соблюдать;
- опору на «здоровую часть», стремление увеличить эту зону;
- умение видеть любые позитивные изменения как в состоянии ребенка, так и во взаимодействии членов семьи;
- веру во внутренние ресурсы семьи и, особенно, пары родителей;
- веру в необходимость соблюдения баланса между различными сферами жизни и функциональными ролями: ребенок будет счастлив со счастливыми родителями, у которых в жизни есть время для друзей, работы, отдыха и друг для друга;
- стремление к социализации ребенка и формированию у него навыков самообслуживания как необходимых условий адаптации при любом заболевании.

Постараемся сформулировать, как эта позиция и ее принципы могут быть реализованы специалистом в направлениях (этапах, шагах) практической работы с родителями и семьей в целом. Каждый из предложенных далее пунктов может быть самостоятельной темой для обсуждения с родителями или одной из задач, решаемой в ходе целостного процесса консультирования (психотерапии). Все перечисленные пункты являются взаимодополняющими, значимыми и могут быть реализованы в различной последовательности.

1. Важнейший шаг – принятие членами семьи факта болезни (отклонений):

- принятие факта, что ребенок болен или его отличий от других («здоровых») детей часто бывает очень трудным, особенно если речь идет о заболевании с прогрессивным течением, плохим прогнозом или формирующейся инвалидностью. Если осложнены коммуникации между родите-

лями, мало взаимной поддержки, то справиться с тяжелой информацией еще сложнее [1, 11, 14];

- ставить диагноз и назначать лечение – задача, выходящая за рамки компетенции психолога. В том случае, если специалист замечает особенности ребенка, уместно рассказать родителям о своих опасениях (что конкретно в поведении, эмоциональных проявлениях или мышлении ребенка заставляет задуматься или настораживает) и порекомендовать консультацию у врача-психиатра;

- часто для родителей полезнее получить информацию о дальнейших действиях с их стороны, чем услышать диагноз или его шифр. Более того, даже вместо ответа на прямой вопрос: «Скажите, у моего ребенка шизофрения?» – бывает разумнее сказать, что «не так важно, как называются эти особенности у ребенка, а важно – что можно делать для улучшения ситуации». Такой разговор уменьшает чувство вины, стыда, страха у родственников и смещает акцент в сторону активной и деятельной позиции сотрудничества между родителями и психологом (психотерапевтом).

2. Формирование реалистичного восприятия родителями состояния здоровья/болезни ребенка, течения заболевания и прогноза:

- чтобы реалистично оценивать болезнь, важно иметь достаточное количество объективной информации, которая не ограничивается диагнозом (который сам по себе часто пугает родителей) или шифром из Международного классификатора болезней и расстройств поведения;

- для родителей важно владеть первичными знаниями о болезни и понимать, что необходимо и возможно сделать «на практике» для обеспечения оптимального состояния ребенка. Наличие информации позволяет не фокусироваться на вопросах «почему это так?», «кто виноват?», «за что это мне?»;

- получить эти знания родители могут самостоятельно (Интернет, статьи, книги) или от специалиста. К сожалению, в нашей стране практика взрослой психиатрии с психообразовательными программами для родственников душевнобольных мало «приживается» в детской психиатрии;

- беседа со специалистом является основным источником информации для родителей больного ребенка. Это означает, что психологам полезно освежить полученную в вузе информацию об основных психических заболеваниях, симптоматике, типе течения и знать перечень проверенных электронных или бумажных изданий, которые можно было бы рекомендовать родителям для знакомства с темой.

3. Формирование у родителей реалистичного восприятия возможностей их ребенка, зоны его ближайшего развития с учетом особенностей возраста, клинической картины и течения заболевания:

- с одной стороны, это означает предъявлять ребенку реалистичные требования и не ждать того, что ему в данный момент не по силам. С другой стороны – не делать за него то, что он может сделать сам;

- иногда для того чтобы сформировать адекватный уровень ожиданий, необходим взгляд извне, со стороны. Отказ от имеющихся ожиданий, требований и надежд в отношении ребенка бывает очень болезненным и длительным процессом. Чаще всего семья переживает те же этапы, как при проживании острого горя, включая отрицание, депрессию, злость.

4. Сотрудничество. Мотивация семьи к сотрудничеству со специалистами (согласие на лечение, стремление к развитию ребенка и изменениям внутрисемейных отношений). Готовность специалиста к сотрудничеству с коллегами:

- болезнь ребенка или серьезные нарушения развития – эта проблема, с которой можно справиться и которую можно «переживать», действуя в команде единомышленников – родителей, врачей, педагогов и психологов;

- сотрудничество предполагает, что каждый делает свою часть работы, находится в диалоге и открыт обмену опытом;

- для улучшения ситуации нередко необходимо сочетание медикаментозной поддержки, правильного стиля семейного воспитания, специальных коррекционных и развивающих занятий;

- чтобы такое сотрудничество состоялось, важно активное и ответственное участие всех сторон, но в первую очередь – родителей. Большому ребенку недостаточно для развития и коррекции 2-3 ч/нед занятий со специалистами. Остальное время должно быть использовано обученными родителями;

- психологу, работающему с душевнобольными детьми (и детьми с отклонениями в развитии) и их семьями, важно иметь коллег, с которыми вместе можно организовать сопровождение семьи. Нам кажется, что оптимальна команда: семейный психолог + психиатр + педагог-дефектолог (нейропсихолог, ведущий индивидуальных и/или групповых коррекционно-развивающих занятий и т. п.). Такая работа специалистов помогает организовать слаженную разностороннюю помощь семье и ребенку и является более эффективной, чем работа каждого специалиста по отдельности. В профессиональном сообществе давно обсуждается идея полипрофессио-

нальных бригад. На практике же мало учреждений, где работа по-настоящему организована таким образом. Команда специалистов становится командой, когда коллеги говорят на одном профессиональном языке, вкладывают уникальность своих знаний в общее видение/развитие пациента (семьи) и получают удовольствие от совместной работы;

- возможность сотрудничества с коллегами позволяет не только более интенсивно заниматься решением вопросов, беспокоящих семью, но также является профилактикой эмоционального выгорания.

5. Центральная задача (мишень) в консультировании – социализация и адаптация ребенка, развитие коммуникативных навыков и навыков самообслуживания:

- аргумент, который используется нами в беседе с родителями о первостепенной необходимости формирования навыков самообслуживания, – их (родителей) смертность, так как с большой вероятностью родители умрут раньше своего ребенка. Задача родителей любого больного ребенка – помочь ему максимально хорошо адаптироваться к жизни в обществе. Это касается простых бытовых вещей: для одних детей важно опрятно есть и самостоятельно одеваться, для других – уметь прибирать комнату и стирать свое белье, для третьих – покупать в магазине продукты и готовить простую еду, звонить по телефону и оплачивать счета за электричество. Эти навыки значительно облегчают семейное взаимодействие в настоящее время и формируют «задел» на будущее в отдельной жизни ребенка;

- обучение простым навыкам в формате детско-родительского тренинга может быть темой нескольких встреч с семейным психологом. Например, в нашей практике есть опыт, когда во время сессии психотерапевт с родителями и ребенком 7 лет, страдающим атипичной формой аутизма, осваивали навык «самостоятельное мытье рук мылом». Такой «заземленный», «бытовой» подход в чем-то совершенно противоположен психотерапии в привычном понимании, но является эффективным для описанной категории клиентов.

6. Поиск ресурсов для воспитания и развития ребенка с особенностями:

- самые мощные ресурсы находятся внутри семьи, в первую очередь – в супружеской паре. Вдвоем растить «особого» ребенка гораздо легче, чем одному;

- некоторые родители считают, что не имеют права ни на какую «личную жизнь» и все свои силы должны/готовы отдавать заботам о ре-

бенке. Рано или поздно это может привести не только к ухудшению отношений в паре, с другими членами семьи и потере дружеских контактов, но и к эмоциональному выгоранию или физическому истощению. Иногда таким родителям помогает метафора: «Тот, кто хочет пробежать длинную дистанцию, должен уметь правильно распределять свои силы и вовремя давать телу отдых». Прямыми предписаниями от психотерапевта может быть «разрешена» забота о себе – «романтический ужин» супругов/родителей, посещение салона красоты или бассейна, выход в кафе или кино, встреча с друзьями или курс йоги.

7. Осознание родителями эмоциональной составляющей (чувств) в отношении болезни ребенка:

- у родителей появляются сильные чувства, которые не всегда можно открыто предъявить: это беспомощность, растерянность, страх, отчаяние, вина, стыд, злость...;

- эти чувства – нормальны и психологически понятны, но они могут мешать действовать разумно и эффективно, особенно если их игнорировать;

- одним из способов помочь семье в осознании своих чувств являются техники, позволяющие разделить отношение к личности ребенка и к его болезни. Для этих целей могут быть использованы техники различных подходов – например «пустой стул» из гештальт-терапии, рисуночные техники из арт-терапии или ассоциативные карты.

8. Укрепление границ супружеской и детской подсистем:

- если ребенок болеет, родители вынуждены себя во многом ограничивать, и это касается не только материальной сферы;

- чтобы жизнь семьи не начала «вращаться» только вокруг болезни ребенка, у каждого из родителей должны быть условия для общения с друзьями, отдыха и уединения. Любому ребенку будет лучше, если у родителей – хорошее настроение, много интересов и теплые отношения друг с другом. Из этого следует, что серия встреч может быть посвящена улучшению взаимоотношений в супружеской паре.

9. Расширение сферы функционального взаимодействия членов семьи:

- болезнь – почти всегда способ получать внимание в той или иной форме. Задача практического психолога (психотерапевта) – помочь семье организовать свою жизнь так, чтобы болезнь не являлась единственной темой для взаимодействия между ребенком и взрослыми и, кроме посещения



врачей, еще регулярно возникала бы другая совместная деятельность (ка-ток, прогулка по парку или настольные игры для всей семьи);

- когда в семье есть несколько детей, то важно, чтобы всем доставалась хотя бы часть родительской любви и заботы. Здоровые дети имеют на это не меньше прав, чем больные.

10. Формирование позитивного и последовательного стиля родительского воспитания; восстановление «правильной» семейной иерархии:

- независимо от формы и типа заболевания ребенка он нуждается в воспитании и развитии;

- иногда роль родителей заключается в том, чтобы сказать «нет» или «надо», даже если за этим последуют слезы и крик;

- детям важны в жизни ориентиры, границы и рамки, чтобы чувствовать себя в мире безопасно, знать свое место, уважать себя и других. Детям, имеющим отклонения в развитии или психическом здоровье, границы и правила нужны даже больше, чем другим детям.

11. Повышение уровня родительской компетенции, уверенности в своих силах. Формирование позитивного образа родительства и детско-родительских отношений:

- гораздо легче справиться с трудной ситуацией, если есть возможность опираться на опыт тех, кто уже через это прошел. Помогает общение с другими семьями, где есть ребенок с таким же заболеванием, они могут выслушать и как никто другой понять. Более опытные родители могут поделиться своими удачными стратегиями преодоления трудностей;

- даже если состояние ребенка тяжелое и его поведение является трудным, одной из задач психотерапевта может быть выявление исключений из проблемной ситуации, поиск ресурсных и успешных стратегий в поведении родителей. Фокусируясь только на проблемах, многие родители сами перестают замечать, какие результаты ими уже были достигнуты;

- для повышения уверенности в своих силах и способности справиться с ситуацией родителям важно получать от специалистов сигналы, что они уважаемы и вклад их заметен. И, наоборот, позиция эксперта, знающего «единственный возможный путь» лечения (коррекции, реабилитации, развития) ребенка, очень подрывает способность семьи самостоятельно решать проблемы. А ведь родители больных детей зачастую приобретают уникальный опыт развития и обучения «особого ребенка» и в некоторых аспектах обладают большим количеством знаний и опыта, чем специалисты, получившие профильное образование.

## 12. «Здоровая и «больная» части:

- некоторые тренеры любят показывать группе лист бумаги, на котором стоит одна черная точка, и спрашивать участников: «Что вы видите?». Чаще всего, аудитория отвечает, что они видят точку. Парадокс заключается в том, что «фокус внимания» в большинстве случаев игнорирует тот факт, что 99 % продемонстрированного «изображения» – это белый лист;

- часто и родители, и специалист фокусируют свое внимание на проблемных сторонах состояния ребенка. Тем не менее важно помнить, что в любом, даже самом больном ребенке есть «здоровая часть», которая может развиваться и расти. Ценнейший навык родителей и специалистов – видеть эту часть, помогать ей и замечать малейшие позитивные изменения. Ведь чем больше внимания будет уделено «здоровой части» – тем сильнее и больше эта зона будет становиться, а «больная» – возможно – будет уменьшаться.

## 13. Развитие и обучение:

- «Ну а зачем что-то делать (учить, развивать, лечить), если у него (здесь идет название диагноза)? Он же от этого не станет здоровым!» Такой текст можно услышать от родителей, остро переживающих факт заболевания ребенка или постановку ему диагноза. Помимо направления, которое было обозначено как развитие навыков самообслуживания, есть и другие направления, в которых можно и нужно двигаться при любых диагнозах и прогнозах. И чем раньше родители начнут такое движение – сами и с помощью специалистов – тем лучше. Нами используются для этого следующие аргументы:

- чем моложе ребенок – тем больше у него есть компенсаторных возможностей. Любой ребенок может учиться и развиваться, отличия будут в темпе и необходимом количестве усилий (его собственных и окружающих);

- у каждого ребенка есть свой «коридор» развития, по которому он может пройти. Задача родителей и специалистов сделать так, чтобы, по возможности, развитие ребенка шло ближе к «потолку», а не к «полу» имеющегося коридора, и потенциальные возможности были бы своевременно использованы по максимуму;

- важный момент – помощь родителям в выборе учебного заведения, где будет/может заниматься ребенок. Наверное, самое ценное, что может предложить специалист, – разносторонняя информация обо всех доступных/возможных вариантах (массовая школа, частная школа, коррекцион-

ная школа, школа-интернат, надомное обучение, экстернат и т. п.) с обоснованием «за» и «против» каждого варианта;

- больная тема для обсуждения с родителями подростка – выбор возможной будущей профессии и специализации.

14. «Путь длиной в 100 шагов», или еще несколько слов ко 2-му разделу данной статьи:

- родителям хочется верить в то, что специалист способен сделать так, что ребенок (немедленно) станет другим и все проблемы и вопросы останутся в прошлом;

- под давлением ожиданий со стороны семьи, которая «ждет чуда», психотерапевт начинает чувствовать себя некомпетентным или беспомощным, как будто он что-то пообещал и не может теперь выполнить;

- однако, к сожалению, с подножия горы нельзя сразу попасть на вершину. Подъем всегда занимает много времени, и чем выше гора – тем менее заметно пройденное расстояние. Несмотря на проделанные усилия, вершина продолжает казаться очень далекой. Рецепт один: идти, не останавливаться и замечать, сколько шагов уже было сделано;

- из этого следует один из очень важных принципов работы с семьями «особых» детей: ставить реалистичные достижимые цели, идти маленькими шагами и быть готовыми к тому, что результатов долгое время может не быть (и считать это нормой).

### **Заключение**

Задачей авторов было обобщение имеющегося теоретического и практического опыта работы с семьями детей, имеющих нарушения психического здоровья и/или отклонения в развитии. К сожалению, при обобщении любых данных можно вывести только некоторый «средний» результат, теряя в процессе детали и частности.

Это значит, что представленные идеи могут быть только неким вектором, иногда поверхностным обобщением, а не руководством к действию, так как каждая новая семья – это всегда новый опыт и новые стратегии, которые могут привести к успеху. Невзирая на всю перечисленную специфику, с которой можно столкнуться в работе с данной категорией семей, этот вид консультирования имеет много общего с «обычным» детско-родительским консультированием: нейтральность, уважение к ресурсам семьи, поиск баланса в дистанции и момента в терапии, когда семья может самостоятельно справляться с имеющимися вопросами и проблемами.

## Литература

1. Бебчук М.А., Жуйкова Е.Б. Системный подход к психологии семьи (для специалистов сферы семейного устройства). – М. : Независимый ин-т семьи и демографии, 2009. – 108 с.
2. Варга А.Я. Структура и типы родительского отношения : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 1986. – 32 с.
3. Зерницкий О. Б. Взаимосвязь родительского отношения с психоэмоциональным состоянием ребенка с отклонением в развитии // Семейная психология и семейная терапия. – 2005. – № 3. – С. 29–43.
4. Исаев Д.Н. Детская медицинская психология. – СПб. : Речь, 2004. – 384 с.
5. Левченко И.Ю., Ткачева В.В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. – М. : Просвещение, 2008. – 239 с.
6. Мастюкова Е.М., Московина А.Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии : учеб. пособие / под ред. В.И. Селиверстова. – М. : Владос, 2003. – 408 с.
7. Микаэлян Л. Психологическая работа с родителями «особых» детей: ресурсная модель [Электронный ресурс] // Моск. психотерапевт. журн. – 2006. – № 2. – URL: <http://psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2663>.
8. Минигалиева М.Р. Алгоритмы консультирования семей и детей с особыми нуждами [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.psyppress.ru/articles/22631.shtml>.
9. Николс М., Шварц Р. Семейная терапия: концепции и методы. – М. : Эксмо, 2004. – 960 с.
10. Савина Е.А. Психологическая помощь родителям в воспитании детей с нарушениями развития : пособие для педагогов и психологов. – М. : Владос, 2008. – 223 с.
11. Селигман М., Дарлинг Р. Обычные семьи, особые дети : (пер. с англ.). – 2-е изд. – М. : Теревинф, 2009. – 368 с.
12. Селиверстов В.И., Денисова О.А. Специальная семейная педагогика. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии. – М. : Владос, 2009. – 358 с.
13. Семаго М.М., Семаго Н.Я. Организация и содержание деятельности психолога специального образования : метод. пособие. – М. : АРКТИ, 2005. – 336 с.
14. Шапиро Б.Ю., Зерницкий О.Б. Психологические особенности родительского отношения к ребенку с ограниченными возможностями // Социальные технологии, исследования (СОТИС). – 2010. – № 6. – С. 61–76.

**Bebchuk M.A., Shchedrinskaya O.M.** Sem'ya rebenka s narusheniyami v psikhicheskom zdorov'e i/ili v razviti: zadachi, printsipy i misheni konsultativnoi i psikhoterapevticheskoi pomoshchi [A family of a child with mental disabilities and/or developmental disorders – goals, principles and targets for consultative and psychotherapeutic support]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of psychotherapy]. 2014. N 51. P. 80–94.

Pirogov Russian National Research Medical University  
(Russia, Moscow, Ostrovitianov str. 1);  
Institute of Integrative Family Therapy  
(Russia, Moscow, Symferopolskiy proezd, 1)

Bebchuk Marina Alexandrovna – PhD Med. Sci, Associate Prof Department of Consulting Psychology, Pirogov Russian National Research Medical University (Russia, 117997, Moscow, Ostrovitianov str. 1); e-mail: familyland@yandex.ru;

Shchedrinskaya Olga Markovna – Psychologist, Institute of Integrative Family Therapy (Russia, 117638, Moscow, Symferopolskiy proezd, 1); e-mail: olschedr@gmail.com.

**Abstract.** Theoretical data and clinical experience gained by the authors through remedial work with patients from 2006 to 2012, involving 427 families with children (3–14 y.o.) with various mental and developmental disorders is analyzed and introduced in this work. Goals and targets specific to the work with these families are identified and addressed along with practical ideas and actionable recommendations, including the decisions, the position and the role of a specialist in consulting parents and children through the systematic approach. Specialists involved in various helping professions, such as psychologists, medical doctors, social workers, educators and speech therapists, will be able to utilize the provided information and recommendations.

**Keywords:** clinical (medical) psychology; family psychotherapy; family; children with developmental disorders; family psychologist; consulting of children and parents.

### References

1. Bebchuk M.A., Zhuikova E.B. *Sistemnyi podkhod k psikhologii sem'i (dlya spetsialistov sfery semeinogo ustroystva)* [Systematic approach for family therapy (for adopting and foster service specialists)]. Moskva. 2009. 108 p. (In Russ.)
2. Varga A.Ya. *Struktura i tipy roditel'skogo otnosheniya* [Structures and types of parenting attitudes]: Dissertation PhD Sci. Psych. Moskva. 1986. 32 p. (In Russ.)
3. Zernitskii O.B. *Vzaimosvyaz' roditel'skogo otnosheniya s psikhoeotsional'nym sostoyaniem rebenka s otkloneniem v razviti*i [Correlation between parenting attitude and psycho-emotional condition of the child with developmental disorders]. *Semeinaya psikhologiyai i semeinaya terapiya* [Family psychology and therapy journal]. 2005. N 3. P. C. 29–43. (In Russ.)
4. Isaev D.N. *Detskaya meditsinskaya psikhologiya* [Children's medical psychology]. Sankt-Peterburg. 2004. 384 p. (In Russ.)
5. Levchenko I.Yu., Tkacheva V.V. *Psikhologicheskaya pomoshch' sem'e, vospityvayushchei rebenka s otkloneniyami v razviti*i. Moskva [Psychological support for families raising children with developmental disorders]. 2008. 239 p. (In Russ.)
6. Mast'yukova E.M., Moskovina A.G. *Semeinoe vospitanie detei s otkloneniyami v razviti*i. Ed. V.I. Seliverstov [Family upbringing for children with developmental disorders]. Moskva. 2003. 408 p. (In Russ.)
7. Mikaelyan L., *Psikhologicheskaya rabota s roditelyami «osobykh» detei: resurnaya model'* [Psychological work with parents of «special needs» children – re-

source model]. *Moskovskii psikhoterapevticheskii zhurnal* [Moscow Psychotherapeutic Journal], 2000. N 2. URL: <http://www.psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2663> (In Russ.)

8. Minigalieva M.R. Algoritmy konsul'tirovaniya semei i detei s osobymi nuzhdami [Procedures of counseling work with families of children with “special needs”]. URL: <http://www.psypress.ru/articles/22631.shtml>. (In Russ.)

9. Nikols M., Shvarts R. Semeinaya terapiya: kontseptsii i metody [Family therapy concepts and methods]. Moskva. 2004. 960 p. (In Russ.)

10. Savina E.A. Psikhologicheskaya pomoshch' roditelyam v vospitanii detei s narusheniyami razvitiya [Psychological support for parents raising children with developmental disorders]. Moskva. 2008. 223 p. (In Russ.)

11. Seligman M., Darling R. Obychnye sem'i, osobyie deti. Moskva [Ordinary families, special children]. 2009. 368 p. (In Russ.)

12. Seliverstov V.I., Denisova O.A. Spetsial'naya semeinaya pedagogika. Semeinoe vospitanie detei s otkloneniyami v razvitii [Special family pedagogics. Family upbringing for children with developmental disorders]. Moskva. 2009. 358 p. (In Russ.)

13. Semago M.M., Semago N.Ya. Organizatsiya i sodержanie deyatelnosti psikhologa spetsial'nogo obrazovaniya [Organization and content of psychologist working in special needs education system]. Moskva. 2005. 336 p. (In Russ.)

14. Shapiro B.Yu., Zernitskii O.B. Psihologicheskie osobennosti roditelskogo otnosheniya k rebenku s ogranichennimi vozmojnostyami [Psychological characteristics of parenting attitude towards the child with limited abilities]. *Sotsial'nye tekhnologii, issledovaniya* [Social technology, research]. 2010. N 6. P. 61–76. (In Russ.)

## **ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА**

Иркутская городская клиническая больница № 1  
(Россия, г. Иркутск, Байкальская ул., д. 118);  
Санкт-Петербургская городская клиническая психиатрическая больница № 6  
(Россия, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 9)

В пилотном исследовании изучены возможности использования разработанной программы танцевально-двигательной терапии (ТДТ) с техникой индийского танца (языка жестов) в процессе реабилитации 5 пациентов после перенесенного ишемического инсульта (I63 по МКБ-10). Цикл ТДТ состоял из 10 ежедневных занятий. Длительность занятия постепенно увеличивалась с 15 до 60 мин. Каждое занятие включало в себя подготовительную (разминочную), основную и заключительную части. В подготовительной части проводили лечебную физкультуру (разминка для рук) и движения индийского танца (язык жестов). Решались задачи разогреть пальцы рук и настроя на занятие. В основной части использовались индивидуальный спонтанный танец, танцевальная импровизация на заданную тему, работа с предметами. В заключительной части решались задачи восстановления сил организма пациентов, для этого применяли техники расслабления. До и после проведения цикла занятий ТДТ у пациентов оценивали самочувствие, активность, настроение, ситуационную и личностную тревожность и нейропсихологические пробы. Проведенное исследование показывает, что разработанная программа ТДТ способствует улучшению эмоционального состояния и психомоторных функций у пациентов после перенесенного ишемического инсульта и оказывает положительное влияние на их реабилитацию.

Ключевые слова: психотерапия, танцевально-двигательная терапия, танцевально-двигательная сессия, язык жестов, индийский танец, инсульт, психодиагностика.

### **Введение**

Актуальность проблемы реабилитации пациентов после острого нарушения мозгового кровообращения (I63 по МКБ-10) возрастает год от года, это связано с тем, что инсульты занимают 2–3-е места в ряду главных

---

Ильина Екатерина Сергеевна – медицинский психолог Иркутской городской клинической больницы № 1 г. Иркутска (Россия, 664046, г. Иркутск, ул. Байкальская, д. 118), e-mail: katerilina@yandex.ru;

Оганесян Наталия Юрьевна – медицинский психолог Санкт-Петербургской городской клинической психиатрической больницы № 6 (Россия, 191167, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 9), e-mail: anais\_og@rambler.ru.

причин инвалидизации населения. Задачами физической и реабилитационной медицины являются организация реабилитационного процесса в восстановительном периоде заболевания. Для этих целей используются возможности современной медицины, физические факторы, средства лечебной физкультуры, психокоррекции.

Реабилитация ставит задачу – устранение последствий заболевания. Конечными целями реабилитации являются восстановление самостоятельности и трудоспособности, повышение качества жизни пациента, а также, насколько это возможно, уменьшение ограничений его активности, повышение возможностей участия в актуальной жизни [5].

С момента начала заболевания у пациентов нарушается целостное восприятие себя, сложности единства ощущений и целостности восприятия тела, акта движений, кинестетических ощущений и т. д. У большинства пациентов с последствиями инсульта в той или иной мере наблюдается психологическая и социальная дезадаптация, чему способствуют такие факторы, как выраженный двигательный и речевой дефицит, болевой синдром, когнитивные и эмоционально-волевые нарушения, потеря социального статуса. Важность применения танцевально-двигательной терапии для пациентов после инсульта, на наш взгляд, заключается в одновременном влиянии на три уровня существования: тело (физическое состояние, психомоторные функции), эмоции и когнитивную сферу. Это поддерживающее психологическое сопровождение, дополняющее медикаментозное лечение.

Несмотря на наличие определенной законодательной базы, в стране нет четко структурированной системы комплексной нейропсихологической реабилитации, нет преемственности в реабилитации пациентов, не разработана система подготовки специалистов-реабилитологов и повышения квалификации [6].

В данный момент отмечается недостаточная разработанность психологических методов коррекции для пациентов после перенесенного инсульта. Возникает необходимость в научно обоснованных, эффективных схемах восстановления пациентов после инсульта.

Ключевыми моментами реабилитации являются оценка статуса пациента и мониторинг динамики основных показателей эффективности проводимых мероприятий. При этом обязательна реализация стандартных тестов, отражающих физическое и психическое состояние больного.

Наиболее частыми проблемами у пациентов, перенесших инсульт, являются нарушения психомоторных функций, речи, снижение эмоцио-



нального фона, высокий уровень тревожности. В.М. Бехтерев в своих работах убедительно доказал влияние движений рук и пальцев на ЦНС. Оказалось, что простая манипуляция руками помогает снять напряжение и умственную усталость [4]. Развитие тонких движений пальцев рук положительно влияет на функционирование речевых зон коры головного мозга. М.М. Кольцова в своих исследованиях также установила, что формирование речевых областей в коре головного мозга совершается под влиянием импульсов от движений рук. Систематические упражнения по тренировке движений пальцев являются «мощным средством повышения работоспособности коры головного мозга» [8].

Таким образом, применяемая нами техника индийского танца – язык жестов, которую мы использовали в работе, имеет своей целью развитие мелкой моторики, мимической активности, развития моторно-образного воображения, памяти, внимания.

Цель работы – исследовать эффективность применения разработанной программы танцевально-двигательной терапии (ТДТ) с техникой индийского танца (языка жестов) в реабилитации пациентов после перенесенного инсульта.

Методологической основой выступили работы отечественных психологов, посвященные реабилитации пациентов [2, 6, 9, 12, 13], а также исследованиям особенностей применения ТДТ у больных различными нозологий [3, 7, 10, 14].

---

### **Материалы и методы**

Исследование проводили на базе отделения острых нарушений мозгового кровообращения Городской клинической больницы № 1 г. Иркутска. Основной сложностью в формировании группы ТДТ был подбор пациентов. Все пациенты в отделении находились в остром периоде заболевания, они не могли долго поддерживать продуктивный контакт и быстро утомлялись. У других пациентов с грубыми речевыми нарушениями и парезами отмечались симптомы нестабильного давления (скачки давления). В исследовании приняли участие 5 женщин в возрасте от 37 до 68 лет (табл. 1).

Для пациентов после перенесенного инсульта была разработана программа ТДТ, рассчитанная на 10 дней. Длительность занятия постепенно увеличивалась с 15 до 60 мин. Целью программы ТДТ являлась работа с эмоциональной и познавательной сферой пациентов после инсульта, принятие своего тела через знакомство со спектром движения тела. Ставились

задачи улучшения самочувствия, настроения и повышения активности, снятия телесных и эмоциональных напряжений.

Для исследования динамики психического состояния и психомоторных функций и коррекции нарушенных функций пациентам провели: 1) первичную диагностику; 2) разработку коррекционной программы индивидуальных танцевально-двигательных терапевтических сессий, проведение индивидуальных сессий; 3) повторную диагностику. Использовали: методику «САН» (оценка самочувствия, активности и настроения), методику Спилбергера–Ханина (оценка ситуационной и личностной тревожности), нейропсихологические пробы А.Р. Лурия, которые включали выполнение простых инструкций, действия с воображаемыми предметами, выполнение символических действий; оценку схемы тела (пробы Хеда, праксис позы кисти или показ пальцев по подражанию); пробу динамического праксиса («Кулак – ребро – ладонь», тест Н.И. Озерцкого на реципрокную координационную рук) [1].

Таблица 1

Диагноз пациентов

Пациент	Диагноз	Возраст, лет	Наличие пареза	Заключение логопеда	Образование
1-й	Ишемический инсульт (Ии) в бассейне средней мозговой артерии (СМА) слева	68	Нет	Акустико-мнестическая афазия сочетанная с динамической и семантической	Среднее
2-й	Ии в бассейне СМА справа	54	Легко выраженный парез слева	Дизартрия	Средне-техническое
3-й	Ии в бассейне СМА справа	37	Легкий парез слева	Без речевых нарушений	Среднее
4-й	Ии в вертебрально-базиллярном бассейне	45	Нет	Без речевых нарушений	Высшее
5-й	Ии в вертебрально-базиллярном бассейне	60	Нет	Без речевых нарушений	Среднее

Программа индивидуальных занятий по ТДТ включала элементы лечебной физкультуры, применяли техники индийского танца с целью развития мелкой моторики, мимической активности и моторно-образного воображения. Кроме того, использовали релаксацию в конце каждого занятия (табл. 2).

Таблица 2

## Цели и задачи занятий с пациентами

№ занятия	Цель	Задача
1-е	Обучение умению работать с движением пальцев рук, обучение ощущению своего тела. Работа с концентрацией внимания	Развитие внимания (концентрация внимания); развитие мелкой моторики, развитие воображения
2-е	Расширение двигательного репертуара, обучение навыкам саморегуляции, развитие моторно-образного воображения	Закрепление навыков предыдущего занятия; развитие моторно-образного воображения, формирование танцевальных движений
3-е	Расширение двигательного репертуара, обучение навыкам саморегуляции	Развитие моторно-образного воображения
4-е	Формирование навыка взаимодействия с предметом в движении	Способствование развитию собственной импровизации с предметом; развитие воображения
5-е	Развитие воображения и мимических движений	Способствование развитию эмоциональной сферы; знакомство с положительными и отрицательными эмоциями
6-е	Расширение границ эмоционального самовыражения в танцевально-двигательных движениях	Поддержание эмоциональной сферы
7-е	Расширение границ эмоционального самовыражения в танцевально-двигательных движениях	Поддержание эмоциональной сферы; расширение двигательного репертуара
8-е	Коррекция познавательных процессов	Поддержание концентрации внимания, моторно-образного воображения
9-е	Создание благоприятной атмосферы для спонтанной двигательной активности	Поддержание концентрации внимания; улучшение спонтанных движений
10-е	Формирование пространственной и двигательной активности	Закрепление полученных двигательных навыков

На индивидуальных занятиях большое внимание уделялось движениям рук – какие движения пациенты могут сделать. Каждое занятие включало в себя подготовительную (разминочную), основную и заключительную части. В подготовительной части проводили лечебную физкультуру (разминку для рук) и движения индийского танца (язык жестов). Решались задачи разогреть пальцы рук и настроить пациентов на дальнейшую работу. В основной части занятия использовали индивидуальный спонтанный танец, танцевальную импровизацию на заданную тему, работу с предметами. Решались задачи специальной направленности средствами

танца. В заключительной части решались задачи восстановления сил организма пациентов, для этого применяли техники расслабления.

### Результаты и их анализ

Проведенное первичное обследование показало высокий уровень тревожности, которая выражалась в том, что пациенты чувствовали себя пассивными, малоподвижными, медлительными, бездеятельными. Неблагоприятное настроение проявлялось в пессимизме, недовольстве собой и ситуацией, разочарованности (табл. 3).

Таблица 3

Результаты методик САН и Спилбергера–Ханина до и после курса танцевально-двигательной терапии, балл

Шкала	1-й пациент		2-й пациент		3-й пациент		4-й пациент	
	до	после	до	после	до	после	до	после
Самочувствие	3,5	6,4	3,5	6,7	3,1	6	3	5
Активность	2,2	6,4	3	5	3,4	5	3,3	6,1
Настроение	3	7	3,2	5	3,1	5	3,1	5
Ситуативная тревожность	59	29	55	37	48	31	52	32
Личностная тревожность	57	36	50	35	50	32	50	35

После занятий с пациентами была проведена повторная диагностика. Методику САН выполняли пациенты без речевых нарушений. В результате проведенных занятий ТДТ у пациентов снизилась напряженность, отмечалось улучшение самочувствия. Кроме того, у пациентов изменились и некоторые психомоторные функции (табл. 4).

Первичное нейропсихологическое обследование выявило выраженные ухудшения двигательных проб у пациентов с речевыми нарушениями. У пациентов без речевых нарушений они либо отсутствовали, либо выявлялись в меньшей степени. В результате курса занятий ТДТ у пациентов улучшились выполнения праксиса позы кисти, символические действия, действия с воображаемыми предметами, пробы Хэда, проба «Кулак – ребро – ладонь», тест Н.И. Озерецкого на реципронную координацию рук (см. табл. 4).

Таблица 4

Результаты двигательного праксиса до и после курса танцевально-двигательной терапии, балл

Паци- ент	Исследование праксиса	До занятий		После занятий	
		правая рука	левая рука	правая рука	левая рука
1-й	Выполнение простых инструкций	1	1	0	0
	Праксис позы кисти (показ пальцев по подражанию)	2	2	1	1
	Символические действия	2	2	1	1
	Действия с воображаемыми предметами	2	2	1	1
	Пробы Хэда	3	3	2	2
	Динамический праксис (проба «Кулак – ребро – ладонь»)	2	2	1	1
	Реципрокная координация	2		1	
2-й	Выполнение простых инструкций	1	–	–	0
	Праксис позы кисти	1	–	–	0
	Символические действия	1	–	–	0
	Действия с воображаемыми предметами	1	–	–	0
	Пробы Хэда	–		–	
	Динамический праксис	1		–	0
	Реципрокная координация	–		–	
3-й	Выполнение простых инструкций	0	1	0	1
	Праксис позы кисти	0	1	0	0
	Символические действия	0	1	0	0
	Действия с воображаемыми предметами	0	1	0	0
	Пробы Хэда	–		–	
	Динамический праксис	0	1	0	0
	Реципрокная координация	0		0	
4-й	Выполнение простых инструкций	0	0	0	0
	Праксис позы кисти	1	1	0	0
	Символические действия	1	1	0	0
	Действия с воображаемыми предметами	0	0	0	0
	Пробы Хэда	1	1	0	0
	Динамический праксис	1	1	0	0
	Реципрокная координация	0		0	

Примечание: 0 – нарушения отсутствуют; 1 – нарушения легкой степени; 2 – нарушения умеренной степени; 3 – грубые нарушения.

## Заключение

Применение танцевально-двигательной терапии в реабилитации пациентов после инсульта способствует восстановлению суставно-мышечного чувства, проприоцептивной, тактильной чувствительности, восстановлению внутриличностного целостного образа Я, восстановлению схемы тела на основе позитивного эмоционального подкрепления.

При осуществлении подбора пациентов для занятий танцевально-двигательной терапией был выявлен ряд проблем в формировании группы. Пациенты после перенесенного инсульта быстро устают, что связано с высокой утомляемостью. Некоторые пациенты начинали занятия, но из-за ухудшения общего соматического состояния занятия не продолжали. Многие пациенты длительное время находились в тяжелом состоянии, и проведение занятий с ними не представлялось возможным.

Проведенное исследование показывает, что танцевально-двигательная терапия способствует улучшению эмоционального состояния и психомоторных функций пациентов после перенесенного ишемического инсульта и оказывает положительное влияние на их реабилитацию. Для формирования доказательной базы полученных результатов следует увеличить количество наблюдений и исследования рекомендуется продолжить.

## Литература

1. Бизюк А.П. Компендиум методов нейропсихологического исследования. – СПб., 2005. – 293 с.
2. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии. – М., 2005. – 384 с.
3. Грэнлюнд Э., Оганесян Н.Ю. Танцевальная терапия : теория, методика, практика. – СПб. : Речь, 2005. – 288 с.
4. Датешидзе Т.А. Система коррекционной работы с задержкой речевого развития. – СПб. : Речь, 2004. – 128 с.
5. Елифанов В.А. Реабилитация больных перенесших инсульт. – М., 2006. – 248 с.
6. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. Реабилитация неврологических больных. – М., 2008. – 560 с.
7. Козлов В.В., Гиршон А.Е., Веремеенко Н.И. Интегративная танцевально-двигательная терапия. – СПб., 2006. – 286 с.
8. Кольцова М.М. Двигательная активность и развитие функций развития ребенка. – М. : Педагогика, 1973. – 144 с.
9. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. – М. : Акад. проект, 2000. – 512 с.
10. Толошинова Д.Ю. Применение техник индийского классического танца в танцевальной терапии детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата // Вестн. психотерапии. – 2009. – № 29 (34). – С. 40–47.
11. Хомская Е.Д. Нейропсихология. – СПб. [и др.] : Питер, 2010. – 496 с.

12. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. – М., 2004. – 424 с.
13. Шкловский В.М. Социально-психологический аспект реабилитации больных с афазией // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1982. – Т. 82. – С. 248–253.
14. Шкурко Т.А. Танцевально-экспрессивный тренинг. – СПб., 2005. – 192 с.

**Iliina E.S., Oganesyanyan N.Yu.** Osobyennosti primeneniya tanceval'no-dvigatel'noi terapii v reabilitacii pacientov posle insulta [Application of the dance movement therapy in the rehabilitation of patients after stroke]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of psychotherapy]. 2014. N 51. P. 95–104.

Irkutsk city Clinical Hospital № 1  
(Russia, Irkutsk, Baikal str., 118);  
St. Petersburg City Psychiatric Hospital № 6  
(Russia, Saint-Petersburg, Obvodny canal Embankment, 9)

Iliina Ekaterina Sergeevna – medical psychologist, dance and movement therapist from Irkutsk city clinical hospital № 1 (Russia, 664046, Irkutsk, Baikal str., 118) e-mail: katerilina@yandex.ru;

Oganesyanyan Nataliya Yurevna – PhD Psych. Sci., medical psychologist dance movement therapist at Saint-Petersburg City Psychiatric Hospital № 6 and Saint-Petersburg City Psychiatric Hospital № 6 named after I.P. Pavlov (Russia, 191167, Saint-Petersburg, Obvodny canal Embankment, 9), e-mail: anais-og@rambler.ru.

**Abstract.** In this pilot study, we tested the possibilities of using the dance movement therapy in rehabilitation process of patients after stroke, developed a rehabilitation program and tested it during individual lessons; evaluated the effectiveness of the realized rehabilitation program for patients after stroke. Each session included preparatory (warm-up), main and final part. In the preparatory part we carried out a warm-up for hands (therapeutic exercises) and Indian dance movements (pantomimic language). Thus we warmed up the fingers, fulfilled medical tasks and sensitized the patient to the further work. In the main part of the classes we used individual spontaneous dance, dance improvisation on a given topic, and handling with objects. So we resolved specific problems by means of the dance. In the final part the task of the body recuperation was fulfilled by using the relaxation techniques. Our study proves that the dance movement therapy promotes the improvement of emotional state and psychomotor functions of post-stroke patients and contributes to their better rehabilitation.

**Keywords:** psychotherapy, dance movement therapy, dance-therapy session, pantomimic language, Indian dance movements, stroke, psychodiagnosis.

## References

1. Bizyuk A.P. Kompendium metodov neiropsikhologicheskogo issledovaniya. [Compendium of methods of neuropsychological]. Sankt-Peterburg. 2005. 293 p. (In Russ.)

2. Vizel' T.G. Osnovy neiropsikhologii. [Fundamentals of neuropsychology]. Moskva. 2005. 384 p. (In Russ.)
3. Grenlyund E., Oganesyanyan N.Yu. Tantseval'naya terapiya: teoriya, metodika, praktika. [Dance therapy: Theory, methodology and practice]. Sankt-Peterburg. 2005. 288 p. (In Russ.)
4. Dateshidze T.A. Sistema korrektsionnoi raboty s zaderzhkoi rechevogo razvitiya. [Correctional work system with delayed speech development]. Sankt-Peterburg. 2004. 128 p. (In Russ.)
5. Epifanov V.A. Reabilitatsiya bol'nykh perenessikh insul't. [Rehabilitation of stroke patients]. Moskva. 2006. 248 p. (In Russ.)
6. Kadykov A.S., Chernikova L.A., Shakhparonova N.V. Reabilitatsiya nevrologicheskikh bol'nykh. [Rehabilitation of neurological patients]. Moskva. 2008. 560 p. (In Russ.)
7. Kozlov V.V., Girshon A.E., Veremeenko N.I. Integrativnaya tantseval'no-dvigatel'naya terapiya. [Integrative dance movement therapy]. Sankt-Peterburg. 2006. 286 p. (In Russ.)
8. Kol'tsova M.M. Dvigatel'naya aktivnost' i razvitie funktsii razvitiya rebenka. [Movement activity and development of functions of a child]. Moskva. 1973. 144 p. (In Russ.)
9. Luriya A.R. Vysshie korkovye funktsii cheloveka i ikh narusheniya pri lokal'nykh porazheniyakh mozga. [Higher cortical functions of a man and their disturbances in local brain lesions]. Moskva. 2000. 512 p. (In Russ.)
10. Toloshinova D.Yu. Primenenie tekhniki indiiskogo klassicheskogo tantsa v tantseval'noi terapii detei s narusheniyami oporno-dvigatel'nogo apparata [Application of classical Indian dance for dance therapy in children with musculoskeletal disorders]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin psychotherapy]. [Application techniques of Indian classical dance therapy of children with disorders of the locomotor system]. 2009. N 34. P. 40–47. (In Russ.)
11. Khomskaya E.D. Neiropsikhologiya. [Neuropsychology]. Sankt-Peterburg. 2010. 496 p. (In Russ.)
12. Tsvetkova L.S. Neiropsikhologicheskaya reabilitatsiya bol'nykh. [Neuropsychological rehabilitation of the patients]. Moskva. 2004. 424 p. (In Russ.)
13. Shklovskii V.M. Sotsial'no-psikhologicheskii aspekt reabilitatsii bol'nykh s afaziei. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry. Socio-psychological aspect of rehabilitation of patients with aphasia]. 1982. Vol. 82. P. 248–253. (In Russ.)
14. Shkurko T.A. Tantseval'no-ekspressivnyi trening. [Expressive dance training]. Sankt-Peterburg. 2005. 192 p. (In Russ.)



# ПАТОПСИХОЛОГИЯ. ДЕВИАНТОЛОГИЯ

УДК 616.89

**А.В. Васильева, О.А. Вахренева,  
Т.А. Караваева, Е.И. Чехлатый**

## **КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРАСТЕНИЕЙ И НЕВРОЗОПОДОБНЫМИ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

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

Рассматриваются клинические и психопатологические особенности пациентов с неврастенией и церебральными резидуально-органическими неврозоподобными расстройствами, которые имеют важное значение при дифференциальной диагностике этих состояний. Показаны достоверные различия в синдромологической и симптоматической структурах. Представлены типы внутренней картины болезни, степень осознания болезни, отношение пациента к лечению, причины декомпенсаций состояния, психотравмирующие ситуации, сферы декомпенсации, длительность заболевания, особенности начала заболевания, типы течения заболевания.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, неврастения, церебральное резидуально-органическое неврозоподобное расстройство, дифференциальная диагностика, клиническая картина, психопатологические особенности.

---

Васильева Анна Владимировна – д-р мед. наук, вед. науч. сотр. отд-ния неврозов и психотерапии С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3); e-mail: annavdoc@yahoo.com;

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

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

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

## **Введение**

Своевременная и правильная диагностика состояний с астеническими проявлениями, понимание их этиологической сущности определяет выбор эффективной терапевтической стратегии и позволяет в оптимальные сроки добиться улучшения состояния пациента. Возможность применения широкого спектра инструментально- лабораторных и биохимических методов обследования вносит определенный вклад в проведение дифференциальной диагностики неврастении (шифр F48.0 по МКБ-10) и неврозоподобного течения резидуально-органического поражения головного мозга (F06.82), что не уменьшает значения изучения динамики заболевания, выраженности и своеобразия клинических проявлений, структуры и особенностей личности пациента.

## **Материал и методы**

В условиях отделения неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева проведено обследование 120 пациентов, которые по результатам негативной и позитивной диагностики были разделены на две группы:

1-я (n = 55, или 46 %) пациенты с неврастением без коморбидной патологии;

2-я (n = 65, или 54 %) пациенты с резидуально-органическими церебральными расстройствами с неврозоподобной симптоматикой.

В 1-ю группу были включены больные с психогенным характером заболевания, которое возникает в результате нарушения особенно значимых отношений личности при несоответствии возможностей, средств индивида и требований действительности или при возникновении противоречий между возможностями человека и завышенными требованиями к себе.

2-ю группу составили больные с неврозоподобными проявлениями резидуально-органических поражений головного мозга. Принципиальным условием для включения в эту группу являлось окончание течения органического церебрального заболевания (табл. 1).

Возраст обследуемых был от 18 до 55 лет. В 1-й группе возрастной интервал варьируется в пределах  $(38,8 \pm 12,6)$  года, во 2-й –  $(35,8 \pm 13,2)$  года.

Статистическую обработку полученных данных проводили при помощи компьютерной обработки на основе пакетов прикладных программ Statistica 6.0 и SPSS-19. Вычислялись средние показатели (M) и их стан-

дартные отклонения ( $\sigma$ ). Точное вычисление различий долей (процентов) производилось по  $\phi$ -критерию углового преобразования Фишера.

Таблица 1  
Общая характеристика обследуемых пациентов, n (%)

Показатель	Группа	
	1-я	2-я
Общее количество, n (%)	55 (46)	65 (54)
мужчины	22 (40,0)	35 (60,0)
женщины	33 (53,8)	30 (46,2)
Возраст, лет	38,8 $\pm$ 12,6	35,8 $\pm$ 13,2
мужчины	31,0 $\pm$ 6,6	30,7 $\pm$ 9,4
женщины	40,6 $\pm$ 13,0	43,9 $\pm$ 14,5
Длительность заболевания, лет	1,8 $\pm$ 2,3	3,8 $\pm$ 5,2
мужчины	2,2 $\pm$ 2,8	3,7 $\pm$ 4,2
женщины	1,7 $\pm$ 2,3	4,0 $\pm$ 6,4
менее 3 мес	7 (12,7)	1 (1,5)
3–12 мес	31 (56,4)	35 (53,9)
13–60 мес	12 (21,6)	14 (21,7)
более 60 мес	5 (9,0)	15 (22,9)

### Результаты и их анализ

Одним из феноменов, который определяется внутренними структурами и средовыми воздействиями, опосредующим самосознание пациента считается внутренняя картина болезни [3, 5, 6, 8] (табл. 2).

Традиционно пациентам с невротическими расстройствами, особенно на ранних стадиях заболевания, в большей степени свойственен психосоматический тип внутренней картины болезни, когда возникновение симптоматики связывается с психоэмоциональным напряжением, трудностями в производственных или личных отношениях, психологическими особенностями, эмоциональной реакцией личности на сложные жизненные обстоятельства [9]. Среди пациентов же с невротической соматоцентрированной типом внутренней картины болезни, особенно при длительном течении заболевания, встречается значительно чаще и без достоверных различий по сравнению с пациентами с резидуально-органическими неврозоподобными церебральными расстройствами. И те и другие пациенты с соматоцентрированной внутренней картиной болезни связывали возникновение своего болезненного состояния преимущественно с наличием органиче-

ских нарушений в нервной системе или внутренних органах, а эмоциональные и аффективные расстройства воспринимали как вторичные, как психологическую реакцию на заболевание. Заключение врачей об отсутствии органических изменений у пациентов с неврастенией зачастую не приводило к изменению представлений о причинах возникновения нарушений в случае, если они имели соматоцентрированную картину болезни, поскольку принятие статуса больного служило пациентам единственным оправданием для ограничения нагрузок, снижения требований к себе и способствовало улучшению самочувствия.

Таблица 2

Показатели внутренней картины болезни в группах, n (%)

Внутренняя картина болезни	Группа		p <
	1-я	2-я	
Тип внутренней картины болезни соматоцентрированный психоцентрированный	40 (72,4) 15 (27,6)	55 (84,6) 10 (15,4)	
Сознание настоящей болезни отсутствует частичное преувеличенное адекватное	3 (5,0) 32 (58,2) 10 (18,2) 10 (18,2)	3 (4,6) 26 (40,0) 17 (26,2) 19 (29,2)	0,05
Отношение к необходимости лечения негативное пассивное адекватное амбивалентное искаженное	0 (0) 4 (7,3) 38 (69,1) 7 (12,7) 6 (10,9)	1(1,5) 6 (9,2) 48 (73,2) 3 (4,6) 7 (10,8)	

Сознание болезни включает в себя восприятие болезни и отношение к ней, а следовательно, определяет особенности поведения пациента и его активность в лечении [9, 11]. Пациенты с частичным сознанием болезни признают наличие у себя нарушений, но лишь частично связывают их с психологическими факторами, отрицая свою роль в формировании заболевания, вследствие чего склонны перекладывать ответственность за успех лечения на врача. Отсутствие сознания болезни было характерно практически в равной степени для пациентов обеих групп и встречалось редко. Такое отношение к состоянию заключалось в активном исключении мысли о болезни и ее последствиях, пренебрежительном отношении к ней, нежелании лечиться. Причиной госпитализации таких пациентов чаще всего были родственники или формальные обстоятельства (необходимость боль-

ничного листа, справки). Преувеличенное сознание болезни, свойственное пациентам с повышенным беспокойством, мнительностью в отношении неблагоприятного развития заболевания, склонностью к сосредоточенности на субъективных неприятных ощущениях, стремлением рассказать о них окружающим, требовательностью исключительной заботы, демонстрацией своих страданий, было характерно для пациентов обеих групп без статистически достоверной разницы. Адекватное отношение к болезни характеризовалось трезвой оценкой своего состояния, активным содействием успеху лечения и соответствовало состоянию пациента и тому, что было ему сообщено о заболевании. Таким образом, частичное сознание болезни достоверно чаще было характерно для пациентов первой группы, тогда как у пациентов второй группы несколько чаще, но без достоверной разницы отмечались адекватное и преувеличенное отношения к болезни.

Одной из составляющих внутренней картины заболевания является отношение пациента к лечению [5, 13]. Негативное отношение было отмечено только во второй группе пациентов, что связано с добровольностью обращения за стационарной медицинской помощью, пациенты с таким отношением не мотивированы на обращение к врачам. Пассивное отношение заключалось в отсутствии активного участия пациента в лечении, низком интересе к нему, недостаточной мотивации при проведении психотерапии, у пациентов с неврастенией – отрицании своей роли и роли личностных особенностей в развитии заболевания. Амбивалентное отношение - двойственное, противоречивое отношение к терапии – заключалось чаще всего в выражении готовности и интереса к лечению, с одной стороны, и стойкими представлениями о его неэффективности, бесполезности – с другой. Искаженное отношение встречалось в обеих группах с одинаковой частотой и проявлялось в перекладывании ответственности за успех лечения на врача, высокой требовательности к нему, ориентации на исключительное отношение со стороны персонала, стремлении получить максимальное количество процедур и различных вариантов терапии при отсутствии конкретных усилий со стороны пациента, низкой мотивации на изменения. Адекватное отношение к лечению характеризовалось активной позицией в терапевтических отношениях, достаточной мотивацией на изменения, в той или иной степени пониманием своей роли в достижении положительного результата. Таким образом, достоверной разницы в отношении пациентов к необходимости лечения не обнаружено.

Для понимания этиологического аспекта имеющихся расстройств в обеих группах исследуемых имеет значение изучение причин, вызвавших

декомпенсацию состояния у пациентов и являющихся пусковым фактором в развитии клинических проявлений заболевания. Необходимо подчеркнуть, что в некоторых работах об этиологии неврозов в качестве их причин приводятся семейные, производственные, социальные, бытовые и другие психотравмирующие обстоятельства [3, 14, 15]. Но их нельзя рассматривать как причины неврозов; это лишь патогенные условия, которые бывают и у здоровых лиц. Патогенность внешних обстоятельств жизни проявляется лишь в сочетании с соответствующим отношением к ним личности. Поэтому причины невроза – в особенностях личности, находящейся в неблагоприятных условиях, в сочетании последних, в длительном их действии, тяжести и значительном влиянии на личность больного [8]. Трудные обстоятельства жизни являются лишь фактором, провоцирующим появление симптоматики. Для большинства пациентов 1-й группы такими факторами явились увеличение нагрузки и требований, преимущественно в профессиональной деятельности, длительное эмоциональное напряжение – 87,3 % (во 2-й группе – 43,8 %). Реже, но достоверно чаще, в 1-й группе пациентов симптоматика появлялась на фоне психотравмирующих, конфликтных ситуаций, которые требовали больших усилий для их разрешения – 26,7 % случаев (14,5 % во 2-й группе) ( $p < 0,05$ ). Употребление алкоголя, наркотических препаратов как причина декомпенсации состояния достоверно чаще было характерно для пациентов 2-й группы – 12,3 % случаев (при 1,8 % у пациентов 1-й группы) ( $p < 0,01$ ). Соматическое заболевание являлось пусковым механизмом в 5,5 % случаев в 1-й группе пациентов и в 12,3 % случаев во 2-й группе. Без видимых причин состояние ухудшалось у 9,7 % пациентов 1-й группы и 28,6 % пациентов 2-й группы. В ряде случаев несколько из перечисленных причин способствовали началу заболевания.

Среди часто встречающихся психотравмирующих ситуаций преобладали те, которые затрагивали наиболее значимые проблемы в профессиональной сфере и отношения пациента с самыми близкими людьми. В табл. 3 представлены достоверные различия психотравмирующих ситуаций в группах.

Таблица 3

Отличия психотравмирующих ситуаций у пациентов в группах, n (%)

Психотравмирующие ситуации	Группа		p <
	1-я	2-я	
Неудовлетворенность работой	43 (78,2)	19 (29,2)	0,01
Высокий уровень ответственности в профессиональной деятельности	35 (64,2)	16 (24,6)	0,01
Завышенные требования со стороны начальства	11 (20,0)	6 (9,2)	0,05
Опасения возможных негативных последствий своей низкой продуктивности	40 (72,7)	15 (23,1)	0,01
Нехватка свободного времени	41 (74,5)	31 (48,0)	0,05
Сложные жизненные ситуации с неопределенным исходом	6 (10,9)	2 (3,1)	0,05
Большой объем производственной информации	22 (40,0)	6 (9,2)	0,01
Напряженный характер работы	22 (40,0)	14 (21,5)	0,05
Служебные неприятности	8 (14,5)	7 (10,8)	
Увеличение длительности и темпа работы	11 (20,0)	11 (16,9)	
Конфликты с супругом, партнером	11 (20,0)	11 (16,9)	
Личная неустраенность	8 (14,5)	10 (15,4)	
Конфликты с родственниками	9 (16,4)	11 (16,9)	
Смерть и тяжелые заболевания близких	7 (12,7)	6 (9,2)	
Материальные затруднения	8 (14,5)	10 (15,4)	
Разрыв отношений	5 (9,1)	7 (10,8)	
Измена супруга, партнера	2 (3,6)	5 (7,7)	
Конфликты с детьми	8 (14,5)	6 (9,2)	

Таким образом, основным пусковым фактором для пациентов 1-й группы были ситуации напряжения рабочего характера, связанные с высоким уровнем нагрузки и межличностными нарушениями. Проблемы в партнерских отношениях носили вторичный характер и были следствием проявлений раздражительной слабости у изначально неконфликтных больных. Главными патогенетическими факторами становились непомерный объем информации, ограниченное время для ее переработки при одновременно существующей выраженной мотивации высоких достижений – «информационная триада М.М. Хананашвили» [15]. То есть имевшаяся производственная ситуация во многом воспроизводила условия экспериментальной. Нарастающее переутомление и истощение приводили к мобилизации волевого контроля личности и аффективной перегрузке.

Для пациентов 2-й группы пусковым фактором могло явиться повышение напряжения и нагрузки в целом, вне зависимости от того, носят

ли они физический или эмоциональный характер и с какой сферой деятельности или отношений они связаны. Часто ухудшение состояния не было обусловлено изменением условий или наличием трудных профессиональных или жизненных ситуаций, пациенты декомпенсировались на фоне обычных повседневных нагрузок.

В связи с текущим невротическим или неврозоподобным расстройством пациенты испытывали трудности в различных сферах своей жизни. Обычно затрагивалось несколько областей, в которых пациенты не могли поддерживать обычный образ функционирования, испытывали выраженные трудности. В табл. 4 представлены сферы декомпенсации у пациентов в группах.

Таблица 4

Показатели сфер декомпенсации у пациентов в группах, n (%)

Сферы декомпенсации	Группа		p <
	1-я	2-я	
Производственная деятельность и образование	34 (61,8)	42 (64,6)	
Межличностные отношения	19 (34,5)	28 (43,1)	
Брачные или партнерские отношения	19 (34,5)	25 (38,5)	
Активное проведение свободного времени	24 (43,6)	21 (32,3)	
Организация быта	16 (29,1)	16 (24,6)	
Отношения с родителями	6 (10,9)	7 (10,8)	
Сексуальные отношения	13 (23,6)	6 (9,2)	0,05
Воспитание детей	13 (23,6)	7 (10,8)	0,05

У обследованных пациентов изучались особенности начала заболевания: было выделено острое, подострое и постепенное возникновение симптоматики [2, 3, 9] без достоверных различий в группах. Острое начало заболевания, как правило, возникавшее с внезапного появления достаточно выраженных клинических симптомов, встречалось редко в обеих группах. У пациентов 1-й группы заболевание манифестировало симпато-адреналовым кризом на фоне ситуации напряжения рабочего характера, для пациентов 2-й группы острое начало проявлялось чаще интенсивными головными болями.

Подострое начало с меньшей интенсивностью и скоростью появления симптомов отмечалось чаще у пациентов 1-й группы. Невротическое расстройство, как правило, манифестировало постепенно нарастающими головными болями напряжения с ощущениями «несвежей головы». Пре-



обладал сидячий образ жизни с длительной работой за компьютером, поскольку большинство больных неврастенией имели высшее образование и относились к категории служащих. Возникало застойное напряжение мышц верхнего плечевого пояса и усиление симптоматики. При неврозоподобных резидуально-органических расстройствах появлялись периодические нарушения сна, приступы головных болей, метеозависимость.

Постепенное начало заболевания, выражавшееся последовательным присоединением нарушений умеренной или слабой выраженности, было наиболее характерным для пациентов обследованных групп.

Пациенты затруднялись в проведении границы между здоровым и болезненным состоянием. Проявления неврастения чаще были связаны с началом самостоятельной трудовой деятельности, когда учебный стереотип с четким чередованием труда и отдыха и конкретным набором правил сменялся более неопределенными условиями поощрений с необходимостью самостоятельного принятия решений и распределения нагрузки.

Поскольку в большинстве случаев развитию симптомов невротической астении предшествовали ситуации длительного эмоционального и/или физического напряжения, с которыми на начальных моментах пациент справлялся за счет волевых усилий и резервов организма, оставаясь какое-то время клинически компенсированным, постепенное возникновение симптоматики способствовало тому, что пациенты, для которых были характерны ответственность, высокая требовательность к себе, чувствительность к критике, продолжали пытаться преодолеть трудности и недомогание, прилагая чрезмерные усилия, и тем самым еще более декомпенсировались.

Были выделены типы течения заболевания: постоянный, волнообразный, прерывистый, прогрессивный без достоверных различий в группах. Течение заболевания у пациентов обеих групп носило преимущественно волнообразный или постоянный характер. При постоянном течении заболевания у пациента обычно не наблюдалось стойкой ригидности интенсивности и разнообразия симптоматики и отмечались относительные улучшения и ухудшения состояния, но общая линия расстройства в целом находилась на одном уровне. В некоторых случаях, при изначально гиперстенической форме неврастения, расстройство, носящее непрерывный характер, проявлялось постепенным усложнением симптоматики и присоединением депрессивных, а впоследствии ипохондрических нарушений с последующим истощением и переходом в гипостению. Постоянное течение неврозоподобных резидуально-органических расстройств характеризова-

лось относительной бедностью и монотонностью проявлений, их более или менее «органической окрашенностью», обусловленной сочетанием неврозоподобных нарушений с психоорганическим синдромом и резидуальной неврологической симптоматикой. Для этого типа течения было нехарактерно большое разнообразие нарушений, многие симптомы характеризовались примитивностью и стереотипностью проявлений. Очевидной являлась незначительная спаянность симптомов с окружающей пациента жизненной ситуацией, его личностными и характерологическими особенностями.

При волнообразном течении имелись четко очерченные периоды стойкого улучшения самочувствия (без полной редукции симптомов), которые под воздействием различных факторов сменялись периодами ухудшения. При волнообразном течении гипостенического варианта неврастения даже в периоды улучшения сохранялись резидуальная симптоматика, ограниченная переносимость нагрузок, кратковременное ухудшение состояния при присоединении дополнительных соматогенных вредностей, например острых респираторных заболеваний. При волнообразном течении гиперстенической формы неврастения отмечались периоды усложнения симптоматики с более или менее длительными периодами стабилизации, когда происходила фиксация вновь возникших вторичных симптомов. Заболевание переходило на другой уровень усложнения клинической картины, что всегда было связано с резким обострением длительно существующей психотравмирующей ситуации или с появлением нового стрессора, угрожающего социальному статусу больного. Волнообразное течение неврозоподобных резидуально-органических расстройств проявлялось в усилении выраженности симптоматики на фоне каких-либо провоцирующих факторов (соматические заболевания, физическое переутомление, алкоголизация и другие неблагоприятные воздействия), после окончания действия этих факторов или после проведенного лечения состояние улучшалось, но не доходило до полного выздоровления. Часто при ухудшении состояния происходило учащение и усиление интенсивности уже имеющейся симптоматики и редко возникали многочисленные новые симптомы.

Значительно реже встречались прерывистый и прогрессивный типы течения. Прерывистый тип течения чаще отмечался при неврастении, когда развитие заболевания было тесно связано с наличием конкретной патогенной внешней ситуации. На фоне лечения отмечалась практически полное исчезновение симптомов, которые возобновлялись при возникновении психотравмирующей ситуации или увеличении нагрузки. Прогрессивный тип течения чаще всего проявлялся постепенным ухудшением состояния и

впоследствии существенным снижением трудоспособности и встречался преимущественно у длительно болеющих пациентов, у пациентов, не получавших лечение.

В ходе изучения основных клинических характеристик у исследуемых пациентов определялись синдромы, объединяющие взаимосвязанную между собой симптоматику. Для клинической оценки и изучения данной патологии целесообразно выделение ведущего синдрома, который определяет основные проявления заболевания и указывает на большую выраженность нарушений. Для каждого пациента выделялся один из шести ведущих (доминирующих) синдромов, наиболее характерных для невротических расстройств и отражающий основную направленность клинических проявлений: тревожный, депрессивный, фобический, обсессивный, астенический, ипохондрический.

При клинической оценке исследованных пациентов перечисленные синдромы в группах встречаются практически с одинаковой частотой, что подчеркивает трудность в дифференциальной диагностике этих состояний исключительно по клинической картине заболевания. Наиболее часто в обеих группах в качестве ведущего симптома определялись: астенический (в 1-й группе – 40,0 %, во 2-й – 35,4 %) и тревожный (25,5 и 24,6 % соответственно), реже депрессивный (12,7 и 12,3 % соответственно). Имеется тенденция большей представленности фобического синдрома во 2-й группе (18,5 %) по сравнению с 1-й (7,3 %). Обсессивный синдром наблюдался у 5,5 % в 1-й группе и 1,5 % – во 2-й, ипохондрический – у 9,1 и 7,7 % соответственно. Поскольку многообразие симптомокомплексов невротических и невротоподобных расстройств не охватывают выделенные ведущие синдромы, в табл. 5 представлено соотношение основных клинических синдромов в группах.

Таким образом, большинство синдромов встречалось в группах без достоверных различий по частоте, за исключением обсессивного синдрома и синдрома вегетативного возбуждения, которые достоверно чаще наблюдались в первой группе, и цефалгического синдрома, который, напротив, был более характерен для пациентов второй группы.

Таблица 5

Частота встречаемости основных клинических синдромов, n (%)

Синдром	Группа		p <
	1-я	2-я	
Астенический	53 (96,4)	62 (95,4)	
Тревожный	41 (74,5)	45 (69,2)	
Депрессивный	33 (60,0)	30 (46,2)	
Диссомнический	24 (43,6)	22 (33,8)	
Ипохондрический	16 (29,1)	15 (23,1)	
Фобический	9 (16,4)	18 (27,7)	
Синдром соматоформной вегетативной дисфункции	16 (29,1)	12 (18,5)	
Синдром панических атак	7 (12,7)	6 (9,2)	
Синдром вегетативного возбуждения	11(20,0)	5 (7,7)	0,05
Обсессивный синдром	12 (21,8)	3 (4,6)	0,01
Цефалгический синдром	8 (14,5)	15 (23,1)	0,05

Изучение симптоматической картины показало, что у пациентов 1-й группы при поступлении на лечение отмечалось от 4 до 19 симптомов, в среднем – 10,8, наиболее часто – 11. Во 2-й группе – от 3 до 24 симптомов, в среднем – 11,1 и наиболее часто 7. Всего было выделено 38 симптомов, встречавшихся с различной частотой. В табл. 6 представлено соотношение симптомов, наиболее часто встречающихся в группах.

Таблица 6

Частота встречаемости симптомов в группах, n (%)

Симптом	Группа		p <
	1-я	2-я	
Утомляемость	50 (90,9)	56 (86,2)	
Общая слабость	44 (80,0)	48 (73,8)	
Тревожность	40 (72,7)	44 (67,7)	
Различные виды нарушения сна	45 (81,8)	45 (69,2)	
Снижение настроения	34 (61,8)	35 (53,8)	
Колебания настроения	28 (50,9)	18 (27,7)	0,01
Эмоциональная лабильность	29 (52,7)	27 (41,5)	
Раздражительность	25 (45,5)	30 (46,2)	
Плаксивость	15 (27,3)	14 (21,5)	
Вегетативные приступы	22 (40,0)	16 (24,6)	0,05
Головные боли	22 (40,0)	40 (61,5)	0,01
Головокружения	9 (16,4)	21 (32,3)	0,05

Симптом	Группа		p <
	1-я	2-я	
Страхи различного содержания	14 (25,5)	26 (40,0)	0,05
Снижение работоспособности	39 (70,9)	43 (66,2)	
Снижение интересов	16 (29,1)	17 (26,2)	
Ощущение напряжения, скованности	17 (30,9)	18 (27,7)	
Колебания артериального давления	18 (32,7)	21 (32,3)	
Снижение памяти	8 (14,5)	23 (35,4)	0,01
Отсутствие аппетита	17 (30,9)	14 (21,5)	0,05
Повышенный аппетит	6 (10,9)	3 (4,6)	
Снижение веса	8 (14,5)	14 (21,5)	
Потливость	8 (14,5)	12 (18,5)	
Тошнота	3 (5,5)	8 (12,3)	
Снижение сексуального влечения	10 (18,2)	16 (24,6)	
Ограничительное поведение	2 (3,6)	10 (15,4)	0,01

Таким образом, достоверно значимо в 1-й группе отмечались частые смены настроения, отсутствие аппетита и вегетативные приступы и достоверно реже – страхи различного содержания, головокружения, головные боли, снижение памяти и ограничительное поведение. Другие симптомы встречались в группах примерно с одинаковой частотой.

При волнообразном течении гипостенического варианта неврастения на первый план выступали жалобы астенического характера, повышенная утомляемость, неспособность справиться с повседневной нагрузкой, ошибки при выполнении рабочих заданий. Перерывы в работе не приносили облегчения и не способствовали восстановлению сил. На этом фоне нарастала тревожная симптоматика, связанная с опасениями возможных негативных последствий своей низкой продуктивности. Пациентам было свойственно приписывать окружающим собственное негативное отношение к низкой продуктивности. Нарастание тревоги с развитием диссомнических нарушений еще больше усиливало астенизацию, вегетативные нарушения как симпатической, так и парасимпатической природы, чаще в виде головной боли, связанной с повышением тонуса мышц головы и шеи, а также неприятных ощущений в области сердца, пульсации сосудов, неспецифических гастроинтестинальных жалоб.

Среди психопатологических проявлений преобладали обидчивость, сенситивность, плаксивость, беспомощность, чувство неуверенности в себе, в своих силах, повышенная впечатлительность, тревожность. По мере течения заболевания клиническая картина усложнялась за счет присоеди-

нения новых симптомов, нарастания ипохондричности, становилась регуляторной.

При волнообразном течении гиперстенического варианта неврастении пациенты длительное время игнорировали симптомы, стараясь приложить усилия по мобилизации своих сил и продолжали находиться в неблагоприятных для них условиях. Несвоевременная диагностика неврастении была причиной дополнительной невротической фиксации на симптоматике с последующей ипохондризацией и затяжным течением расстройства. Повторные усилия по выполнению больших объемов работы вызывали нарушение ритма сна – бодрствования, когда чрезмерная активность в вечернее время еще больше вызывала нарушения засыпания. Сон становился поверхностным, прерывистым с тревожными сновидениями, отражающими беспокойство по поводу работы, без чувства отдыха по утрам. Падала работоспособность, увеличивалось количество ошибок в работе, отмечались проблемы с сосредоточением внимания, становилось трудно доводить начатое дело до конца.

Из психопатологических астенических проявлений на первый план выступали раздражительная слабость, эмоциональная лабильность, которые проявлялись вспыльчивостью, возбудимостью, агрессивностью, плаксивостью, чувством неуверенности в себе, в своих силах. Аффективные вспышки сопровождалась искренним сожалением больных о своей несдержанности. Они с трудом переносили ситуации, связанные с ожиданием, в которых тревога усиливалась несоразмерно значимости ситуации.

Пребывая постоянно в жестких рамках своих обязательств, больные испытывали сильное беспокойство относительно возможной нехватки времени. При этом появление периодов свободного времени также вызывало тревогу, пациенты стремились занять его любым видом деятельности, чтобы не оставалось возможностей для раздумий.

Отмечались перманентные и пароксизмальные вегетативные нарушения и сочетанные (перманентно-пароксизмальные). Наиболее часто встречались сердечно-сосудистые вегетативные расстройства в ответ на негативные эмоциональные события, включавшиеся в структуру тревожно-депрессивного синдрома. У  $\frac{1}{3}$  больных 1-й группы отмечался беспричинный субфебрилитет.

При непрерывном течении гиперстенического варианта затяжной неврастении в структуре жалоб преобладали выраженная тревога, диссомнические нарушения с затрудненным засыпанием из-за выраженных тревожных размышлений, представлений о собственной некомпетентности,

несостоятельности. Вегетативные нарушения были весьма разнообразными, в основном общего характера: повышенная потливость, приливы жара или озноб, гиперестезия. Пациенты не могли продолжать заниматься деятельностью, которая ранее приносила радость и способствовала восстановлению сил. Постепенно за счет истощения гиперстеническая фаза переходила в гипостеническую. Эмоционально-аффективные нарушения, приобретая депрессивную окраску по мере развития, достигали уровня невротической депрессии с развитием астенодепрессивных и депрессивно-ипохондрических синдромов. Достаточно рано присоединялся депрессивный компонент, когда субъективное переживание потери значимых составляющих системы отношений или компонента самоотношения предшествовало реальной ситуации утраты. Таким образом, при непереносимом уровне тревоги ожидания формировалась защитная позиция личности, при которой самостоятельный отказ от ценного объекта (в его роли могли выступать социальный статус или другой человек) определял иллюзию контроля над ситуацией. В дальнейшем такое поведение рационализировалось, и факт наличия болезненного состояния становился ведущим для объяснения происшедшего и освобождения пациента от ответственности за отказ от борьбы в ситуации с неопределенным исходом. Смягчалось внутреннее напряжение, связанное с интрапсихическим конфликтом. Уход в болезнь позволял пациентам избегать конфронтации с психотравмирующими ситуациями, в которых они склонны были предъявлять нереалистично завышенные требования к себе при одновременной недооценке внешних обстоятельств и ограниченности собственных возможностей. Периоды возникновения вторичной симптоматики, формирования добавочного компонента и дальнейшего закрепления первичных симптомов перемежались со временным улучшением.

При присоединении депрессивно-ипохондрического компонента отмечался уход в болезнь с последующими патохарактерологическими изменениями в виде невротического развития личности по депрессивному типу, когда астенодепрессивные нарушения ограничивали социальные контакты и продуктивную деятельность, и это усугубляло ипохондрические тенденции и социальную детренированность пациентов.

Неврозоподобные резидуально-органические расстройства так же проявлялись синдромом раздражительной слабости, включающей, с одной стороны, повышенную утомляемость, истощаемость психических процессов, а с другой – чрезмерную раздражительность, готовность к аффективным вспышкам. Вместе с тем они имели и ряд особенностей [2, 3, 8].

Характерными проявлениями были головные боли, усиливающиеся во второй половине дня, вестибулярные расстройства (тошнота, головокружения, чувство дурноты при езде на транспорте). Значительно выражены аффективные нарушения: брутальность, взрывчатость, склонность к тоскливо-подавленному настроению. Часто отмечалась гиперестезия к звукам и яркому свету. Неврозоподобные страхи (40 %), как правило, носили характер приступов и сопровождались вегетативными расстройствами, отличались от невротических бессодержательностью, отсутствием связи с какой-либо психотравмирующей ситуацией, большей выраженностью вегетативных нарушений. В интервалах между приступами сохранялась церебраленическая и психоорганическая симптоматика. Неврозоподобные тики (4,6 %) не носили характер насильственных, им присущ более стойкий характер; в ряде случаев они сохранялись годами с одинаковой интенсивностью и мало зависели от внешней ситуации. Неврозоподобное заикание (9,2 %) отличалось склонностью к затяжному течению и резистентностью к лечебным мероприятиям, в том числе логопедическим.

По сравнению с типичными астеническими проявлениями, к клинической картине пациентов с неврозоподобным течением резидуально-органического поражения головного мозга часто присоединялись элементы психоорганического синдрома – нарушения всех компонентов памяти (35,4 %), концентрации активного внимания (32,3 %), трудность усвоения новых знаний (53,8 %). У них были более выражены аффективные нарушения. Раздражительность характеризовалась большей взрывчатостью, часто проявлялась без провокации со стороны окружающих. Имели место ворчливость, придирчивость, вздорность, пониженное чувство дистанции, снижение самокритичности.

Особенностью противоречивых конфликтных переживаний при неврастении является их частичная социальная приемлемость и даже поощряемость. Повышенная требовательность к себе, мотивация высоких достижений всегда относились к положительным социальным установкам. При этом игнорируются реальные возможности личности, что определяет неспособность справляться с поставленными задачами при одновременном активном стремлении их разрешить, то есть патогенные источники обнаруживались не в тенденциях и их направленности, а в неумении правильно сообразовать свою активность с внутренними и внешними средствами выполнения задачи и достижения поставленной цели. В данном случае в системе отношений наиболее страдает самоотношение. Своеобразие внутреннего противоречия,



его Эго-синтонность, как для пациента, так и для врача, приводят к гиподиагностике на ранних этапах и затяжному течению неврастения.

### Заключение

Характерными клиническими признаками резидуально-органических неврозоподобных нарушений является их сходство с психогенными невротическими расстройствами, в особенности с неврастением при отсутствии психотравмирующего момента, относительная бедность и монотонный характер проявлений, их выраженная «органическая окрашенность», ригидность клинических изменений и возникновение их на церебраленическом фоне.

Близость клинических проявлений, характерных для пациентов с неврастением и неврозоподобными резидуально-органическими церебральными расстройствами, определяет трудности в дифференциальной диагностике этих состояний, поэтому большое значение имеет учет психологических, личностных особенностей, а также клинический анализ содержания симптомов, их динамики, характерных психопатологических проявлений.

### Литература

1. Аведисова А.С. Терапия астенических состояний // Фармацевт. вестн. – 2003. – № 3 (282). – С. 15–16.
2. Агапов Ю.К. Клиническая динамика и психопрофилактика астенических состояний экзогенно-органического генеза : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 1989. – 25 с.
3. Бамдас Б.С. Астенические состояния. – М. : Медгиз, 1961. – 203 с.
4. Бамдас Б.С. К дифференциальному диагнозу астенического и органического психопатологических синдромов // Пограничные состояния : тр. всесоюз. съезда невропатологов и психиатров. – М., 1965. – Т. 5. – С. 339–343.
5. Буторина Н.Е. Возрастные критические периоды в динамике резидуально-органической церебральной патологии // 12-й съезд психиатров России : материалы съезда. – М., 1995. – С. 366–368.
6. Вейн А.М. Неврозы // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1998. – № 11. – С. 38–41.
7. Воробьева О.В. Многогранность феномена астении // Рус. мед. журн. – 2012. – № 5. – С. 248–252.
8. Карвасарский Б.Д. Неврозы : руководство для врачей. – М. : Медицина, 1990. – 573 с.
9. Карвасарский Б.Д. Головные боли при неврозах и пограничных состояниях. – Л. : Медицина, 1969. – 192 с.
10. Колотильщикова Е.А., Мизинова Е.Б., Лысенко И.С., Чехлатый Е.И., Полторац С.В. Сравнительный анализ механизмов психологических защит больных с острым и хроническим течением невротических расстройств // Вестн. С.-

Петерб. гос. ун-та. Сер. 12: Психология. Социология. Педагогика. – 2010. – Вып. 4. – С. 207–213.

11. Лакошина Н.Д., Турнова М.М. Неврозы, невротические развития личности: клиника и лечение. – М. : Медицина, 1994. – 192 с.
12. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. – Л., 1960. – 426 с.
13. Пивень Б.Н., Голдобина О.А. Клинический патоморфоз неврозов // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1997. – № 11. – С. 12–15.
14. Свядоц А.М. Неврозы и их лечение. – М. : Медицина, 1982. – 368 с.
15. Хананашвили М.М. Информационные неврозы. – Л. : Медицина, 1978. – 144 с.
16. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю. Неврастения : учеб.-метод. пособие. – СПб., 2007. – 227 с.
17. Costa e Silva J.A., De Girolamo G. Neurasthenia: history of concept // Psychological disorders in general medical setting / N. Sartorius, D. Goldberg, G. de Girolamo, J. Costa e Silva, Y. Lecrubier, and U. Wittchen (eds.). – Bern : Hogrefe and Huber, 1990. – P. 69–81.
18. Guthrie E. Medically unexplained symptoms in primary care // Advances In Psychiatric Treatment. – 2008. – Vol. 14. – P. 432–440.

**Karavaeva T.A., Vasiileva A.V., Vakhreneva O.A., Chekhlaty E.I.** Klinikopatologicheskie osobennosti patsientov s nevrasteniei i nevrozopodobnymi rezidual'no-organicheskimi rasstroistvami [Clinical and psychopathological features of patients with neurasthenia and neurosis-like residual-organic cerebral disorders]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of psychotherapy]. 2014. N 51. P. 105–124.

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

Abstract. The article discusses the clinical and psychopathological features of patients with neurasthenia and neurosis-like residual-organic cerebral disorders, which are important in the differential diagnosis of these conditions. Significant differences were shown in syndromological and symptomatic structures. The types of internal picture of the disease, the degree of awareness of the disease, the patient's attitude to the treatment, the causes of decompensate state, stressful situation, the sphere of decompensation, duration of disease, particularly the onset of the disease, types of the disease were presented.

Keywords: clinical (medical) psychology, neurasthenia, neurosis-like residual-organic cerebral disorders, differential diagnosis, clinical picture, psychopathological features.

Vasilieva Anna Vladimirovna – Dr. Med. Sc., Leading research associate, Neurosis and Psychotherapy Department, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (Russia, 192019, Saint-Petersburg, Bekhterev Str., 3); e-mail: [annavdoc@yahoo.com](mailto:annavdoc@yahoo.com);

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

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

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

## References

1. Avedisova A.S. Terapiya astenicheskikh sostoyanii [Therapy of asthenic conditions]. *Farmatsevticheskii vestnik* [Pharmaceutical Bulletin]. 2003. N 3. P. 15–16. (In Russ.)
2. Agapov Yu.K. Klinicheskaya dinamika i psikhoprofilaktika astenicheskikh sostoyanii ekzogennno-organicheskogo geneza [Clinical dynamics and psychoprophylaxis of asthenic conditions of exogenous organic genesis]. Tomsk 1989. 25 p. (In Russ.)
3. Bamdas B.S. Astenicheskie sostoyaniya [Asthenic conditions] Moskva. 1961. 203 p. (In Russ.)
4. Bamdas B.S. K differentsial'nomu diagnozu astenicheskogo i organicheskogo psikhopatologicheskikh sindromov [To the differential diagnosis of asthenic and organic psychiatric syndromes]. *Pogranichnye sostoyaniya: materialy s"ezda nevropatologov i psikhiatrov* [Borderline states: Proceedings of the Congress of Neurologists and Psychiatrists]. M. 1965. Vol. 5. P. 339–343. (In Russ.)
5. Butorina N.E. Vozrastnye kriticheskie periody v dinamike rezidual'no-organicheskoi tserebral'noi patologii [Age critical periods in the dynamics of residual-organic cerebral pathology]. *12-i s"ezd psikhiatrov Rossii: materialy s"ezda* [Twelfth Congress of Russian Psychiatrists: Proceedings of the Congress]. Moskva. 1995. P. 366–368. (In Russ.)
6. Vein A.M. Nevrozy [Neuroses]. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 1998. N 11. P. 38–41. (In Russ.)
7. Vorob'eva O.V. Mnogogrannost' fenomena astenii [Diversity of asthenia phenomenon]. *Russkii meditsinskii zhurnal* [Russian Medical Journal]. 2012. N 5. P. 248–252. (In Russ.)
8. Karvasarskii B.D. Nevrozy [Neuroses]. Moskva. 1990. 573 p. (In Russ.)
9. Karvasarskii B.D. Golovnye boli pri nevrozakh i pogranichnykh sostoyaniyakh [Headaches in the neuroses and borderline states]. Leningrad. 1969. 192 p. (In Russ.)
10. Kolotil'shchikova E.A., Mizinova E.B., Lysenko I.S., Chekhlatyi E.I., Poltorak S.V. Sravnitel'nyi analiz mekhanizmov psikhologicheskikh zashchit bol'nykh s ostrym i khronicheskim techeniem nevroticheskikh rasstroistv [Comparative analysis of psychological defense mechanisms in patients with acute and chronic neurotic disorders]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya 12:*

*Psikhologiya. Sotsiologiya. Pedagogika* [Vestnik of Saint Petersburg university. Series 12. Psychology. Sociology. Education]. 2010. N 4. P. 207–213. (In Russ.)

11. Lakosina N.D., Turnova M.M. Nevrozy, nevroticheskie razvitiya lichnosti: klinika i lechenie [Neurosis, neurotic personality development: clinical features and treatment]. Moskva. 1994. 192 p. (In Russ.)

12. Myasishchev V.N. Lichnost' i nevrozy [Personality and neuroses]. Leningrad. 1960. 426 p. (In Russ.)

13. Piven' B.N., Goldobina O.A. Klinicheskii patomorfoz nevrozovyyu [Clinical pathomorphosis of neuroses]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 1997. N 11. P. 12–15. (In Russ.)

14. Svyadosh A.M. Nevrozi i ih lechenie [Neuroses and Their Treatment]. Moskva. 1982. 368 p.

15. Hananshvili M.M. Informacionnie nevrozi [Information neuroses]. Leningrad. 1978. 144 p. (In Russ.)

16. Chutko J.I.C., Surushkina S.Yu. Nevrasteniya [Neurasthenia]. Sankt-Peterburg. 2007. 227 p. (In Russ.)

17. Costa e Silva J.A., De Girolamo G. Neurasthenia: history of concept // Psychological disorders in general medical setting. N. Sartorius, D. Goldberg, G. de Girolamo, J. Costa e Silva, Y. Lecrubier, and U. Wittchen (eds.). Bern : Hogrefe and Huber. 1990. P. 69–81.

18. Guthrie E. Medically unexplained symptoms in primary care. *Advances In Psychiatric Treatment*. 2008. Vol. 14. P. 432–440.

## АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И СВОБОДА КАК ПУТЬ ЖИЗНЕННОГО ВЫБОРА ЧЕЛОВЕКА

Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова (Россия, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41);  
Русская христианская гуманитарная академия  
(Россия, Санкт-Петербург, наб. реки Фонтанки, д. 15);  
Санкт-Петербургская православная духовная академия  
(Россия, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 17)

Статья посвящена общетеоретическим аспектам аддиктивного поведения как антипода свободы человека, осмысление которых необходимо для решения практических задач, узловых при взаимодействии пастырской и медицинской практики, в сочетании психотерапии и богословия. Свобода человека представляет собой не статичную заданность человеческой природы, она многогранна и динамична, способна к изменению и развитию. Осмысление проблематики свободы человека невозможно без включения в неё контекстов как внутренних психофизиологических процессов, происходящих в жизни человека, так и соборного бытия, синергии – Бога и человека, человека и человека. В практическом контексте наиболее важным становится рассмотрение свободы в качестве осознанного пути человека, противоположного пути аддиктивного поведения (зависимости) – рабства греху. Синергичные процессы, смыкающиеся на отдельной личности, но охватывающие окружающий её мир, формируют этот путь свободы, – осмысление этого факта имеет также большое практическое значение как в пастырской практике в широком смысле, так и в деле лечения зависимостей человека.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, аддиктивное поведение, свобода, зависимость, выбор, грех, богословие и медицина, психотерапия, синергия.

***Проблема алкогольной аддикции.*** Сегодня проблема алкоголизма как наиболее распространенного вида аддиктивного поведения приняла поистине грандиозный размах, затронув многие уровни человеческой жизни, и как никогда остро стоит перед российским обществом. Многие люди

---

Григорьев Григорий Игоревич – засл. врач России, д-р мед. наук проф. Северо-Западного гос. мед. ун-та им. И.И. Мечникова, декан ф-та психологии и философии человека Русской христианской гуманитарной академии (Россия, 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41); e-mail: grigorijgi@hotmail.com;

Легеев Михаил Викторович – канд. богословия, препод. Санкт-Петербургской духовной академии (Россия, 191167, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 17); e-mail: m-legeev@yandex.ru.

осознают алкоголизм как общественное зло, как вредную привычку, как негативное явление нашей жизни, но далеко не все понимают, что это – самая опасная аддикция современности, являющая собой губительную болезнь, повреждающую здоровье человека на всех уровнях его природы: физическом, душевном, духовном, разрушающая общество, способная вызвать в жизни социума и государства тяжёлые последствия, не соизмеримые с действием никакой другой болезни.

На сегодняшний день существует немало научных и статистических исследований, убедительно и наглядно подтверждающих эти катастрофические последствия, раскрывающих сущность алкоголизма как многоликой, многомерной болезни человеческой природы.

***Последствия на уровне физического здоровья человека.*** Во-первых, приведём некоторые данные, говорящие о разрушении алкоголизмом физического здоровья. Систематическое употребление спиртных напитков, содержащих 60 г спирта, приводит к стойкой психофизической зависимости от алкоголя. Алкоголь начинает разрушать организм человека, поражать его важнейшие органы. Так, в первую очередь он поражает систему желудочно-кишечного тракта, вызывает атрофию слизистой оболочки кишечника, нарушает усвоение витаминов, снижает иммунитет. Затем страдает печень, что в конечном итоге приводит к циррозу печени, который возникает у 20 % страдающих алкоголизмом. По данным А.З. Немцова, 68 % смертей, наступивших от цирроза печени, вызваны действием алкоголя [8]. Поражается поджелудочная железа – до 60 % смертей, наступивших от панкреатита, также вызваны действием алкоголя [8]. Для злоупотребляющих алкоголем характерны поражения стенок сосудов, нарушение текучести крови, различные поражения сердца; по данным А.З. Немцова, 23 % смертей, наступивших от сердечных заболеваний, связаны с алкоголем (только эта цифра в пересчёте на абсолютное значение составляет около 300 тыс. человек ежегодно!). Вследствие снижения адаптационных резервов организма среди алкоголиков высока смертность от туберкулёза и пневмонии. Наконец, алкоголем поражается центральная нервная система, отмирают клетки головного мозга. Регулярное употребление даже небольших его количеств приводит к быстрому и стойкому развитию утомления. Преждевременное старение всего организма – характерный «плод» алкоголизма. Человек, крепко выпивающий 2 раза/нед, согласно исследованиям, сокращает свою жизнь на 20 лет!

Развитие болезней, старение организма и преждевременная смертность людей, вызванные алкоголизмом, столь масштабны в рамках нашего

государства, что снижение потребления алкоголя всего на 5–10 % уменьшило бы смертность российских граждан на 100–200 тыс. человек в год.

**Последствия на уровне душевного здоровья человека.** Не менее значимо и разрушение алкоголизмом психики человека. Уже на физическом уровне алкоголизм вызывает атрофию коры головного мозга и периферических нервных волокон, что, в конечном счёте, приводит к грубым психическим и неврологическим отклонениям. Около 3 млн человек в России на почве алкоголизма дошли до такого болезненного состояния, которое характеризуется выраженными психическими отклонениями вплоть до симптомов «белой горячки» – тяжёлого экзогенного психоза.

Что касается психических заболеваний в целом, то примерно  $\frac{1}{3}$  их возникает на почве злоупотребления алкоголем. Более того, рост алкогольных психозов в России опережает даже рост самого алкоголизма как явления: так, если в постсоветское время, согласно статистике, количество алкоголиков возросло вдвое, то количество алкогольных психозов – вчетверо. Разрушение психики, в свою очередь, является почвой для самоубийства. Статистические данные говорят о том, что 42 % самоубийств, совершаемых в нашей стране, связаны с алкоголем – это 25 тыс. человек ежегодно.

Особенно чувствительна к алкоголю психика молодого человека, подростка. По данным медиков, для 64 % молодых людей, систематически употребляющих алкоголь, характерны резкие перепады настроения, чередование депрессии и чрезмерного психического возбуждения. Употребляющие алкоголь подростки агрессивны по отношению к родителям и окружающим, безразличны к учёбе, имеют выраженные отклонения в своём психическом развитии.

Но повреждения душевного характера, вызванные в человеке алкоголем, опасны не только своим прямым действием. Расшатанная, повреждённая психика человека, в свою очередь, становится источником преступности, различных разрушительных тенденций в жизни социума, уничтожает духовный мир человеческой личности.

**Последствия на уровне духовного здоровья человека.** Последствия алкоголизма, которые происходят на уровне духовного здоровья человека, оказываются ещё более значимы и становятся источником ещё более далекого идущих последствий.

Духовная болезнь, на церковном языке называемая также страстью, действует в сердце человека неким таинственным образом, подменяет собой ту естественную духовную деятельность души, которая предусмотрена

промыслом Божиим при сотворении человека. Страстью, духовной болезнью является и алкогольная зависимость.

Само по себе употребление алкоголя не является грехом. Однако регулярное и неумеренное употребление алкоголя вызывает в человеческой душе привычку и тягу к эйфории, ложному ощущению счастья, свободы, влечет иллюзию отсутствия проблем и забот окружающего мира. Таким образом, на духовном уровне болезнь алкоголизма имеет своим главным признаком жажду безответственности, независимости от реального мира, ложной свободы. Человек теряет собственное лицо, в нём разрушается образ Божий, согласно которому человек призван быть творцом, активным и ответственным создателем этого мира. «Пьяницы... Царства Божия не наследуют», – пишет апостол Павел (1 Кор 6:10) [3], обращая наше внимание именно на этот, духовный аспект разрушения человеком своей природы, которое делает её неспособной ни к собственной созидательной жизни, ни к общению с человеком, ни к общению с Богом.

В значительной мере причиной, а отчасти и следствием такого извращённого отношения человека к собственной душе и к окружающему миру является частичная или полная утрата смысла жизни – другой тяжёлый и разрушительный духовный недуг нашего времени. Сопутствуя алкоголизму, болезнь уныния, потери истинных ценностей человеческого бытия принципиально затрудняет выздоровление человека от алкогольной зависимости; не решив эту духовную проблему человека, невозможно побороть и болезнь алкоголизма в целом.

У подверженного недугу алкоголизма изменяется отношение и к другому человеку, нередко притупляется чувство ценности человеческой жизни как таковой, в душе пробуждаются звериные, нечеловеческие инстинкты, обостряются и выходят наружу страсти гнева, ненависти, саморазрушения. По официальной статистике, 72 % всех совершаемых убийств связаны с алкоголем. Как уже было указано ранее, в состоянии алкогольного опьянения совершается и почти каждое второе самоубийство. Половина погибающих людей в момент совершения преступления также находится в состоянии опьянения. Более чем 90 % официально зафиксированных случаев хулиганства совершено под воздействием алкоголя. Если взять общее число преступлений, то 37 % из них совершаются в состоянии опьянения, – таковы данные по России. «Никто не бывает так любезен дьяволу, как в пьянстве пребывающий, потому что никто так не исполняет его воли, как пьяница» – эти слова святого Тихона Задонского дают верную характеристику того духовного помрачения, духовной болезни, кото-



рой одержим человек, зависимый от алкоголя, подчинивший ему свою жизнь, связавший им собственную волю, чувство и разум.

***Последствия на уровне социума и государства.*** Наконец, необходимо сказать о тех последствиях алкоголизма, которые происходят на уровне общества и государства; и здесь живым и, быть может, самым ярким примером для нас является наше Отечество.

Эти последствия тесно связаны с масштабом болезни, а масштаб алкоголизма в рамках российского общества огромен. 20 % российских граждан (а в эти статистические данные включены дети, женщины и старики) пьют регулярно и крепко; эти люди в полном смысле слова больны алкоголизмом. Такова официальная статистика, а фактическое положение дел может быть ещё хуже: значительно более велик процент людей, в той или иной степени зависимых от алкоголя.

Если в начале XX в. Россия занимала предпоследнее место в мире по употреблению алкогольных напитков, то сегодня она уверенно лидирует по этому показателю в мировом масштабе. Так, за последние 100 лет количество алкоголя, выпиваемого в среднем на одного человека в год, выросло у нас в 5–10 раз! Если в годы Первой мировой войны в пересчёте на чистый спирт этот показатель составлял 3,4 л/год на человека, то сейчас – не менее 18 л. Эксперты Всемирной организации здравоохранения считают, что показатель в 8 л составляет порог, за которым начинается деградация нации, влекущая за собою необратимые болезненные процессы в жизни социума; как видно из приведённых данных, у нас этот порог превышен почти в 2,5 раза! Подобный показатель – свидетельство запущенной и глубокой болезни всего российского общества, болезни, влекущей русский народ к прогрессирующему вымиранию, культуру – к деградации, институт семьи – к искажению и утрате своих социальных функций, экономику – к серьёзным проблемам, связанным с вопросами демографии.

Алкоголь является причиной более 50 % всех преждевременных смертей среди трудоспособного населения России (на Западе этот показатель в 4-5 раз ниже, чем у нас). Наша страна занимает одно из первых мест в мире по смертности, в том числе и по смертности, в силу тех или иных причин являющейся результатом пьянства. Примечательно, что в российских тюрьмах, где потребление алкоголя заключёнными невозможно или крайне ограничено, смертность в 3 раза ниже, чем на свободе в аналогичных возрастных группах.

Молодое поколение – это облик завтрашней России; векторы развития молодёжи определяют, насколько здоровым будет общество через 20–

30 лет. И поэтому особенно важно осознание того факта, что сегодня в России огромные масштабы принимает алкоголизация подростков. В юношеском возрасте алкоголизм зарождается и формируется, как правило, вследствие употребления так называемых слабоалкогольных напитков – пива, джин-тоника и т. д. Согласно статистике, сегодня регулярно употребляют пиво 76 % российских граждан, и это по преимуществу молодое поколение. 33 % юношей и 20 % девушек употребляют алкоголь ежедневно (данные Роспотребнадзора). Между тем известно, что злоупотребление алкоголем в юношеском возрасте в 4 раза увеличивает риск заболевания алкоголизмом в будущем.

Помимо массового употребления слабоалкогольных напитков, существует и набирает темпы среди молодёжи хронический алкоголизм; так, согласно официальным данным, в России 41 тыс. несовершеннолетних подростков и 6 тыс. детей являются хроническими алкоголиками. За последние 10 лет средний возраст приобщения к алкоголю снизился с 16 до 13 лет, и эта тенденция продолжается. Учитывая статистические данные и тенденции развития алкоголизма в нашей стране, динамику приобщения к алкоголю молодого поколения, Всемирная организация здравоохранения прогнозирует, что в России доживут до пенсионного возраста лишь 40 % сегодняшних юношей. Для сравнения, например, в Англии подобный показатель, по прогнозам, должен составить 90 %. Таково безрадостное будущее нашей молодёжи, если не будет переломлен ход этой страшной болезни своевременным и эффективным лечением. Если этого не случится, то сегодняшний показатель алкоголизма среди зрелого населения России (в возрастной группе от 40 до 59 лет), который составляет 55 % (!), станет ещё выше и разрушение здоровья общества окажется необратимым процессом.

**Пути решения проблемы алкоголизма.** От чрезмерного употребления алкоголя в мире ежегодно умирают 3,3 млн человек, а больше всего спиртного пьют жители европейского региона. Такой вывод содержится в Глобальном докладе о положении в области алкоголя и здоровья, распространённом Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Как говорится в исследовании, рассматривающем положение дел во всех 193 государствах-членах ВОЗ по состоянию на 2012 г., в общей сложности алкоголь стал причиной 5,9 % смертей на планете, что превышает количество смертей от ВИЧ/СПИДа (2,8 %), туберкулеза (1,7 %) или насилия (0,9 %). Мужчины при этом умирают от злоупотребления спиртным чаще (7,6 % смертей), чем женщины (4 %). Как выяснили эксперты ВОЗ, больше всего

алкоголя в год употребляют в Белоруссии – 17,5 л чистого спирта на человека в год. На 2-м месте идут граждане Молдавии (16,8 л), на 3-м – Литвы (15,4 л). Россияне, как и 3 года назад, оказались в 4-й строчке списка. Потребление алкоголя в России составляет 15,1 л/год на человека. Это в 2,5 раза превышает среднемировой показатель, составляющий 6,2 л чистого спирта в год, или 13,5 г чистого спирта в день на человека старше 15 лет. В целом по Европе уровни потребления алкоголя оказались самыми высокими в мире. Так, все страны из первой десятки списка представляют этот регион: 5-ю строчку заняла Румыния, 6-ю – Украина, далее идут Андорра, Венгрия, Чехия и Словакия. Тем временем, как говорится в докладе, 48 % населения Земли вообще никогда не притрагивались к спиртному [12].

Почему в России создалась такая печальная ситуация, почему мы имеем такое запущенное состояние болезни алкоголизма, её общегосударственный масштаб? Наверное, можно по-разному ответить на этот вопрос, но одна из немаловажных причин – недостаток эффективных и последовательных мер лечения болезни.

Приведенная выше развёрнутая характеристика алкоголизма как болезни выявляет его многообразную разрушительную силу, действующую одновременно в разных сферах человеческой природы, человеческой жизни, человеческого бытия. Всякая же болезнь требует скорейшего, незамедлительного и эффективного лечения, масштаб которого должен быть соизмерим с угрозой, которую эта болезнь представляет. Медики знают: чем многограннее заболевание, чем разностороннее его влияние на организм человека, чем многообразнее его последствия, тем более сложным, комплексным и многопрофильным должно быть лечение. Понимание этого принципа особенно важно в случае с алкоголизмом.

Институты, деятельность которых охватывает сферы человеческой жизни, разрушаемые алкоголем, призваны соединить свои усилия в борьбе с этой болезнью. Здравоохранение, наука, законодательство, средства массовой информации, иные общественные и государственные институты, Церковь – способны противопоставить разрушительной силе алкоголизма не разрозненные и неполноценные усилия, но политику единого и безоговорочного противодействия, осуществляемого на уровне всех своих сил и возможностей. Если мы соединим в одно целое достижения медицины и науки, усилия органов здравоохранения и общественных организаций, пропаганду здорового образа жизни в средствах массовой информации, формирование культурных идеалов, осуждающих болезнь алкоголизма, законодательную политику соответствующих ограничений и запретов, эф-

фективный государственный контроль и иные, в том числе экономические, меры государственного влияния, наконец, усилия Церкви, помогающие человеку обрести утраченный смысл жизни, прийти к Богу, – то у нас появится надежда на исцеление российского общества от этого страшного недуга.

Мы знаем, что в прежние годы, когда борьба с алкоголизмом не представляла собой такого комплексного подхода, она не приносила существенных результатов. Усилия медицины и системы здравоохранения не подкреплялись последовательными государственными мерами; с алкоголизмом боролись на уровне общественных институтов, но забывали о духовной составляющей данной болезни и т. д. Сегодня ситуация иная. По инициативе Святейшего Патриарха Московского и всея Руси Кирилла XIII Всемирный русский народный собор, который состоялся в мае 2009 г., выступил с важным, носящим программный характер документом – резолюцией «О неотложных мерах по защите от алкогольной угрозы». В августе 2009 г. необходимость борьбы с алкоголизмом «на системном уровне» была сформулирована верховной властью и обозначена как одна из приоритетных задач государственной политики. Стали очевидны шаги к консолидации сил; беспокойство о здоровье российского общества начало выходить на уровень общей и глубоко осознаваемой проблемы первостепенной важности. Сотрудничество Церкви, средств массовой информации, общественных организаций, которое сегодня осуществляется в рамках антиалкогольного проекта «Общее дело», представляет прекрасный пример такого подхода.

Но всё это – лишь первые, хотя и принципиально важные, шаги к решению проблемы. Чем большее число институтов, организаций, наконец, просто людей будет вовлечено в общее дело борьбы с недугом алкоголизма, тем больше окажется вероятность того, что трагические тенденции развития российской истории будут преодолены.

Полагаем, что нелишне было обрисовать еще раз положение с аддиктивными зависимостями, чтобы представить серьезность вопроса и показать насущность проблемы, решением которой длительное время успешно занимается Международный институт резервных возможностей человека (МИРВЧ). Полученный в результате нашей деятельности опыт свидетельствует, что главной причиной массового развития аддикций современности является потеря духовно-нравственных ценностей как прообраза Божией свободы [5]. Для того чтобы понять, как преодолеть аддиктивное поведение

ние, которое представляет собой духовное порабощение человека собственными страстями, следует рассмотреть основания человеческой свободы.

**Свобода человека как свобода от греха.** Человек неверующий понимает свободу лишь как внешнюю категорию, более того, в современном мирском представлении все чаще в качестве идеала свободы выступает не что иное, как вседозволенность, при которой можно все; в лучшем случае секулярное понимание свободы сводится к тому, чтобы не ущемлять «свободу» другого человека. В нашей жизни понятие свободы совершенно потеряло тот глубокий смысл, который привнесло в него христианство. Свобода современного мира заключается в приоритете прав индивидуума перед безличными сообществами.

Христианство даёт принципиально другую трактовку понятия свободы человека. Апостол Павел пишет в своем Послании: «К свободе призваны вы, братия, только бы свобода ваша не была поводом к *угождению* плоти, но любовью служите друг другу» (Гал 5:13) [3]. Апостол подчёркивает соборный, экклезиологический характер свободы человека – той свободы, которая зиждется на единении человека с Богом и в Боге, которая реализуется через уподобление человека Богу, через уподобление Христу, которое принципиально чуждо всякого индивидуализма, но осуществляется Духом Святым, всех собирающим воедино и жизнь каждого члена содействующего общим достоянием всех.

Божественный дар свободы человеку реализуется лишь тогда, когда в центр своей жизни человек поставит Бога. Преподобный Симеон Новый Богослов об этом говорит так: «В чем же состоит свобода воли? Ни в чем другом, как только в том, чтобы свой ум всегда возвышать и прилеплять к Единому Господу Богу, нашему милостивому Спасителю» [9]. Единение же с Богом – это цель жизни всякого христианина, а теозис (обожение) – обретение человеком подобия Божия. Обретение окончательной и бесповоротной свободы со-бытия с Богом – вот к чему призван человек, и это со-бытие и единение могут быть осуществлены лишь путём освобождения от греха.

**Свобода выбора.** Образ Божий в человеке выражается прежде всего в его разумности и словесности, что неразрывно связано с таким свойством, как свобода выбора. Святитель Кирилл Александрийский утверждал: «Люди были изначально сотворены с контролем над своими собственными решениями и были свободны направлять свою волю, куда они пожелают, ибо они были созданы по образу Божию, а Бог свободен» [6]. И именно наличие свободного выбора, согласно Макарию Египетскому, отличает венец

творения от остальных тварей: «Небо, Солнце, Луна и Земля не обладают свободной волей [...] Но ты [создан] по образу и подобию Божию, и это означает, что, как и Бог сам себе хозяин и может делать, что хочет... подобным образом и ты сам себе хозяин».

Человеческая свобода выбора, в отличие от абсолютной и безусловной Божественной свободы, ограничена, несовершенна, «обусловлена» как Божественным замыслом о человеке, предполагающим его историческое развитие – путь к Богу, так и греховными страстями человека, привнесёнными грехопадением. Но и несмотря на это человеческая свобода остается подлинным отражением Божественной свободы в человеке.

В святоотеческих творениях термин «свобода» был жестко связан с термином «власть». Так, преподобный Максим Исповедник говорит о «самовластной воле» (τὸ αὐτεξούσιον θέλημα) и «самовластном мнении» (γνώμη) в человеке, которые напрямую связаны со свободой [4]. Самовластие человека, его свободная способность к выбору предназначены к тому, чтобы человек встал на путь добродетели, шествовал этим путём и пришёл к его завершению, к той точке, которая именуется теозисом (обожением).

Поскольку свобода напрямую связана с категорией разума, то человек, свободно избирающий грех, становится безумным, «обессловесивается» [1], а как следствие – становится зависимым в силу нарастающего и тяготеющего к энтропии и бессилию несовершенства собственной свободы. Адам с Евой после грехопадения сразу лишились разума, что видно из попытки спрятаться под кустом от Бога. С ослаблением разума человека свобода выбора, присущая его разуму, приобретает всё более нестабильный характер. Человек всё более отдаляется от того идеала, который предлагает ему Бог, абсолютная свобода которого не имеет в себе и тени колебания, неустойчивости и выбора в том специфическом смысле этого слова, который присущ падшему сознанию человека.

Утрачивая разум, человек ослабляет и теряет также и власть над самим собой. Свобода, которая даёт власть человеку, власть над собой и над своими страстями, способна ослабевать и умиляться, когда человек растрчивает таланты своей жизни; человек добровольно способен становиться рабом греха.

Согласно афористично точному высказыванию современного философа, «развитие любого страстного состояния – это свободная утрата свободы ...» [11].

**Свобода как потенция.** Бог сотворил мир из ничего, он сотворил его своей свободной волей. Божественная свобода дала толчок, чтобы из ничто

образовалось все. Это показывает нам, что понятие свободы связано с силой, потенцией, которая, по словам Бердяева, «глубже всякого оформленного и актуализированного бытия» [2]. И этим своим образом Бог наделяет человека, даруя ему большую возможность. Свобода получается человеком от Бога как высочайший дар, призванный, однако, раскрыться посредством Божественной благодати.

Но если в Боге, всесильном и всевластном, «расстояние» между возможностью и её осуществлением не встречает никаких онтологических препятствий, то для человека, напротив, ограниченного биопсихосоциальной парадигмой развития, предназначен путь, пройдя который, человек оказывается способен преложить богодарованную ему свободу-потенцию в энергию, в реальность конкретных трудов, усилий, наконец жизни, реализовав тем самым богоустановленный план свободного вызревания и раскрытия своей личности. Важно подчеркнуть, что свобода в человеке имеет двойственный характер. Дарованная Богом как возможность, свобода выступает одновременно призыванием человека; эти две грани свободы соотносятся с образом и подобием Божиим в человеке, обнимают всё домостроительство пути человека к Богу. Человек, в свою очередь, оказывается способен пройти путь свободы... или уклониться с этого пути.

**Путь свободы.** Свобода – это не только радость ипостасного человеческого бытия, свобода – это и ответственность. Свободный человек не просто волен избирать путь своих действий, свободный человек еще и в ответе за них.

Длительный опыт лечения аддиктивных пристрастий показывает, однако, что лишь человеческих усилий еще недостаточно для их преодоления. Часто бывает так, что человек успокаивает себя: я смогу справиться и сам! – но такое самовозвышение, как показывает практика, грозит еще более страшным срывом в близком будущем. Онтологичность богоданной свободы обеспечивает возможность независимости от страстей, что облегчает путь к освобождению от зависимости, и тем не менее неоднократно приходится убеждаться, что преодолеть ее в одиночку человек чаще всего не в состоянии.

И тут на помощь человеку приходит Божья благодать. Впрочем, следует оговориться, что все же благодати вполне закономерно предшествует благо-весть (по-гречески – евангелие, а по-русски – совесть). Применительно к нашей конкретной ситуации, зависимому от страстей человеку чрезвычайно важно расслышать ее тихий, но неотвратимый глас – чтоб «совесть Господь пробудил», как сказал Некрасов о судьбе раскаявшегося

разбойника Кудеяра, аналога «разбойника благоразумного». Вот почему от приходящих на лечение пациентов непременно требуется осознание своего состояния как болезни, тяжкого недуга и собственное волеизъявление получить исцеление. Разбуженная совесть – необходимое условие для «снискания» благодати, она приводит к раскаянию и находит выражение в Таинстве исповеди.

Но и этого еще мало: необходимо и дальнейшее встречное движение человека к Богу. «У человека два крыла, чтобы взлетать к Богу – свобода и благодать», как сказал на века преподобный Максим Исповедник. И современный философ, приводя эти слова, сообщает: «Взаимно откликаясь друг другу, божественное участие и свободное человеческое усилие чередуются между собою, словно взмахи двух крыл... Такое сотрудничество божественного и человеческого, благодати и свободы твари, в православном богословии обозначается термином “синергия”» [11].

Греческое слово синергия (συνεργία) переводится как «сотрудничество, содействие, соучастие». В общем смысле это понятие означает такое взаимодействие двух (или более) факторов, результат которого значимо превосходит последствия действий каждого из них в отдельности. В последнее время понятие «синергия» широко исследуется в философском дискурсе. Однако важно помнить, что это понятие является не просто эффективным изыском холодного ума, но представляет собой важнейшее основание жизнестроительства и конечного спасения каждого человека. Причем оно действует независимо от того, осознает человек наличие такой категории и ее присутствие в его жизни или нет, поскольку ее влияние можно проследить, даже если человек явно пренебрегает ею – только в отрицательном плане, и тогда ее действие сказывается недостатком необходимого.

И хотя вопрос о синергии является фундаментальным в деле человеческого спасения, он почти никогда не формулировался в святоотеческой и церковной письменности в систематическом виде. В то же время, тема синергии постоянно присутствует у святых отцов, будучи включённой в другую аскетическую и богословскую проблематику. При этом в последнее время проблема синергии привлекает пристальное внимание как богословов, так и светских мыслителей [7, 10, 11]. Эта проблема фундаментальна постольку, поскольку определяет путь стяжания благодати, стяжания Духа Святаго, что ведет к конечной (и все же бесконечной) цели, назначенной человеку, – к обожению. Однако и в частном приложении к проблеме аддиктивного поведения она чрезвычайно плодотворна. Причем здесь следует определить три важнейших уровня взаимодействий участников ради



достижения положительных результатов: это уровни больной – священник, больной – врач и больной – ближние.

Если начать с последнего, то очевидно, что поддержка, личный пример, создание условий для больного имеют чрезвычайно важное значение. Вот почему метод духовно ориентированной психотерапии обращает внимание и на работу и взаимодействие с родственниками больного.

Взаимодействие на уровне больной – врач необходимо для физического (терапевт) и психологического (психотерапевт-психолог) исцеления человека, то есть устранения физической и психологической (душевной) составляющих зависимости.

Но для упразднения главной – духовной – зависимости требуется новый уровень синэргетического взаимодействия: человек – священник, приводящий больного к Богу. И здесь первейшее значение приобретает духовная работа самого человека, заключающаяся в том, чтобы «воззвать к Богу, взыскать и возжаждать Его, исполниться напряженного устремления и всецелой обращенности к Нему. И когда человек так устремлен и открыт навстречу Богу, тогда он и оказывается в поле сил благодати ...» [11].

Практически, согласно методу духовно ориентированной психотерапии на основе церковного зарока, это выражается, как уже говорилось, в слушании совести, раскаянии и исповеди в грехах, а как итог – к даче зарока на неприятие алкоголя.

В то же время, существует и такая категория пациентов, которая церковного зарока не дает, ограничиваясь лишь врачебным, но, как показывают итоги деятельности МИРВЧ, лучших результатов достигают лица, обратившиеся к Богу и Церкви [5].

### Литература

1. Афанасий Великий, свт. Слово о воплощении Бога-Слова и о пришествии Его к нам во плоти // Афанасий Великий, свт. Творения. – М. : Изд-во Спасо-Преображенского Валаамского монастыря, 1994. – Т. 1. – С. 191–263. (Ре-принт изд. 1902 г.).
2. Бердяев Н.А. Метафизическая проблема // Путь: орган русской религиозной мысли (Париж). – 1928. – № 9. – С. 41–53.
3. Библия. – М. : Рос. библейское об-во, 2006. – 590 с.
4. Дионисий (Шленов), игумен. Свобода как преддверие созерцания по прп. Максиму Исповеднику. – URL: [www.bogoslov.ru](http://www.bogoslov.ru) (дата обращения 08.09.2014).
5. Духовно ориентированная психотерапия патологических зависимостей / под ред. Г.И. Григорьева. – СПб., 2008. – 504 с.
6. Кирилл Александрийский, свт. Творения. – М., 2001. – Т. 2. – 361 с.

7. Мефодий (Зинковский), иером., Лееев М.В. Ипостасно-природный характер синергии. // Церковь и время. – М., 2012. – № 61. – С. 69–106.
8. Немцов А.В. Алкогольная история России. Новейший период. – М., 2009. – 318 с.
9. Симеон Новый Богослов, прп. Творения. – М. : Изд-во Свято-Троице-Сергиевой лавры, 1993. – Т. 1. – 498 с. ; Т. 3. – 393 с. (Репринт изд. 1892 г.).
10. Синергия. Проблемы аскетике и мистики православия : науч. сб. / под ред. С.С. Хоружего. – М., 1995. – 368 с.
11. Хоружий С.С. Диптих безмолвия. – М., 1991. – 138 с.
12. ВОЗ: в России пьют в два с половиной раза больше спиртного, чем в среднем по миру. – URL:<http://itar-tass.com/obschestvo/1180303> (дата обращения 12.05.2014).

**Grigorev G.I., Legeev M.V.** Addiktivnoe povedenie i svoboda kak put' zhiznennogo vybora cheloveka [addictive behavior and freedom as a way of human life choice]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of psychotherapy]. 2014. N 51. P. 125–139.

Northwestern State Medical University named after I.I. Mechnikov  
(Russia, Saint-Petersburg, Kirochnaya st. 41);  
Russian Christian Humanitarian Academy  
(Russia, Saint-Petersburg, 15, Fontanka River Emb.);  
St. Petersburg Orthodox Theological Academy  
(Russia, Saint-Petersburg, 17, Obvodny Channel Emb.)

Grigorev Grigorii Igorevich – Dr Med. Sci. Prof., of the Northwestern State Medical University named after I.I. Mechnikov (Russia, 191015, Saint-Petersburg, Kirochnaya st. 41), Dean of the Faculty of Psychology and Philosophy, Russian Christian Humanitarian Academy; e-mail: [grigoriigi@hotmail.com](mailto:grigoriigi@hotmail.com);

Legeev Mikhail Viktorovich – Candidate in Theology, lecturer, St. Petersburg Orthodox Theological Academy (Russia, 191167, Saint-Petersburg, 17, Obvodny Channel Emb.); e-mail: [m-legeev@yandex.ru](mailto:m-legeev@yandex.ru).

Abstract. This article is devoted to the general theoretical aspects of addictive behavior as a human freedom antipode, understanding of which is necessary for solving practical problems, vital for combining pastoral practice, psychotherapy and theology. Human freedom is not a static predetermination of human nature; it is versatile and dynamic, capable of changing and developing. It is impossible to understand the problems of human freedom without including the contexts of both internal psychophysiological processes occurring in human life and conciliar being, synergy of God and man, man and man. In a practical context, the most important is to consider freedom as a conscious way of humans as opposed to dependence – the slavery of sin. Synergetic processes ganging up on an individual, but covering the world around him, form this path of freedom, – understanding of this fact is also of great practical impor-

tance for both the pastoral practice in a broad sense and the treatment of human dependences.

Keywords: clinical (medical) psychology, addictive behavior, freedom, dependence, slavery, dispensation, choice, sin, theology and medicine, psychotherapy, synergy.

### References

1. Afanasii Velikii, svyatitel' Slovo o voploshchenii Boga-Slova i o prishestvii Ego k nam vo ploti [Athanasius the Great, St.. Word of the incarnation of God the Word and of Him coming to us in the flesh]. *Afanasii Velikii, svyatitel'. Tvoreniya* [Athanasius the Great, St.. Creations]. Moskva. 1994. Vol. 1. P. 191–263. (Reprint 1902). (in Russ.)
2. Berdyaev N.A. Metafizicheskaya problema [Metaphysical problem]. *Put': organ russkoi religioznoi mysli* (Parizh) [Path: body of Russian religious thought]. 1928. N 9. P. 41–53. (in Russ.)
3. Bibliya [Bible]. Moskva. 2006. 590 p. (in Russ.)
4. Dionisii (Shlenov), igumen. Svoboda kak preddverie sozertsaniya po prepodobnomu Maksimu Ispovedniku [Freedom as a prelude to the contemplation by Rev. Maximus the Confessor]. URL: [www.bogoslov.ru](http://www.bogoslov.ru) (Date of treatment 08.09.2014). (in Russ.)
5. Dukhovno orientirovannaya psikhoterapiya patologicheskikh zavisimostei [Spirit-oriented psychotherapy of pathological dependencies]. Grigor'ev G.I., Aleksandrov A.A., Alekseev G.I. [et al.]. Ed. G.I. Grigor'ev. Sankt-Peterburg. 2008. 504 p. (in Russ.)
6. Kirill Aleksandriiskii, svyatitel'. Tvoreniya [Creations]. Moskva. 2001. Vol. 2. 361 p. (in Russ.)
7. Mefodii (Zinkovskii) ieromonakh, Legeev M.V. Ipostasno-prirodnyi kharakter sinergii [Subsistence-natural character of synergy]. *Cerkov' i vremya* [Church and time]. Moskva. 2012. P. 69–106. (in Russ.)
8. Nemtsov A.V. Alkogo'naya istoriya Rossii. Noveishii period [Alcohol history of Russia. The latest period]. Moskva. 2009. 318 p. (in Russ.)
9. Simeon Novyi Bogoslov, prepodobnyi. Tvoreniya [Creations]. Moskva. 1993. Vol. 1. 498 p. ; Vol. 3. 393 p. (Reprint 1892). (in Russ.)
10. Sinergiya. Problemy asketiki i mistiki Pravoslaviya [Synergy. Problems of asceticism and mysticism of Orthodoxy] / Ed. S.S. Khoruzhii. Moskva. 1995. 368 p. (in Russ.)
11. Khoruzhii S.S. Diptikh bezmolviya [Diptych of silence]. Moskva. 1991. 138 p. (in Russ.)
12. World Health Organization (VOZ): v Rossii p'yut v dva s polovinoi raza bol'she spirtnogo, chem v srednem po miru [Russians drink two and a half times more alcohol than the world average]. URL:<http://itar-tass.com/obschestvo/1180303> (Date of treatment 12.05.2014). (in Russ.)



**IX Всеармейская научно-практическая конференция с международным участием «БАРОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ РАНЕННЫХ, БОЛЬНЫХ И ПОРАЖЁННЫХ»**

**ОРГАНИЗАТОРЫ:**

**Главное военно-медицинское управление МО РФ,  
Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова МО РФ,  
Научно-практическое общество баротерапевтов Санкт-Петербурга  
и Ленинградской области,  
ООО «Ком-Форум»**

**Глубокоуважаемые коллеги!**

Приглашаем Вас принять участие в работе **IX Всеармейской научно-практической конференции с международным участием «Баротерапия в комплексном лечении и реабилитации раненых, больных и поражённых»**, которая будет проводиться **28–29 мая 2015 года** по адресу: Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Большой Сампсониевский проспект, д. 1, клуб.

На конференции предполагается рассмотреть теоретические и прикладные вопросы гипербарической оксигенации (ГБО) при лечении раненых, больных и поражённых; проблему реабилитации человека со сниженной работоспособностью различными видами и методами баротерапии; теоретические и практические положения гипербарической физиологии и водолазной медицины.

1. Гипербаротерапия: лечебная компрессия, лечебная рекомпрессия при специфических профессиональных заболеваниях водолазов, аэробаротерапия, оксигенобаротерапия, нормоксическая гипербаротерапия. ГБО как средство повышения работоспособности, лечения и реабилитации пациентов с различной патологией;

2. Нормобарическая баротерапия: оксигенотерапия, карбогенотерапия, оксигеногелиотерапия, интервальная гипоксическая терапия. Использование дыхательных смесей с различным парциальным давлением газов;

3. Гипобаротерапия: общая – непрерывная, периодическая; локальная – периодическая вакуумдекомпрессия, импульсная;

4. Диагностика, лечение и профилактика специфической профессиональной патологии лиц, пребывающих в условиях повышенного давления газовой и водной среды. Определение индивидуальной устойчивости водолазов к факторам гипербарии (декомпрессионное газообразование, токсическое действие высоких парциальных давлений азота и кислорода);

5. Меры безопасности при проведении сеансов баротерапии.

В рамках конференции будет организована выставка современных образцов медицинского и водолазного оборудования.

**О формах и условиях участия в конференции, порядке оформления тезисов можно узнать в организационном комитете: ООО «Ком-Форум», тел./факс 8-812-310-11-97, e-mail: info@baltika21.ru, it-med@inbox.ru. Сайт: www.baltika21.ru.**

**Кроме того, по интересующим вопросам Вы можете обратиться на кафедру физиологии подводного плавания Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова к членам организационного комитета: Андрусенко Андрей Николаевич, тел. 8-812-495-72-43, 8-904-636-44-36, e-mail: an.a.an@mail.ru; Шитов Арсений Юрьевич, тел. 8-812-495-72-87, 8-911-707-87-80, e-mail: arseniyshitov@mail.ru.**



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!**

Учредителями журнала «Вестник психотерапии» являются Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России и Международный институт резервных возможностей человека (МИРВЧ, Санкт-Петербург), издается с 1991 г. и является научным рецензируемым журналом, имеет **свидетельство о перерегистрации средства массовой информации** ПИ № ФС77-34066 от 07 ноября 2008 г., выданное Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций РФ. С 2002 г. **журнал включен в каталог Роспечати РФ (индекс–15399)** и на всей территории РФ и СНГ проводится его подписка через почтовые отделения. Журнал выпускается 4 раза в год.

**Решением Президиума ВАК Минобрнауки России** от 19.02.2010 г. № 6/6 «Вестник психотерапии» включен в Перечень научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы результаты диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук. С 2003 г. по 2006 г. журнал «Вестник психотерапии» также входил в данный Перечень научных журналов и изданий. (Бюллетень ВАК Минобрнауки России № 2 от 10.01.2003 г.).

**Желающие опубликовать свои научные материалы** (статьи, обзоры, краткие информационные сообщения) **должны** представить их в редакцию журнала в 2 экземплярах в печатном виде с приложением диска в текстовом редакторе WORD (не старше 2003 г.), шрифт Times New Roman, 14-й шрифт, межстрочный интервал полуротный, поля по 2,5 см с каждой стороны. Должны быть указаны фамилия, имя, отчество (полностью), ученая степень, ученое звание, должность и место работы автора (авторов), адрес (почтовый и e-mail) и телефон (телефоны). Статья должна быть подписана автором (авторами).

Материал статьи представляется по ГОСТу 7.89-2005 «Оригиналы текстовые авторские и издательские». Рекомендуемый объем статьи 10–20 стр. (28–30 строк на стр., до 70 знаков в строке). К статье должно быть приложено резюме (реферат), отражающее основное содержание работы, размером не менее ½ стр. Название статьи, реферат, ключевые слова, сведения об авторах, переводятся на английский язык. Англоязычное название места работы приводится в точном соответствии с Уставом учреждения. Диагнозы заболеваний и формы расстройств поведения следует соотносить с МКБ-10. Единицы измерений приводятся по ГОСТу 8.471-2002 «Государственная система обеспечения единства измерений. Единицы величин». Список литературы оформляется по ГОСТу 7.05.2008 «Библиографическая ссылка ...». Независимо от количества авторов все они выносятся в заголовок библиографической записи.

Рукописи рецензируются членами редакционного совета или редакционной коллегии и ведущими специалистами данных областей медицины и психологии. При положительной рецензии поступившие материалы будут опубликованы. Представленные материалы должны быть актуальными, соответствовать профилю журнала, отличаться новизной и научно-практической или теоретической значимостью. Фактический материал должен быть тщательно проверен и подтвержден статистическими данными или ссылками на источники, которые приводятся в конце статьи. При несоответствии статьи указанным требованиям тексты рукописей не возвращаются.

Направление статьи в журнал является согласием автора (авторов) на размещение статьи или ее материалов (реферата, цитатных баз и др.) в отечественных и зарубежных реферативно-библиографических базах данных.

Телефон (812) 592-35-79, 923-98-01 – заместитель главного редактора журнала – кандидат психологических наук доцент Милячкова Валентина Александровна (e-mail: vestnik-pst@yandex.ru); сайт ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России: www.arcerm.spb.ru; сайт МИРВЧ: www.mirvch.com

**Главный редактор журнала** – доктор медицинских наук, доктор психологических наук профессор Рыбников Виктор Юрьевич (e-mail: rvikirina@rambler.ru)

**Научный редактор журнала** – доктор медицинских наук профессор Евдокимов Владимир Иванович (e-mail: 9334616@mail.ru)

Журнал «Вестник психотерапии» зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 г.

Свидетельство о перерегистрации – ПИ № ФС77-34066 от 7 ноября 2008 г. выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций.

Учредители:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России).

Главный редактор – Рыбников Виктор Юрьевич.

Научный редактор – Евдокимов Владимир Иванович.

Корректор – Устинов Михаил Евграфович.

Индекс в каталоге Роспечать РФ «Газеты. Журналы» – 15399.

Адрес редакции: 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д.11.

Адрес издательства и типографии: ООО «Политехника-сервис».

190005, г. Санкт-Петербург, Измайловский пр., д. 18-д.

тираж 1000 экз.

цена – свободная

Отпечатано в типографии «Политехника-сервис»  
с оригинала-макета заказчика.

190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 18-д.  
Подписано в печать 24.09.2014. Печать – ризография.  
Бумага офсетная. Формат 60/84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Тираж 1000 экз.  
Объем 8,94 п. л. Заказ 7652.