

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

---

**ВЕСТНИК  
ПСИХОТЕРАПИИ**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**Главный редактор В.Ю. Рыбников**

**№ 54 (59)**

Санкт-Петербург  
2015

## **Редакционная коллегия**

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

## **Редакционный совет**

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

Адрес редакции:

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

**ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ**

Научно-практический журнал

- © Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, 2015
- © Международный институт резервных возможностей человека, 2015

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

---

**BULLETIN OF  
PSYCHOTHERAPY**

**RESEARCH & CLINICAL PRACTICE JOURNAL**

**Editor-in-Chief V.Yu. Rybnikov**

**N 54 (59)**

St. Petersburg  
2015

## **Editorial Board**

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

## **Editorial Council**

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

## **For correspondence:**

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

**BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY**

Research & clinical practice journal

© Nikiforov Russian Centre of Emergency and Radiation  
Medicine, EMERCOM of Russia, 2015

© International Institute of Human Potential Abilities, 2015

# СОДЕРЖАНИЕ

## ПСИХОТЕРАПИЯ

<b>Лутова Н.Б., Макаревич О.В.</b> Подходы к терапии комплаенса у больных шизофренией .....	7
<b>Соловьев А.Г., Новикова И.А., Местечко В.В.</b> Психотерапия лиц пожилого возраста с пограничными психическими расстройствами .....	19
<b>Терлецкий О.В., Григорьев Г.И., Разнатовский К.И., Легеев М.В.</b> Сложности терапии псориаза, связанные с психологическими и духов- ными проблемами пациентов, пути их решения .....	33

## ПСИХИАТРИЯ

<b>Шамрей В.К., Чудиновских А.Г., Рутковская Н.С.</b> Особенности оказания психиатрической помощи военнослужащим в годы Великой Отечественной войны .....	53
---	----

## МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

<b>Полторац С.В., Мизинова Е.Б., Цуринова Е.А., Трешкур Т.В.</b> Описание клинического случая пациента с желудочковой аритмией психогенного характера .....	70
<b>Горьковская И.А., Мартынова А.А.</b> Конфликтность осужденных по корыстным преступлениям в первоначаль- ный период отбывания наказания .....	89
<b>Ткаченко Г.А., Грушина Т.И., Кукшина А.А.</b> Психологическое исследование личности больных раком молочной же- лезы, перенесших радикальное лечение и страдающих отеком верхней конечности на стороне операции .....	98
<b>Салсанов Р.Т., Гудзь Ю.В.</b> Особенности нервно-психического состояния врачей хирургов экстрен- ных служб многопрофильного стационара после суточного дежурства ...	110
<b>Улюкин И.М., Рыбников В.Ю.</b> Динамика показателей качества жизни больных ВИЧ-инфекцией .....	120
<b>Голуб Я.В., Емельянов В.Д., Красноперова Т.В., Курпатов В.И.</b> Анализ воздействия свето-звуковой стимуляции на некоторые электро- физиологические показатели .....	140
<b>Попов В.И., Бережнова Т.А., Кулинцова Я.В.</b> Уровень тревожности у детей в возрасте 8–12 лет Воронежской области	151
Информация о журнале .....	159

## CONTENTS

### PSYCHOTHERAPY

<b>Lutova N.B., Makarevich O.V.</b> Strategies of schizophrenic's compliance therapy .....	7
<b>Soloviev A.G., Novikova I.A., Mestechko V.V.</b> Psychotherapy of elderly patients with borderline mental disorders .....	19
<b>Terletskii O.V., Grigoriev G.I., Raznatovsky K.I., Legeev M.V.</b> Complexity of the treatment of psoriasis associated with psychological and spiritual concerns of patients, their solutions .....	33

### PSYCHIATRY

<b>Shamrei V.K., Chudinovskikh A.G., Rutkovskaya N.S.</b> Features of mental health care in the military during World War II .....	53
---	----

### MEDICAL PSYCHOLOGY

<b>Poltorak S.V., Mizinova E.B., Tsurilova E.A., Treskur T.V.</b> The description of a clinical case of the patient with ventricular arrhythmia of psychogenic character .....	70
<b>Gorkovaya I.A., Martynova A.A.</b> Conflicts convicted for political crimes during the initial period of serving the sentence .....	89
<b>Tkachenko G.A., Grushina T.I. Kukshina A.A.</b> Psychological study of the personality of patients with breast cancer undergoing radical treatment and suffering from edema of the upper limb on the side of operation .....	98
<b>Salsanov R.T., Gudz Yu.V.</b> Peculiarities of mental state in emergency surgeons after the daily duty in a multi-specialty hospital .....	110
<b>Uliukin I.M., Rybnikov V.Yu.</b> Dynamika pokazateley kachestva zhizni bol'nykh VICH-infekciy [Dynamics of quality of life of HIV patients] .....	120
<b>Golub Y.V., Emelianov V.D., Krasnoperova T.V., Kurpatov V.I.</b> An analysis of light and sound stimulation impact on some electrophysiological parameters .....	140
<b>Popov V.I., Berezhnova T.A., Kulintsova Y.V.</b> The level of anxiety in children aged 8–12 years Voronezh region .....	151
Information about the Journal .....	159

# ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК [159.9 : 616.89] : 615.851

**Н.Б. Лутова, О.В. Макаревич**

## ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ КОМПЛАЕНСА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

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

Исследованы особенности семей пациентов с шизофренией, оказывающие влияние на приверженность больных лечению, как возможные мишени для психотерапевтической коррекции. В ходе работы выявлено, что уровень комплаенса пациента зависит как от отношения его родственников к медикации, так и от степени сплоченности членов семьи. На основании полученных результатов были сформулированы стратегии комплаенс-терапии больных шизофренией, учитывающие структурно-функциональные особенности семьи.

Ключевые слова: медицинская (клиническая) психология, комплаенс, семья больного шизофренией, комплаенс-терапия.

### Введение

Решение задачи улучшения приверженности больных медикаментозной терапии остается одной из фундаментальных проблем психиатрического здравоохранения в связи с широтой распространенности нарушений больными режима приема лекарств [6, 11, 18, 20, 25] и их тяжелыми последствиями [16, 22, 28]. На основании полученных за последние десятилетия данных в настоящее время можно заключить, что многообразие факторов, имеющих отношение к соблюдению пациентом режима лекарственной терапии, образуют несколько подсистем [15, 23], которые, в свою очередь, тесно взаимодействуют друг с другом.

---

Лутова Наталия Борисовна – д-р мед. наук, вед. науч. сотр., рук. отд-ния интегратив. фармако-психотерапии больных с 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;

Макаревич Ольга Владимировна – мл. науч. сотр. отд-ния интегратив. фармако-психотерапии больных с психич. расстройствами, С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3); e-mail: lysska@mail.ru.

Благодаря теоретической модели комплаенса, рядом исследователей предпринимались попытки объяснения соблюдения больным режима приема лекарств и с точки зрения психосоциальной составляющей [27], влияющей на мотивационные установки индивидуумов. Проведенные в этом направлении исследования показали, что семья и наличие социальной поддержки тесно связаны с улучшением уровня комплаенса у больных шизофренией [14], в то время как их отсутствие достоверно связано с нон-комплаенсом [17, 21].

В психологии и психиатрии социальная сеть рассматривается как система социальных отношений отдельного человека [1], а социальная поддержка понимается как удовлетворение специфических социальных потребностей в близости, защите, получении информации, практической помощи, разрядке, успокоении и т. д. [29].

Интеграция в социальную сеть действует на благо самочувствия вообще. Знание и уверенность в том, что при тяжелых жизненных событиях тебя поддержат (когнитивная, эмоциональная поддержка и поддержка самооценки), а также наличие релевантных лиц, которые поддерживают во время стресса, способствует «буферизации» негативных эффектов стресса [10]. Однако социальное окружение и структура социальных отношений индивида потенциально обладают не только протективными, но и отягощающими функциями [26]. Исследования социальной поддержки и социальной сети показали, что социальное окружение не только участвует в возникновении психических и соматических расстройств в форме отягощающего воздействия на индивида, но и представляет собой ресурсы, благодаря которым эффекты подобных воздействий модулируются и блокируются различным образом.

Учитывая значимость социального окружения и социальных связей для индивида, представляется, что изучение феномена комплаенса и создание подходов, направленных на коррекцию его нарушений, не могут быть достаточно полными без исследования влияния ближайшего окружения больного, а именно семьи, на феномен приверженности пациента режиму медикации. Важность изучения этого аспекта подтверждается тем фактом, что 6,5 % больных из когорты некомплаентных пациентов указали, что причина их отказа от приема лекарств – это негативное отношение к лекарствам семьи или друзей [19]. С другой стороны, как было показано в исследовании М. Agarwal и соавт. (1998), даже одна ключевая фигура в социальной сети больного может стать решающим фактором для улучшения комплаенса и, как отмечал М.М. Кабанов (2006), ««модель болезни»»,



сформированная у родственника больного, нередко оказывает влияние на картину болезни самого пациента».

Изучение семей психически больных позволило выявить ряд факторов, оказывающих негативное влияние на комплаентность больного. В частности, игнорирование семьей успехов лечения, нереалистичные ожидания от терапии, критикующая позиция или чрезмерная эмоциональная вовлеченность, а также отчужденность от больного снижают уровень комплаентности пациентов [13]. Среди важных факторов, оказывающих негативное влияние на приверженность медикации больных, отмечаются высокий уровень эмоциональной экспрессии родственников, проявляющийся в виде критики, враждебности и выражении негативных эмоций в адрес больного [9, 24], а также прямая критика лечения со стороны родных [12]. Более поздние исследования показали, что различные типы отношения к медикаментозной терапии среди членов семей больных шизофренией оказывают влияние на общий уровень комплаенса пациентов [3].

Все эти находки свидетельствуют о том, что мероприятия, направленные на улучшение комплаенса, должны быть основаны на индивидуальной диагностике причин его нарушений, учитывающей и позиции близкого окружения каждого конкретного пациента, а также знания об особенностях индивидуальной структуры отношений в конкретной семье. Только такой подход позволяет добиться устойчивого эффекта, улучшающего комплаентное поведение пациента.

*Цель работы* – изучение влияния отношения родственников пациентов к приему психотропной терапии при различных видах сплоченности семей на приверженность лечению больных шизофренией для определения мишеней при планировании терапии комплаенса.

### **Материалы и методы**

В отделении интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева обследовали 70 семей (всего 140 человек) больных с шизофренией с шизотипическими и бредовыми расстройствами (F2 по МКБ-10). 70 пациентов (48 женщин и 22 мужчины) имели средний возраст ( $33,5 \pm 1,2$ ) года. Продолжительность заболевания составила ( $8,2 \pm 0,8$ ) года, количество обострений в год – ( $4 \pm 0,3$ ), продолжительность текущей госпитализации – ( $2,8 \pm 0,2$ ) мес.

Среди родственников обследовали: 57 женщин и 13 мужчин, средний возраст – ( $56,5 \pm 2,3$ ) года. Из них 49 человек – родители пациентов и 21 –

супруг или супруга. Из 70 человек 31 составляют лица пенсионного возраста.

Для определения видов семейной реакции на прием препаратов больным членом семьи использовалось структурированное интервью «Типология отношения семьи к психотропным препаратам» [4], которое позволяет выделить 4 основных типа отношения семьи к медикаментозной терапии: враждебный, отстраненный, манипулирующий, поддерживающий.

Для определения степени семейной сплоченности проводился опрос пациентов по методике FACES. Методика представляла собой один из наиболее известных стандартизированных опросников, предназначенных для оценки семейной структуры (Перре М., 1986). Семейная сплоченность в нем определялась как степень эмоциональной связи между членами семьи. При максимальной выраженности этой связи они эмоционально взаимозависимы, при минимальной – автономны и дистанцированы друг от друга. На основе работ Д.Х. Олсона различают 4 уровня семейной сплоченности – от экстремально низкого до экстремально высокого: разобщенный – разделенный – связанный – сцепленный [7].

Для оценки приверженности лечению использовали шкалу оценки медикаментозного комплаенса в психиатрии (ШМК) [5]. Данный инструмент позволял проводить количественную оценку общего уровня комплаенса, а также выявлять нарушения в отдельных подсистемах, формирующих комплаентность больного. ШМК охватывает все факторы, образующие структуру комплаенса, связанные с медикацией, пациентом, врачом и близким окружением больного.

В дальнейшем с помощью статистической программы SPSS проводился дисперсионный анализ факторов комплаенса и его суммарного балла между данными общей группы с определенным типом отношения родственников к лечению и результатами подгрупп, выделенных по степени сплоченности.

### **Результаты и их анализ**

Процентное соотношение разных степеней семейной сплоченности при различных типах отношения семьи к медикации представлено в таблице.

Сравнение средних показателей общего уровня комплаенса в выделенных по степеням сплоченности подгруппах внутри группы с одним типом отношения семьи к медикации между собою и со средними значениями уровня комплаенса общей выборки представлены на рис 1–4.

Показатели семейной сплоченности в семьях с различным отношением к медикаментозной терапии, %

Уровень сплоченность семьи	Тип отношения семьи к медикаментозной терапии			
	враждебный	отстраненный	манипулирующий	поддерживающий
Разобщенный	38	53	8	17,5
Разделенный	7	29	32	39
Связанный	32	7	39	35
Сцепленный	23	11	21	8,5

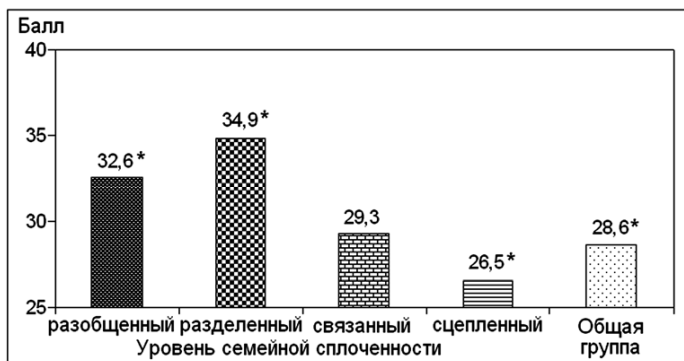


Рис. 1. Показатели комплаенса больных при враждебном типе отношения к медикации при разных уровнях семейной сплоченности (здесь и на рис. 3, 4 \* – при сравнении показателей с общей группой различия при  $p \leq 0,05$ )

Полученные данные указывают на то, что при враждебном типе отношения семьи общий уровень комплаенса пациентов, чьи семьи по степени сплоченности являются сцепленными, достоверно ниже по сравнению со значением среднего балла по комплаенсу в общей выборке, в то время как в семьях с низкими степенями сплоченности этот балл достоверно выше (см. рис. 1).

Эти данные свидетельствуют о том, что в разобщенных семьях, демонстрирующих враждебное отношение к медикации, позиция семьи нивелируется, поскольку больной не разделяет их взгляды, и главным для врача становится формирование терапевтического альянса, основанного на эмпатии и поддержке со стороны терапевта. Параллельно должно проводиться информирование больного относительно его заболевания, лекарственных препаратов. Кроме того, целесообразно проведение семейного кон-

сультирования с разъяснением возможностей психофармакотерапии и природы заболевания.

В случае враждебного отношения к лекарствам в сцепленных семьях усилия терапевта должны быть направлены на ослабление симбиотических связей, что в дальнейшем может дополняться психообразовательными программами. Предпочтение же следует отдать совместному посещению больным и референтным родственником психообразования, которое разъяснит им границы возможности психофармакотерапии.

При анализе семей с поддерживающим типом отношения и разными степенями сплоченности выявлено, что высокая сплоченность способствует увеличению общего балла по шкале комплаенса по сравнению со значениями в общей выборке. В семьях с низкими степенями сплоченности больные имеют достоверно более низкие значения по общему баллу комплаенса по сравнению со значениями общей выборки и уровнем комплаенса пациентов из семей со сцепленным и связанным типам сплоченности (см. рис. 2). В этом случае в коррекции нуждаются семьи, имеющие поддерживающий тип отношения к фармакотерапии и низкую степень сплоченности. Работа врача здесь должна быть преимущественно направлена на усиление сплоченности семьи при помощи когнитивно-поведенческих приемов.

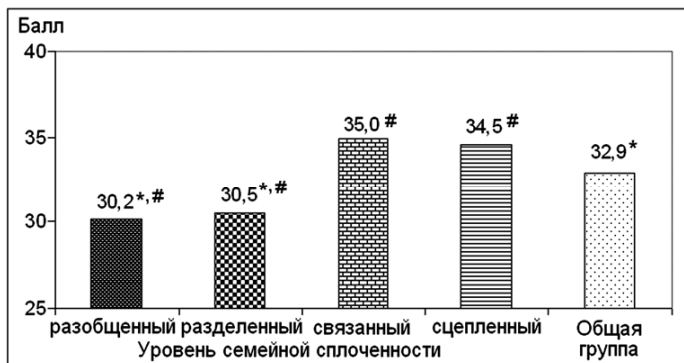


Рис. 2. Показатели комплаенса больных при поддерживающем типе отношения к медикации при разных уровнях семейной сплоченности (\*.# – различия показателей при  $p \leq 0,05$ , объяснения в тексте)

Для семей с манипулирующим отношением родственников к проводимому лечению (см. рис. 3) уровень комплаенса в подгруппе со сцепленным типом сплоченности достоверно ниже по сравнению со средним бал-

лом в общей выборке ( $p \leq 0,05$ ), в то время как показатель комплаенса в разобщённых семьях достоверно выше общего группового значения ( $p \leq 0,05$ ).

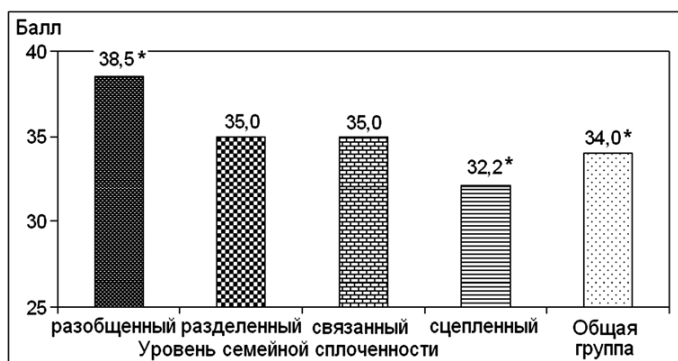


Рис. 3. Показатели комплаенса больных при манипулирующим типе отношения к медикации при разных уровнях семейной сплоченности

При высоких степенях сплочённости родственники больного шизофренией манипулируют лечением, снижая уровень комплаенса. В разобщенных семьях близкое окружение не оказывает значимого влияния на комплаентность, а пациент ориентирован на контакт с врачом, что благоприятно сказывается на приверженности лечению.

Оказание помощи пациентам из семей с манипулирующим типом отношения к фармакотерапии должно основываться на семейном консультировании, сфокусированном на интерперсональных отношениях и коррекции ожиданий от фармакотерапии.

Особое внимание необходимо уделить работе в сцепленных семьях, где необходимо идентифицировать тип манипуляции, а затем, используя приемы когнитивно-поведенческой терапии, определить зоны ответственности каждого члена семьи и межличностные границы. Также в дальнейшем целесообразно включение родственников в психообразовательную программу для получения сведений о границах возможности фармакотерапии.

В семьях, где родственники стремятся обособиться от проблем, связанных с болезнью, комплаентность у пациентов более высока при сцепленных и связанных типах сплоченности, а при экстремально низких степенях сплоченности достоверно ниже по сравнению с уровнем комплаенса в общей выборке.

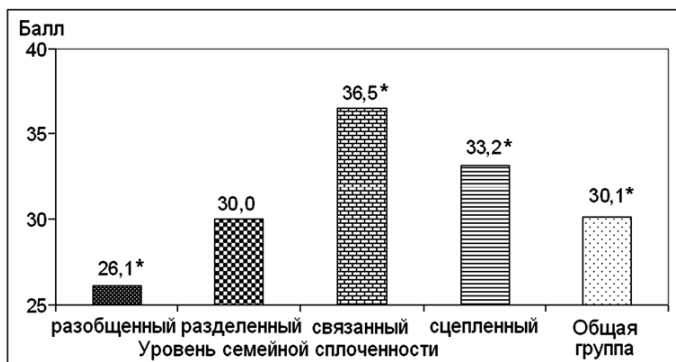


Рис. 4. Показатели комплаенса больных при отстраненном типе отношения к медикации при разных уровнях семейной сплоченности

Таким образом, для пациентов из разобщенных семей с отстраненным отношением родственников к лечению основой для формирования и поддержания комплаенса будут построение терапевтического альянса с врачом и конструктивная социальная поддержка за счет направления пациентов в группы социальной реабилитации.

### Выводы

Установлено, что уровень комплаенса больных шизофренией зависит не только от типа отношения семьи к психофармакотерапии, но и от степени ее сплоченности.

Различная сплоченность семьи при одном и том же типе отношения к психофармакотерапии вносит коррективы в терапевтические подходы, направленные на улучшение медикаментозного комплаенса пациента. Высокие степени сплоченности способны усиливать негативный эффект враждебного отношения родственников к терапии, а низкая сплоченность – ослаблять конструктивное отношение к медикации со стороны родных в поддерживающих семьях, а также снижать комплаентность в семьях с отстраненным отношением к лечению.

Полученные данные свидетельствуют о том, что формирование программ терапии комплаенса должно проводиться индивидуализированно, с учетом отношения семьи к медикации и структуры семьи больного, поскольку подходы к работе будут значимо различаться.

## Литература

1. Абабков В.А., Перре М. Адаптация к стрессу. – СПб. : Речь. – 2004. – 165 с.
2. Кабанов М.М. Роль психических факторов в современной клинической медицине // Психосоциальные аспекты реабилитации психически больных. – СПб., 2006. – С. 159–168. – (Тр. С.-Петерб. науч.-исслед. психо-неврол. ин-та им. В.М. Бехтерева ; т. 137).
3. Лутова Н.Б., Макаревич О.В. Влияние семьи на медикаментозный комплаенс больных шизофренией. // Обозр. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 2010. – № 2. – С. 31–34.
4. Лутова Н.Б., Макаревич О.В. Типология отношения семьи к психотропным препаратам : метод. рекомендации.– СПб. : НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2009. – 18 с.
5. Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вукс А.Я., Вид В.Д. Метод прогнозирования медикаментозного комплаенса : метод. рекомендации. – СПб. : НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2007. – 25 с.
6. Ревенкова Ю.А. Позиционирование больными параноидной шизофренией биологических и социальных проявлений болезни и побочных эффектов нейрореплетиков : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Казань. – 2007. – С. 19.
7. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи. СПб. [и др.] : Питер, 1999. – 656 с.
8. Agarwal M., Sharma V. [et al.]. Non-compliance with treatment in patients suffering from schizophrenia: a study to evaluate possible contributing factors // Int. J. Soc. Psychiatry. – 1998. – Vol. 44. – P. 92–106.
9. Bebbington P., Kuipers L. The predictive utility of expressed emotion in Schizophrenia: An aggregate analysis // Psychological Medicine. – 1994. – Vol. 24, N 1. – P. 707–717.
10. Cohen S., Wills T.A. Stress, social support, and the buffering hypothesis // Psychological Bulletin. – 1985. – Vol. 98. – P. 310–357.
11. Cramer J.A., Rosenheck R. Compliance with medication regimens for mental and physical disorders // Psychiatr. Serv. – 1998. – Vol. 49. – P. 196–201.
12. Daley D.C., Zuckoff A. Improving Treatment Compliance: counseling and systems strategies for substance abuse and dual disorders. – Center City, MN : Hazelden Foundation, 1999. – 241 p.
13. Dencker S.J., Liberman R. From compliance to collaboration in the treatment of schizophrenia // Int. Clin. Psychopharmacol. – 1995. – Vol. 9, Suppl. 5. – P. 75–78.
14. Fenton W.S., Blyer C.R., Heinssen R.K. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings // Schizophr. Bull. – 1998. – Vol. 23. – P. 215–219.
15. Fleischhacker W.W., Oehl M.A., Hummer M. Factors influencing compliance in schizophrenia patients // J. Clin. Psychiatry. – 2003. – Vol. 64, Suppl. 16. – P. 10–13.
16. Herings R.M., Erkens J.A. Increased suicide attempt rate among patients interrupting use of atypical antipsychotics // J. Pharmacoepidemiol. Drug Saf. – 2003. – Vol. 12, Issue 5. – P. 423–424.

17. Hudson T.J., Owen R.R., Thrust C.R. [et al.]. A pilot study to barriers to medication adherence in schizophrenia // *J. Clin. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 65, N 2. – P. 211–216.

18. Lacro J.P., Dunn L.B., Dolder C.R. [et al.]. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature // *J. Clin. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 63, N 10. – P. 892–909.

19. Loffler W., Kilian R., Tuomi M., Angermeyer M.C. Patient's subjective reasons for compliance and noncompliance with neuroleptic treatment // *Pharmacopsychiatry.* – 2003. – Vol. 36. – P. 105–112.

20. Marder S.R. Overview of partial compliance // *J. Clin. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 64, Suppl. 16. – P. 3–9.

21. Masand P.S., Narasimhan M. Improving adherence to antipsychotic pharmacotherapy // *Cur. Clin. Pharmacol.* – 2006. – Vol. 1. – P. 47–56.

22. Misdrahi D., Llorca P.M., Lancon C., Bayle F.J. Compliance in schizophrenia: predictive factors, therapeutical considerations and implications // *Encephale.* – 2002. – Vol. 28. – P. 266–272.

23. Osterberg L., Blaschke T. Adherence to medication // *New Eng. J. Med.* – 2005. – Vol. 353. – P. 487–497.

24. Otero S., Hodes M. Maternal expressed emotion and treatment compliance of children with epilepsy // *Developmental Medicine and Child Neurol.* – 2000. – Vol. 42, N 9. – P. 604–608.

25. Perkins D.D. Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia // *J. Clin. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 63, N 12. – P. 1121–1128.

26. Perkonig A. Soziale Unterstützung und Belastungsverarbeitung: Ein Modell zur Verknüpfung der Konzepte und Analysen von Unterstützungsprozessen // *Soziales Netzwerk und Soziale Unterstützung: Konzepte, Methoden und Befunde* / hrsg. A.-R. Laireiter. – Bern : Huber. – 1993. – S. 115–127.

27. Ried L., Christensen D. A psychosocial perspective in the explanation of patient's drug-taking behavior // *Soc. Sci. Med.* – 1988. – Vol. 27. – P. 277–289.

28. Robinson D., Woerner M.G., Alvir J.M. [et al.]. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia and schizoaffective disorder // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1999. – Vol. 56. – P. 241–247.

29. Veiel H. O., Ihle M. Das Copingkonzept und das Unterstützungskonzept: Ein Strukturvergleich // *Soziales Netzwerk und Soziale Unterstützung: Konzepte, Methoden und Befunde* / hrsg. A.-R. Laireiter. – Bern : Huber. – 1993. – S. 55–65.

**Lutova N.B., Makarevich O.V.** Podhodi k terapii komplaiensa u bolnich shizofreniej [Strategies of schizophrenic's compliance therapy]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 54. P. 7–19.

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

Abstract: The article presents research of schizophrenic's family specific features which have an influence in patient compliance as a possible target for psycho-



therapeutic intervention. In a process of investigation was found that compliance level depends not only on relatives attitude to medication, but on degree of family emotional unity. The findings were used as a base of psychotherapeutic strategies for approving a compliance.

Key words: medical (clinical) psychology compliance, schizophrenic's family, compliance therapy.

Lutova Nataliya Borisovna – Dr. Med. Sci., 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;

Makarevich Olga Vladimirovna – 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: lysska@mail.ru.

### References

1. Ababkov V.A., Perre M. Adaptatsiya k stressu [Stress Adaptation]. Sankt-Peterburg. 2004. 165 p. (In Russ.)

2. Kabanov M.M. Rol' psikhicheskikh faktorov v sovremennoi klinicheskoi meditsine [The role of mental factors in modern clinical medicine]. *Psikhosotsial'nye aspekty reabilitatsii psikhicheskii bol'nykh* [Psychosocial aspects of the rehabilitation of the mentally ill] : collection of scientific works. Sankt-Peterburg. 2006. Pp. 159–168. (In Russ.)

3. Lutova N.B., Makarevich O.V. Vliyanie sem'i na medikamentoznyi komplaiens bol'nykh shizofreniei [The influence of the family on the compliance of schizophrenic patients]. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoi psikhologii im. V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2010. N 2. Pp. 31–34. (In Russ.)

4. Lutova N.B., Makarevich O.V. Tipologiya otnosheniya sem'i k psikhotropnym preparatam [Typology of family attitude to psychotropic medicine: guidelines]. Sankt-Peterburg. 2009. 18 p. (In Russ.)

5. Lutova N.B., Bortsov A.V., Vuks A.Ya., Vid V.D. Metod prognozirovaniya medikamentoznogo komplaiensa [The method of drug compliance predicting: guidelines]. Sankt-Peterburg. 2007. 25 p. (In Russ.)

6. Revenkova Yu.A. Pozitsionirovanie bol'nymi paranoidnoi shizofreniei biologicheskikh i sotsial'nykh proyavlenii bolezni i pobochnnykh effektov neuroleptikov [Positioning of patients with paranoid schizophrenia biological and social manifestations of the disease and the side effects of neuroleptics] : Abstract dissertation PhD Med. Sci.. Kazan'. 2007. 19 p. (In Russ.)

7. Eidemiller E.G., Yustitskis V.V. Psikhologiya i psikhoterapiya sem'I [Family psychology and psychotherapy]. Sankt-Peterburg [et al.]. 1999. 656 p. (In Russ.)

8. Agarwal M., Sharma V. [et al.]. Non-compliance with treatment in patients suffering from schizophrenia: a study to evaluate possible contributing factors. *Int. J. Soc. Psychiatry*. 1998. Vol. 44. Pp. 92–106.

9. Bebbington P., Kuipers L. The predictive utility of expressed emotion in Schizophrenia: An aggregate analysis. *Psychological Medicine*. 1994. Vol. 24, N 1. Pp. 707–717.
10. Cohen S., Wills T.A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*. 1985. Vol. 98. Pp. 310–357.
11. Cramer J.A., Rosenheck R. Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatr. Serv.* 1998. Vol. 49. Pp. 196–201.
12. Daley D.C., Zuckoff A. Improving Treatment Compliance: counseling and systems strategies for substance abuse and dual disorders. Center City, MN : Hazelden Foundation, 1999. 241 p.
13. Dencker S.J., Liberman R. From compliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 1995. Vol. 9, Suppl. 5. P. 75–78.
14. Fenton W.S., Blyer C.R., Heinssen R.K. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophr. Bull.* 1998. Vol. 23. Pp. 215–219.
15. Fleischhacker W.W., Oehl M.A., Hummer M. Factors influencing compliance in schizophrenia patients. *J. Clin. Psychiatry*. 2003. Vol. 64, Suppl. 16. Pp. 10–13.
16. Herings R.M., Erkens J.A. Increased suicide attempt rate among patients interrupting use of atypical antipsychotics. *J. Pharmacoepidemiol. Drug Saf.* 2003. Vol. 12, Issue 5. Pp. 423–424.
17. Hudson T.J., Owen R.R., Thrust C.R. [et al.]. A pilot study to barriers to medication adherence in schizophrenia. *J. Clin. Psychiatry*. 2004. Vol. 65, N 2. Pp. 211–216.
18. Lacro J.P., Dunn L.B., Dolder C.R. [et al.]. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J. Clin. Psychiatry*. 2002. Vol. 63. N 10. Pp. 892–909.
19. Löffler W., Kilian R., Tuomi M., Angermeyer M.C. Patient's subjective reasons for compliance and noncompliance with neuroleptic treatment. *Pharmacopsychiatry*. 2003. Vol. 36. Pp. 105–112
20. Marder S.R. Overview of partial compliance. *J. Clin. Psychiatry*. 2003. Vol. 64, Suppl 16. Pp. 3–9.
21. Masand P.S., Narasimhan M. Improving adherence to antipsychotic pharmacotherapy. *Cur. Clin. Pharmacol.* 2006. Vol. 1. Pp. 47–56.
22. Misdrahi D., Llorca P.M., Lancon C., Bayle F.J. Compliance in schizophrenia: predictive factors, therapeutical considerations and implications. *Encephale*. 2002. Vol. 28. Pp. 266–272.
23. Osterberg L., Blaschke T. Adherence to medication. *New Eng. J. Med.* 2005. Vol. 353. Pp. 487–497.
24. Otero S., Hodes M. Maternal expressed emotion and treatment compliance of children with epilepsy. *Developmental Medicine and Child Neurol.* 2000. Vol. 42, N 9. Pp. 604–608.
25. Perkins D.D. Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *J. Clin. Psychiatry*. 2002. Vol. 63, N 12. P. 1121–1128.
26. Perkonig A. Soziale Unterstützung und Belastungsverarbeitung: Ein Modell zur Verknüpfung der Konzepte und Analysen von Unterstützungsprozessen. Sozia-

les Netzwerk und Soziale Unterstrutzung: Konzepte, Methoden und Befunde / hrsg. A.-R. Laireiter. Bern : Huber. 1993. S. 115–127

27. Ried L., Christensen D. A psychosocial perspective in the explanation of patient's drug-taking behavior. *Soc. Sci. Med.* 1988. Vol. 27. Pp. 277–289.

28. Robinson D., Woerner M.G., Alvir J.M. [et al.]. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia and schizoaffective disorder. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1999. Vol. 56. Pp. 241–247.

29. Veiel H. O., Ihle M. Das Copingkonzept und das Unterstrutzungskonzept: Ein Strukturvergleich. *Soziales Netzwerk und Soziale Unterstrutzung: Konzepte, Methoden und Befunde* / hrsg. A.-R. Laireiter. Bern : Huber. 1993. S. 55–65.

Received 01.06.2014

УДК 615.851 : 159.9

**А.Г. Соловьев, И.А. Новикова, В.В. Местечко**

## **ПСИХОТЕРАПИЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

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

Северный (Арктический) федеральный университет им. М.В. Ломоносова  
(Россия, Архангельск, наб. Северной Двины, 17)

Рассматриваются подходы к психотерапии лиц пожилого возраста с пограничными психическими расстройствами. Показано, что для психотерапии в пожилом возрасте наиболее приемлемы краткосрочные симптомо- и проблемно-ориентированные психотерапевтические методы (рациональная, когнитивно-поведенческая, позитивная, семейная психотерапия), направленные на редукцию невротической симптоматики, социальную поддержку и повышение качества жизни.

Ключевые слова: медицинская (клиническая) психология, психотерапия, пожилой возраст, пограничные психические расстройства.

---

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

Новикова Ирина Альбертовна – д-р мед. наук, проф. каф. психологии и н-та педагогики и психологии Сев. (Арктич.) федер. ун-та им. М.В. Ломоносова (Россия, 163002, Архангельск, наб. Северной Двины, д. 17); e-mail: ianovikova@mail.ru;

Местечко Виктор Васильевич – аспирант каф. психиатрии и клинич. психологии Сев. гос. мед. ун-та (Россия, 163000, Архангельск, Троицкий пр., д. 51); e-mail: dr.mestechko@mail.ru.

## Введение

В настоящее время практически во всех странах мира происходит значительное увеличение пожилого контингента населения.  $\frac{1}{3}$  часть населения – это лица старше 60 лет. За последнее десятилетие в России население также устареет (21,8–23,5 %) [15].

В пожилом возрасте отмечается высокая частота распространенности психических расстройств, которая составляет от 40 до 74 % [7, 13, 14]. Большую часть психических расстройств у пожилых составляют пограничные психические расстройства (ППР); отмечается высокий уровень коморбидности ППР с соматической и сосудистой органической патологией [2, 8].

Частота депрессивных расстройств среди пациентов пожилого и старческого возраста достигает 20 % [7, 10]. У стареющей личности депрессивный тип реакции является наиболее распространенным вариантом ответа на любые негативные явления как биологического, так и социально-психологического порядка [11]. На фоне естественного процесса старения происходят изменения в эмоциональной сфере пожилых людей, что проявляется в увеличении затяжных негативных эмоциональных реакций, снижается уровень когнитивного функционирования, происходит заострение характерологических черт, ухудшается способность к саморегуляции, в связи с чем увеличивается степень конфликтности в межличностных взаимоотношениях [1].

Психотерапия в геронтологической практике – это комплекс психотерапевтических мер, направленных на восстановление и активизацию телесных, психических и социальных функций, навыков и возможностей, а также на решение конкретных проблемных ситуаций, с которыми пациент пожилого возраста не может справиться самостоятельно [6].

В арсенале современной психотерапии существует мало методов, разработанных специально для работы с людьми пожилого возраста. Достаточно известны и распространены методы, разработанные на модели более ранних возрастов, но адаптированные к психологическим особенностям лиц старшего возраста [4].

Использование психотерапевтических методов в геронтологической практике связано с отходом в последние десятилетия от дефицитарной модели старения, согласно которой этот процесс сопровождается общим снижением интеллектуальных и эмоциональных возможностей.

*Цель исследования* – разработка подходов к психотерапии лиц пожилого возраста с ППР.

## Материалы и методы

Обследовали 326 пациентов мужского и женского пола психотерапевтического отделения Архангельского областного психоневрологического диспансера с ППР. 1-я группа включала 163 человека в возрасте 60 лет и старше, средний возраст –  $(66,5 \pm 5,4)$  года, 2-я – 163 человека в возрасте 40–59 лет, средний возраст –  $(50,8 \pm 6,1)$  года. В 1-й группе женщин было 144 (88,3 %), во 2-й – 136 (83,4 %).

Использовали методы анкетирования, клинической беседы и психодиагностического обследования пациентов. Последний включал:

– методику диагностики самооценки Спилбергера–Ханина. Определяли уровень ситуационной и личностной тревожности. Методика состоит из 40 вопросов. Значения до 30 баллов оценивались как низкая тревожность, 31–45 – средняя, 46 и более баллов – высокая тревожность [9];

– методику дифференциальной диагностики депрессивных состояний Зунге, адаптированную Т.И. Балашовой. Методика состоит из 20 вопросов, направленных на оценку уровня депрессии. Значения до 50 баллов свидетельствовали об отсутствии депрессии, 50–59 баллов – легкой депрессии, 60–69 баллов – субдепрессивном состоянии, 70 и более – истинном депрессивном состоянии [16];

– методику диагностики уровня субъективного ощущения одиночества Д. Рассела и М. Фергюсона, состоящую из 20 вопросов. О высокой степени одиночества свидетельствовали результаты от 40 до 60 баллов, среднем уровне – от 20 до 40 баллов, низком уровне – от 0 до 20 баллов [12];

– методику диагностики оперативной оценки самочувствия, активности и настроения (САН). Методика включала 30 пар противоположных характеристик для самооценки. Средний балл шкалы был равен 4, оценки, превышающие 4 балла, свидетельствовали о благоприятном состоянии, ниже – об обратном. Нормальная оценка состояния находилась в диапазоне 5,0–5,5 баллов [3, 9];

– опросник Мини-мулт (сокращенный вариант Миннесотского многомерного личностного опросника, ММПИ), выявляющий особенности эмоциональной сферы личности. Опросник состоял из 71 утверждения и 11 шкал, из них 3 – оценочные. Высокими оценками по всем шкалам, после построения профиля личности, являлись оценки, превышающие 70 Т-баллов; низкими – ниже 40 Т-баллов [5].

Статистический анализ осуществляли с помощью программы SPSS 18.0. Для оценки достоверности различий использовали критерии

Стьюдента и Фишера. Взаимосвязь признаков определяли корреляционным анализом (критерий Спирмана).

### **Результаты и их обсуждение**

Анализ частоты встречаемости основных нозологических форм ППР у пациентов разных возрастных групп показал, что среди лиц 1-й группы в 2 раза чаще, чем во 2-й группе, присутствовали органические непсихотические расстройства (55,4 и 19,5 % соответственно;  $p < 0,001$ ) и реже невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (41,0 и 76,8 % соответственно;  $p < 0,001$ ). У 3,6 % больных 1-й группы отмечались расстройства, классифицируемые как психологические и поведенческие состояния, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках. У 3,5 % пациентов 2-й группы наблюдались аффективные непсихотические расстройства, чего не отмечалось в старшей (1-й) возрастной группе.

Выявленные различия в представленности нозологических форм ППР в разных возрастных группах объясняются большей ролью психогенной составляющей в развитии расстройств у лиц более молодого возраста и, в то же время, большем вкладе органической патологии сосудистого характера при возникновении расстройств в возрасте старше 60 лет.

Сравнительный анализ длительности существования ППР в разных возрастных группах выявил, что пациенты более молодого возраста обращаются за психотерапевтической помощью в более ранние сроки, чем лица старшего возраста. Однако необходимо обратить внимание и на тот факт, что в обеих возрастных группах у каждого третьего пациента длительность течения заболевания составила более 1 года.

У пациентов 1-й группы по сравнению со 2-й чаще встречались сопутствующие соматические заболевания и заболевания головного мозга (59,0 и 47,6 % соответственно;  $p < 0,001$ ), что закономерно объясняется нарастанием соматической отягощенности с возрастом.

К врачу-психотерапевту по направлению другого врача обратились 35 % пациентов 1-й группы и 44 % – 2-й, то есть пожилые лица чаще обращались за психотерапевтической помощью самостоятельно.

По методике тревожности Спилберга–Ханина у пациентов разных возрастных групп (рис. 1) отмечались высокие уровни личностной тревожности, в то же время показатели ситуативной тревожности свидетельствовали об ее умеренном уровне. Лица 2-й группы имели несколько высокие уровни ситуативной тревожности ( $p < 0,05$ ).

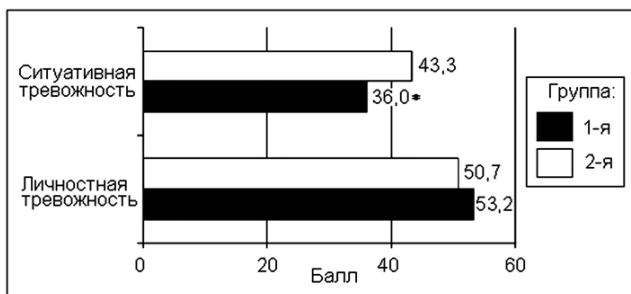


Рис. 1. Показатели тревожности по методике Спилбергера–Ханина  
\* – различия между группами при  $p < 0,05$

Признаки депрессии по шкале самооценки депрессии Цунга обнаруживались у 41,7 % пациентов 1-й группы и только у 16,7 % – 2-й. Средние показатели по шкале депрессии у больных 1-й группы были  $(44,3 \pm 1,5)$  балла, у пациентов 2-й группы –  $(39,8 \pm 1,7)$  балла. Различия значимые при  $p < 0,05$ .

Высокий уровень по шкале одиночества отмечался у 29,4 % пациентов 1-й группы и 20,8 % – у 2-й, то есть каждый четвертый-пятый обследуемый испытывал тяжелое психическое состояние, сопровождающееся плохим настроением и тягостными эмоциональными переживаниями (чувство полной погруженности в себя, покинутости, обреченности, ненужности, беспорядка, пустоты, потери). Средние показатели по шкале одиночества у больных 1-й группы составили  $(25,6 \pm 2,1)$  балла и были выше, чем во 2-й –  $(21,1 \pm 2,0)$  балла ( $p < 0,05$ ).

По методике САН лица 1-й группы с ППР имели более низкие показатели по шкале «Самочувствие», чем во 2-й ( $(3,9 \pm 0,2)$  и  $(4,4 \pm 0,2)$  балла соответственно;  $p < 0,05$ ), что говорит о значительной физиологической и психологической дискомфортности их состояния, обусловленной объективно худшим соматическим состоянием. Практически аналогичными были показатели по шкале «Активность» ( $(4,1 \pm 0,2)$  и  $(4,5 \pm 0,2)$  балла соответственно;  $p < 0,05$ ), свидетельствующие о субъективном снижении активности у пациентов 1-й группы, и по шкале «Настроение» ( $(4,0 \pm 0,2)$  и  $(4,8 \pm 0,3)$  балла соответственно;  $p < 0,05$ ).

Анализ результатов по методике Мини-мульти (рис. 2) показал, что пациенты 1-й группы обладали более высокими показателями по шкалам «Депрессия» ( $p < 0,05$ ), «Истерия» ( $p < 0,05$ ) и «Паранояльность», что характеризует снижение настроения, пессимистичность, замкнутость, пас-

сивность, соматизации тревоги и ее вытеснение, использование симптомов соматического заболевания как средства избегания ответственности, разрешение проблем путем ухода в болезнь, затруднения в социальной адаптации, ригидность, склонность к систематизации накопленного опыта, подозрительность, обидчивость.

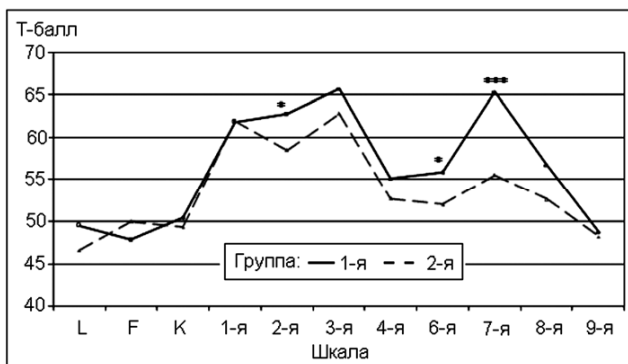


Рис. 2. Показатели по опроснику Мини-мульти у пациентов с ППР  
Различия достоверны между группами: \* – при  $p < 0,05$ , \*\* –  $p < 0,01$ ,  
\*\*\* –  $p < 0,001$

В то же время, у пациентов 1-й группы наблюдались более высокие показатели по шкале «Психастения» ( $p < 0,001$ ), отражающие более высокие тревожность, боязливость, нерешительность, склонность к постоянным сомнениям и страхам, сензитивность, немотивированные опасения, неуверенность в себе и в своей компетентности, пониженную самооценку (см. рис. 2).

К выявленным в ходе исследования психосоциальным характеристикам лиц пожилого возраста с ППР можно отнести следующие:

- каждый третий продолжает свою трудовую деятельность, занимаясь трудом с более низкой квалификацией, чем до выхода на пенсию (вахтер, гардеробщик и т.п.);
- каждый третий имеет высшее образование;
- $2/3$  не имеют семьи и проживают одиноко;
- $1/3$  имеет инвалидность по соматическому заболеванию (II и III группа);
- как правило, имеют низкое материальное положение.



Среди клинических и психопатологических особенностей лиц пожилого возраста с ППР можно выделить следующие:

- как правило, пациенты обращаются по направлению врачей других специальностей (терапевтов, неврологов, кардиологов и др.);

- большинство высказывает жалобы на легкие головные боли, незначительное ограничение физических нагрузок, частые состояния тревоги и пониженного настроения, недостаточную удовлетворенность отношениями в семье и собственным образом жизни;

- часто имеют место органические непсихотические расстройства и несколько реже – невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства;

- обладают сниженными когнитивными способностями;

- имеют умеренную ситуационную и высокую личностную тревогу, средний уровень субъективного ощущения одиночества;

- обладают такими личностными особенностями, как тревожно-мнительные черты, боязливость, нерешительность, постоянные сомнения, повышенная чувствительность, робость, застенчивость, неуверенность в себе, медлительность, пассивность, медленная приспособляемость, плохая переносимость смены обстановки, легкая потеря равновесия в социальных конфликтах, уход в болезнь, потребность в повышенном внимании, склонность впадать в отчаяние при малейших неудачах;

- почти 100 % больных имеют соматическую отягощенность сердечно-сосудистой системы, центральной нервной системы, желудочно-кишечного тракта и др.;

- более половины принимают постоянно соматотропные лекарственные препараты,  $\frac{3}{4}$  – анксиолитические средства и  $\frac{2}{3}$  – антидепрессанты.

К основным направлениям совершенствования организации психотерапевтической помощи лицам пожилого возраста с ППР можно отнести:

- введение в лечебно-профилактических учреждениях психиатрического профиля должности врача-геронтопсихиатра, подготовленного по психотерапии для оказания психиатрической и психотерапевтической помощи больным пожилого возраста;

- наличие в лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих психотерапевтическую помощь, кабинетов функциональной диагностики с соответствующим специалистом (электроэнцефалография, ультразвуковое исследование сосудов шеи и головы, реоэнцефалография, магнитно-резонансная томография) для выявления органических изменений головного мозга;

– использование психологических экспресс-методик, подобранных с учетом возрастных особенностей, для определения сфер и выраженности изменений различных психических процессов (выбор опросников с меньшим количеством вопросов и заданий, отличающихся по форме и последовательно чередующихся; с упрощенными для восприятия заданиями, требующими выбор предложенных вариантов и меньшее время проведения; во время тестирования необходим короткий отдых между методиками, а проведение объемного обследования следует делить на 2 дня);

– введение в штат лечебно-профилактические учреждения психиатрического профиля должности врача-невролога для совместного ведения больных пожилого возраста;

– при назначении психофармакотерапии учет совместимости лекарственных средств с принимаемыми пациентами препаратами в связи с сопутствующей патологией;

– контроль за одновременным (нередко необоснованным) назначением множества лекарственных средств или лечебных процедур и противопоказаниями к ним при наличии у пациента ряда соматических заболеваний;

– выбор методов психотерапевтического лечения с учетом выявленных личностных особенностей и ресурсного потенциала;

– организация групповых форм социально-психологической помощи, особенно с одиночными больными пожилого возраста для повышения их социальной адаптации и реадaptации (клубы, сообщества и др.);

– регулярное информирование врачей других специальностей о способах диагностики и тактике ведения пациентов пожилого возраста для раннего выявления пограничных психических расстройств и своевременного оказания помощи (совместные конференции, круглые столы и проч.);

– введение в последиplomную подготовку психиатров, психотерапевтов и врачей общесоматического профиля курса «Пограничные психические расстройства лиц пожилого возраста».

Сравнительный анализ данных литературы и результатов исследования позволил выделить особенности психотерапии лиц пожилого возраста с ППР:

– проведению психотерапии должна предшествовать детальная психопатологическая диагностика, что связано с необходимостью учета наличия органической патологии, вызванной атеросклерозом сосудов головного мозга, проявляющейся эмоциональными, когнитивными и поведенческими расстройствами;

– у лиц пожилого возраста психотерапия менее эффективна, чем у лиц молодого возраста, вследствие инертности и ригидности мышления, трудностей выработки новых или изменения старых жизненных и поведенческих стереотипов у пожилых;

– психотерапия лиц пожилого возраста с ППР должна прежде всего учитывать особенности психологического и соматического статусов;

– наиболее приемлема индивидуальная психотерапия, направленная на приспособление больного к жизни в изменившихся условиях;

– возможны групповые формы психотерапевтической работы, которые в первую очередь направлены на повышение социальной активности пациентов и преодоление социальной изоляции; применяются групповые техники: групповая дискуссия, музыкальная и танцевальная терапия, психогимнастика и др.;

– семейная психотерапия у пожилых должна быть направлена на оздоровление ситуации взаимоотношений и формирование терпимого отношения в семье, создание более теплого микросоциального климата;

– наименее эффективными в работе с лицами пожилого возраста являются глубинно-психологические и психоаналитические методы психотерапии.

Полученные нами данные также легли в основу разработки психотерапевтических подходов при лечении различных нозологических форм ППР у лиц пожилого возраста, представляющих собой рекомендации отдельных видов психотерапии при различных нозологических формах ППР (см. таблицу).

Исходя из наличия той или иной формы ППР, врач-психотерапевт для достижения эффективности лечения может использовать более подходящие виды психотерапии. Подбор видов психотерапии к различным нозологическим формам ППР сделан нами, исходя из реальных возможностей для лиц пожилого возраста. Симптомо- и проблемно-ориентированные психотерапевтические методы будут более востребованы, как и краткосрочные формы психотерапии, в силу того, что длительная терапия сопровождается дополнительной нагрузкой.

Целесообразны когнитивные и поведенческие подходы в противовес динамическому и экзистенциальному, так как устоявшиеся личностные особенности, морально-этические и душевные ценности не подвержены значительным изменениям. Необходимо учитывать риск обострения коморбидных соматических заболеваний у пожилых, особенно сердечно-сосудистой системы.

Психотерапевтические подходы при лечении пограничных психических расстройств у лиц пожилого возраста

Нозологическая форма (МКБ-10)	По участникам			По мишеням психотерапии			По длительности			По направлениям			По целям			По методам				
	Индивидуальная	Семейная	Групповая	Симптомно-ориентированная	Проблемно-ориентированная	Социально-ориентированная	Краткосрочная	Среднесрочная	Долгосрочная	Когнитивная	Поведенческая	Экзистенциально-гуманистическая	Купирующая	Реконструктивная	Поддерживающая	Релаксационная	Суггестивная	Позитивная	Рациональная	Разъяснительная
Органические непсихотические расстройства (F06–F09)	+	+	+	+			+													
Органические расстройства настроения (F06.3)	+	+	+	+			+													
Органическое тревожное расстройство (F06.4)	+	+	+	+			+													
Органическое диссоциативное расстройство (F06.5)	+	+	+	+			+													
Органическое эмоционально лабильное расстройство (F06.6)	+	+	+	+			+													
Расстройство личности органической этиологии (F07.0)	+	+	+	+			+													
Расстройства настроения (F30–F39)	+	+	+	+			+													
Неврогические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40–F48)																				
Неврогические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40)	+	+	+	+			+													
Фобические тревожные расстройства (F40)	+	+	+	+			+													
Другие тревожные расстройства (F41)	+	+	+	+			+													
Обсессивно-компульсивное расстройство (F42)	+	+	+	+			+													
Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43)	+	+	+	+			+													
Диссоциативные [конверсионные] расстройства (F44)	+	+	+	+			+													
Соматоформные расстройства (F45)	+	+	+	+			+													
Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F50–F59)																				
Расстройство приема пищи (F50)	+	+	+	+			+													
Расстройство сна неорганической этиологии (F51)	+	+	+	+			+													
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F60–F69)																				
Специфические расстройства личности (F60)	+	+	+	+			+													
Расстройства привычек и влечений (F63)	+	+	+	+			+													

По цели – психотерапия чаще купирующая и поддерживающая, так как положительный прогноз от реконструктивных направлений маловероятен в силу снижения подвижности психических процессов и адаптивных возможностей (см. таблицу).

По методикам психотерапии, в основном, могут использоваться (по степени убывания значимости): рациональная, разъяснительная, позитивная, релаксационная, суггестивная и др. (см. таблицу).

Разработанные психотерапевтические подходы при лечении ППР у лиц пожилого возраста позволяют использовать определенные виды психотерапии, исходя из нозологической формы ППР, и повысить в целом эффективность психотерапии в пожилом возрасте, для чего требуется:

- формирование позитивного отношения к восприятию пожилого возраста у психотерапевтов;
- повышение качества подготовки по вопросам коморбидной патологии (знание основных клинических проявлений, особенностей влияния на психологическое состояние и социальное функционирование, влияние соматотропных препаратов на психоэмоциональное состояние);
- повышение знаний по экзистенциальным вопросам для возможности обсуждения их с пациентом (смысла жизни, смерти);
- готовность для работы с умирающим пожилым пациентом (в каких-то случаях – выполнение «роли священника»);
- изменение отношения к понятию эффективности психотерапии в пожилом возрасте (кратковременное улучшение – это уже положительный результат);
- повышение стрессоустойчивости у психотерапевта (в случае смерти пациента).

Таким образом, проблема психотерапии лиц пожилого возраста с ППР является сложной, но решаемой задачей, направленной на редукцию невротической симптоматики, социальную поддержку и повышение качества жизни.

## **Выводы**

1. Среди пациентов в возрасте старше 60 лет в 2 раза чаще, чем в более молодом возрасте, встречаются органические непсихотические расстройства и реже – невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства. Для лиц пожилого возраста свойственны наличие астенической, депрессивной и тревожной симптоматики, высокая коморбидность психической и соматической патологии, психосоциальные особен-

ности в виде отсутствия семьи и одинокого проживания, соматической отягощенности, низкого материального положения.

2. Для психотерапии лиц пожилого возраста с пограничными психическими расстройствами наиболее приемлемы краткосрочные симптомо- и проблемно-ориентированные психотерапевтические методы (рациональная, когнитивно-поведенческая, позитивная, семейная психотерапия), направленные на редукцию невротической симптоматики, социальную поддержку и повышение качества жизни.

### Литература

1. Августова Л.И. Направленность личности. Возрастные изменения в старости // Геронтопсихология / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб. : Изд-во СПбГУ, 2007. – С. 67–170.

2. Гарганеева Н.П., Шахурова Н.И., Счастный Е.Д. Расстройства депрессивного спектра в позднем возрасте. Общая проблема в терапевтической и психиатрической практике // Сиб. вестн. психиатрии и наркологии. – 2009. – № 3. – С. 78–83.

3. Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников М.П., Шарай В.Б. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния // Вопр. психологии. – 1973. – № 6. – С. 141–145.

4. Ермолаева М.В. Практическая психология старости. – М. : Эксмо-Пресс, 2002. – 320 с.

5. Зайцев В.П. Вариант психологического теста Mini-Mult // Психол. журн. – 1981. – № 3. – С. 118–123.

6. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. – СПб. [и др.] : Питер, 2012. – 672 с.

7. Лебедева В.Ф., Семке В.Я. Клинические особенности расстройств лиц пожилого возраста в общемедицинской практике // Сиб. вестн. психиатрии и наркологии. – 2005. – № 3. – С. 81–84.

8. Незнанов Н.Г., Круглов А.С. Динамика состояния пожилых больных с коморбидными депрессивными и когнитивными нарушениями сосудистого генеза в процессе терапии // Обзор. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 2008. – № 3. – С. 18–21.

9. Практикум по психологии состояний : учеб. пособие / под ред. О.А. Прохорова. – СПб. : Речь, 2004. – 480 с.

10. Психиатрия позднего возраста / под ред. Р. Джекоби, К. Оппенгайма. – М. : Сфера, 2001. – Т. 1. – 387 с.

11. Раевский А.А. Структура психического состояния пожилых пациентов с органическими заболеваниями головного мозга и депрессивными нарушениями : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2013. – 24 с.

12. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика: методики и тесты : учеб. пособие. – Самара : Бахрах-М, 2001. – 672 с.

13. Семке В.Я., Цыганков Б.Д., Одарченко С.С. Основы пограничной геронтопсихиатрии. – М. : Томск, 2006. – 517 с.

14. Сиденкова А.П. Психосоциальная модель поздних деменций : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Томск, 2010. – 52 с.

15. Филатова С.А., Безденежная Л.П., Андреева Л.С. Геронтология. – Ростов н/Д : Феникс, 2009. – 510 с.

16. Zung W.W.K., Durham N.C. A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry. – 1965. – Vol. 12. – P. 63–70.

**Soloviev A.G., Novikova I.A., Mestechko V.V.** Psikhoterapiya lits pozhilogo vozrasta s pogranichnymi psikhicheskimi rasstroistvami [Psychotherapy of elderly patients with borderline mental disorders]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 54. P. 19–32.

Northern State Medical University  
(Russia, Arkhangelsk, Troitskii Ave., 51);  
Northern (Arctic) Federal University named after M.V. Lomonosov  
(Russia, Arkhangelsk, Severnaya Dvina Emb. 17)

Abstract. Approaches to psychotherapy of elderly patients with borderline mental disorders are described. It is shown that for psychotherapy in the elderly are most appropriate term of symptom and problem-oriented psychotherapeutic methods (rational, cognitive-behavioral, positive, family therapy), aimed at the reduction of neurotic symptoms, social support and quality of life.

Keywords: medical (clinical) psychology, psychotherapy, the elderly, borderline mental disorders.

Soloviev Andrey Gorgon'evich – Dr. Med. Sci. Prof. Head of the Department of Psychiatry and Clinical Psychology Northern State Medical University (Russia, 163000, Arkhangelsk, Troitskii Ave., 51); e-mail: ASoloviev1@yandex.ru;

Novikova Irina Al'bertovna – Dr. Med. Sci. Prof. of the Department of Psychology Northern (Arctic) Federal University named after M.V. Lomonosov (Russia, 163002, Arkhangelsk, Severnaya Dvina Emb. 17); e-mail: ianovikova@mail.ru;

Mestechko Viktor Vasil'evich – PhD Student of the Department of Psychiatry and Clinical Psychology Northern State Medical University (Russia, 163000, Arkhangelsk, Troitskii Ave., 51); e-mail: dr.mestechko@mail.ru.

## References

1. Avgustova L.I. Napravlennost' lichnosti. Vozrastnye izmeneniya v starosti [The orientation of the personality. Age-related changes in old age]. Gerontopsikhologiya [Gerontopsychology]. Ed. G.S. Nikiforov. Sankt-Peterburg. 2007. P. 67–170. (In Russ.)

2. Garganeeva N.P., Shakhurova N.I., Schastnyi E.D. Rasstroistva depressivnogo spektra v pozdnem vozraste. Obschaya problema v terapevticheskoi i psikhiatricheskoi praktike [The depressive spectrum disorder at a later age. A common problem in medical and psychiatric practice]. *Sibirskii vestnik psikhiiatrii i narkologii* [Siberian Gerald of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2009. N 3. P. 78–83. (In Russ.)

3. Doskin V.A., Lavrent'eva N.A., Miroshnikov M.P., Sharai V.B. Test differentsirovannoi samootsenki funktsional'nogo sostoyaniya [Test differentiated self-assessment of functional status]. *Voprosy psikhologii* [Questions of psychology]. 1973. N 6. P. 141–145. (In Russ.)
4. Ermolaeva M.V. Prakticheskaya psikhologiya starosti. Moskva [Practical psychology of old age]. 2002. 320 p. (In Russ.)
5. Zaitsev V.P. Variant psikhologicheskogo testa Mini-Mult [Variant of psychological test Mini-Mult]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological Journal]. 1981. N 3. P. 118–123. (In Russ.)
6. Karvasarskii B.D. Psikhoterapiya [Psychotherapy]. Sankt-Peterburg. 2012. 672 p. (In Russ.)
7. Lebedeva V.F., Semke V.Ya. Klinicheskie osobennosti rasstroistv lits pozhilogo vozrasta v obshchemeditsinskoj praktike [Clinical features of disorders of the elderly in General practice]. *Sibirskii vestnik psikhiiatrii i narkologii* [Siberian Journal of Psychiatry and Addiction Psychiatry]. 2005. N 3. P. 81–84. (In Russ.)
8. Neznanov N.G., Kruglov A.S. Dinamika sostoyaniya pozhilykh bol'nykh s komorbidnymi depressivnymi i kognitivnymi narusheniyami sosudistogo geneza v protsesse terapii [Changes in the state of elderly patients with comorbid depressive and cognitive impairment of vascular origin in the process of therapy]. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2008. N 3. P. 18–21. (In Russ.)
9. Praktikum po psikhologii sostoyanii [Workshop on the psychology States: a tutorial]. Ed O.A. Prokhorov. Sankt-Peterburg. 2004. 480 p. (In Russ.)
10. Psikhiiatriya pozdnego vozrasta [Psychiatry of later age]. Eds.: R. Dzhekobi, K. Oppengaimer. Moskva. 2001. Vol. 1. 387 p. (In Russ.)
11. Raevskii A.A. Struktura psikhicheskogo sostoyaniya pozhilykh patsientov s organicheskimi zabolevaniyami golovnogo mozga i depressivnymi narusheniyami [The structure of the mental state of elderly patients with organic brain disease and depressive disorders] : Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 2013. 24 p. (In Russ.)
12. Raigorodskii D.Ya. Prakticheskaya psikhodiagnostika: metodiki i testy [Practical diagnostics. Methods and tests]. Samara. 2001. 672 p. (In Russ.)
13. Semke V.Ya., Tsygankov B.D., Odarchenko S.S. Osnovy pogranichnoi gerontopsikhiiatrii [The foundations of the UPA office of border]. Moskva : Tomsk. 2006. 517 p. (In Russ.)
14. Sidenkova A.P. Psikhosotsial'naya model' pozdnykh dementsii [Psychosocial model of late dementia] : Abstract dissertation PhD Med. Sci. Tomsk. 2010. 52 p. (In Russ.)
15. Filatova S.A., Bezdenezhnaya L.P., Andreeva L.S. Gerontologiya [Gerontology]. Rostov-na-Donu. 2009. 510 p. (In Russ.)
16. Zung W.W.K., Durham N.C. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1965. Vol. 12. P. 63–70.

Received 10.04.2015



## **СЛОЖНОСТИ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА, СВЯЗАННЫЕ С ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ И ДУХОВНЫМИ ПРОБЛЕМАМИ ПАЦИЕНТОВ, ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ**

Международный институт резервных возможностей человека  
(Россия, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11);  
Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41);  
Санкт-Петербургская православная духовная академия  
(Россия, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 17)

Обследовали 179 больных с (118 мужчин и 61 женщину) в возрасте от 8 до 82 лет с хроническим монетовидным или бляшечным псориазом (L40.0 по МКБ-10). Прогрессирующий период был установлен у всех больных. Длительность заболевания варьировала от нескольких месяцев до 55 лет. Сведения о религиозной принадлежности изучены у 87 больных, которых разделили на 2 группы: 1-я (n = 42, или 48,3 %) – активные прихожане храмов, 2-я (n = 45, или 51,7 %) – равнодушные к религии, не относящие себя к какой-либо конфессии и атеисты. Среди пациентов 1-й группы соблюдали традиции православной церкви 38 человек, католической – 2, были мусульманами – 2. Всем пациентам была назначена гипоаллергенная диета и осуществлялась одинаковая общая и наружная терапия. Отличие состояло в том, что пациентам из 1-й группы проводилась духовно ориентированная терапия, а во 2-й она не проводилась. Вероятность наступления клинической ремиссии у пациентов 1-й группы составила 95,2 % случаев, а во 2-й –

---

Терлецкий Олег Васильевич – канд. мед. наук, бакалавр богословия, консультант Междунар. ин-та резервных возможностей человека, диакон (Россия, 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11); e-mail: docterl@yandex.ru;

Григорьев Григорий Игоревич – д-р мед. наук проф., магистр богословия, декан фак. психологии и философии человека Русской христианской гуманитарной академии, проф. каф. психологии и педагогики Сев.-Зап. гос. мед. ун-та им. И.И. Мечникова, засл. врач РФ, иерей, настоятель храма Рождества Иоанна Предтечи д. Южки, директор Междунар. ин-та резервных возможностей человека (Россия, 191023, Санкт-Петербург, наб. реки Фонтанки, д. 15); e-mail: grigori-jgi@hotmail.com;

Разнатовский Константин Игоревич – д-р мед. наук проф., зав. каф. дерматовенерологии Сев.-Зап. гос. мед. ун-та им. И.И. Мечникова, гл. дерматовенеролог и косметолог Ком. здравоохранения Санкт-Петербурга (Россия, 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41); e-mail: konstantan.r@bk.ru;

Легеев Михаил Викторович – канд. богословия, препод. С.-Петербург. православной духовной акад., иерей (Россия, 193167, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 17); e-mail: m-legeev@yandex.ru.

71,1 % ( $p < 0,05$ ). Более того, у верующих в Бога больных средние сроки лечения составили 38 сут, тогда как у атеистов – 52 сут. Назначение лекарственных препаратов не решает духовных проблем больных псориазом, а при отмене медикаментозной терапии, как правило, начинается обострение психической и соматической симптоматики. Для верующих пациентов такая ситуация, по нашему мнению, является показанием к исповеди с последующим причастием и проведению разработанной духовно ориентированной терапии.

Ключевые слова: медицинская (клиническая) психология, религиоведение, духовно ориентированная терапия, псориаз, перманентные соматоформные дисфункции.

## **Введение**

Псориаз – хронический воспалительный иммунозависимый генодерматоз многофакториального генеза, передающийся по доминантному типу с неполной пенетрантностью, характеризующийся усилением пролиферативной активности кератиноцитов с нарушением процессов кератинизации и развитием патологических процессов в коже, ногтях и суставах [19, 20]. Как видно, в современном определении псориаза нет ни слова о состоянии высшей нервной деятельности. Это, на наш взгляд, не совсем корректно, так как состояние ВНД больного играет существенную роль в развитии и течении псориаза [7, 11, 12, 15, 19, 20, 22, 23].

Причина псориаза остается невыясненной. В работах многих авторов указывается на стрессогенный механизм развития псориаза [7, 11, 12, 15, 19, 20, 22, 23]. Ключом к пониманию неразрывной связи ВНД и кожи является тот факт, что в развитии кожи, как и нервной системы, важную роль играет один и тот же зародышевый листок – эктодерма [24]. Психологическая характеристика больных с псориазом рассматривалась в предыдущей статье [21].

Цель исследования: 1) выявить наиболее часто встречаемые психологические проблемы у больных с псориазом; 2) сравнить сроки наступления клинической ремиссии у больных с псориазом, активных прихожан храмов и равнодушных к религии.

## **Материалы и методы**

При помощи карт-опросников опросили 179 больных с распространенным вульгарным псориазом (118 мужчин и 61 женщина) в возрасте от 8 до 82 лет. Все больные страдали хроническим монетовидным или бляшечным псориазом (L40.0 по МКБ-10). Прогрессирующий период был установлен у всех больных. Длительность заболевания варьировала от нескольких месяцев до 55 лет. Пациенты предъявляли жалобы на субъективные

ощущения, сопровождающие элементы сыпи. Кроме того, отмечалось появление новых высыпаний, сухость, чувство жжения, стягивания кожи.

Карта-опросник состоит из 23 вопросов, относящихся к социально-демографическим данным и анамнезу заболевания больного. Кроме этого пациенту задается вопрос: «1.0. Что Вам помогает справиться со стрессом?» и даются варианты ответов: «1.1. Еда. 1.2. Табакокурение. 1.3. Алкоголь. 1.4. Наркотики. 1.5. Физкультура или спорт. 1.6. Какое-то увлечение (например, коллекционирование марок, выращивание цветов или что-то др.). 1.7. Другое (пожалуйста, укажите, что именно)».

Сведения о религиозной принадлежности изучены у 87 больных. Руководствуясь ст. 23 и 24 Конституции РФ о неприкосновенности частной жизни, информацию о вере или безверии врач-специалист получал только пассивно, добровольно со стороны больных, специально не расспрашивая их. Возраст больных составил от 16 до 68 лет, мужчин было 47, женщин – 40. Этих пациентов распределили на 2 группы: 1-я (n = 42, или 48,3 %) – активные прихожане храмов, 2-я (n = 45, или 51,7 %) – равнодушные к религии, не относящие себя к какой-либо конфессии и атеисты. Среди пациентов 1-й группы соблюдали традиции православной церкви 38 человек (43,7 %), католической – 2 (2,3 %), были мусульманами 2 (2,3 %), других конфессий не было.

Удельный вес легких, умеренных и тяжелых больных в выделенных группах был одинаков. Всем пациентам была назначена гипоаллергенная диета и осуществлялась одинаковая общая и наружная терапия. Общая терапия состояла из «венгерской схемы» с 10 %-ным глюконатом кальция, а наружная – из крема, имеющего в своем составе пентоксифиллин и 3 %-ный нафталин. Все перечисленные субстанции были преобразованы в липосомальную форму [19]. Индекс PASI у всех больных до лечения составлял 10–72 балла. После лечения он был меньше – 10–30 баллов. Отличие состояло в том, что пациентам из 1-й группы проводилась духовно ориентированная терапия, а во 2-й – не проводилась.

За основу теории и практики метода духовно ориентированной терапии (ДОТ) на православной основе взят метод духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зарока на православной основе, разработанный и успешно применяемый на практике проф. Г.И. Григорьевым [22].

Между естественнонаучными и церковно-антропологическими категориями и понятиями устанавливаются прямые и косвенные аналогии. Интерпретация психотерапевтического процесса, его стратегий и анализ результатов проводятся как на современной научно-методологической плат-

форме, так и на основе древнейшего аскетического и патристического опытного знания. Природа и состав человека соотносятся как с медицинскими представлениями, так и с эмпирическими данными христианской антропологии [22].

Этиология и патогенез кожных и других болезней рассматривается не только с позиций научно-медицинских знаний, но и с учетом аскетического опыта борьбы со страстями.

Межличностная коммуникация в процессе оказания помощи больным строится не только по медицинским правилам, но и в соответствии с правилами духовно полезной беседы.

Метод является духовно ориентированной терапией на православной основе не только потому, что имеет прочный фундамент в религиозно-культурной традиции, но и потому, что обращен к духовному началу в человеке, т. е. к тому, что выше психики, изучаемой и врачующей естественнонаучной медициной. Подобная терапия является не просто безмедикаментозным вербальным лечением, ориентированным только на психофизического человека, его ум, волю и чувства, но прежде всего она направлена на невидимые и анатомически не локализованные в человеке «органы» – дух, совесть и душу [22].

Таким образом, главной задачей метода ДОТ, его основной отличительной особенностью от современных методов научной терапии является в первую очередь преодоление духовных причин болезней (донныне отрицаемых современной наукой). Итак, ДОТ направлена на оказание психологической и медикаментозной помощи пациенту, страдающему как от телесных, так и от духовных болезней.

*Целью* этой терапии является достижение терапевтического эффекта с помощью самых передовых, но безопасных для (тела и души) пациента медицинских технологий и лекарственных препаратов, применяемых в общей и наружной терапии, соответствующих учению святого Евангелия, святых отцов и положениям «Основ социальной концепции Русской Православной Церкви». Задачами этой терапии являются:

- создание «Школы больного» (цель и задачи этой школы см. на сайте [terletsky.ru](http://terletsky.ru));
- оказание практической помощи нуждающимся больным в процессе познания своей духовной и телесной сущности;
- разъяснение пациенту роли наших страстей (грехов) в зарождении и развитии болезней;

– напоминание сомневающимся или заблудшим страдающим телесными недугами больным о нашем истинном Враче и Спасителе – Иисусе Христе;

– оказание помощи пациенту в осознании духовных причин телесных болезней;

– понуждение пациента сверять свою жизнь (помыслы, мысли, слова, поступки) со святым Евангелием и советами святых отцов.

Психотерапевтический эффект терапии заключается в целебном воздействии на заблудших людей нашей духовной «врачебницы» – Церкви, живительного Евангельского слова, советов святых отцов, покаяния и причастия Святых Христовых Таин.

С целью более точного и углубленного исследования в работе использовали методы математической статистики. Результаты проверили на нормальность распределения. Сходство (различия) показателей в группах определяли при помощи t-критерия Стьюдента при достоверности  $p < 0,05$ .

### **Результаты и их анализ**

Анализ поведения 179 пациентов на первичном приеме и их карт-опросников выявил следующие характерные психологические проблемы: навязчивые идеи – у 70 (39 %) больных; страхи (фобии) – у 61 (34 %); склонность к перееданию – у 57 (32 %); склонность к алкоголизации – у 57 (32 %); зависимость от табакокурения – у 50 (28 %); депрессии – у 48 (27 %); формирование условий, препятствующих нормальной регулярной половой жизни – у 28 (16 %); ригидное мышление – у 14 (8 %) больных [21]. Кроме указанных расстройств, у больных с псориазом были выявлены и другие симптомы: нарушение сна, снижение настроения, расстройства когнитивной сферы, мышления, утомляемость от зуда. Эти факторы, в свою очередь, способствовали плохой социальной адаптации. Необходимо отметить, что у каждого пациента, как правило, наблюдалось сочетание нескольких психологических проблем. Неврастения (F48.0 по МКБ-10) установлена у 64 (36 %) пациентов.

Выявленные психологические проблемы у больных псориазом не зависели от религиозной принадлежности пациентов. В 1-й группе клиническая ремиссия из-за осложнений и неудач не наступила у 2 человек (4,8 %), во 2-й группе – у 13 (28,9 %). Вероятность наступления клинической ремиссии у пациентов 1-й группы составила 95,2 % случаев, а во 2-й – 71,1 %. Вероятность наступления клинической ремиссии во 2-й группе пациентов статистически значимо ниже, чем в 1-й ( $p < 0,05$ ). Оказалось, что у верую-

щих людей вероятность наступления клинической ремиссии гораздо выше, чем у атеистов. Более того, у верующих в Бога больных средние сроки лечения составили 38 сут, тогда как у атеистов – 52 сут.

Неверующие люди, болеющие псориазом, как правило, чрезмерно мнительны, тревожны, недоверчивы, постоянно находятся в напряжении, ждут подвоха, склонны к необоснованным переживаниям и сомнениям. Со слов наших пациентов, их раздражает «тотальная безответственность вокруг». Ищут причину болезни не в себе, а в окружающих, в том числе и во враче. Сказанное врачом зачастую воспринимается больными в противоположном смысле. Это, в свою очередь, приводит к психической дезадаптации и психосоматическим расстройствам. На производстве они характеризуются как ответственные и добросовестные работники, однако, оставаясь наедине с собой, некоторые из них склонны к употреблению алкоголя, наркотиков.

Как показали наши исследования, в значительно меньшей мере перечисленные признаки наблюдались у верующих пациентов.

Зачастую за медицинской помощью к дерматологу больные псориазом обращались после психотравм, уже при наличии множественных высыпаний на коже, при поражении ногтевых пластинок и суставов. Некоторые из них уже неоднократно побывали на консультациях у разных специалистов, после чего у них сформировался стойкий комплекс недоверия к традиционной медицине, а это, в свою очередь, дало пищу к появлению других эмоциональных расстройств и сформировало «миф о неизлечимости болезни».

Исследования выявили, что в психологической поддержке, сопровождении и коррекции особенно нуждаются больные с псориазом с развившимися осложнениями и с серьезной сопутствующей патологией (инфаркт миокарда в анамнезе, гипертоническая болезнь, сахарный диабет и др.).

Однако самыми сложными в общении с окружающими и врачом оказались пациенты, которые только что узнали о своем заболевании или много раз лечились без какого-либо эффекта, с развившимися осложнениями (как правило, зависимые от применявшихся ранее кортикостероидных наружных средств). Они в первую очередь нуждались в психологической поддержке, но как раз они и избегали занятия в «Школе больного псориазом» [22] с помощью разных несущественных причин и отговорок.

Чтобы понять состояние нервной системы у больного псориазом, нужно учитывать психологическую симптоматику людей с соматическими нарушениями, избыточной эмоциональностью, а также не отличающихся

строгой нравственностью. Часть отчаявшихся больных впадает в крайности: полное неверие в исцеление, алкоголизм, наркоманию, оккультизм, богохульство.

Наблюдения показали, что эффективно лечить псориаз у пациентов можно только в случае решения их психологических проблем. Снижение внутреннего напряжения постепенно освобождало человека от «тяжелого» груза неосознанных обид, тревог, забот, подозрительности, чрезмерной агрессии, чувства вины и настраивало больного на взаимопонимание и сотрудничество с врачом. Тревожность у больных нередко сопровождалась умеренными когнитивными расстройствами: они невнимательны, насторожены, плохо верят врачу, не до конца усваивают информацию о своей болезни даже при хорошем контакте. ДОТ, не оказывая негативного действия на когнитивную сферу, разряжала тревожную напряженность, делала больных более податливыми психотерапии, способствовала улучшению compliance.

По нашему мнению, кроме указанных ранее психологических проблем, существует ряд причин, позволяющих возникать псориазу: 1) наследственность; 2) состояние центральной нервной системы, души и духа человека; 3) интоксикации.

Когда врач с пациентом в процессе терапии псориаза воздействовали на вторую и третью причины, как правило, получали лучшие результаты, особенно это было видно у пациентов, прошедших ДОТ.

Разберем одну из причин, нарушающих ремиссию у пациентов с псориазом, а именно *состояние центральной нервной системы, души и духа человека*, более подробно.

На стрессорный механизм развития псориаза в работах указывают многие исследователи. Вероятно, большинство читателей знакомо с выражением, как правило, исходящим от врачей: «Все болезни от нервов» – или с высказыванием набожных людей: «Все болезни от грехов». Где же истина? Вначале рассмотрим такие психологические понятия, как стресс, эмоции и страсть, с медицинской точки зрения.

«*Стресс* – состояние душевного (эмоционального) и поведенческого расстройства, связанное с неспособностью человека целесообразно и разумно действовать в сложившейся обстановке» [4].

«*Эмоции* – элементарные переживания, возникающие у человека под влиянием общего состояния организма и хода процесса удовлетворения актуальных потребностей» [4].

«*Страсть* – сильно выраженная увлеченность человека кем-либо или чем-либо, сопровождающаяся глубокими эмоциональными переживаниями, связанными с соответствующим объектом» [4].

Схематично стрессовый механизм развития псориаза, как и любого другого заболевания, можно изобразить так: на какой-либо раздражитель – внешний или внутренний – человек реагирует эмоцией (франц. *émotion*, от лат. *emoveo* – потрясаю, волну). Высшим продуктом развития эмоций человека являются чувства, которые возникают как результат обобщения конкретных ситуативных эмоций. «Сильное, абсолютно доминирующее чувство называется страстью» [1]. Иными словами, когда эмоции переходят в разряд чрезмерно выраженных, их называют страстями, которые, в свою очередь, и воздействуют на центральную нервную систему, вызывая сбой в ее нормальной работе.

Эти отрицательные эмоциональные импульсы дестабилизируют функциональное состояние систем через подкорковые структуры, в связи с чем на первый план выходят не классические органические заболевания, а функциональные расстройства различных органов и систем – *перманентные соматоформные дисфункции* (ПСД). Перманентные соматоформные дисфункции являются основным звеном в патогенезе многих заболеваний, которые характеризуются дисрегуляцией взаимовлияний центральной нервной, вегетативной нервной, гормональной и иммунной систем, приводящей к нарушению вегетативного обеспечения функционирования различных эффекторных систем организма в поддержании гомеостаза [15, 19, 21, 22, 23].

В развитии патологических расстройств большое значение приобретает механизм «порочного круга» или «порочной спирали». Перманентные соматоформные дисфункции развиваются у лиц преимущественно в возрасте от 16–18 до 35–40 лет (известно, что в этот период человек чаще всего заболевает псориазом), но при наличии определенных травмирующих социально-психологических и эмоционально-стрессовых факторов они могут возникать в любом возрасте [15].

Кожные реакции выступают как своеобразное зеркальное отображение внутреннего, и в частности эмоционального, состояния человека. В роли «кинетических эквивалентов» эмоциональных перегрузок выступают, наряду с другими соматическими нарушениями, псориаз и красный плоский лишай, универсальный (или локальный) зуд и рецидивирующая крапивница, нейродермит и экзема [15].



Кроме перманентных соматоформных дисфункций, у больных психозом происходит комплексное изменение личности, связанное с соматическими нарушениями, психологическими и патопсихологическими проблемами. Богословие на это смотрит иначе, используя порою те же самые термины (например, страсть) в другом значении, открывая пред нами (в том числе и перед медициной) более глубокое понимание и более широкие перспективы.

Этимологически слово «страсть» связано с глаголом «страдать». Выражение «страсть» в значении страдания (то есть в этом наиболее общем смысле) еще не несет в себе обязательной положительной или отрицательной нагрузки – этот термин может иметь различные смыслы. Так, например, к числу страданий можно отнести чрезмерно выраженные эмоции, чувства и т. д.

Тем не менее обычно в святоотеческой письменности и в аскетическом богословии этот термин (страсть) имеет более узкое значение, эквивалентное понятиям «порочная страсть», «порок». Что такое «порочная страсть»? Это испорченность природы человека и склонность к греху; называется же она страстью именно потому, что приносит человеку страдание – страдание, побуждающее, подталкивающее человека к совершению греха, с одной стороны, а также, с другой стороны, вытекающее как следствие из самого греха, из греховной жизни человека – его греховных мыслей, чувств, желаний и поступков. Ведь грех – это вольное, свободное (в силу того, что свободен сам человек) проявление порочной страсти.

Существует и такое понятие, как «непорочные страсти». Непорочные страсти – это следствие грехопадения, то есть то, что пришло в человеческую природу после грехопадения, но само по себе не является порочным, греховным повреждением, само по себе не подталкивает, не понуждает человека ко греху. Например, человек стал нуждаться в еде, появились болезни, он стал телесно смертен и т. д. Всё это относится к области непорочной страстности, непорочных страданий человека. В падшем человеке (каковыми являются все люди, наследники Адама) непорочные страсти есть не только необходимое и неизбежное следствие грехопадения, но и лекарство от греха – ведь именно они, наши земные несчастья, зачастую помогают человеку прийти к Богу, прийти в Церковь, помогают не укорениться навсегда в своем греховном состоянии. Только во Христе Спасителе непорочные страсти не являются ни тем, ни другим – ни следствием грехопадения (так как Он был совершенно чужд всякого греха), ни лекар-

ством от греха. Им они были восприняты совершенно добровольно и только ради нашего спасения.

Как связаны болезни со страстями, шире – вообще со страстностью человека? Во-первых, самую телесную болезнь человека мы можем рассматривать как страсть, а во-вторых, страдание – страсть непорочную. И уже в этом, самом общем и универсальном смысле болезнь есть несомненное следствие греха, а точнее – всякая болезнь есть следствие общей греховности человеческой природы, наследие Адама во всех нас.

Непорочные страсти, не будучи сами по себе ни грехом, ни чем-то греховным, являются неизбежным фактом нашей природы и нашего состояния; равно как и – если посмотреть на вопрос еще шире – вся неустроенность, а порой и враждебность человеку окружающего мира (животных, растений, микроорганизмов, стихий и т. д.) есть не что иное, как результат грехопадения первого человека, отразившегося на всем человечестве. В этом наиболее общем значении болезнь человека может и не быть результатом его личных грехов. Например, при исцелении слепого от рождения о происхождении его слепоты *«Иисус отвечал: не согрешил ни он, ни родители его, но это для того, чтобы на нем явились дела Божии»* (Ин 9:5). Или можно привести примеры прп. Пимена Многоболезненного и крестьянского иконописца Журавлева Григория Николаевича (калеки, рожденного без рук и ног, писавшего великолепные иконы зубами, таким же способом расписавшего свою родную церковь в селе Утёвка Бузулукского уезда Самарской губернии, прославлявшего в своем творчестве Господа, сотворившего его таким), а также мн. др.

Однако, несмотря на вышеуказанное самое общее понятие о болезни как следствии греховности как таковой, возможно говорить и о более конкретных случаях, а именно – о болезни как попущении Божиим (и даже наказании любящим, но желающим нашего спасения, пусть и через страдания, Бога), попущении по отношению к конкретному человеку и именно за его личные и конкретные грехи. Именно в этом смысле мы говорим о болезни как о лекарстве от греха – как о своеобразном призыве Божиим к человеку о покаянии и сошествии с греховного и духовно губительного пути.

Более того, болезнь может быть не только (и не столько) попущением Божиим, но и явиться прямым следствием конкретных грехов человека, разрушающих его природу. Предаваясь обжорству, пьянству, наркотикам и тому подобным зависимостям, человек становится саморазрушителем своей природы, собственной волею аннигилирует вверенный ему от Бога дар жизни и здоровья. Очевидно, что если телесная причина болезни человека

связана с его личными грехами, то без исцеления духовной причины этой болезни (то есть без борьбы с грехом и победы над ним) выздоровление от телесного недуга представляется невозможным.

Прп. Авва Дорофей об этом предмете рассуждает следующим образом: «Ибо иное суть страсти, и иное грехи. Страсти суть: гнев, тщеславие, сластолюбие, ненависть, злая похоть и тому подобное. Грехи же суть самые действия страстей, когда кто-то приводит их в исполнение на деле, то есть совершает телом те дела, к которым побуждают его страсти, ибо можно иметь страсти, но не действовать по ним» [9].

Из этого поучения святого отца делаем вывод, что страсть сама по себе не является грехом. Если человек не будет действовать по страсти, не будет и греха. В противном случае страсть будет порождать грех.

Великий старец прп. Серафим Саровский в своих наставлениях рассуждает: «Тело есть раб души, душа – царица, а потому сие есть милосердие Господне, когда тело изнуряется болезнями; ибо от сего ослабевают страсти, и человек приходит в себя; и самая болезнь телесная рождается иногда от страстей. Отними грех, и болезней не будет; ибо они бывают в нас от греха, как сие утверждает св. Василий Великий: откуда недуги? откуда повреждения телесные? Господь создал тело, а не недуг; душу, а не грех. Что же паче всего полезно и нужно? Соединение с Богом и общение с Ним посредством любви. Теряя любовь сию, мы отпадаем от Него, а отпадая, подвергаемся различным и многообразным недугам.

<...> Один старец, страдавший водяною болезнью, говорил братьям, которые приходили к нему с желанием лечить его: “Отцы, молитесь, чтобы не подвергся подобной болезни мой внутренний человек; а что касается до настоящей болезни, то я прошу Бога о том, чтобы Он не вдруг освободил меня от нее, ибо поколику внешний наш человек тлеет, потоплику внутренних обновляется” (2 Кор 4:16).

Буде Господу Богу угодно будет, чтобы человек испытал на себе болезни, то Он же подаст ему и силу терпения.

Итак, пусть будут болезни не от нас самих, но от Бога» [18].

Стало быть, болезни человека в действительности связаны с его страстями и грехами.

Прп. Максим Исповедник о страстной душе говорит: «Страстная душа нечиста и преисполнена помыслами похотливыми и ненавистническими помыслами» [10].

Так что же такое грех? «Греческое слово “амартия”, обозначающее грех, буквально переводится как “промах”, непопадание в цель. Это про-

исходит от того, что человек “стреляет не в ту цель или не в том направлении”. Совершая любой грех, человек нарушает волю Божию и заставляет свою природу работать не так, как это было задумано Творцом. А поскольку Бог есть любовь и все, что создано и устроено Им, служит только во благо, любое иное действие приведет к повреждению объекта, а это и есть грех. Иными словами, грех – это все то, что приносит духовный, психический или физический вред человеку или другому Божьему созданию» [3]. Или: «Грех – в христианстве как сознательное, так и бессознательное отступление от заповедей Божиих и нарушение закона Божия» [13]. «Грех, или зло, есть нарушение закона Божия; беззаконие, или иначе сказать, грех, есть нарушение воли Божией» [17]. Другими словами можно сказать, что грех – это жизнь человека не по Евангелию, в хаосе мыслей и чувств, следствием чего является причинение самому себе вреда, ведущего в итоге к развитию болезней.

Проф. Д.Е. Мелехов (доктор медицинских наук, психиатр) пишет, что для епископа Феофана Затворника и старца Никодима Святогорца «основным признаком здоровья было единство и гармония всех трех ступеней (сфер, слоев) человеческой личности – духовной, душевной и телесной, и эти единство и гармония достигаются только при условии преобладающего влияния сферы духа, который должен властвовать над душой и телом. В этом единстве и гармонии – здоровье, норма человеческой жизни. В этом “спасение”... В болезни, наоборот, видят распад и изоляцию противоположно действующих сил или элементов и слоев личности» [2].

Поэтому в отношении страстей нам остается только выбрать методы лечения, имеющиеся в Священном Писании и разработанные святыми отцами и учителями Церкви Христовой. Как раз эти методы лечения и наставления святых отцов и применяются О.В. Терлецким при проведении ДОТ.

Однако в современной медицинской практике создался «порочный круг», заключающийся в том, что в век таблетомании, неуклонного роста стрессогенности жизни медицинская наука пытается лечить грех в основном медикаментозно (антидепрессантами, транквилизаторами, анксиолитиками и др.), что не всегда эффективно. Кроме этого, лекарственные препараты нередко не устраняют причину заболевания, а даже и усугубляют ее.

Еще не так давно, примерно 100 лет назад, для улучшения настроения, при головной боли, синдроме хронической усталости в аптеках можно было свободно приобрести или получить по обычному рецепту микстуру,

содержащую опий. Если учесть, что такие показания для назначения опия чрезвычайно распространены у современных людей, можно только порадоваться, что в современном мире опий как наркотик запрещен к распространению и продаже, по крайней мере в аптечной сети. А сколько наркоманов породила та ошибочная практика? Сколько депрессий, суицидов, убийств, загубленных жизнью стоят за этой уже признанной ошибкой?

Опыт изучения медицинских ошибок и связанных с ними лекарственных осложнений представлен в исследовании, организованном в США. Подводя итоги, в ноябре 1999 г. был составлен отчет, озаглавленный: «Человеку свойственно ошибаться: повышение безопасности в здравоохранении». В нем указывалось, что в результате медицинских ошибок при назначении лекарств в больницах США ежегодно умирает от 44 тыс. до 98 тыс. человек. Согласно полученным данным, только от ошибок, связанных с неправильным применением лекарств, ежегодно погибает 7 тыс. человек, что на 16 % больше, чем смертность в результате производственного травматизма [23, 25, 26].

Помимо этого, пациенты, страдающие хроническими дерматозами, как правило, имеют повышенный аллергенный фон, связанный, в том числе, с неоправданно широким применением лекарственных препаратов. В Европе 55 % больных псориазом имеют аллергические заболевания, в Санкт-Петербурге – 36,5 % [19, 22].

Необходимо учитывать, что из существующего разнообразия известных лекарственных препаратов (100 %) всего 5 % обладают достоверным лечебным действием и лишь 1 % из них может оказать реальную неотложную помощь больному (данные круглого стола с участием ведущих фармакологов России) [22, 23].

Итак, известно, что эмоции медикаментозному воздействию не поддаются, потому что фармацевтические препараты на греховную сущность человека не влияют.

Поэтому решение этой задачи нам представляется в духовном исцелении и формировании правильного мышления больного. Мотивация на победу, спокойное преодоление трудностей и умение приказывать себе – залог успеха! Напротив, стресс, как правило, вызывает обострение кожного заболевания. По нашему мнению, это происходит, потому что современный человек воспринимает стресс не как благо, призванное сделать его более сильным и закаленным в земной жизни, чему нас учат святые отцы, а совсем наоборот. А именно, как совсем не желательный раздражитель,

запускающий целый каскад сильных, абсолютно доминирующих чувств (страстей), приводящих к развитию или обострению заболевания.

До сих пор медицинской науке неизвестно расположение центра чувств. Профессор хирургии святитель Лука (Войно-Ясенецкий) по этому поводу пишет: «Нам известны в мозгу двигательные и сенсорные центры, вазомоторные и дыхательные, тепловые и другие центры, но нет в нем центров чувств. Никому не известны центры радости и печали, гнева и страха, эстетического и религиозного чувства...»

Если бы мы могли, что, конечно, немислимо, остановить стремительную и сложнейшую динамику психических процессов и рассмотреть отдельные элементы в статическом состоянии, то ощущения представились бы нам только как импульсы к возникновению мыслей, чувств, желаний и волевых движений. А мысли, выхваченные из мозга, оказались бы только незаконченным, сырым материалом, подлежащим глубокой и окончательной обработке в сердце – горниле чувств и воли» [16].

А теперь представим, что в нашем сердце по каким-либо причинам не нашлось места для Господа нашего Иисуса Христа, кто же в таком случае будет руководить нашими чувствами? Считаем, что если в нашем сердце нет места для христианской любви, смирения и сострадания, значит, оно занято гордыней, тщеславием, гневом, либо какой-то другой страстью, а такие соседи являются идеальными для подселения духов злобы – падших ангелов.

Проведя ретроспективный анализ анамнеза заболевания больных псориазом, имеющих психологические проблемы, нами было установлено, что как раз им по медицинским показаниям и назначались сильнодействующие глюкокортикостероидные и биологически активные препараты, цитостатики, ароматические ретиноиды, проводилась ПУВА-терапия (методика, в основе которой лежит использование ультрафиолетового облучения в сочетании с фотоактивными препаратами, вызывающими фотосенсибилизацию кожи. PUVA – аббревиатура от: Psoralens и UltraViolet A). Но и эти средства, как правило, не помогали или эффект был кратковременным.

Но есть люди, которые начинают осознавать проблему псориаза как средство к спасению души. За более чем 100-летний врачебный стаж совокупной врачебной работы, авторы неоднократно видели чудесные исцеления у православных истинно верующих людей. В этой группе пациентов самые лучшие результаты лечения. Мы наблюдали разрешение псориазической эритродермии и универсального псориаза всего за 1 мес (этого мо-

жет не произойти и за полгода, и за 1 год интенсивной терапии), а ремиссии длились годы (от 3 до 10 лет) на фоне «венгерской схемы», наружной терапии без использования глюкокортикостероидных мазей и диеты.

Приводим примеры из практики. Больная Н., возраст 43 года. Страдает псориазом 8 лет. Настоящее, сезонное обострение самое сильное. Пришла к нам в состоянии псориазической эритродермии, с прилипшим к кровавым расчесам нижним бельем. На вопрос «как долго ей надо будет лечиться?» мы честно ответили больной, что если правильно использовать все знания медицины, имеющиеся по данному вопросу, то заниматься лечением предстоит достаточно долго (4–6 мес), и поэтому надо набираться терпения и смирения. Но для православно-го человека есть более естественный путь – молитва, пост, раскаяние, исповедь и причастие Святых Христовых Таин и после этого начало терапии. Через 4 сут, сразу после причастия, больная пришла лечиться. Ей каждый день становилось все лучше и лучше, пока в течение месяца кожа не очистилась полностью.

Больной О., возраст 31 год. Болен вульгарным псориазом 1,5 года. Сразу же обратился за медицинской помощью в кожно-венерологический диспансер по месту жительства. На момент начала терапии на коже голени у пациента было 3–4 бляшки до 3 см в диаметре. В течение месяца безуспешного лечения у него на коже появился еще десяток новых бляшек. В связи с очевидным отсутствием положительного эффекта от проводимой терапии начал лечение в одном из медицинских центров города. Там в течение 1 мес получал курс метотрексата, фототерапию в активную стадию псориаза и наружно применялась нефторированная кортикостероидная мазь. На фоне такой терапии больному стало еще хуже. С распространенным нуммулярным псориазом, в активной стадии заболевания, в депрессивном состоянии больной обратился за помощью к О.В. Терлецкому. В связи с тем, что пациент был в детстве крещен и в церкви больше не бывал, ему было разъяснено значение исповеди, покаяния, причастия Святых Христовых Таин и проведена духовно ориентированная терапия. В течение полугода с помощью «венгерской схемы» дважды удавалось добиться прекращения новых высыпаний, но затем в связи с острой респираторно-вирусной инфекцией у пациента начиналось следующее обострение. Все это время больной готовился к исповеди. Перелом наступил сразу же после исповеди и причастия Святых Христовых Таин. Новые высыпания прекратились, и все очаги на коже начали разрешаться. Через 2 мес кожа очистилась на фоне только «венгерской схемы» и наружной терапии с использованием разработанных нами кремов, не содержащих кортикостероиды.

Подобные чудесные исцеления заставляют думающих врачей-исследователей искать ответы на возникшие вопросы. Потому что таких хороших результатов невозможно добиться, даже используя современные лекарственные препараты, обладающие к тому же очень серьезными побочными эффектами.

Прп. Иоанн Синайский в «Лествице» говорит так: «Благий наш и всеблагий Владыка и Господь, видя, что кто-нибудь весьма ленив к подвигам, смиряет плоть его недугом, как отраднейшим подвижничеством, а

иногда очищает и душу от лукавых страстей и помыслов». И еще: «Немощные душою должны познавать посещение Господне и Его милость к ним из телесных болезней, бед и искушений внешних. Совершенные же познают посещение Божие от пришествия Духа и по умножению дарований» [5].

Стало быть, как говорил прп. Моисей (1782–1862), «на все потребно иметь готовое терпение и хотеть не иначе, как будет, дабы не нарушалось спокойствие духа» [8].

Как мы уже отмечали, человек трехсоставен и состоит из тела, души и духа [2, 17, 22, 23]. Однако современная медицина, занимаясь телесными недугами, упускает значимость состояния души и духа больного на пути к исцелению.

### **Выводы**

Итак, по нашему мнению, рост стрессогенности жизни пациентов и отсутствие веры приводят к более агрессивному течению псориаза и не способствуют успешной терапии этого заболевания. Соответственно, если при клиническом и медико-психологическом обследовании больных псориазом выявлены психические расстройства, не следует медлить с назначением лекарственных препаратов, консультации психолога или психиатра. Но это не решает духовных проблем больных псориазом, а при отмене медикаментозной терапии, как правило, начинается обострение психической и соматической симптоматики. Такая ситуация для верующих пациентов является показанием к исповеди с последующим причастием и проведению разработанной духовно ориентированной терапии.

В результате проведенных исследований были выявлены характерные психические расстройства у больных псориазом, а также выяснилось, что у верующих в Бога людей вероятность наступления клинической ремиссии составила 95,2 % случаев, что существенно выше, чем у атеистов.

### **Литература**

1. Головин С.Ю. Словарь практического психолога. – Минск : Харвест, 1998. – 800 с.
2. Мелехов Д.Е. Психиатрия и проблемы духовной жизни. – М. : Свято-Филаретовская Московская высшая православно-христианская школа, 1997. – 162 с.
3. Мороз А.А. Гармонизация знаний христианской и психологической антропологии. Православная теория личности // Вестн. психотерапии. – 2011. – № 39 (44). – С. 117–137.



4. Немов Р.С. Психология : учеб. для студентов. – М. : Просвещение : Владос, 1994. – 576 с.
5. Иоанн Синайский, прп. Лествица. – Свято-Троицкая Сергиева лавра, 2007. – 496 с.
6. Лука (Войно-Ясенецкий), свт. Дух, душа и тело. – М. : Изд-во им. свт. Льва, папы Римского, 2009. – 149 с.
7. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. – СПб. : НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1994. – 245 с.
8. Оптинский цветник: изречения преподобных старцев Оптинских. – М. : Православный Свято-Тихоновский гуманитарный ун-т, 2007. – 492 с.
9. Преподобного отца нашего Аввы Доротея душеполезные поучения и послания с присовокуплением вопросов его и ответов на оные Варсонуфия Великого и Иоанна Пророка. – М. : Моск. подворье Свято-Троицкой Сергиевой лавры, 2010. – 382 с.
10. Максим Исповедник, прп. Главы о любви. – М. : Сибирская Благовонница, 2013. – 256 с.
11. Пегано Дж.О.А. Лечение псориаза – естественный путь : пер. с англ. – М. : Кудиц-Образ, 2009. – 264 с.
12. Полотебнов А.Г. Дерматологические исследования. – СПб., 1886–1887. – Т. 1/2. – С. 300–350.
13. Православие : словарь-справочник. – 2-е изд. – М. : ДАРЬ, 2007. – 960 с.
14. Псориаз и псориатический артрит / В.А. Молочков, В.В. Бадокин, В.И. Альбанова, В.А. Волнухин. – М. : КМК, 2007. – 300 с.
15. Разнатовский К.И. Роль социально-психологических и эмоционально-стрессовых факторов в развитии гемодинамических и гормональных нарушений при дерматозах ладонно-подошвенной локализации и методы их комплексной нейрорегуляторной коррекции : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 1997. – 290 с.
16. Святитель Лука, архиепископ Симферопольский и Крымский. Избранные творения / под общ. ред. митрополита Ташкентского и Среднеазиатского Владимира. – М. : Сибирская Благовонница, 2007. – 767 с.
17. Слободской Серафим, протоиерей. Закон Божий. – М. : Изд-во Сретенского монастыря, 2009. – 648 с.
18. Спасая себя и других: Прп. Серафим и наше время. Наставления прп. Серафима Саровского. – М.: Изд-во Московской Патриархии Русской Православной Церкви, 2012. – 176 с.
19. Терлецкий О.В. Псориаз и другие кожные заболевания: терапия, диета, рецепты блюд. – СПб. : ДЕАН, 2010. – 384 с.
20. Терлецкий О.В. Психологические проблемы у больных псориазом // Церковь и медицина : церк.-мед. журн.-альманах. – 2011. – № 7. – С. 103–110.
21. Терлецкий О. В. Психологическая характеристика и психофармакотерапия больных псориазом // Вестн. психотерапии. – 2011. – № 39 (44). – С. 28–38.
22. Терлецкий О.В., Григорьев Г.И. Духовно ориентированная терапия. – СПб., 2013. – 392 с.

23. Терлецкий О.В., Разнатовский К.И., Григорьев Г.И. Псориаз. Руководство по диагностике и терапии разных форм псориаза и псориатического артрита. – СПб. : ДЕАН, 2014. – 486 с.

24. Хэм А., Кормак Д. Гистология : руководство : в 4 т. : пер. с англ. – М. : Мир, 1982. – Т. 1. – 272 с.

25. Ecolano F., Bisbe E., Castillo J. [et al.]. Drug allergy in a population of surgical patients // Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim. – 1998. – Vol. 45, N 10. – P. 425–430.

26. Patterson R., Grammer L. C., Greenberger P. A. Allergic diseases. Diagnosis and management. – Lippincott : Raven, 1997. – 634 p.

**Terletskii O.V., Grigoriev G.I., Raznatovsky K.I., Legeev M.V.** Slozhnosti terapii psoriaza, svyazannye s psikhologicheskimi i dukhovnymi problemami patsientov, puti ikh resheniya [Complexity of the treatment of psoriasis associated with psychological and spiritual concerns of patients, their solutions]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 54. P. 33–52.

International institute of human potential abilities  
(Russia, Saint-Petersburg, Pridorozhnaya alley, 11);  
Northwestern State Medical University named after I.I. Mechnikov  
(Russia, Saint-Petersburg, Kirochnaya Str., 41);  
Saint-Petersburg orthodox theological academy  
(Russia, Saint-Petersburg, Embank. Obvodnyi Canal, 17).

Abstract. We have conducted two studies: 1) to identify psychological problems or mental disorders in 179 patients with psoriasis; and 2) the timing of the onset of clinical remission in 87 patients with psoriasis. Analysis of behavior of 179 patients at intake and their cards, questionnaires revealed characteristic mental disorders in patients with psoriasis. In the second study, 87 were under the supervision of patients with plaque psoriasis and nummular. Do people who believe in God clinical remission was 6.5 times more likely and the probability of its occurrence was 95.2 % of cases, which is significantly higher than that of atheists. Prescription drugs does not solve spiritual problems of patients with psoriasis, while abolishing drug therapy usually begins worsening mental and somatic symptoms. For believers patients this situation, in our opinion, is an indication for the sacrament of confession followed and conduct developed spiritually oriented therapy.

Keywords: psychological problems, mental disorders, spiritually oriented therapy, the patient's school, permanent somatoform dysfunction.

Terletskii Oleg Vasilevich – PhD Med. Sci., bachelor of theology, a consultant of the International Institute of reserve capacities of man, deacon, (Russia, 194352, St. Petersburg, Pridorozhnaya alley, 11); e-mail: docterl@yandex.ru;

Grigoriev Gregorii Igorevich – Dr. Med. Sci. Prof., master of theology, dean of the facts. psychology and philosophy of man Russian Christian humanitarian mission Academician, professor Northwestern State Medical University named after I.I. Mechnikov, honored doctor of the Russian Federation, the priest, rector of St. John the Bap-

tist on. Yukie, director of the International institute of human reserve capabilities (Russia, 191023, St. Petersburg, Embank. Fontanka River, 15); e-mail: grigorijgi@hotmail.com;

Raznatovsky Constantine Igorevich – Dr. Med. Sci. Prof., Head of Department of dermatology and venereology Northwestern State Medical University named after I.I. Mechnikov (Russia, 191015, Saint-Petersburg, Kirochnaya Str., 41); e-mail: konstantan.r@bk.ru;

Lege Mikhail Viktorovich – candidate theology, teacher Saint-Pereburgskoy orthodox theological academy, priest (Russia, 193167, St. Petersburg, Embank. Obvodnyi Canal, 17); e-mail: m-legeev@yandex.ru.

### References

1. Golovin S.Yu. Slovar' prakticheskogo psikhologa [Dictionary of Practical Psychology]. Minsk. 1998. 800 p. (in Russ.)
2. Melekhov D.E. Psikiatriya i problemy dukhovnoi zhizni [Psychiatry and problems of spiritual life]. Moskva. 1997. 162 p. (in Russ.)
3. Moroz A.A. Garmonizatsiya znaniy khristianskoi i psikhologicheskoi antropologii. Pravoslavnaya teoriya lichnosti [Harmonisation of Christian knowledge and psychological anthropology. Orthodox theory of personality]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2011. N 39. Pp. 117–137. (in Russ.)
4. Nemov R.S. Psikhologiya [Psychology]. Moskva. 1994. 576 p. (in Russ.)
5. Ioann Sinaiskii, prepodobnyi Lestvitsa [Holy Trinity Sergius Lavra]. Svyato-Troitskaya Sergieva lavra. 2007. 496 p. (in Russ.)
6. Luka (Voyno-Yasenetskii), svyatitel'. Dukh, dusha i telo [Spirit, soul and body]. Moskva. 2009. 149 p. (in Russ.)
7. Lyuban-Plottsa B., Pel'dinger V., Kreger F. Psikhosomaticeskii bol'noi na prieme u vracha [Psychosomatic-term pain at the doctor]. Sankt-Peterburg. 1994. 245 p. (in Russ.)
8. Optinskii tsvetnik: izrecheniya prepodobnykh startsev Optinskiikh [Optina flower garden: sayings reverend elders Optina]. Moskva, 2007. 492 p. (in Russ.)
9. Prepodobnyi Dorofei, Avva. Prepodobnogo ottsa nashego Avvy Dorofeya dushepoleznye poucheniya i poslaniya s prisovokupleniem voprosov ego i otvetov na onye Varsonufiya Velikogo i Ioanna Proroka [Our father Abba Dorotheus soul-useful teachings and messages with prisovokupleniem issues and his responses to discharge the same Barsanuphius Great and John the Prophet]. Moskva. 2010. 382 p. (in Russ.)
10. Prepodobnyi Maksim Ispovednik. Glavy o lyubvi [Chapters on Love]. Moskva. 2013. 256 p. (in Russ.)
11. Pegano D.O.A. Lechenie psoriaza – estestvennyi put' [Psoriasis Treatment – the natural way: first]. Moskva. 2009. 264 p. (in Russ.)
12. Polotebnov A.G. Dermatologicheskie issledovaniya [Dermatological research]. Sankt-Peterburg. 1886–1887. Vol. 1/2. Pp. 300–350. (in Russ.)
13. Pravoslavie [Christianity: Reference Dictionary]. Moskva. 2007. 960 p. (in Russ.)
14. Psoriaz i psoriaticeskii artrit [Psoriasis and psoriatic arthritis]. V.A. Molochkov, V.V. Badokin, V.I. Al'banova, V.A. Volnukhin. Moskva. 2007. 300 p. (in Russ.)

15. Raznatovskii K.I. Rol' sotsial'no-psikhologicheskikh i emotsional'no-stressovykh faktorov v razvitiu gemodinamicheskikh i gormonal'nykh narushenii pri dermatozakh ladonno-podoshvennoi lokalizatsii i metody ikh kompleksnoi neiroregulyatornoi korrektsii : dissertation PhD Med. Sci. Sankt-Peterburg. 1997. 290 p. (in Russ.)
16. Svyatitel' Luka Arkhiepiskop Simferopol'skii i Krymskii. Izbrannye tvoreniya. Ed. Mitropolit Tashkentskii i Sredneaziatskii Vladimir [Because of abusive creation]. Moskva, 2007. 767 p. (in Russ.)
17. Slobodskoi Serafim, protoierei. Zakon Bozhii [God's law]. Moskva. 2009. 648 p. (in Russ.)
18. Spasaya sebya i drugikh: Prepodobnyi Serafim i nashe vremya. Nastavleniya prepodobnogo Serafima Sarovskogo [Saving yourself and others: Venerable. Seraphim and our time. St. instructions. Seraphim of Sarov]. Moskva. 2012. 176 p. (in Russ.)
19. Terletskii O.V. Psoriaz i drugie kozhnye zabolevaniya: terapiya, dieta, retsepty blyud [Psoriasis and other skin diseases: therapy, diet recipes]. Sankt-Peterburg. 2010. 384 p. (in Russ.)
20. Terletskii O.V. Psikhologicheskie problemy u bol'nykh psoriazom [Psychological problems in patients with psoriasis]. *Tserkov' i meditsina* [Church and medicine]. 2011. N 7. Pp. 103–110. (in Russ.)
21. Terletskii O.V. Psikhologicheskaya kharakteristika i psikhofarmakoterapiya bol'nykh psoriazom. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2011. N 39. Pp. 28–38. (in Russ.)
22. Terletskii O.V., Grigor'ev G.I. Dukhovno orientirovannaya terapiya [Spiritually oriented therapy]. Sankt-Peterburg. 2013. 392 p. (in Russ.)
23. Terletskii O.V., Raznatovskii K.I., Grigor'ev G.I. Psoriaz. Rukovodstvo po diagnostike i terapii raznykh form psoriaza i psoriaticheskogo artrita [Psoriasis. Dstvosleeves for the diagnosis and treatment of various forms of psoriasis and psoriatic arthritis]. Sankt-Peterburg. 2014. 486 p. (in Russ.)
24. Khem A., Kormak D. Gistologiya [Histology]. Moskva. 1982. Vol. 1. 272 p. (in Russ.)
25. Ecolano F., Bisbe E., Castillo J. [et al.]. Drug allergy in a population of surgical patients. *Rev. Esp. Anestesiol. Reanim.* 1998. Vol. 45, N 10. Pp. 425–430.
26. Patterson R., Grammer L.C., Greenberger P.A. Allergic diseases. Diagnosis and management. Lippincott : Raven. 1997. 634 p.

Received 20.01.2015

# ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.89 : 355.123.6 **В.К. Шамрей, А.Г. Чудиновских, Н.С. Рутковская**

## **ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВОЕННОСЛУЖАЩИМ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ**

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра психиатрии  
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6);  
Городская психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко  
(Россия, Ленинградская обл., с. Никольское, Меньковская ул., д. 10)

На основании изучения архивных материалов и литературных источников получены новые данные и обобщены имеющиеся сведения об организации психиатрической помощи и структуре санитарных потерь психиатрического профиля среди военнослужащих Красной Армии в годы Великой Отечественной войны. Показана этапность оказания психиатрической помощи военнослужащим, принимавшим участие в боевых действиях в разные периоды войны. Уточнены сведения о продолжительности и исходах лечения пострадавших с боевой психической патологией.

Ключевые слова: психиатрия, военнослужащие, Великая Отечественная война, Красная Армия, боевые психические расстройства, контузия.

Опыт оказания психиатрической помощи военнослужащим во время Великой Отечественной войны является крайне поучительным, так как выявленные существенные недостатки в организации психиатрической помощи начального периода войны в значительной степени были обусловлены игнорированием опыта предыдущих войн, в частности тех организационных принципов, которые были разработаны В.М. Бехтеревым и его сотрудниками еще во время Русско-японской войны. Основными из них яв-

---

Шамрей Владислав Казимирович – д-р мед. наук проф., зав. каф. психиатрии Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6);

Чудиновских Анатолий Геннадьевич – д-р мед. наук проф., ассистент каф. психиатрии Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6); e-mail: chag@yandex.ru;

Рутковская Наталья Сергеевна – врач-психиатр Гор. психиатр. больницы № 1 им. П.П. Кащенко (Россия, 188357, Ленинградская обл., Гатчинский р-н, с. Никольское, Меньковская ул., д. 10); e-mail: rutkovskayanatalia@yandex.ru.

ляются приближенность психиатрической помощи к передовым районам и преемственность в оказании психиатрической помощи.

Данные принципы были сформулированы в 1910 г. на III съезде отечественных психиатров в докладах П.М. Автократова [2], Х.Ш. Борншпольского [4], Л.М. Станиловского [18], Г.Е. Шумкова [24] и затем обобщены в работе В.М. Бехтерева «Война и психозы» [3]. Впрочем, игнорирование этих принципов, исходя из «военно-политической целесообразности», было характерным не только для Великой Отечественной, но также для Первой мировой и Гражданской войн. Так, в частности, к началу Первой мировой войны считалось, что процент психических заболеваний «в связи с запрещением употребления алкоголя» будет существенно ниже, чем в предыдущую, Русско-японскую войну, соответственно, и необходимость оказания психиатрической помощи в условиях предстоящих боевых действий не предусматривалась [8]. Это привело к тому, что большая часть военнослужащих с психическими расстройствами эвакуировалась с фронта и в боевые порядки не возвращалась. Когда данная ошибка стала очевидной, проблему безуспешно пытались решить «с помощью Красного Креста», который на фронтах представляли лишь трое «уполномоченных» [23].

Вместе с тем в армиях западных стран в полной мере использовались разработанные нашими психиатрами во время Русско-японской войны принципы организации психиатрической помощи, в том числе ее приближенность к боевым порядкам. Так, в американских экспедиционных войсках в каждом армейском корпусе развертывался неврологический госпиталь для лечения легких случаев «военных неврозов» (2-3 недели лечения), для оказания неотложной помощи психически больным были сформированы так называемые психиатрические коллектора (отделения при военных госпиталях войскового района), а в штат дивизий вводились психиатры, подчиняющиеся непосредственно начальникам санитарных служб. Во французской армии также были организованы психиатрические отделения в армейских госпиталях и «тыловые неврологические центры», а в британских войсках (с 1916 г.) – армейские госпитали для больных «неврозами». При этом на территории Великобритании и Ирландии дополнительно (из состава гражданских медучреждений) создавались специальные приюты («asylum»). Много было сделано и для оптимизации психоневрологической помощи в немецких войсках. Достаточно упомянуть полевой «невропсихиатрический» госпиталь 5-й германской армии, который (за время позицион-

ной войны под Верденом) имел 40 «наблюдательных» коек для психических больных и 80 – для больных неврологического профиля [26].

Во время Гражданской войны не было даже попытки организовать психиатрическую помощь в войсках. Приказами Наркомздрава СССР психиатрическая служба в армии была практически ликвидирована, так как, по представлениям руководства того времени, «психических заболеваний в армейском коллективе в эпоху великих преобразований быть не должно», соответственно, и не виделось перспектив «в лечении психически больных и сохранении их для военной службы» [9]. Неслучайно, что психические нарушения среди военнослужащих всячески нивелировались либо рассматривались как симулятивные и нередко рассматривались революционными трибуналами. Врачи и командиры призывались к активной «борьбе с нервно-психическими заболеваниями», обсуждались вопросы дисциплинарной и даже уголовной ответственности «невротиков военнослужащих». Военнослужащие с психозами поступали в гражданские психиатрические больницы, а лица с пограничной психической патологией, в лучшем случае, направлялись в неврологические отделения военных госпиталей.

Не менее острой была кадровая ситуация, на грани ликвидации оказалась кафедра психиатрии Военно-медицинской академии, штаты которой были существенно сокращены, а подготовка специалистов для войск фактически прекратилась. От полного ее закрытия спас лишь авторитет Виктора Петровича Осипова<sup>1</sup> (лечащего врача В.И. Ленина). Научные исследования в области военной психиатрии считались не актуальными и были, по сути, свернуты. Тем не менее в 1934 г. вышел коллективный труд сотрудников кафедры «Психозы и психоневрозы войны» [14], который к моменту Великой Отечественной войны был практически единственным руководством подобного рода. Затем, уже в самом ее начале, в приоритетном порядке был выпущен новый кафедральный труд «Вопросы психиатрической практики военного времени» [11], сыгравший основную роль в подготовке психиатров в годы войны.

---

<sup>1</sup> Осипов Виктор Петрович (1871–1947) – генерал-лейтенант медицинской службы, доктор медицинских наук профессор, заслуженный деятель науки РСФСР, член-корреспондент Академии наук СССР, академик Академии медицинских наук СССР. Во время Великой Отечественной войны вел консультативную работу в эвакогоспиталях Самарканда, развернул в одном из них отделение для воздушно-контуженных. Более 30 лет (1915–1947) руководил кафедрой психиатрии Военно-медицинской академии. Награжден двумя орденами Ленина, орденом Красного Знамени, двумя орденами Трудового Красного Знамени, орденом Отечественной войны 1-й степени и четырьмя медалями.

Отсутствие кадрового заказа в предвоенный период крайне негативно отразилось на начальном этапе войны, когда стала очевидной острая нехватка военных психиатров. Опытных специалистов катастрофически не хватало, а те врачи, которые привлекались к оказанию психиатрической помощи, не всегда ориентировались в вопросах ее организации, военно-врачебной экспертизы и особенностей боевой психической патологии. Иллюстрацией кадрового дефицита является то, что, например, на Западном фронте (впоследствии разделенном на 1, 2 и 3-й Белорусские фронты) было всего два психиатра (А.М. Свядош<sup>2</sup> и А.А. Портнов<sup>3</sup>), а на 1-м Украинском – один (В.Е. Макаров<sup>4</sup>), который одновременно являлся и главным невропатологом фронта. Именно они и армейские психиатры взяли на себя основную тяжесть организационно-методической работы в войсках.

В этих условиях (с учетом острого дефицита кадров) особое значение приобретали труды кафедры психиатрии Военно-медицинской академии, ориентированные на войсковых врачей, такие как «Основы распознавания психозов и психотических состояний в практике военного врача» [12]. Н.Н. Тимофеев<sup>5</sup> (главный психиатр Красной Армии в годы Великой

---

<sup>2</sup> Свядош Абрам Моисеевич (1914–2002) – доктор медицинских наук профессор. Во время Великой Отечественной войны служил психиатром 33-й армии на Западном фронте. В 1950 г. защитил в Военно-медицинской академии докторскую диссертацию «Острые психогении военного времени», которую выполнил под руководством В.П. Осипова.

<sup>3</sup> Портнов Анатолий Александрович (1914–2006) – доктор медицинских наук профессор. Во время Великой Отечественной войны служил в должностях армейского психиатра, начальника психиатрического отделения фронтового госпиталя. С 1963 по 1969 г. – начальник кафедры психиатрии Военно-медицинской академии. Награжден двумя орденами Красной Звезды, орденом Отечественной войны 1-й степени, орденом Трудового Красного Знамени и медалями.

<sup>4</sup> Макаров Вениамин Ефимович (1900–1970) – полковник медицинской службы, доктор медицинских наук профессор. В 1941 г. защитил докторскую диссертацию, посвященную вопросам организации психиатрической помощи в военное время. Во время Великой Отечественной войны – главный невропатолог и психиатр 1-го Украинского фронта. Награжден орденами Ленина, Красного Знамени, Красной Звезды, Отечественной войны.

<sup>5</sup> Тимофеев Николай Николаевич (1898–1978) – генерал-майор медицинской службы, доктор медицинских наук профессор. В 1942 г. назначен главным психиатром Ленинградского фронта. С 1942 по 1968 г. – главный психиатр и судебно-психиатрический эксперт Минобороны СССР. С 1954 по 1956 г. – начальник кафедры психиатрии Военно-медицинской академии. Награжден орденом Ленина, двумя орденами Красного Знамени, многими медалями.



Отечественной войны), подводя итоги начального периода войны, выделил следующие основные проблемы [19]:

- при острой нехватке военных психиатров многие из них (как из числа кадрового состава, так и призванные из запаса) не использовались по специальности;

- до 70 % больных психиатрического профиля эвакуировалось в глубокий тыл, хотя подавляющее большинство из них по своему состоянию могло лечиться в армейском или, в крайнем случае, во фронтовом районе;

- значительная категория этих больных, после прохождения через ряд этапов эвакуации, поступала на лечение в общехирургические и общетерапевтические госпитали, в которых отсутствовала специально организованная психиатрическая помощь;

- вследствие отсутствия такой помощи больные хронизировались и задерживались в госпиталях значительно больше необходимого времени;

- по тем же причинам негативными являлись исходы лечения (до 45 % военнослужащих снималось с учета, до 30 % – переводилось на нестроевую службу).

Иллюстрацией к изложенному могут служить выдержки из воспоминаний проф. А.А. Портнова (занимал должность армейского психиатра): «Во время войны я прибыл в 5-ю армию 3-го Белорусского фронта на должность армейского психиатра. Каково же было мое удивление, когда в руководстве медицинской службы армии мне заявили, что надобности в армейских психиатрах нет... Здесь сказалось почти “бредовое” отношение к психическим расстройствам, как к чему-то позорящему социалистический строй. И, как следствие этого, сформировалось негативное отношение к психиатрии. Однако армейская жизнь вскоре показала, сколь необходима в условиях армейского района психиатрическая служба. Большое количество больных с психогенными заболеваниями невротического уровня отправлялось в глубокий тыл, что способствовало фиксации патологических состояний на неопределенное время... тогда как обычные психотерапевтические средства привели к тому, что никто с невротическими реакциями не отправлялся в тыловые учреждения. Как правило, достаточно было одного-двух дней для того, чтобы добиться выздоровления и выписать солдата в запасный полк» [8].

Таким образом, основным недостатком начального периода войны явилось отсутствие кадров и специализированных психиатрических отделений. Это привело к тому, что практическая психиатрическая помощь в действующих частях ограничивалась эвакуацией больных из армейского и

фронтового районов в тыловые госпитали страны, при этом половина из них затем признавалась негодной к военной службе и была снята с воинского учета. Наиболее значительную категорию пострадавших психиатрического профиля при этом составляли так называемые «контуженные», включавшую самые разнородные контингенты больных: «перенесших коммоцию, контузию, эмоциогенный шок, реакцию страха, реактивное состояние, декомпенсированные психопаты, невротики и т. д.» [9]. Следует отметить, что термин «контузия» являлся широким, обобщающим и скорее не столько клиническим, сколько организационным понятием, применявшимся только в советской армии. Многообразие клинических проявлений у «контуженных» вызывало существенные диагностические трудности у войсковых врачей и справедливые сомнения в целесообразности использования данного термина у специалистов. Так, в частности, известные военные невропатологи М.И. Аствацатуров<sup>6</sup> и С.И. Карчикян<sup>7</sup> [7] высказывались о нежелательности употребления его как «лишенного четкого клинико-анатомического содержания». Аналогичного мнения придерживались и некоторые военные психиатры (С.П. Рончевский<sup>8</sup>) [16], иронически называя таких больных «skonфуженными». Вместе с тем, использование данной диагностической категории имело все же определенное обоснование, так как определяло направление эвакуации и объем медицинской помощи на ранних этапах ее оказания. Возможно, что при более детальной дифференцировке данных расстройств военнослужащие с различными проявлениями «боевого стресса» (паническими реакциями и т. д.) могли легко оказаться в сфере внимания немедицинских органов. Маскируя различные по

---

<sup>6</sup> Аствацатуров Михаил Иванович (1877–1936) – доктор медицины профессор, заслуженный деятель науки РСФСР. В 1917 г. избран по конкурсу на должность профессора кафедры нервных болезней Военно-медицинской академии, которой руководил до конца своей жизни. Вышедшее в 1935 г. под его редакцией первое отечественное «Руководство по военной неврологии» закрепило за ним славу основоположника отечественной военной неврологии.

<sup>7</sup> Карчикян Степан Иванович (1890–1965) – генерал-майор медицинской службы, доктор медицинских наук профессор. С 1948 по 1962 г. – начальник кафедры нервных болезней Военно-медицинской академии и главный невропатолог СА. Участник четырех войн. Под его руководством написаны основные разделы 26-го тома труда «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.».

<sup>8</sup> Рончевский Сергей Петрович (1903–1941) – полковник медицинской службы, доктор медицинских наук профессор. С 1937 г. – заместитель начальника кафедры психиатрии Военно-медицинской академии. 3 сентября 1941 г. откомандирован в действующую армию, по пути к месту назначения погиб при бомбардировке военного эшелона вражеской авиацией.

своей природе психические расстройства единым лечебно-организационным понятием («контузия»), отечественные военные психиатры проявляли высочайший гуманизм (спасая значительное число лиц с «боевым стрессом» от возможных репрессивных мер) и обеспечивали при этом функционирование этапной системы оказания психиатрической помощи нуждавшимся. Так, в частности, Н.Н. Тимофеев указывал, что «лица, перенесшие реакции боевого стресса («контузии»), впоследствии, в своем подавляющем большинстве, возвращались в строй, составляя наиболее боеспособный контингент» [19].

Противоположный подход к проблеме «травматического невроза» был принят в немецких войсках. Немецкие психиатры не считали его болезнью и расценивали лиц с проявлениями «военного невроза» как конституционно предрасположенных к дегенерации – «паразитов нации (Volksgegner), не имеющих право на жизнь». Поэтому психогенные расстройства в немецкой армии искусственно были сведены к минимуму. Ссылаясь на мнимые аргументы, медицинское руководство вермахта отрицало наличие неврозов и психопатий, считая их «проявлением трусости», «инсценировкой заболевания» (отдельно выделялись лишь «характеропатии» – как варианты здоровой личности с определенными особенностями). На таких больных накладывались строгие дисциплинарные взыскания, им нередко отказывали в медицинской помощи, лишали военных пенсий. Вместе с тем, реальное положение дел (значительное число таких больных в ходе боевых действий) вызывало необходимость принятия оперативных организационных решений, которые обычно сводились к эвакуации военнослужащих с «истерией» в госпитали для раненых с повреждением черепа, а при отсутствии улучшения – переводу в «особые полевые батальоны» [27]. В «ответственные периоды боя» в качестве своеобразной «профилактики» психогений и панических реакций фашистское командование порой использовало стимулирующие лекарственные средства (в частности, первитин) для достижения у солдат состояния возбуждения («непреодолимого влечения к деятельности»), в котором они нередко шли в так называемые психические атаки [19].

В целом, структура психических расстройств у военнослужащих за время Великой Отечественной войны была следующей: «контуженные» (в основном пострадавшие с закрытой травмой мозга) – 68,1 %, больные с пограничными (в основном психогенными) состояниями – 15 %, эпилепсией – 8,1 %, прочими заболеваниями – 8,8 %. При этом «контуженные» составили 2,5–3,5 % от общего числа санитарных потерь. В последние годы войны

их число неуклонно возрастало (если в 1943 г. их количество условно принять за 100 %, то в 1944 и 1945 гг. они составили соответственно 181 и 209 %), особенно в механизированных и танковых частях (106 и 156 % соответственно, по сравнению с общевойсковыми (100 %) частями). Обратные соотношения отмечались в представленности психогенных расстройств. Так, начиная с 1942 г. число психогений ежегодно уменьшалось (если в 1942 г. их количество принять за 100 %, то в 1943 и 1944 гг. они составили 60 и 42 % соответственно), приобретая все менее стойкий (хронизированный) характер (если в 1941 г. из числа таких больных вернулось в строй менее 30 %, то к концу войны – более 80 %) [10]. Во многом это было обусловлено накоплением «боевого опыта» («обстрелянностью») солдат и победоносным характером боев последних лет войны. При этом «чистые» психогении, согласно наблюдениям фронтовых психиатров Л.М. Езерского, А.В. Снежневского, В.Е. Макарова и В.М. Можайского, в последние годы войны наблюдались относительно редко.

Военными психиатрами была выявлена еще одна закономерность войны, когда на наступающих фронтах преобладали потери от закрытых травм головного мозга («контуженные»), а на «фронтах активной обороны» – психогении. Неслучайно, что прогнозируемое число «контуженных» определялось в зависимости от активности предстоящих боевых действий. Так, по данным А.В. Снежневского (возглавлявшего во время войны один из госпиталей), число «контуженных» (за период 1943–1944 гг.) в ходе ведения активных боев составляло 68 %, а при их отсутствии – 22 % [8]. Не менее важным наблюдением являлось и то обстоятельство, что во время Великой Отечественной войны, несмотря на концентрацию выраженных патогенных факторов (как соматогенного, так и психогенного характера), не отмечалось ожидаемой (по данным предвоенной научной литературы) эксацербации «традиционной» психической патологии (наследственно обусловленных и эндогенных психических болезней). Наиболее убедительные данные о том, что война не влияет существенным образом на увеличение больных с эндогенными психозами (шизофренией, маниакально-депрессивным и т. д.) были, в частности, получены В.М. Можайским [10].

Помимо вышеуказанных расстройств, психиатрами было изучено значение другой, специфичной для военного времени, психической патологии: интоксикационно-раневые психические расстройства (И.Ф. Случевский) [17], психозы при огнестрельных остеомиелитах (П.Б. Посвянский, А.С. Чистович) [22] и огнестрельном сепсисе (Т.Н. Гольдовская) [5], общесоматических заболеваниях и экстрацеребральных ранениях (Л.И. Толсто-

ухова) [20], а также при травматическом истощении и других септических заболеваниях (Е.С. Авербух) [1]. Несмотря на их малочисленность, известную новизну представляли психозы, возникшие после отравления тетраэтилсвинцом (И.Г. Равкин, А.А. Портнов) [15]. Наконец, традиционно описываемые ранее алкогольные психозы составляли ничтожно малую величину (менее 1 %) в структуре общей психической заболеваемости в годы войны (А.А. Портнов) [13].

Практически не изученной является проблема суицидов во время Великой Отечественной войны. Если до революции было довольно много публикаций по данной проблеме, то в годы советской власти она была фактически закрыта (последний сборник работ по проблеме суицидов вышел в конце 1920-х гг.). В 1930-х гг. в Госкомстате СССР закрыли сектор, занимающийся статистикой самоубийств: проблему передали психиатрам, фактически закрепив за любым самоубийцей статус психически больного.

Достоверных статистических данных о суицидах среди военнослужащих во время Великой Отечественной войны нет. Тем не менее в отдельных публикациях, посвященных этому периоду, утверждается, что в действующей армии среди офицерского состава самоубийства отмечались преимущественно в начале войны. Считается, что более десятка советских генералов покончили жизнь самоубийством. При этом основными мотивами были угроза плена или репрессий за поражение вверенных войск. Особую категорию суицидентов составляли военнопленные, вследствие невыносимых условий существования, а также так называемые альтруистические суициды, когда бойцы погибали вместе с врагом. Подобные суициды, в силу национальных традиций, были особенно распространены среди японских солдат (камикадзе). Учитывая эти особенности, японское командование использовало самоубийство своих военнослужащих как особую заранее планируемую тактику. В целом же, по мнению большинства авторов, в военное время уровень самоубийств снижается.

Характеризуя в целом общие представления о численности и структуре психической патологии среди солдат нашей армии во время войны, Г.П. Колупаев (2005) подчеркивает, что она, в отличие от других воюющих государств, была представлена наиболее объективно. Общеизвестно, в частности, что показатели психической заболеваемости среди солдат и офицеров вермахта искусственно (в основном по политическим мотивам) занижались, а в войсках союзников, наоборот, они явно превышали реальные показатели вследствие чрезмерно громоздкой системы отчетности, а также расширительного подхода к диагностике (особенно психогенно обуслов-

ленных расстройств) и, соответственно, к последующему увольнению военнослужащих из армии. Так, например, в армии США в период Второй мировой войны диагноз психогенного заболевания был выставлен почти 1 млн военнослужащих, из которых 450 тыс. были уволены с военной службы (40 % по отношению ко всем уволенным) [8].

Развитие структурированной системы оказания психиатрической помощи в Красной Армии относится к началу 1942 г., в связи с необходимостью решения медицинской службой главной задачи войны – возвращения в строй возможно большего числа раненых и больных. Именно в этот период особенно обострилась проблема недостатка призывного контингента для фронта. В этом же году была введена должность главного психиатра Красной Армии, которым стал Н.Н. Тимофеев. Под его руководством стали последовательно (армия, фронт, тыл страны) организовываться учреждения психоневрологического профиля. В медицинской службе фронтов начиная с 1942 г. стали формироваться специализированные госпитали для контуженных военнослужащих. Созданные позднее психоневрологические отделения в армейских госпиталях для легкораненых, будучи наиболее приближенными к линии фронта, приняли на себя основной поток таких больных, став (по выражению В.Е. Макарова) «фильтром для больных с нервными и психическими заболеваниями в армейском районе» [9].

Следует сказать, что характер организации психиатрической помощи существенно отличался не только в разные периоды Великой Отечественной войны, но и на различных фронтах, в зависимости от специфики театра военных действий, оперативной обстановки, наличия кадрового состава и т. д. Система оказания психиатрической помощи не являлась застывшей, унифицированной для всех фронтов и на весь период войны, она динамично менялась, исходя из текущих возможностей и потребности в ней, в том числе – приобретенного опыта. Для иллюстрации этого положения можно привести пример Западного и 1-го Прибалтийского фронтов.

Особенностью организации психиатрической помощи на Западном фронте явилось то, что именно там впервые возникли госпитали для «контуженных», выполняющих, как уже отмечалось, роль своеобразных «фильтров» (для военнослужащих, подлежащих лечению на месте). Уже к середине 1943 г. во всех армиях фронта появились нештатные армейские психиатры. В армейских терапевтических полевых подвижных госпиталях предусматривались палаты для «нервных» больных (на 20–30 коек). В армейских и фронтовых госпиталях для лечения легкораненых были развернуты психоневрологические отделения, а в армейском терапевтическом

эвакогоспитале – «нервное» отделение (для лиц с пограничными психическими расстройствами). Психиатры военно-врачебных комиссий фронтовых эвакопунктов, помимо основной функции, осуществляли контроль за постановкой лечебной работы в зоне своей ответственности. Специализированный невропсихиатрический эвакогоспиталь первого эшелона фронта (со сроками лечения 30–60 суток) являлся при этом основным (завершающим) звеном для лечения психически больных военнослужащих.

На 1-м Прибалтийском фронте до второй половины 1942 г. организация психоневрологической помощи осуществлялась без единой системы (психически больные помещались, как правило, в терапевтические отделения армейских госпиталей). В последующем, когда для общего руководства психоневрологической работой были назначены исполняющие обязанности фронтовых невропатолога и психиатра, в госпитальной базе фронта появились «три рода психоневрологических стационаров»: невропсихиатрическое отделение при фронтовом госпитале для лечения легкораненых, фронтовой психоневрологической госпиталь (на 600 коек) в системе фронтового эвакуационного пункта и второй психоневрологической госпиталь (на 600 коек) в системе местного эвакуационного пункта. При этом в каждом медико-санитарном батальоне выделялись врачи, «ответственные» за медицинскую сортировку (лечение) «контуженных» и «невротиков» [8]. Вместе с тем, это не решало проблемы оказания полноценной психиатрической помощи в передовом районе вследствие отсутствия у них необходимой профессиональной подготовки.

Таким образом, в войсках отмечалась различная профилизация невропсихиатрических учреждений армейской и фронтовой госпитальных баз, что сказывалось не только на общей системе организации психиатрической помощи, но и на достоверности учета психических заболеваний среди военнослужащих. При этом от дивизии и ниже психиатрическая помощь, как правило, не оказывалась, за исключением 1-го Прибалтийского и отдельных частей Ленинградского фронтов, где ее осуществляли врачи общего профиля. Лишь в одной из частей Ленинградского фронта войсковым врачом (с довоенной психиатрической подготовкой) был инициативно развернут и успешно функционировал «стационар» для контуженных, результаты работы которого «превзошли все ожидания» – военнослужащие через 1,5-2 нед возвращались в строй [8].

Только к концу войны относительно полноценная психиатрическая помощь оказывалась в передовых районах. Так, в частности, в 1944 г. почти  $\frac{2}{3}$  всех «контуженных» лечились в отдельных медицинских батальонах

и психоневрологических отделениях армейских госпиталей для легкораненых. С ликвидацией чрезмерной этапности оптимизацией путей эвакуации и профильности эвакуационных потоков, а также постепенным приближением психиатрической помощи к линии фронта была решена проблема скорейшего возвращения в строй максимального числа раненых и больных. Результатом этого явилось то, что к концу войны около 90–95 % «контуженных» (основной категории пострадавших психиатрического профиля) стали возвращаться в строй [19].

По данным американских авторов, советская военная психиатрия периода Второй мировой войны оказалась наиболее эффективной. Так, в армии США отношение психиатрических потерь к убитым и раненым было в 2–2,5 раза выше, чем в Красной Армии, несмотря на значительно более интенсивные боевые действия последней, а следовательно, и более высокую вероятность боевого стресса. Вместе с тем, общим недостатком для обеих стран являлось то, что в армии США (как и в Красной Армии) к началу Второй мировой войны план организации психиатрической помощи отсутствовал, должность психиатра дивизии была ликвидирована, психиатров не хватало, больные психиатрического профиля лечились в общих госпиталях. Только в 1943 г. психиатрическая помощь в американских войсках приблизилась к передовому району, при армиях были сформированы «Центры лечения психических заболеваний», а с января 1944 г. были восстановлены должности дивизионных психиатров. Затем, уже после высадки войск союзников в Нормандии, в июле 1944 г. психиатр был прикреплен к каждому дивизионному, корпусному и армейскому пункту для обучения обращения с военнослужащими, «переутомленными в боях». Эти пункты развернулись в ходе самой операции, имели приемно-сортировочное отделение и отделение для восстановления боеспособности [25].

Великая Отечественная война оказала существенное влияние на развитие военной психиатрии. Ее итоги были подведены в серии научных трудов, монографий сотрудников академии, ряд из которых стали классическими: «Очерки военной психиатрии» Н.Н. Тимофеева [19], «Реактивные психозы в военное время» Ф.И. Иванова<sup>9</sup> [6]).

---

<sup>9</sup> Иванов Федор Иванович (1912–2003) – полковник медицинской службы, доктор медицинских наук профессор. Участвовал в Советско-финляндской войне 1939–1940 гг. В период Великой Отечественной войны принимал участие в боевых действиях на Ленинградском фронте (с июня 1941 по декабрь 1941 г.), Южном фронте (с апреля 1942 по июль 1942 г.), Северо-Кавказском фронте (с сентября 1942 по сентябрь 1943 г.). За годы войны прошел путь от врача батальона до помощника начальника 1-го отдела управления кадров Главного военно-



В повестке 3-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров (Москва, 1948 г.) проблемы военной психиатрии заняли центральное место [21]. Вместе с тем, история всей военной медицины свидетельствует о том, что забытый опыт прошедших войн с неизбежностью приводит к повторению трагических ошибок прошлого, и в этом отношении опыт Великой Отечественной войны является незаменимым.

### Литература

1. Авербух Е.С. Астенический психоз // Труды 3-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров в 1948 г. – М., 1950. – С. 26–30.
2. Автократов П.М. Призрение душевно-больных во время русско-японской войны // Труды 3-го съезда отечественных психиатров. – СПб., 1911. – С. 495–507.
3. Бехтерев В.М. Война и психозы // Вопросы Мировой войны : сб. ст. / под ред. М.И. Туган-Барановского. – Петроград : Право : Правда, 1915. – С. 530–604.
4. Боришпольский Е.С. Об организации психиатрической помощи на театре военных действий в будущие войны // Труды 3-го съезда отечественных психиатров. – СПб., 1911. – С. 507–523.
5. Гольдовская Т.И. Психопатологические и неврологические синдромы в клинике общих инфекций // Невропатология и психиатрия. – 1950. – Т. 19, Вып. 2. – С. 52.
6. Иванов Ф.И. Реактивные психозы в военное время. – Л. : Медицина, 1970. – 168 с.
7. Карчикян С.И. Роль и значение кафедры нервных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в развитие невропатологии (краткий истор. очерк к 150-летию акад.) // Невропатология и психиатрия. – 1949. – Т. 18, вып. 3. – С. 35–40.
8. Колупаев Г.П. Очерки истории отечественной общей и военной психиатрии. – М. : ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, 2005. – 453 с.
9. Литвинцев С.В., Кузнецов Ю.М. Страницы истории военной психиатрии (к 200-летию юбилею Военно-медицинской академии). – СПб. : Иван Федоров, 1998. – 56 с.
10. Опыт Советской медицины в Великой Отечественной войне, 1941–1945 гг. – Т. XXVI : Нервные болезни. – М. : Медгиз, 1949. – С. 39–100.
11. Осипов В.П. Вопросы психиатрической практики военного времени. – Л. : Медгиз, 1941. – 220 с.
12. Осипов В.П. Основы распознавания психозов и психотических состояний в практике военного врача. – Ташкент, 1943. – 24 с.

---

санитарного управления. Начальник кафедры психиатрии Военно-медицинской академии с 1970 по 1972 г. Награжден двумя орденами Красной Звезды, орденами Октябрьской революции, Отечественной войны 2-й степени, медалями «За оборону Ленинграда», «За Победу над Германией».

13. Портнов А.А. Хронический алкоголизм или алкогольная болезнь // Алкоголизм : сб. работ по клинике, патогенезу, лечению и профилактике / под общ. ред. А.А. Портнова. – М., 1959. – С. 53–61.

14. Психозы и психоневрозы войны : сб. / сост. Д.Г. Боген, Н.И. Бондарев, С.В. Гольман [и др.]. – Л. ; М. : Гос. изд-во биол. и мед. лит., Ленингр. отд-ние, 1934. – 150 с.

15. Равкин И.Г. Нервно-психические нарушения при отравлении тетраэтилсвинцом. – М., 1941. – 46 с.

16. Рончевский С.П. Вопросы патофизиологии и клиники галлюцинаций // Вопросы психиатрической практики военного времени : сб. тр. – М., 1941. – С. 38–91.

17. Случевский И.Ф. О некоторых наблюдениях над течением душевных заболеваний во время Отечественной войны // Пробл. психиатрии и невропатологии. – Вып. 6. – Уфа, 1946. – С. 8–14.

18. Станюковский Л.М. Об организации психиатрической помощи на театре военных действий // Труды 3-го съезда отечественных психиатров. – СПб., 1911. – С. 523–532.

19. Тимофеев Н.Н. Очерки военной психиатрии. – Л. : ВМА, 1962. – 280 с.

20. Толстоухова Л.И. Основные вопросы военной психиатрии в районе глубокого тыла // Вопросы психиатрии военного времени. – Свердловск, 1947. – С. 16–117.

21. Труды 3-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров в 1948 г. – М., 1950. – 263 с.

22. Чистович А.С. Психозы при огнестрельных остеомиелитах // Труды ВММА. – Л., 1944. – Т. 3, Вып. 1. – С. 37–44.

23. Шабунин А.В. Роль В.М. Бехтерева в становлении отечественной военной психиатрии // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1998. – Т. 98, вып. 11. – С. 44–45.

24. Шумков Г.Е. Задачи военной психиатрии // Труды 3-го съезда отечественных психиатров. – СПб., 1911. – С. 532–545.

25. Garland F.N., Robichand M.R. Knowledge of battle fatigue among division combat medics and the effectiveness of training // Milit. Med. – 1987. – Vol. 152, N 12. – P. 608–612.

26. Johnson A.W. Combat psychiatry, Pt.I. A Historical review // Med. Bull. US Army, Europe. – 1969. – Vol. 26, N 10. – P. 305–308.

27. Spencer C.D., Gray B. What price leadership? Distress in a peacetime military unit // Milit. Med. – 1965. – Vol. 130, N 3. – P. 243–250.

**Shamrei V.K., Chudinovskikh A.G., Rutkovskaya N.S.** Osobennosti okazaniya psikhiatricheskoi pomoshchi voennosluzhashchim v gody Velikoi Otechestvennoi voiny [Features of mental health care in the military during World War II]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 54. P. 53–69.

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

Psychiatric Hospital P.P. Kashchenko (Russia, Leningrad Region.,  
Gatchina district, village Nikol'skoe, Menkovskaya Str., 10)

**Abstract.** The authors have analyzed the archive materials and literature concerning organization of psychiatric care and the structure of medical discharges due to psychiatric reasons among the combat personnel of the Red Army during World War II. They describe the stages of psychiatric care for the Russians in combat in different periods of World War II. They provide more precise information concerning duration and outcome of treatment in war veterans with mental pathology due to military combat.

**Key words:** military, psychiatry, World War II, the Red Army, mental disorders due to military combat, shell-shock.

Shamrei Vladislav Kazimirovich – Dr. Med. Sci. Prof., Head of the Department of Psychiatry The Kirov Military Medical Academy (Russia, 194044, Saint-Petersburg, Academica Lebedeva Str., 6);

Chudinovskikh Anatolii Gennad'evich – Dr. Med. Sci. Associate Prof., teacher of the Department of Psychiatry The Kirov Military Medical Academy (Russia, 194044, Saint-Petersburg, Academica Lebedeva Str., 6); e-mail: chag@yandex.ru;

Rutkovskaya Natal'ya Sergeevna – Psychiatrist Psychiatric Hospital P.P. Kashchenko (Russia, 188357, Leningrad Region., Gatchina district, village Nikol'skoe, Menkovskaya Str., 10); e-mail: rutkovskayanatalia@yandex.ru.

### References

1. Averbukh E.S. Astenicheskii psikhhoz [Asthenic psychosis]. *Trudy 3-go Vsesoyuznogo s"ezda nevropatologov i psikhiatrov v 1948 g.* [Proceedings of the 3rd All-Union Congress of neurologists and psychiatrists in 1948]. Moskva. 1950. Pp. 26. (In Russ.)
2. Avtokratov P.M. Prizrenie dushevno-bol'nykh vo vremya russko-yaponskoi voiny [Charity mentally ill during the Russian-Japanese War]. *Trudy 3-go s"ezda otechestvennykh psikhiatrov* [Proceedings of the 3rd Congress of Russian Psychiatrists]. Sankt-Peterburg. 1911. Pp. 495–507. (In Russ.)
3. Bekhterev V.M. Voina i psikhozy [War and psychosis]. *Voprosy Mirovoi voiny* [Issues World War]. Ed. M.I. Tugan-Baranovskii. Petrograd. 1915. Pp. 530–604. (In Russ.)
4. Borishpol'skii E.S. Ob organizatsii psikhiatricheskoi pomoshchi na teatre voennykh deistvii v budushchie voiny [On the organization of mental health care in the theater of operations in future wars]. *Trudy 3-go s"ezda otechestvennykh psikhiatrov* [Proceedings of the 3rd Congress of Russian Psychiatrists]. Sankt-Peterburg. 1911. Pp. 507–523. (In Russ.)
5. Gol'dovskaya T.I. Psikhopatologicheskie i nevrologicheskie sindromy v klinike obshchikh infektsii [Psychiatric and neurological syndromes common infections in the hospital]. *Nevropatologiya i psikhiatriya* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. Moskva. 1950. Vol. 19, Issue 2. Pp. 52. (In Russ.)
6. Ivanov F.I. Reaktivnye psikhozy v voennoe vremya [Reactive psychosis in wartime]. Leningrad. 1970. 168 p. (In Russ.)

7. Karchikyan S.I. Rol' i znachenie kafedry nervnykh boleznei Voenno-meditsinskoj akademii im. S.M. Kirova v razvitie nevropatologii (kratkii istoricheskii ocherk k 150-letiyu akademii) [The role and importance of the department of nervous diseases of the Military Medical Academy. SM Kirov in the development of neuropathology (A Brief History. Essays on the 150th anniversary of Acad.)]. *Nevropatologiya i psikhiatriya* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 1949. Vol. 18, Issue 3. Pp. 35–40. (In Russ.)

8. Kolupaev G.P. Ocherki istorii otechestvennoj obshchei i voennoj psikhiatrii [Essays on the history of Russian general and military psychiatry]. Moskva. 2005. 453 p. (In Russ.)

9. Litvintsev S.V., Kuznetsov Yu.M. Stranitsy istorii voennoj psikhiatrii (k 200-letnemu yubileyu Voenno-meditsinskoj akademii) [Pages of history of military psychiatry (the 200th anniversary of the Military Medical Academy)]. Sankt-Peterburg. 1998. 56 p. (In Russ.)

10. Opyt Sovetskoj meditsiny v Velikoi Otechestvennoj voine, 1941–1945 gg [Experience of Soviet Medicine in Great Patriotic War of 1941–1945]. Moskva. 1949. Vol. XXVI : Nervnye bolezni [Nerve disease]. Pp. 39–100. (In Russ.)

11. Osipov V.P. Voprosy psikhiatricheskoi praktiki voennogo vremeni [Questions psychiatric practice martial]. Leningrad. 1941. 220 p. (In Russ.)

12. Osipov V.P. Osnovy raspoznavaniya psikhozov i psikhoticheskikh sostoyanii v praktike voennogo vracha [Basics recognition of psychoses and psychotic states in the practice of military doctor]. Tashkent. 1943. 24 p. (In Russ.)

13. Portnov A.A. Khronicheskii alkogolizm ili alkogol'naya bolezni' [Chronic alcoholism or alcoholic disease]. *Alkogolizm : sbornik rabot po klinike, patogenezu, lecheniyu i profilaktike* [Alcoholism : collection of scientific works on the clinic, Pathogenesis, Treatment and Prevention]. Moskva. 1959. Pp. 53–61. (In Russ.)

14. Psikhozy i psikhonevrozy voiny [Psychoses and psychoneuroses War]. Eds.: D.G. Bogen, N.I. Bondarev, S.V. Gol'man [et al.]. Leningrad : Moskva. 1934. 150 p. (In Russ.)

15. Ravkin I.G. Nervno-psikhicheskie narusheniya pri otravlenii tetraetilsvintsom [Neuropsychiatric disorders in tetraethyl lead poisoning]. Moskva. 1941. 46 p. (In Russ.)

16. Ronchevskii S.P. Voprosy psikhiatricheskoi praktiki voennogo vremeni [Questions pathophysiology and clinical hallucinations]. *Voprosy psikhiatricheskoi praktiki voennogo vremeni* [Questions psychiatric practice martial: collection of scientific works]. Moskva. 1941. Pp. 38–91. (In Russ.)

17. Sluचेvskii I.F. O nekotorykh nablyudeniyakh nad techeniem dushevnykh zaboлевanii vo vremya Otechestvennoj voiny [Some observations over the course of mental illness during the war]. *Problemy psikhiatrii i nevropatologii* [Problems of psychiatry and neuropathology]. Ufa. 1946. Issue 6. Pp. 8–14. (In Russ.)

18. Stanilovskii L.M. Ob organizatsii psikhiatricheskoi pomoshchi na teatre voennykh deistvii [On the organization of mental health care in theater]. *Trudy 3-go s"ezda otechestvennykh psikhiatrov* [Proceedings of the 3rd Congress of Russian Psychiatrists]. Sankt-Peterburg. 1911. Pp. 523–532. (In Russ.)

19. Timofeev N.N. Ocherki voennoj psikhiatrii [Essays Military Psychiatry]. Leningrad. 1962. 280 p. (In Russ.)

20. Tolstoukhova L.I. Osnovnye voprosy voennoi psikhii v raione glubokogo tyla [The main issues in the area of military psychiatry deep rear]. *Voprosy psikhii voennogo vremeni* [Questions psychiatry wartime]. Sverdlovsk. 1947. Pp. 16–117. (In Russ.)
21. Trudy 3-go Vsesoyuznogo s"ezda nevropatologov i psikhiatrov v 1948 g. [Proceedings of the 3rd All-Union Congress of neurologists and psychiatrists in 1948]. Moskva. 1950. 253 p. (In Russ.)
22. Chistovich A.S. Psikhozy pri ognestrel'nykh osteomielitakh [Psychosis in gunshot osteomyelitis]. *Trudy VoЕННО-morskoj meditsinskoi akademii* [Proceedings of the Naval Medical Academy]. Leningrad. 1944. Vol. 3, Issue 1. Pp. 37–44. (In Russ.)
23. Shabunin A.V. Rol' V.M. Bekhtereva v stanovlenii otechestvennoi voennoi psikhii [Role V.M. Bekhterev spondylitis in the formation of national military psychiatry]. *Zhurnal nevrologii i psikhii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 1998. Vol. 98, Issue 11. Pp. 44–45. (In Russ.)
24. Shumkov G.E. Zadachi voennoi psikhii [Tasks Military Psychiatry]. *Trudy 3-go s"ezda otechestvennykh psikhiatrov* [Proceedings of the 3rd Congress of Russian Psychiatrists]. Sankt-Peterburg. 1911. Pp. 532–545. (In Russ.)
25. Garland F.N., Robichand M.R. Knowledge of battle fatigue among division combat medics and the effectiveness of training. *Milit. Med.* 1987. Vol. 152, N 12. Pp. 608–612.
26. Johnson A.W. Combat psychiatry, Pt.I. A Historical review. *Med. Bull. US Army, Europe*. 1969. Vol. 26, N 10. Pp. 305–308.
27. Spencer C.D., Gray B. What price leadership? Distress in a peacetime military unit. *Milit. Med.* 1965. Vol. 130, N 3. Pp. 243–250.

Received 27.04.2015

# МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 616.12-008.31 : 615.851

**С.В. Полторак, Е.Б. Мизинова,  
Е.А. Цуринова, Т.В. Трешкур**

## **ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ПАЦИЕНТА С ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИЕЙ ПСИХОГЕННОГО ХАРАКТЕРА**

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева  
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3);  
Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр  
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2)

Рассматривается показательный в отношении диагностики и лечения пациентов с желудочковыми аритмиями клинический случай больного с психогенной желудочковой тахикардией на фоне спонтанной ремиссии алкогольной зависимости. Этот случай демонстрирует длительный процесс выяснения причины аритмии, путь постановки диагноза и, соответственно, выбора тактики ведения пациента без структурных изменений сердца. На примере истории болезни конкретного пациента раскрывается психогенез нарушений сердечного ритма, связанных с дебютом невротического расстройства. Обоснована целесообразность индивидуального подбора психотропных препаратов в сочетании с личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапией, а также необходимость ведения подобных больных врачами-кардиологами при тесном взаимодействии с психотерапевтами и клиническими психологами.

Ключевые слова: медицинская (клиническая) психология, идиопатическая аритмия, психогенная желудочковая аритмия, невротические расстройства, спонтанная ремиссия алкоголизма, психотерапия.

---

Полторак Станислав Валерьевич – канд. мед. наук, вед. науч. сотр. от-ния лечения пограничных психич. расстройств и психотерапии С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3); e-mail: poltorak62@mail.ru;

Мизинова Елена Борисовна – канд. психол. наук, ст. науч. сотр. от-ния лечения пограничных психич. расстройств и психотерапии С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3); e-mail: elenamizinova@yandex.ru;

Трешкур Татьяна Васильевна – канд. мед. наук, зав. лаб. электрофизиологии сердца Сев.-Зап. федер. мед. исслед. центр (Россия, 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2); e-mail: meinetvt@mail.ru;

Цуринова Елена Александровна – канд. мед. наук, науч. сотр. лаб. электрофизиологии сердца Сев.-Зап. федер. мед. исслед. центр (Россия, 197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2).

## Введение

Последнее время активно изучаются стрессогенные влияния на сердечный ритм. Нередко в развитии аритмии, проявлением какой бы нозологической формы эта аритмия не являлась, пусковыми являются психологические и психосоциальные факторы [1, 26]. Все большее количество формально беспричинных («идиопатических») желудочковых аритмий оказываются связанными с дебютом невротического расстройства и являются по своему происхождению психогенными. Тем не менее даже высококвалифицированные врачи-кардиологи не всегда включают в арсенал необходимых диагностических процедур консультацию врача-психотерапевта или клинического психолога. И прибегают к этому только после того, как основные диагностические процедуры (зачастую весьма дорогостоящие) не дали необходимой для верификации диагноза информации.

В основе психогенных аритмий лежит зависимость сердечного ритма от эмоционального состояния человека при отсутствии клинически верифицированных признаков сердечно-сосудистого заболевания. Клиническая картина таких больных отличается «пестротой» симптоматики. Одним пациентам кажется, что пульс у них не прощупывается, пропадает, другим – что частота сердечных сокращений заметно снижается, третьи чувствуют перебои в работе сердца («сердце замирает»), а четвертые предъявляют жалобы на внезапно возникающие приступы тахикардии. Во всех случаях аритмогенные проявления сопровождаются чувством страха смерти от сердечного приступа.

Психогенное нарушение сердечного ритма может быть кратковременным (несколько секунд или минут), а может быть долговременным расстройством, длящимся несколько часов или даже дней. Приступы учащенного сердцебиения или перебои в работе сердца могут возникать как в состоянии физической активности, так и в покое, когда мысли пациента носят тревожный характер. В связи с тревожными переживаниями по поводу состояния своего здоровья может возникнуть бессонница (или другие виды расстройств сна). В дальнейшем нарушения сердечного ритма начинают появляться даже при легком испуге или неожиданном известии, заставляющих человека испытывать эмоциональные переживания. В таких случаях частота сердечных сокращений может увеличиваться до 160 уд/мин.

Типичным признаком психогенной аритмии является неправильное восприятие больного. Пациенту кажется, что его сердце бьется с невероятной скоростью. Он начинает ощущать сердцебиение не только в области груди, но и в висках, в горле или же во всем теле одновременно. Такое со-

стояние еще больше увеличивает страх смерти от сердечного приступа или разрыва сердца. У пациента могут дрожать пальцы рук (тремор), часто возникает потребность в непрерывном движении (ажитация). В действительности же такие клинические симптомы не находят никакого объективного подтверждения при проведении диагностики. Как правило, результаты электрокардиографического исследования выявляют совершенно противоположную картину [26, 29, 31].

Многообразии симптомов порой затрудняет диагностику психогенной аритмии. Тем не менее в пользу именно этой нозологической формы свидетельствует отсутствие структурных изменений сердца. Более того, на течение данной патологии оказывает непосредственное влияние применение психотропных препаратов (транквилизаторов, анксиолитиков, антидепрессантов), а вот к традиционным медикаментозным средствам, применяющимся при аритмии другой этиологии, организм пациента оказывается невосприимчив, что является основополагающим критерием при постановке диагноза.

Участие острого и хронического стресса в аритмогенезе считается доказанным. Сделаны шаги в определении механизмов реализации психогенного фактора в развитии желудочковых аритмий [31, 37].

Было установлено, что такие отрицательные эмоции, как отчаяние, гнев, обида, страх, тревога, тоска, сопровождаются однотипными висцеральными сдвигами. При психическом стрессе меняется функциональное состояние гипоталамуса, повышается возбудимость симпатoadренальной системы и, соответственно, возрастает секреция катехоламинов, что вызывает учащение ритма и повышение артериального давления [3, 7, 18–20, 37]. Когда вербальное и психомоторное выражение тревоги или враждебных чувств блокируется, то стимулы, поступающие из ЦНС, отводятся к соматическим структурам, в частности к сердечно-сосудистой системе, приводя к индукции аритмии.

Charles Vega в 2004 г. в лабораторных условиях установил, что ментальный стресс (тест «воспроизведение гнева» и «арифметический счет») вызывает электрическую нестабильность миокарда, причем тест, связанный с эмоцией гнева, достоверно чаще, чем арифметический счет или проба с физической нагрузкой. Данный механизм стал известен как механизм, ответственный за аритмогенез [29, 36]. Кроме того, в различных отделах головного мозга, особенно в лимбической системе, происходят многочисленные медиаторные расстройства [29]. Экспериментальные данные подтверждают, что тревожные расстройства обусловлены, в частности, симпа-



тической гиперактивностью, что, в свою очередь, приводит к снижению количества пресинаптических b-2-адренорецепторов [7, 29, 31, 35].

Клинические исследования доказали, что наиболее частой эмоцией, вызывающей желудочковые аритмии, является гнев [29, 34–37].

В 2006 г. E.C. Rainville [34], анализируя данные variability сердечного ритма, установил, что во время аффекта гнева возникает дисбаланс между симпатической и парасимпатической активностью. При этом увеличиваются показатели симпатической активности (частота сердечных сокращений), но не происходит параллельного изменения высокочастотного компонента variability сердечного ритма – показателя парасимпатической активности, как это обычно должно быть при доминировании симпатической активности. В то время как другие эмоции – ужас, счастье, грусть – сопровождаются и увеличением частоты сердечного ритма, и снижением высокочастотного компонента variability сердечного ритма [34–37].

Таким образом, при идиопатических желудочковых аритмиях рекомендовано ориентироваться на взаимоотношения очага аритмогенеза и вегетативной/центральной нервных систем [15, 35]. А при лечении больных с желудочковыми аритмиями самого различного генеза обоснованным считается применение как психотропных препаратов, так и собственно психотерапии [10, 16, 26, 35, 37].

Представленный в данной публикации клинический пример является показательным в отношении диагностики и лечения пациентов с желудочковыми аритмиями. Этот случай демонстрирует длительный процесс выяснения причины аритмии, путь постановки диагноза и, соответственно, выбора тактики ведения пациента без структурных изменений сердца с желудочковой аритмией высоких градаций (IV, V по классификации Lown). Проблема ведения пациентов с идиопатическими желудочковыми аритмиями, как уже указывалось, остается по-прежнему до конца не решенной, несмотря на наличие рекомендаций Американской коллегии кардиологов и Европейской ассоциации кардиологов по ведению пациентов с некоронарогенными желудочковыми аритмиями [17–18].

**Клинический случай.** Пациент К., 30 лет, обратился в лабораторию электрокардиологии в ноябре 2012 г. с жалобами на эпизоды учащенного сердцебиения, которые обычно сопровождались легким головокружением, слабостью, ощущением страха и беспокойства за свое здоровье.

Началом своей болезни считает первый приступ сердцебиения, дурноты, слабости, развившийся, с его слов, внезапно, без видимых причин в мае 2012 г. Врачами «Неотложной помощи» на ЭКГ была зарегистрирована частая желу-

дочковая эктопическая активность: одиночная и парная, эпизоды ускоренного идиовентрикулярного ритма. Пациент был госпитализирован в городскую больницу Санкт-Петербурга с диагнозом: «Желудочковые нарушения ритма высоких градаций». Из стационара был выписан с диагнозом: «Гипертоническая болезнь II стадии, риск сердечно-сосудистых осложнений III степени. Синусовая брадикардия. Желудочковая экстрасистолия, пароксизмы неустойчивой желудочковой аритмии». Было рекомендовано лечение: бидоп 5 мг, лизиноприл 2,5 мг, амлодипин 2,5 мг, тромбоАСС 100 мг, оmez 20 мг. Принимая назначенные препараты, пациент чувствовал себя удовлетворительно и через 1 мес отказался от медикаментозного лечения. В дальнейшем при измерении артериального давления цифры были стабильные – 130/80 мм рт. ст. На контрольном суточном мониторинге ЭКГ (холтеровском мониторинге) в июне 2012 г. (через 1,5 мес от первого эпизода) желудочковая аритмия не зарегистрирована. На протяжении последующих 6 мес (с июня по ноябрь 2012 г.) жалоб не было и пациент чувствовал себя хорошо. Однако в ноябре 2012 г. приступы учащенного сердцебиения возобновились. С этого времени практически ежедневно стали беспокоить перебои в работе сердца и кратковременные приступы учащенного сердцебиения. Назначенные участковым врачом лекарства беталок-зок, лизиноприл, предуктал и панангин положительного эффекта не оказали, что послужило поводом для направления больного на консультацию в Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова.

В процессе сбора анамнестических сведений было установлено, что до начала заболевания пациент чувствовал себя вполне здоровым человеком, хорошо переносил физические нагрузки, много ходил быстрым шагом и поднимался по лестнице без ощущения одышки, несмотря на то что всегда имел избыточную массу тела. Выяснилось, что начиная с подросткового возраста он отмечал у себя повышение артериального давления при измерении его в медицинских учреждениях (до 160/90 мм рт. ст.), тогда как при домашних измерениях давление было ниже и никогда не превышало 130/80 мм рт. ст. В этой связи периодически (но нерегулярно) по назначению врачей принимал эналаприл и индапамид, не контролируя эффективность терапии. Помимо этого, с подросткового возраста и по настоящий момент пациента беспокоят периодически появляющиеся болевые ощущения в животе и дисфункциональные нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, при том что многократные обследования не выявляли патологии желудочно-кишечного тракта.

При расспросе пациента о вредных привычках стало известно, что начиная с 14 лет вплоть до начала текущего заболевания (то есть на протяжении последних 16 лет) он систематически употреблял пиво; в последние несколько лет – в объеме до трех литров в день почти ежедневно. Пациент утверждал, что употребление алкоголя доставляло ему удовольствие, а также помогало расслабиться после напряженного рабочего дня. Было установлено, что вечером, накануне первого приступа тахикардии, он выпил около 2,5 л пива, а утром, на фоне похмелья, ему стало плохо и возник страх умереть от сердечного приступа. В

дальнейшем пациент прекращает употребление любых спиртных напитков, боясь спровоцировать перебои в работе сердца.

*Данные семейного анамнеза.* Родился пациент в Алтайском крае, образование высшее. Работает в Санкт-Петербурге банковским служащим. Женат. Детей нет. Наследственность: у матери с 40 лет диагностируется артериальная гипертензия, отец страдает алкоголизмом, остальные родственники здоровы.

*Данные осмотра.* Пациент контакту доступен, верно ориентирован, сознание ясное без бреда и обманов восприятия. Фон настроения неустойчивый, тревожен, напряжен. Фиксирован на симптомах, ипохондричен. Сон поверхностный. Кожа, слизистые чистые. Телосложение правильное. Рост 189 см, масса тела 100 кг, индекс массы тела – 26 (избыточная масса тела, согласно рекомендации ВОЗ). Щитовидная железа не увеличена; лимфоузлы не пальпируются. Пульс 52 уд/мин, аритмичный; артериальное давление 130/90 мм рт. ст., равно на правой и левой руках. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы; тоны сердца ясные, акцентов, шумов нет. Над легкими перкуторный тон легочный, притуплений нет; дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный; печень не выступает из-под края реберной дуги; селезенка не увеличена. Поколачивание по пояснице безболезненно. Отеков нет. Вены нижних конечностей не расширены; пульсация артерий стоп сохранена.

*Лабораторные данные.* Клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, в том числе – С-реактивный белок, липидограмма, а также гормоны щитовидной железы – в пределах нормы.

*Данные иммунологического исследования.* Интерлейкин-6, фактор некроза опухоли, антитела к миокарду и к скелетной мускулатуре, ревматоидный фактор, антинуклеарный фактор – в норме.

*Данные инструментальных исследований.* Электрокардиография – синусовая брадикардия с частотой сердечных сокращений 52 уд/мин; расчетные показатели в пределах нормы, угол  $\alpha = +55$ ; единичные мономорфные желудочковые эктопические комплексы. Можно предположить локализацию эктопического очага в выходном тракте правого желудочка, передне-перегородочной области. ЭКГ, снятая по специальному протоколу, рекомендованному для исключения синдрома Бругада, патологии не выявила. В связи с этим провокационные медикаментозные пробы не проводились.

Эхокардиография сердца – полости сердца не расширены. Миокард не утолщен. Зон локального нарушения сократимости нет. Глобальная сократимость левого желудочка сохранена. Диастолическая функция не нарушена. Аорта не расширена. Клапанный аппарат без особенностей. Гемодинамически значимых нарушений кровотока через клапаны не выявлено. Давление в легочной артерии в норме. Легочная артерия не расширена. Систолическая функция правого желудочка не нарушена. Правый желудочек не расширен. Локальные изменения стенок правого желудочка не визуализируются. Трикуспидальный клапан не изменен. Перикард не изменен.

Магнитно-резонансная томография сердца с магневином – явных МРТ-признаков миокардита и аритмогенной дисплазии правого желудочка не выявлено.

Рентгенография грудной клетки – без патологии.

Ультразвуковая доплерография сосудов головы и шеи – сонные артерии на экстракраниальном уровне без видимой патологии, кровотоков в пределах возрастной нормы. Позвоночные артерии без патологии. Венозная дисциркуляция в вертебробазиллярном бассейне. Подключичные артерии и кровотоков в них в норме. Проба с функциональной нагрузкой (тредмил-тест, стандартный BRUCE) отрицательная; прекращена в связи с достижением субмаксимальной частоты сердечных сокращений – 162 уд/мин (85 % от максимальной). Реакция артериального давления на высоте функциональной нагрузки нормотензивная. Толерантность к функциональным нагрузкам высокая (10,2 МЕТ). До нагрузки регистрировались редкие одиночные мономорфные желудочковые экстрасистолы, которые исчезли на 1-й минуте функциональной нагрузки и возобновились с 3-й минуты восстановительного периода.

Многосуточное электрокардиографическое мониторирование с телеметрической передачей данных (программно-аппаратный комплекс «Инкарт») проводилось в течение 12 сут с ежедневной передачей пациентом ЭКГ-данных по интернет-каналам. Результаты мониторирования – средняя частота сердечных сокращений в пределах нормы как днем, так и ночью. Эпизоды синусовой брадикардии в покое с частотой сердечных сокращений до 40 уд/мин. Одиночные правожелудочковые парасистолы с редкими сливными комплексами. Парные желудочковые экстрасистолы. Пароксизмы неустойчивой желудочковой тахикардии. Количество желудочковых аритмий значительно варьирует за 1 сутки: от 0 до 8 тыс. одиночных желудочковых экстрасистол и от 0 до 81 пароксизма неустойчивой желудочковой тахикардии. В течение одних и тех же суток также отмечается выраженная вариабельность количества желудочковых экстрасистол. При учащении одиночных парасистол и появлении бигеминии пациент ощущал головокружение и слабость, при неустойчивых пароксизмах желудочковой тахикардии – приступы сердцебиения и дурноту.

Самой важной находкой, которую позволило сделать многосуточное электрокардиографическое мониторирование, явилась тесная связь между количеством желудочковых аритмий и видом деятельности больного – аритмия регистрировалась во время поездок в транспорте и особенно на работе; полностью отсутствовала в выходные дни и в вечернее время, когда пациент находился дома, а также ночью. В один из дней (в 3 ч ночи) были зарегистрированы: эпизод бигеминии и три пароксизма неустойчивой желудочковой тахикардии. Оказалось, что это случилось после внезапного пробуждения, вызванного звуковым сигналом, поданным монитором для смены батареек. Пациент почувствовал в этот момент сильное сердцебиение, перебои, дурноту и страх. Ишемических изменений за все время наблюдения не было. Интервал QT на ЭКГ в пределах нормы. Вариабельность ритма сердца не снижена.

**Психологическое обследование.** Пациенту была выполнена батарея ментальных тестов: тест Струпа, арифметический счет, тест «Anger recall» – воспроизведение гнева; вегетативные пробы (проба Вальсальвы и проба с динамометром), результаты которых были отрицательными, то есть не спровоцировали появление нарушений сердечного ритма.

*Данные психологического анамнеза.* Рос пациент в маленьком городе. Из-за алкоголизма отца в семье постоянно вспыхивали домашние конфликты, поэтому с детства предпочитал уединение. Считался болезненным ребенком, спортом, физкультурой не занимался. Испытывал трудности во взаимоотношениях со сверстниками из-за робости и неуверенности в себе. Рано уехал из дома для учебы. Всегда хорошо учился, имел амбициозные устремления в отношении престижного образования, высоко оплачиваемой работы, карьерного роста.

Отмечал у себя признаки зависимого поведения: в юношестве некоторое время страдал игровой зависимостью; с 14 лет (как уже упоминалось ранее) регулярно употреблял пиво. Всегда понимал, что употребление алкоголя может помешать достижению поставленных целей, однако оставался уверенным, что контролирует данную пагубную привычку и в любой момент может от нее отказаться. До болезни отношение к алкоголю имел двоякое: с одной стороны, отрицательное как к привычке, приводящей к социальной дезадаптации и конфликтам (по примеру отца), а с другой стороны, положительное как к средству, позволяющему чувствовать себя более уверенно и раскованно.

Пациент утверждал, что в течение длительного времени ни дома, ни на работе не сталкивался с какими-либо явными стрессовыми ситуациями, хотя признавал, что не вполне удовлетворен своей жизнью, как семейной, так и профессиональной. В беседе с клиническим психологом выяснилось, что последние несколько лет у пациента имели место негативные переживания, связанные с неопределенностью его дальнейшей жизни (работы, карьеры, семьи) и нарастала озабоченность отсутствием собственного жилья. По его словам, он «не живет полноценной жизнью, а выживает», ощущая практически постоянное чувство эмоционального напряжения и неудовлетворенности достигнутым, испытывая страх, что не сможет материально обеспечить свою семью и в результате – потеряет ее. Оказалось, что на работе уровень эмоционального напряжения достигал своего пика, однако пациент расценивал эту ситуацию как нормальную. В те моменты, когда он чувствовал, что не справляется с должностными обязанностями (не успевает выполнить данное ему поручение или задание), появлялся страх негативной оценки со стороны начальства в сочетании с внутренним протестом и раздражением из-за необходимости подчиняться и, как результат, возникал приступ аритмии. Дома не чувствовал эмоциональной поддержки со стороны жены, поэтому напряжение не спадало. А сопутствующие проблемы в интимной сфере не давали возможности снять эмоциональное напряжение путем сексуальной разрядки. Единственным способом расслабления стал алкоголь.

Сам пациент охарактеризовал себя как человека ответственного, принципиального, тревожного, несколько инфантильного, зависимого от авторитетного

мнения, чувствительного, эмоционального, раздражительного и в то же время сдержанного.

*Данные экспериментально-психологического исследования.* Уровень интеллектуально-мнестических процессов не снижен. Астенические жалобы в эксперименте не подтверждаются и имеют преимущественно функциональную природу. Данных о локально-органических изменениях высших психических функций не получено. Актуальный психологический статус включает в себя: колебания настроения, работоспособности, самооценки, ипохондрическую фиксацию в сочетании симптоматикой тревожно-депрессивного спектра. По результатам исследования личности у испытуемого были диагностированы: высокая личностная тревожность, эмоциональная откликаемость, чувствительность, тонкость эмоционального реагирования, сенситивность (чувствительность) в процессе общения, болезненное переживание конфликтов, контроль и подавление социально не одобряемых форм поведения (импульсивности, агрессивности). Были выявлены низкий уровень внешней агрессивности, выраженная зависимость собственного мнения, самооценки и поведения от мнения окружающих, склонность к сотрудничеству с тенденцией к подстраиванию под других людей. Потребность в признании в глазах наиболее авторитетных личностей группы оказалась ведущей для исследуемого. Неуверенность в себе тесно связана с неустойчивой самооценкой. Исполнительность и ответственность в работе создает таким личностям как обследуемый хорошую репутацию в коллективе, однако инертность в принятии решений, конформность установок и неуверенность в себе не способствуют их продвижению на роль лидера. Повышенная мнительность, чувствительность к невниманию и грубости окружающих, опасения неуспеха формируют канву конформного поведения у тревожно-мнительной личности. Выявленные особенности, таким образом, укладываются в рамки психогенно-невротического патофизиологического симптомокомплекса.

*Дифференциальный диагноз.* Дифференциальная диагностика проводилась между алкогольной кардиомиопатией, аритмогенной дисплазией правого желудочка, миокардитом, психогенной аритмией.

В первую очередь обсуждался диагноз алкогольной кардиомиопатии. Согласно классификации ВОЗ (1995), алкогольная кардиомиопатия относится к вторичным токсическим дилатационным кардиомиопатиям [6]. Однако у больного отсутствовали клинические и инструментальные признаки сердечной недостаточности, изменения на электро- и эхокардиограмме. Не было также признаков поражения печени и других органов. Все это, а также воздержание от приема алкоголя в течение 6 мес, послужило основанием отвергнуть диагноз «аритмический вариант алкогольной кардиомиопатии».

Обсуждалась вероятность такого тяжелого заболевания, как аритмогенная дисплазия правого желудочка. Это наследственное заболевание, характеризующееся фиброзно-жировым замещением миокарда, клинически манифестирующее нарушениями ритма сердца в виде желудочковой экстрасистолии и правожелудочковой тахикардии с высоким риском внезапной сердечной смерти у лиц

молодого возраста. Согласно критериям диагностики аритмогенной дисплазии правого желудочка [23], пациент не имел признаков глобальной или региональной дисфункции или структурной альтернации правого желудочка; у него отсутствовали изменения реполяризации миокарда; не было родственников, имевших доказанный диагноз «аритмогенная дисплазия правого желудочка» или умерших внезапно от аритмии. Таким образом, диагноз «аритмогенная дисплазия правого желудочка» был также отвергнут.

Кроме того, у пациента отсутствовали клиника миокардита, изменения в биохимическом и иммунологическом анализах крови, не прослеживались связи между появлением желудочковой аритмии и инфекционным заболеванием. По данным эхокардиографии сердца и магнитно-резонансной томографии сердца патология отсутствовала. При этом пациент наблюдался уже 6 мес без отрицательной динамики, что позволило исключить миокардит [14].

Таким образом, диагностических признаков каких-либо соматических заболеваний сердца выявлено не было. Лечение препаратами калия, магния и метаболическими средствами оказалось неэффективным. Аритмия носила транзиторный характер. При этом имелись четкие указания на связь желудочковой аритмии с психогенным фактором: по данным психодиагностики, по результатам осмотра психотерапевта, а также по наличию связи между эпизодами неустойчивой желудочковой тахикардии и эмоциональными переживаниями, предшествовавшими этим эпизодам.

**Окончательный диагноз.** В результате консилиума был поставлен диагноз: Гипертоническая болезнь I стадии. Риск сердечно-сосудистых осложнений II стадии. Тревожно-ипохондрическое расстройство с кардиофобическим синдромом на фоне спонтанной ремиссии алкогольной зависимости. Желудочковые аритмии высоких градаций по Lown, психогенные: правожелудочковая парасистолия, одиночная и парная в патологическом количестве, пароксизмы неустойчивой мономорфной желудочковой тахикардии, эпизоды ускоренного идиовентрикулярного ритма. Транзиторная АВ блокада I и II степени. Хроническая сердечная недостаточность 0 степени. Избыточная масса тела.

После постановки диагноза решался вопрос о тактике ведения больного – медикаментозной или хирургической. Учитывая психогенный и безопасный характер аритмии, консилиумом было решено рекомендовать больному анксиолитические средства и психотерапию.

**Лечение.** На фоне приема грандаксина в дозе 100 мг/сут в течение 1 мес и адаптола в дозе 1500 мг/сут в течение 3 мес в сочетании с когнитивно-поведенческой психотерапией было отмечено существенное улучшение состояния пациента. На протяжении 3 мес с момента начала приема препаратов пациент не отмечал ни перебоев, ни приступов сердцебиения, что было подтверждено данными нескольких холтеровских мониторингов. Однако спустя 2 мес после окончания курса фармакотерапии вся симптоматика возобновилась. На многосуточном мониторинговании ЭКГ вновь начали регистрироваться желудочковые аритмии (от 4 до 6 тыс. одиночных желудочковых экстрасистол за 1 сут), в том числе

и пароксизмы неустойчивой желудочковой тахикардии, и эпизоды ускоренного идиовентрикулярного ритма (до 90 за 1 сут). В этой связи были назначены: феварин, стрезам и сульпирид, а также личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия. В настоящее время пациент никаких препаратов не принимает и продолжает психотерапию. При повторных многосуточных мониторингах ЭКГ нарушения сердечного ритма не верифицируются; самочувствие хорошее.

### **Обсуждение**

Существуют определенные особенности клинических проявлений и психологических механизмов развития невротического расстройства у больных со спонтанной ремиссией алкоголизма, которые были характерны и для описанного случая [8]. У таких больных формируется первичный психологический конфликт, связанный, как правило, со специфической психотравматизацией в детстве – с алкоголизацией членов семьи (отца у данного пациента), неадекватными формами воспитания. Специфику такого конфликта в самом общем виде можно определить как противоречие между гипертрофированным стремлением к самоутверждению, высокими притязаниями, потребностью в жестком следовании конвенциональным нормам, с одной стороны, и низкой психологической толерантностью, неуверенностью в себе, переживанием одиночества и отчужденности – с другой. Это препятствует социально-психологической адаптации, что усугубляет внутренний конфликт и усиливает нервно-психическое напряжение. В этой ситуации алкоголь выступает как фактор, заменяющий действие целого ряда защитных механизмов, о чем свидетельствуют работы М.Ю. Мелик-Парсаданова [8]. Характерной особенностью таких больных, как представленный пациент, является анозогнозия – отрицание у себя алкогольной зависимости. При этом предполагается, что защитная функция анозогнозии связана как с физической зависимостью от алкоголя, так и с необходимостью социально-психологической адаптации и вытекающей отсюда попытки избежать «клейма» больного алкоголизмом.

По мнению Б.М. Гузикова [4, 8], помимо механизмов психологической защиты, на формирование анозогнозии оказывают свое влияние и отставание соматических расстройств от выраженности остальных симптомов алкоголизма. Аналогичную систему защиты описывает J. Wallace [38]. Он называет ее предпочтительной защитной структурой, состоящей из различных защитных механизмов, и считает, что она используется каждым больным алкоголизмом в различных комбинациях. Манифестация невротической симптоматики (в данном клиническом случае – приступ сердце-



биения, сопровождавшийся дурнотой и слабостью, страхом за свою жизнь, повлекший госпитализацию) приводит как к психогенно обусловленной спонтанной ремиссии алкогольной зависимости, так и к клиническому оформлению невротического расстройства. Устойчивость ремиссии алкогольной зависимости поддерживается выраженностью клинических проявлений невротического расстройства (в описанном случае – выраженностью аритмического и кардиофобического синдромов), что позволяет рассматривать невротические симптомы у данного контингента больных как следствие специфического психологического защитного механизма, ситуативно снижающего уровень нервно-психического напряжения и актуальность сложного многоступенчатого невротического конфликта. Защитный характер невротических нарушений проявляется чаще в ситуациях, прямо или косвенно связанных с возможностью употребления алкоголя. Больные избегают алкогольных ситуаций, аргументируя это тяжестью своего заболевания. Устанавливается невротический тип поведения, приводящий к разрушению привычных социальных связей, стиля жизни и изменению отношения к алкоголю, вся активность направляется на поиски специалистов, врачей, установление «правильного» диагноза, лечения.

Таким образом, клиническое оформление невротического расстройства с ипохондрическим и кардиофобическим синдромами (включающими как определенную вегетативную симптоматику, сопровождающуюся страхом смерти, так и различные соматические проявления, в том числе аритмии) является специфическим защитным механизмом, приводящим к спонтанной ремиссии алкогольной зависимости [4, 8, 27]. На этапе ремиссии алкогольной зависимости выздоравливающий пациент на начальных стадиях трезвости сталкивается с таким количеством жизненных проблем, что система защиты ему просто необходима. Описанный пациент имеет условную заинтересованность в сохранении соматической (кардиологической) симптоматики, позволяющей стабилизировать спонтанную ремиссию алкоголизма. Исходя из этого, центральная проблема в психотерапии алкогольной зависимости состоит не в разоблачении и преодолении алкогольной защиты, а в определении путей обращения ее на службу достижения и сохранения трезвости [27].

Психотерапия должна быть специфической личностно-ориентированной, направленной на осознание причин появления симптоматики и, как следствие, на выработку адекватных механизмов разрешения комплексов психологических проблем. Преодоление алкогольной зависимости по-

зволяет решить проблему невротического расстройства, развившегося как специфическая защита от алкоголизации.

### **Заключение**

Приведенный клинический случай свидетельствует о важности углубленного обследования, включающего, помимо инструментальных и лабораторных методов, психодиагностику, ментальные и физические нагрузочные тесты, консультацию клинического психолога и психотерапевта.

Показан значимый вклад данных многосуточного электрокардиографического мониторинга сердечной деятельности, позволяющего оценить не только количество желудочковых аритмий, но и их вариабельность, связь с определенными психическими или физическими событиями в жизни больного. Несмотря на то что у представленного пациента могут иметь место «минимальные изменения миокарда», исключить или подтвердить которые невозможно без проведения эндомиокардиальной биопсии, главенствующая роль психогенного фактора в генезе желудочковой аритмии в данном случае не вызывает никаких сомнений, на что указывают связь аритмии с состоянием психического напряжения и диагностированное невротическое расстройство.

В конечном итоге, исчезновение нарушений сердечного ритма у пациента произошло на фоне психотерапии и психофармакотерапии, без применения антиаритмических препаратов и хирургического вмешательства (радиочастотной абляции). Данный клинический случай демонстрирует необходимость индивидуального подбора психотропных препаратов для достижения желаемого лечебного эффекта у больных с психогенными нарушениями сердечного ритма, а кардиологи должны вести подобных больных только в тесном взаимодействии с психотерапевтами и клиническими психологами.

### **Литература**

1. Алехин А.Н., Трифонова Е.А., Лебедев Д.С., Михайлов Е.Н. Психологические проблемы в аритмологии (на модели фибрилляции предсердий) // Вестник аритмологии. – 2011. – № 63. – С. 45–54.
2. Бокерия Л.А., Ревшвили А.Ш., Ардашев А.В., Кочович Д.З. Желудочковые аритмии. – М. : Медпрактика. – 2002. – 272 с.
3. Вейн А.М., Каменецкая Б.И., Хаспекова Н.Б. [и др.]. Ритм сердца при кардиоваскулярных нарушениях невротического характера // Кардиология. – 1987. – Т. 27, № 9. – С. 58.

4. Гузиков Б.М., Зобнев В.М., Ключкова Л.В. Исследование отношения к болезни у больных алкоголизмом // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. – Л., 1990. – С. 70–72.
5. Евтерева Е.Д. Эффективность применения адаптола в комплексной терапии у больных с тревожными расстройствами в раннем постинфарктном периоде // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2009. – № 5. – С. 18–22.
6. Ивашкин В.Т., Драпкина О.М., Ашихмин Я.И. Алкогольная кардиомиопатия. URL: <http://www.internist.ru/files/articles/med/alkokardiomiopatia.pdf>.
7. Караськова Е.А., Завьялов В.Ю. Роль тревожных расстройств в генезе нарушений ритма сердца у пациентов аритмологического профиля // Патология кровообращения и кардиохирургия. – 2006. – № 4. – С. 79–87.
8. Мелик-Парсаданов М.В. Клиника, психологические механизмы и психотерапия у больных со спонтанной ремиссией алкоголизма : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Л., 1987. – 24 р.
9. Мкртчян В.Р. Терапевтические возможности адаптола в лечении вегетативных нарушений у больных климактерической кардиомиопатией // Доктор Ру. – 2008. – № 6. – С. 1–9.
10. Мокина Т.В., Антипенко Е.А., Густов А.В. Применение адаптола при лечении астенического синдрома у больных дисциркуляторной энцефалопатией // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2009. – № 6. – С. 76–77.
11. Новикова И.В., Пармон Е.В., Бернгардт Э.Р. [и др.]. Новые возможности психофармакологической коррекции желудочковых нарушений ритма // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2004. – № 6 (1). – С. 74–81.
12. Пармон Е.В., Трешкур Т.В., Шляхта Е.В. Идиопатические желудочковые нарушения ритма (анализ проблемы) // Вестн. аритмологии. – 2003. – № 3. – С. 60–72.
13. Ревишвили А.Ш., Носкова М.В., Рзаев Ф.Г., Артюхина Е.А. Неинвазивная топическая диагностика некоронарогенных желудочковых аритмий // Вестн. аритмологии. – 2004. – № 35. – С. 5–15.
14. Рекомендации по диагностике и лечению миокардитов, разработанные Российским научным медицинским обществом терапевтов совместно с Обществом специалистов по сердечной недостаточности [Электронный ресурс]. – 2013. URL: <http://medic.ossn.ru/forum/forum10/topic27/messages/>.
15. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л. Психокardiология. – М. : Мед. информ. аг-во, 2005. – 771 с.
16. Трешкур Т.В. Дифференцированный подход к лечению желудочковых аритмий // Доктор Ру. – 2008. – № 3. – С. 1–6.
17. Трешкур Т.В., Тагаринова А.А., Рыжкова Д.В., Пармон Е.В. Желудочковые аритмии у пациентов с ишемической болезнью сердца: возможности антиаритмического воздействия // Материалы 13-го конгресса Российского общества холтеровского и неинвазивного мониторирования и неинвазивной электрофизиологии, 5-го Всероссийского конгресса «Клиническая электрокардиология». – М. : Медпрактика-М. – 2012. – С. 26–27.
18. Трешкур Т.В., Пармон Е.В. Случай идиопатической симпатозависимой желудочковой парасистолической тахикардии на фоне психоэмоционального стресса // Вестн. аритмологии. – 2002. – № 28. – С. 58–59.

19. Трешкур Т.В., Цуринова Е.А., Тулинцева Т.Э. [и др.]. Поиск оптимального лечения желудочковой аритмии неишемической природы у пациентов с тревожными расстройствами // *Терапевт. архив.* – 2012. – № 12. – С. 35–39.

20. Трешкур Т.В., Цуринова Е.А., Ильина Д.Ю. Случай эффективного лечения психогенной желудочковой аритмии анксиолитиком адаптолом // *Терапевт. архив.* – 2013. – № 3. – С. 94–97.

21. Шляхто Е.В., Пармон Е.В., Трешкур Т.В. [и др.]. Идиопатические желудочковые нарушения ритма: результаты проспективного наблюдения // *Вестн. аритмологии.* – 2003. – № 33. – С. 5–11.

22. ACC/AHA/ESC 2006. Guidelines for Management of Patients With Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death / Zipes D.P., Camm A.J., Borggrefe M. [et al.]. – *Eur. Heart. J.* – 2006. – Vol. 27, N 17. – P. 2099–2140.

23. Antzelevitch C., Brugada P., Borggrefe M. [et al.]. Brugada syndrome. Report of the second consensus conference // *Circulation.* – 2005. – Vol. 111. – P. 659–670.

24. Bigger J.T. Identification of patients high risk for sudden cardiac death. // *Am. J. Cardiol.* – 1984. – Vol. 54. – P. 3–8.

25. Burg M.M., Soufer A., Lampert R. Autonomic contribution to endothelin. 1 increase during laboratory anger-recall stress in patients with coronary artery disease // *Vol. Med.* – 2011. – Vol. 17, N 5/6. – P. 495–501. Doi: 10.2119/molmed.2010.00083.

26. Critchley H.D., Taggart P., Sutton P.M. [et al.] Mental stress and sudden cardiac death // *Brain.* – 2005. – Vol. 128, pt. 1. – P. 75–85.

27. Elder I.R. Conducting group therapy with addicts: a guidebook for professionals. – PA, USA : Tab. Books. – 1990. – 325 p.

28. Kello C.T., Plant D.C., Mac Whinney B. The task dependence of staged us cascaded processing: An empirical and computational study of Stroop interference on speech production // *J. Exp. Psychol. Gen.* – 2000. – Vol. 129, N 3. – P. 340–360.

29. Lampert R. Anger and ventricular arrhythmias // *Cur. Opin. Cardiol.* – 2010. – Vol. 25, N 1. – P. 46–52. Doi:10.1097/HCO.0b013e32833358e8.

30. Laonigro I., Correale M., Biase M. [et al.]. Alcohol abuse and heart failure // *European J. of Heart Failure.* – 2009. – Vol. 11, N 5. – P. 453–462.

31. Magri D., Piccirillo G., Quaglione R. [et al.]. Effect of Acute Mental Stress on Heart Rate and QT Variability in Postmyocardial infarction Patients // *International Scholarly Research Notices Cardiology.* – 2013. – Article 912672. Doi: 10.5402/2012/912672.

32. Marcus F.I., McKenna W.J., Sherrill D., Basso C. Diagnosis of arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy/dysplasia: proposed modification of the task force criteria // *Circulation.* – 2010. – Vol. 31. – P. 806–814.

33. Prystowsky E., Padanilam B.J., Joshi S., Fogel R.I. Ventricular Arrhythmias in the Absence of Structural Heart Disease // *J. Am. Coll. Cardio.* – 2012. – Vol. 59, N 20. – P. 1733–1744. Doi: 10.1016/j.jacc.2012.01.036.

34. Rainville E.C. [et al.]. Impact of pharmacist interventions on hospital readmissions for heart failure // *II Am. J. health Syst. Pharm.* – 1999. – Vol. 56, N 13. – P. 1339–1342.

35. Taggart P., Boyett M.R., Logantha S.J. Anger, emotion, and arrhythmias: from brain to heart // *Front Physiol.* – 2011. Vol. 2. Article 67. Doi: 10.3389/fphys.2011.00067.

36. Vega C., Barclay L. Mental stress can induce cardiac instability // Medscape. – 2004. – URL: <http://www.medscape.org/viewarticle/472274>.

37. Ziegelstein R.C. Acute emotional stress and cardiac arrhythmias // JAMA. – 2007. – Vol. 298, N 3. – P. 324–329.

38. Zimberg S., Wallace J., Blume S. Practical Approaches to Alcoholism Psychotherapy. – N.Y : London : Plenum press, 1985. – 769 p.

**Poltorak S.V., Mizinova E.B., Tsurilova E.A., Treskur T.V.** Opisanie klinicheskogo sluchaya patsienta s zheludochkovoj aritmiej psikhogen'nogo kharaktera [The description of a clinical case of the patient with ventricular arrhythmia of psychogenic character]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 54. P. 70–89.

V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute  
(Russia, Saint-Petersburg, Bekhterev str., 3)  
Federal North-West Medical Research Centre  
(Russia, Saint-Petersburg, Akkuratov Str., 2)

Abstract. This article discusses the topic of diagnosis and treatment of patients with idiopathic ventricular arrhythmias. As an example, describes a clinical case of a patient with psychogenic ventricular tachycardia on the background of spontaneous remission of alcohol dependence. This case demonstrates a long and complicated process of finding out the causes of arrhythmia, the way of diagnosis and, consequently, the choice of tactics of treatment of the patient. Based on the medical history of the patient described Psychogenesis arrhythmia associated with the debut of a neurotic disorder. The authors justify the need for individual selection of psychotropic drugs and the appointment of person-centered psychotherapy to achieve the therapeutic effect in the treatment of patients with psychogenic arrhythmias.

Keywords: medical (clinical) psychology, idiopathic arrhythmia, psychogenic ventricular arrhythmia, spontaneous remission of alcoholic, neurotic frustration, psychotherapy.

Poltorak Stanislav Valer'evich – PhD Med. Sci., Leading Research Associate of the Neurosis and Psychotherapy Department, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (Russia, 192019, Saint-Petersburg, Bekhterev str., 3); e-mail: poltorak62@mail.ru;

Mizinova Elena Borisovna – PhD Psychol. Sci., Senior Research Associate of the Neurosis and Psychotherapy Department, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (Russia, 192019, Saint-Petersburg, Bekhterev Str., 3); e-mail: elenamizinova@yandex.ru;

Treshkur Tat'yana Vasil'evna – PhD Med. Sci., Head of laboratory of an electrophysiology of heart, Federal North-West Medical Research Centre (Russia, 197341, Saint-Petersburg, Akkuratov Str., 2); e-mail: meinetyt@mail.ru;

Curinova Elena Aleksandrovna – PhD Med. Sci., Research Associate of the laboratory an electrophysiology of heart, Federal North-West Medical Research Centre (Russia, 197341, Saint-Petersburg, Akkuratov str., 2).

### References

1. Alekhin A.N., Trifonova E.A., Lebedev D.S., Mikhailov E.N. Psikhologicheskie problemy v aritmologii (na modeli fibrillyatsii predserdii) [Psychological problems in an arrhythmology (on model of fibrillation of auricles)]. *Vestnik aritmologii* [J. Arrhythmology]. 2011. N 63. Pp. 45–54. (In Russ.)
2. Bokeriya L.A., Revishvili A.Sh., Ardashev A.V., Kochovich D.Z. Zheludochkovye aritmii [Ventricular arrhythmias]. Moskva. 2002. 272 p. (In Russ.)
3. Vein A.M., Kamenetskaya B.I., Khaspekova N.B. [et al.]. Ritm serdtsa pri kardiovaskulyarnykh narusheniyakh nevroticheskogo kharaktera [Heart rhythm in cardiovascular disorders of neurotic character]. *Kardiologiya* [Kardiologiya]. 1987. Vol. 27, N 9. Pp. 58. (In Russ.)
4. Guzikov B.M., Zobnev V.M., Klochkova L.V. Issledovanie otnosheniya k bolezni u bol'nykh alkoholizmom [The study of attitude to the disease in patients with alcoholism]. *Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni pri nervno-psikhicheskoi i somaticheskoi patologii* [Psychological diagnostics of attitude to the disease at the neuropsychological and somatic pathology]. Leningrad. 1990. Pp. 70–72. (In Russ.)
5. Evtereva E.D. Effektivnost' primeneniya adaptola v kompleksnoi terapii u bol'nykh s trevozhnymi rasstroistvami v rannem postinfarktnom periode [The effectiveness of Adaptol at combination therapy in patients with anxiety disorders in the early postmyocardial infarction period]. *Kardiologiya i serdechno-sosudistaya khirurgiya* [Cardiology & Cardiovascular Surgery]. 2009. N 5. Pp. 18–22. (In Russ.)
6. Ivashkin V.T., Drapkina O.M., Ashikhmin Ya.I. Alkogol'naya kardiomiopatiya [Alcoholic cardiomyopathy]. URL: <http://www.internist.ru/files/articles/med/alkokardiomiopatia.pdf>. (In Russ.)
7. Karas'kova E.A., Zav'yalov V.Yu. Rol' trevozhnykh rasstroistv v geneze narushenii ritma serdtsa u patsientov aritmologicheskogo profilya [The anxious disorder role in genesis of heart arrhythmias in patients of an aritmological profile]. *Patologiya krovoobrashcheniya i kardiokhirurgiya* [Pathology of blood circulation and cardiosurgery]. 2006. N 4. Pp. 79–87. (In Russ.)
8. Melik-Parsadanov M.V. Klinika, psikhologicheskie mekhanizmy i psikhoterapiya u bol'nykh so spontannoii remissiei alkoholizma [Clinic, psychological mechanisms and psychotherapy at patients with spontaneous remission of an alcoholism] : Abstract dissertation PhD Med. Sci. Leningrad. 1987. 24 p. (In Russ.)
9. Mkrtchyan V.R. Terapevticheskie vozmozhnosti adaptola v lechenii vegetativnykh narushenii u bol'nykh klimaktericheskoi kardiomiopatii [Therapeutic possibilities of Adaptol in the treatment of autonomic disorders in patients with climacteric cardiomyopathy]. *Doktor Ru* [Doctor.Ru]. 2008. N 6. Pp. 1–9. (In Russ.)
10. Mokina T.V., Antipenko E.A., Gustov A.V. Primenenie adaptola pri lechenii astenicheskogo sindroma u bol'nykh distsirkulyatornoi entsfalopatii [Application Adaptol in the treatment of asthenic syndrome in patients with dyscirculatory

encephalopathy]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov J. of Neurology and Psychiatry]. 2009. N 6. Pp. 76–77. (In Russ.)

11. Novikova I.V., Parmon E.V., Bergardt E.R. [et al.]. Novye vozmozhnosti psikhofarmakologicheskoi korrektsii zheludochkovykh narushenii ritma [New features psychopharmacological correction of ventricular arrhythmias]. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika* [Cardiovascular therapy and prevention]. 2004. Vol. 6, N 1. Pp. 74–81. (In Russ.)

12. Parmon E.V., Treshkur T.V., Shlyakhto E.V. Idiopatische zheludochkovye narusheniya ritma (analiz problemy) [Idiopathic ventricular arrhythmias (problem analysis)]. *Vestnik aritmologii* [J. Ahythmology]. 2003. N 3. Pp. 60–72. (In Russ.)

13. Revishvili A.Sh., Noskova M.V., Rzaev F.G., Artyukhina E.A. Neinvazivnaya topicheskaya diagnostika nekoronarogennykh zheludochkovykh aritmii [Non-invasive diagnostics noncoronary ventricular arrhythmias]. *Vestnik aritmologii* [J. Ahythmology]. 2004. N 35. Pp. 5–15. (In Russ.)

14. Rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu miokarditov [Recommendations for the diagnosis and treatment of myocarditis, developed by the Russian Scientific Medical Society of Physicians in conjunction with the Society specialist heart failure]. – 2013. URL: <http://medic.ossn.ru/forum/forum10/topic27/messages/>. (In Russ.)

15. Smulevich A.B., Syrkin A.L., Drobijev M.Yu., Ivanov S.V. Psikhokardiologiya [Psychokardiology]. Moskva. 2005. 771 p. (In Russ.)

16. Treshkur T.V. Differentsirovannyi podkhod k lecheniyu zheludochkovykh aritmii [Way of differential diagnostics and choice of a method of treatment stress-induced ventricular arrhythmias]. *Doktor Ru* [Doctor.Ru]. 2008. N 3. Pp. 1–6. (In Russ.)

17. Treshkur T.V., Tatarinova A.A. [et al.]. Zheludochkovye aritmii u patsientov s ishemicheskoy bolezn'yu serdtsa: vozmozhnosti antiaritmicheskogo vozdeystviya [Ventricular arrhythmias in patients with coronary heart disease: features antiarrhythmic effect]. *Materialy 13 Kongressa Rossijskogo obschestva holterovskogo i neinvazivnogo monitorirovaniya i neinvazivnoj elektrofiziologii, 5-go Vserossijskogo kongressa «klinicheskaya elektrofiziologiya»* [Proceedings of the 13th Congress of the Russian Society for noninvasive Holter monitoring and noninvasive electrocardiology, the 5th All-Russian Congress «Clinical Electrophysiology»]. Moskva. 2012. Pp. 26–27. (In Russ.)

18. Treshkur T.V., Parmon E.V. Sluchai idiopatischei simpatovazivnoi zheludochkovoi parasistolicheskoj takhikardii na fone psikoemotsional'nogo stressa [The case of idiopathic sympatho dependent ventricular tachycardia against the backdrop of psychoemotional stress]. *Vestnik aritmologii* [J. Ahythmology]. 2002. N 28. Pp. 58–59. (In Russ.)

19. Treshkur T.V., Tsurinova E.A., Tulintseva T.E. [et al.]. Poisk optimal'nogo lecheniya zheludochkovoi aritmii neishemicheskoi prirody u patsientov s trevozhnymi rasstroistvami [Search for the optimal treatment of ventricular arrhythmias non-ischemic nature in patients with anxiety disorders]. *Terapevticheskij arkhiv* [Therapeutic Archives]. 2012. N 12. Pp. 35–39. (In Russ.)

20. Treshkur T.V., Tsurinova E.A., Il'ina D.Yu. Sluchai effektivnogo lecheniya psikhogennoi zheludochkovoi aritmii anksiolitikom adaptolom [A case of effective

psychogenic ventricular arrhythmia treatment with the anxiolytic adaptol]. *Terapevticheskiy arkhiv* [Therapeutic Archives]. 2013. N 3. Pp. 94–97. (In Russ.)

21. Shlyakhto E.V., Parmon E.V., Treshkur T.V. [et al.]. Idiopatichekie zheludochkovye narusheniya ritma: rezul'taty prospektivnogo nablyudeniya [Idiopathic ventricular arrhythmias: results of a prospective surveillance. *Vestnik aritmologii* [J. Arrhythmology]. 2003. N 33. Pp. 5–11. (In Russ.)

22. ACC/AHA/ESC 2006. Guidelines for Management of Patients With Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death / Zipes D.P., Camm A.J., Borggrefe M. [et al.] *Eur. Heart. J.* 2006. Vol. 27, N 17. Pp. 2099–2140.

23. Antzelevitch C., Brugada P., Borggrefe M. [et al.]. Brugada syndrome. Report of the second consensus conference. *Circulation.* 2005. Vol. 111. Pp. 659–670.

24. Bigger J.T. Identification of patients high risk for sudden cardiac death. *Am. J. Cardiol.* 1984. Vol. 54. Pp. 3–8.

25. Burg M.M., Soufer A., Lampert R. Autonomic contribution to endothelin. 1 increase during laboratory anger-recall stress in patients with coronary artery disease. *Vol. Med.* 2011. Vol. 17, N 5/6. P. 495–501. Doi: 10.2119/molmed.2010.00083.

26. Critchley H.D., Taggart P., Sutton P.M. [et al.]. Mental stress and sudden cardiac death. *Brain.* 2005. Vol. 128, pt. 1. Pp. 75–85.

27. Elder I.R. Conducting group therapy with addicts: a guidebook for professionals. PA, USA : Tab Books. 1990. 325 p.

28. Kello C.T., Plant D.C., Mac Whinney B. The task dependence of staged us cascaded processing: An empirical and computational study of Stroop interference on speech production. *J. Exp. Psychol. Gen.* 2000. Vol. 129. N 3. Pp. 340–360.

29. Lampert R. Anger and ventricular arrhythmias. *Cur. Opin. Cardiol.* 2010. Vol. 25, N 1. Pp. 46–52. Doi:10.1097/HCO.0b013e32833358e8.

30. Laonigro I., Correale M., Biase M. [et al.]. Alcohol abuse and heart failure. *European J. of Heart Failure.* 2009. Vol. 11, N 5. Pp. 453–462.

31. Magri D., Piccirillo G., Quaglione R. [et al.]. Effect of Acute Mental Stress on Heart Rate and QT Variability in Postmyocardial infarction Patients. *International Scholarly Research Notices Cardiology.* 2013. Article 912672. Doi: 10.5402/2012/912672.

32. Marcus F.I., McKenna W.J., Sherrill D., Basso C. Diagnosis of arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy/dysplasia: proposed modification of the task force criteria. *Circulation.* 2010. Vol. 31. Pp. 806–814.

33. Prystowsky E., Padanilam B.J., Joshi S., Fogel R.I. Ventricular Arrhythmias in the Absence of Structural Heart Disease. *J. Am. Coll. Cardio.* 2012. Vol. 59, N 20. P. 1733–1744. Doi: 10.1016/j.jacc.2012.01.036.

34. Rainville E.C. [et al.]. Impact of pharmacist interventions on hospital readmissions for heart failure. *II Am. J. health Syst. Pharm.* 1999. Vol. 56, N 13. P. 1339–1342.

35. Taggart P., Boyett M.R., Logantha S.J. Anger, emotion, and arrhythmias: from brain to heart. *Front Physiol.* 2011. Vol. 2. Article 67. Doi: 10.3389/fphys.2011.00067.

36. Vega C., Barclay L. Mental stress can induce cardiac instability. *Medscape.* 2004. URL: <http://www.medscape.org/viewarticle/472274>.



37. Ziegelstein R.C. Acute emotional stress and cardiac arrhythmias. *JAMA*. 2007. Vol. 298, N 3. Pp. 324–329.

38. Zimberg S., Wallace J., Blume S. Practical Approaches to Alcoholism Psychotherapy. N.Y., London: Plenum press. 1985. 560 p.

Received 01.06.2014

УДК 159.9 : 343.95

**И.А. Горьковая, А.А. Мартынова**

## **КОНФЛИКТНОСТЬ ОСУЖДЕННЫХ ПО КОРЫСТНЫМ ПРЕСТУПЛЕНИЯМ В ПЕРВОНАЧАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ОТБЫВАНИЯ НАКАЗАНИЯ**

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

Анализируются результаты изучения конфликтного и агрессивного поведения у 240 осужденных по корыстным преступлениям в период адаптации к условиям исправительно-трудового учреждения. Выявлено, что осужденные мужчины и женщины с первой судимостью применяют в конфликтной ситуации стратегии сотрудничества и приспособления, а заключенные с многократной судимостью чаще используют стратегию избегания. Повышенная агрессия наблюдается у всех обследуемых осужденных.

Ключевые слова: медицинская (клиническая) психология, юридическая психология, конфликтность, агрессия, первая судимость, многократная судимость, осужденные по корыстным преступлениям.

### **Введение**

Попадание в исправительное учреждение меняет жизнь осужденных во всех сферах (межличностные отношения, забота о себе и семье, развлекательная деятельность и т. д.). Заключенный находится в относительно небольшом коллективе таких же лиц, как и он сам. Групповая изоляция сопровождается постоянной публичностью и невозможностью уединиться, осужденные вынуждены подчиняться общему режиму, происходит усвоение и закрепление социально-групповых норм, ценностей и традиций. За-

---

Горьковая Ирина Алексеевна – д-р психол. наук проф., зав. каф. психосоматики и психотерапии С.-Петерб. гос. педиатрич. ун-та (Россия, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2); e-mail: iralgork@mail.ru;

Мартынова Анна Александровна – соискатель каф. психосоматики и психотерапии С.-Петерб. гос. педиатрич. ун-та (Россия, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2); e-mail: anet203@mail.ru.

ключенным диктуются форма поведения, внешний вид. Отбывание срока в исправительно-трудовом учреждении (ИТУ) у осужденных является стрессовым фактором, приводящим к изменению поведения вплоть до транзиторных расстройств психики.

Наиболее весомый вклад в разработку основ конфликтологии в пенитенциарных учреждениях внесли И.В. Каретников, А.С. Макаренко, И.Б. Пономарев, В.И. Поздняков, А.Н. Сухов, А.В. Усс. При этом А.Н. Суховым были введены понятия «уровень конфликтности личности» и «конфликтность пенитенциарной среды» [11].

Конфликт в общностях осужденных представляет собой столкновение противоположных взглядов, мнений, интересов и стремлений, в основе которых лежит обострение противоречий между ними, характеризующееся противоборством, чаще всего открытыми действиями друг против друга. Как правило, конфликт – это психологически яркое проявление в поведении отдельной личности осужденного или общности [5].

Существует несколько иное понимание конфликта в среде осужденных, когда он разрешается с помощью психологического и физического насилия [11]. Описывают следующие виды конфликтов, обусловленных спецификой содержания в условиях лишения свободы и межличностных взаимоотношений осужденных [7]:

- а) индивидуальные трудности адаптации к ситуации лишения свободы;
- б) межличностные конфликты с другими осужденными;
- в) межличностные конфликты с представителями администрации;
- г) межличностные конфликты с активом отряда.

Межличностные конфликты определяются состоянием эмоциональных отношений между людьми, их симпатиями и антипатиями по отношению друг к другу и могут быть разрешены путем перестановки людей в соответствии с их эмоциональными предпочтениями [6].

Существуют различные тактики взаимодействия лиц, лишенных свободы, но чаще всего это борьба между ними с помощью психического и физического насилия за доминирующее положение, лидерство, самоутверждение, извлечение доходов, обладание запретными предметами, насильственное удовлетворение потребностей, месть за отклонение от принятых традиций и норм или уход от расплаты путем совершения преступлений или заключения компромисса. В этой борьбе используются информационное насилие (слухи, угрозы, оскорбления, шантаж, интриги, клеветнические заявления), вымогательство денег, продуктов питания.

В динамике конфликтов А.Д. Глоточкин и В.Ф. Пирожков выделяют четыре стадии: начальную, вторичную, апогей – открытое столкновение сторон и заключительную. К динамике конфликтов относят и такие стадии, как возникновение предконфликтной ситуации, переход к конфликтному поведению, разрешение конфликта [3].

По мнению И.П. Башкатова, конфликты имеют свои особенности в зависимости от вида режима. Так, в исправительных учреждениях строгого вида режима возникают конфликты и групповые эксцессы среди отрицательной части осужденных, в колониях общего режима – между осужденными положительной и отрицательной направленности. В результате исследований, проведенных пенитенциарными психологами, выявлено, что в 60 % отрядов общение между малыми положительными и отрицательными группами носит конфликтный характер, в 28,7 % – нейтральный и только в 11,3 % – доброжелательный [5].

Осужденные с отклонениями поведения составляют значительную часть нарушителей пенитенциарного режима и в ряде случаев являются источниками возникновения конфликтных ситуаций, объектами преступных посягательств со стороны других осужденных. Среди осужденных растет количество лиц от подросткового до зрелого возраста с различными отклонениями от психической нормы (психопатий, легкой дебильности, акцентуаций характера и проч.). Существуют данные о том, что у несовершеннолетних с устойчивым противоправным поведением в 24 % случаев выявляются расстройства личности, у 40 % наблюдаются непсихотические психопатоподобные нарушения поведения, у 37 % обнаруживается употребление психоактивных веществ, в 27 % случаев выявляется интеллектуальная недостаточность [4]. У совершеннолетних, осужденных к лишению свободы, удельный вес лиц с психическими патологиями составляет 20–25 % (без учета наркоманов, алкоголиков и токсикоманов) [8].

В основе конфликтов лежат проявления агрессии, которые выражаются в проявлении насилия одного субъекта над другим. Анализ существующих в современной психологии подходов к пониманию агрессии позволяет выделить 3 аспекта: поведенческий, учет которого дает возможность операционализировать определение агрессии (количество ударов, речевая активность, число убийств и т. п.); мотивационный; эмоциональный (например, ненависть, гнев, отвращение). Последний не только играет важную роль в детерминации агрессивных действий, но и определяет их длительность и интенсивность.

В настоящее время многие отечественные психологи используют определение, предложенное Р. Бэроном и Д. Ричардсон: «...агрессия – это любая форма поведения, нацеленного на оскорбление или причинение вреда другому живому существу, не желающему подобного обращения» [2].

Существует и другое мнение, так, А.А. Реан утверждает, что агрессивность не всегда проявляется в агрессивных действиях и не за всяким агрессивным поведением стоит агрессивность как свойство личности. Проявление или не проявление агрессивности как личностного свойства в определенных актах поведения является результатом сложного взаимодействия трансситуативных и ситуативных факторов [10].

*Цель исследования* – изучение конфликтного поведения осужденных по корыстным преступлениям в первоначальный период отбывания наказаний.

### **Материалы и методы**

Обследовали 240 осужденных в возрасте от 18 до 35 лет. Выборку разделили на 4 группы осужденных:

- 1-я (n = 60) – женщины с единичной судимостью;
- 2-я (n = 60) – женщины с многократной судимостью;
- 3-я (n = 60) – мужчины с единичной судимостью;
- 4-я (n = 60) – мужчины с многократной судимостью.

Заключенные мужчины и женщины были осуждены по ст. 158 Уголовного кодекса РФ (кража) и находятся на первоначальном трехмесячном этапе отбывания наказания.

При исследовании использовали: метод наблюдения; экспертную оценку особенностей поведения и психического состояния осужденных, которую дали сотрудники воспитательной, режимной и психологической служб; психологические методики (тест К. Томаса «Стратегия поведения в конфликтной ситуации» в адаптации Н.В. Гришиной [1] и опросник диагностики агрессии Басса–Перри [1]).

Результаты проверили на нормальность распределения. Статистическую обработку результатов исследования провели с использованием t-критерия Стьюдента.

### **Результаты и их обсуждение**

Результаты тестирования с помощью теста К. Томаса приведены на рис. 1, из которого видно, по каким показателям осужденные выделенных групп отличаются между собой.

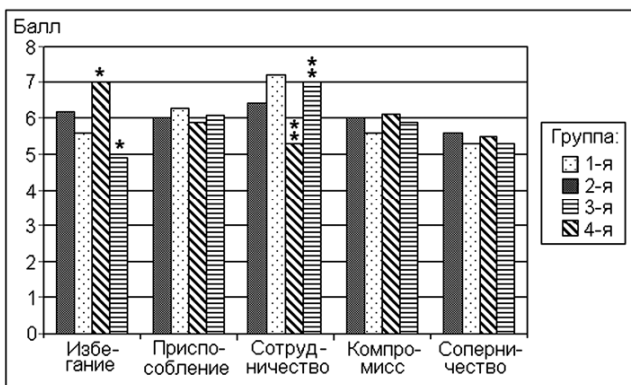


Рис. 1. Стратегия поведения у осужденных по корыстным преступлениям в конфликтной ситуации  
Здесь и на рис. 2. При сравнении групп: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$

При исследовании осужденных на первый план выступают такие показатели, как избегание и сотрудничество. В ходе исследования были обнаружены статистически значимые различия между 3-й и 4-й группами осужденных женщин по шкале «избегание» ( $p < 0,05$ ). Это может быть вызвано тем, что в местах заключения женщины 3-й группы находятся не в первый раз и в полной мере осознают условия пребывания на территории ИТУ. Они уже подготовлены и знают о последствиях своих действий, имеют прошлый опыт, благодаря чему быстрее вписываются в эту жизнь, но, тем не менее, трудности при адаптации у них присутствуют.

Заключенные, которые находятся в колонии первый раз, постепенно усваивают как требования установленного законом режима, так и неформальные правила. Лица, находящиеся в пенитенциарном учреждении, вынуждены приспосабливаться к условиям заключения и избегать конфликтных ситуаций.

При сравнении женщин по шкале «сотрудничество» более высокий показатель был у женщин 3-й группы. Различия статистически значимые ( $p < 0,01$ ). Возможно, это связано с тем, что первично осужденные понимают, что, идя на сотрудничество с сокамерниками, а также с режимной службой исправительного учреждения, они могут нанести себе меньший урон на территории ИТУ, а также, как считают представители психологической службы колонии, у этих осужденных присутствуют мысли о досрочном освобождении. Женщины с многократной судимостью переносят на территорию колонии стереотипы прошлой жизни.

Осужденные с многократной судимостью склонны избегать конфликтных ситуаций. Возможно, это связано с тем, что они уже имеют прошлый опыт, не идут на сотрудничество и проявляют взаимопомощь. Можно утверждать, что женщины, в отличие от мужчин, склонны чаще идти на соглашение и взаимные уступки.

Таким образом, можно констатировать: характерной особенностью осужденных является то, что они склонны в конфликтных ситуациях демонстрировать стратегию приспособления (так как оно одинаково выражено у всех групп обследуемых). Первично осужденные мужчины и женщины в большей степени демонстрируют сотрудничество сравнительно с заключенными с многократной судимостью. Стратегия избегания в меньшей степени характерна для женщин с первой судимостью.

В ходе исследования было выявлено, что у всех обследованных, в зависимости от пола и количества судимостей, агрессивное поведение проявляется в виде враждебности (рис. 2). У женщин 3-й группы добавляется еще и гнев, тогда как женщины 4-й группы не склонны проявлять состояние гнева ( $p < 0,01$ ).

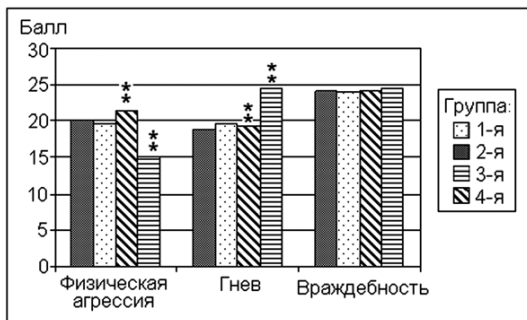


Рис. 2. Агрессия у осужденных по корыстным преступлениям

Женщины 1-й группы не склонны защищать себя с помощью физической силы, чего нельзя сказать про женщин 4-й группы ( $p < 0,01$ ). Женщины 1-й группы в заключении находятся первый раз, и им мало знакомы те правила, законы и порядки, которые приняты самими заключенными. Они больше времени уделяют обдумыванию своего поступка, который и привел их в условия изоляции, больше переживают и пытаются осознать, как они здесь оказались.

Из беседы с заключенной: «Я невзлюбила Катю сразу, так как она попала сюда за кражу кольца своей подруги, оно ей досталось в наследство от бабушки. Меня это сильно задело. Я сама выросла в детском доме, и единственной вещью, оставшейся от мамы, было маленькое колечко. Однажды оно пропало. Вор так и не нашелся. Обида закралась на всю оставшуюся жизнь. Катя была похожа на ту самую девочку, которую я подозревала в краже, и поэтому при любом удобном случае я провоцировала ее на конфликт. Она не могла понять моего к ней негативного отношения, а я все больше ее ненавидела из-за нахлынувшей обиды детства. В конце концов все это закончилось дракой, после чего мне стало гораздо легче».

Сотрудники психологической службы отмечают, что у осужденных часто наблюдаются нарушения сна, снижение веса, агрессия к людям и вещам, конфликтность, неуверенность, пассивность, лживость, заметная уединенность, что указывает на проявления дезадаптации в условиях заключения. Полученные данные согласуются с данными врача-психиатра, который работает в медико-санитарной части ИТУ, а также с данными нашего исследования, проведенного ранее. У 71 % из 240 обследованных осужденных по корыстным преступлениям (48 % мужчин и 23 % женщин) в первые 3 мес отбывания наказания выявляются нарушения поведения, которые соответствуют «Реакциям на тяжелый стресс и нарушениям адаптации» (F43 по МКБ-10). Только 4 % осужденных достаточно хорошо адаптируются к условиям ИТУ.

По наблюдениям и экспертной оценке сотрудников исправительного учреждения выяснилось, что у осужденных наблюдается неспособность верно оценить свое место и роль в коллективе, они не стремятся соблюдать общепринятые нормы поведения, обладают низкой нервно-психической устойчивостью, могут допускать асоциальные поступки, у них часто встречается подавленное настроение. У 25 % обследованных заключенных (17 % мужчин и у 8 % женщин) обнаруживается снижение адаптации, а симптоматика соответствует «Расстройствам приспособительных реакций» (F43.2 по МКБ-10). Данные проявления симптоматики на первоначальном этапе адаптации приводят к тревожным расстройствам и определяют повышенную конфликтность в среде осужденных [9].

## **Выводы**

1. Выявляется различная стратегия поведения в конфликтных ситуациях для осужденных впервые и осужденных с многократной судимостью: для первично осужденных мужчин и женщин характерны стратегии со-

трудничества и приспособления, тогда как осужденные с многократной судимостью чаще используют стратегию избегания.

2. У всех обследованных осужденных наблюдаются проявления враждебности. У женщин с первой судимостью отмечается эмоциональная агрессия, которая проявляется в виде вспышек гнева. У мужчин вне зависимости от количества судимости и у женщин с неоднократной судимостью выражена физическая агрессия.

### Литература

1. Барканова О.В. Психологический практикум. – Красноярск : Литера-Принт, 2009. – 237 с.
2. Бэрн Р., Ричардсон Д. Агрессия. – СПб. [и др.] : Питер, 2001. – 352 с.
3. Глотчочкин А.Д., Пирожков В.Ф. Исправительно-трудовая психология : учебник для вузов. – М. : Изд-во Акад. МВД СССР, 1974. – 426 с.
4. Горьковая И.А. Личность подростка-правонарушителя. – СПб. : Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2005. – 236 с.
5. Дмитриев Ю.А., Казак Б.Б. Пенитенциарная психология. – Ростов н/Д : Феникс, 2000. – 321 с.
6. Колотильщикова Е.А., Лысенко И.С., Чехлатый Е.И. Современные представления о конфликтах // Вестн. психотерапии. – 2010. – № 33 (38). – С. 90–103.
7. Комлев В.А. Социальный конфликт как основная детерминанта суицидного поведения осужденных // Вестн. С.-Петербур. ун-та МВД России. – 2008. – № 4. – С. 185–188.
8. Кулаков А.В. К вопросы психических патологий осужденных, совершающих пенитенциарные преступления // Вестн. Челяб. гос. ун-та. – 2012. – № 29 (283). – С. 84–87.
9. Мартынова А.А. Психотерапевтические мишени психологической помощи в адаптации к месту лишения свободы осужденным по корыстным преступлениям // Учен. зап. ун-та им. П.Ф. Лесгафта. – 2014. – № 9. – С. 189–193.
10. Реан А.А. Агрессия и агрессивность личности // Психол. журн. – 1996. – № 5. – С. 3–18.
11. Сухов А.Н. Криминогенное общение в среде осужденных. – Рязань, 1993. – 121 с.

**Gorkovaya I.A., Martynova A.A.** Konfliktnost' osuzhdennykh po korystnym prestupleniyam v pervonachal'nyi period otbyvaniya nakazaniya [Conflicts convicted for political crimes during the initial period of serving the sentence]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 54. P. 89–98.

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



Abstract. The article analyzes the results of the study of conflict and aggressive behavior in 240 convicts on acquisitive crimes in the period of adaptation to the IUT. Revealed that the convicted men and women with prior use in a conflict situation, cooperation strategies and tools, and prisoners with multiple convictions often use the strategy of avoidance. Increased aggression is observed in all the surveyed prisoners.

Keywords: medical (clinical) psychology, legal psychology, conflict, aggression, first conviction, a multiple convicted felon, convicted in acquisitive crimes.

Gorkovaya Irina Alekseyevna – Dr. Psychol. Sci., Head of the Department of psychosomatics and psychotherapy Saint-Petersburg State Pediatric Medical University (Russia, 194100, Saint-Petersburg, Litovskaya Str., 2); e-mail: iralgork@mail.ru;

Martynova Anna Aleksandrovna – PhD Student of the Department of psychosomatics and psychotherapy Saint-Petersburg State Pediatric Medical University (Russia, 194100, Saint-Petersburg, Litovskaya Str., 2); e-mail: anet203@mail.ru.

### References

1. Barkanova O.V. Psikhologicheskii praktikum [Psychological workshop]. Krasnoyarsk. 2009. 237 p. (In Russ.)
2. Beron R., Richardson D. Agressiya [Aggression]. Sankt-Peterburg. 2001. 352 p. (In Russ.)
3. Glotochkin A.D., Pirozhkov V.F. Ispravitel'no-trudovaya psikhologiya [Corrective labour psychology]. Moskva. 1974. 426 p. (In Russ.)
4. Gor'kovaya I.A. Lichnost' podrostka-pravonarushitelya [The identity of the juvenile offender]. Sankt-Peterburg. 2005. 236 p. (In Russ.)
5. Dmitriev Yu.A., Kazak B.B. Penitentsiarnaya psikhologiya [Prison psychology]. Rostov-na-Donu. 2000. 321 p. (In Russ.)
6. Kolotil'shchikova E.A., Lysenko I.S., Chekhlatyi E.I. Sovremennye predstavleniya o konfliktakh [Current concepts about conflicts]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2010. N 33. P. 90–103. (In Russ.)
7. Komlev V.A. Sotsial'nyi konflikt kak osnovnaya determinanta suitsidnogo povedeniya osuzhdennykh [Social conflict as a basic determinant suicidal behavior of convicts]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta MVD Rossii* [Vestnik Sankt-Petersburg University of Ministry of Internal Affairs of Russia]. 2008. N 4. P. 185–188. (In Russ.)
8. Kulakov A.V. K voprosu psikhicheskikh patologii osuzhdennykh, sovershayshchikh penitentsiarnye prestupleniya [To the mental pathologies of convicts committing penal offences]. *Vestnik Chelyabinskogo gosudarstvennogo universiteta* [Bulletin of the Chelyabinsk state University]. 2012. N 29. P. 84–87. (In Russ.)
9. Martynova A.A. Psikhoterapevticheskie misheni psikhologicheskoi pomoshchi v adaptatsii k mestu lisheniya svobody osuzhdennym po korystnym prestupleniyam [Psychotherapeutic targets psychological assistance in adaptation to prison of persons convicted on acquisitive crimes]. *Uchenye zapiski Universiteta im. P.F. Lesgafta* [Transactions of P.F. Lesgaft University]. 2014. N 9. P. 189–193. (In Russ.)
10. Rean A.A. Agressiya i agressivnost' lichnosti [Aggression and aggressive personality]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological Journal]. 1996. N 5. P. 3–18. (In Russ.)

11. Sukhov A.N. Kriminogennoe obshchenie v srede osuzhennykh [Criminogenic communication in the environment of convicts]. Ryazan'. 1993. 121 p. (In Russ.)

Received 18.05.2015

УДК 159.9 : 618.19-006.6      **Г.А. Ткаченко, Т.И. Грушина, А.А. Кукшина**

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПЕРЕНЕСШИХ РАДИКАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И СТРАДАЮЩИХ ОТЕКОМ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ НА СТОРОНЕ ОПЕРАЦИИ**

Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина  
(Россия, Москва, Каширское шоссе, д. 23);  
Московский научно-практический центр медицинской реабилитации,  
восстановительной и спортивной медицины  
(Россия, Москва, Земляной вал, д. 53)

Представлены результаты психологического исследования психического состояния и личностных особенностей у 22 больных раком молочной железы I–III Б стадий, перенесших радикальное лечение и страдающих поздним отеком верхней конечности II и III степени выраженности на стороне операции. Психическое состояние исследовали посредством сопоставления полученных результатов по шкалам опросника SCL-90-R с условно нормативными данными, для изучения особенностей личности больных использовали опросник «Big Five». На момент обследования психологическое состояние больных, получающих восстановительное лечение по поводу основного осложнения радикального лечения рака молочной железы, в целом достоверно не отличается от имеющихся в литературе условно нормативных данных, хотя и имеется незначительное повыше-

---

Ткаченко Галина Андреевна – канд. психол. наук, мед. психолог, НИИ клинич. онкологии Рос. онкологич. науч. центр им. Н.Н. Блохина (Россия, 115478, Москва, Каширское ш., 23); e-mail: mitg71@mail.ru;

Грушина Татьяна Ивановна – д-р мед. наук, рук. отд. мед. реабилитации онкологич. больных, Моск. науч.-практ. центр мед. реабилитации, восстановит. и спорт. медицины (Россия, 105120, Москва, Земляной вал, д. 53); e-mail: tgrushina@gmail.com;

Кукшина Анастасия Алексеевна – канд. мед. наук, рук. лаб. мед. психологии и психотерапии, Моск. науч.-практ. центр мед. реабилитации, восстановит. и спорт. медицины (Россия, 105120, Москва, Земляной вал, д. 53); e-mail: kukshina@list.ru.

ние по шкалам «соматизация» и «депрессивность». Это может быть расценено как адаптация личности через 1–6 лет после проведенного лечения, а также положительное влияние самого факта физической реабилитации. Средние значения шкал опросника «Big Five» достоверно отличаются от нормативных по показателям шкал: нейротизм, экстраверсия и открытость опыту. Это говорит о подверженности больных плохому настроению, эмоциональной лабильности, неудовлетворенности жизнью, об исключительной сосредоточенности на своих проблемах, в том числе и развитии отека верхней конечности, консерватизме и настороженном отношении больных к любым нововведениям, в том числе к использованию новых возможностей реабилитации. Последняя должна быть комплексной и разрабатываться для каждой больной индивидуально с учетом выраженности психических, функциональных и косметических нарушений, приводящих к инвалидизации.

Ключевые слова: медицинская (клиническая) психология, психодиагностика, психическое состояние, личностные особенности, реабилитация, рак молочной железы.

### **Введение**

Одно из самых распространенных онкологических заболеваний у женщин – это рак молочной железы (РМЖ) [1]. Наличие опухолевого процесса и необходимое использование методов специфического противоопухолевого лечения приводят к психологической травме, которая может иметь затяжной характер: от нескольких недель до нескольких лет. При отсутствии своевременной психологической помощи данной категории больных происходит трансформация отдельных проявлений психологического неблагополучия (личностных реакций) в устойчивые психические состояния, которые в дальнейшем не только существенно ухудшают психическое здоровье человека, но и ведут к глубокой деформации личности, что накладывает отпечаток на всю систему его жизнедеятельности. Кроме того, страх перед заболеванием вызывает полный отказ от прежнего образа жизни или значительно его изменяет, что приводит к реконструкции личности инвалида.

Новейшие комплексные методы лечения РМЖ позволяют значительно продлевать жизнь больным, но оставляют неудовлетворительным качество их жизни в связи с возникающими анатомо-функциональными нарушениями [6]. Именно к лечению данных нарушений, снижающих трудоспособность больных, основным из которых является отек верхней конечности на стороне операции, и обращено наибольшее внимание исследователей в Российской Федерации.

Не подлежит сомнению, что рост числа инвалидов является крайне важной государственной проблемой и ее решение требует координации

деятельности специалистов всех ведомств, участвующих в лечении и реабилитации.

Задача психологической помощи состоит в том, чтобы способствовать преодолению отрицательных поведенческих и эмоциональных последствий болезни. Для того чтобы помощь осуществлялась эффективно, необходимо знать специфику психических состояний и закономерности их протекания. Недооценка важности внутреннего мира самой больной, ее личностных особенностей, отношения к заболеванию и лечению, к будущему не позволяет использовать психологические ресурсы личности для приспособления к болезни и преодоления ее последствий. Важное значение при оказании психологической помощи больным, перенесшим противоопухолевое лечение, имеет правильный подбор необходимых методов коррекции. Именно это во многом определяет эффективность лечебно-оздоровительных, реабилитационных и психокоррекционных мероприятий [4, 8, 14].

*Цель исследования:* изучить психическое состояние и личностные особенности больных РМЖ, перенесших радикальное лечение и страдающих отеком верхней конечности на стороне операции.

### **Материал и методы**

Обследовали 22 больных РМЖ I–III Б стадий, перенесших радикальное лечение и страдающих отеком верхней конечности на стороне операции. У всех пациентов получено добровольное согласие на участие в обследовании. Перед началом восстановительного лечения у больных исключены проявления злокачественного новообразования. Средний возраст больных составил ( $56,8 \pm 9,7$ ) лет. Давность проведенного лечения была от 1 года до 6 лет. У всех больных отек верхней конечности на стороне операции был единственным осложнением радикального противоопухолевого лечения. Согласно классификации Т.И. Грушиной [5], пациенты имели отек II и III степени выраженности. Сроки возникновения отека верхней конечности на стороне операции были от 3 мес до 3 лет, т. е. у больных был поздний отек.

Изучение текущего психического состояния больных провели при помощи опросника оценки выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List, SCL-90-R), адаптация и валидизация которого произведена в лаборатории психологии и психотерапии посттравматического стресса Института психологии РАН [12]. Опросник состоит из 90 утверждений, отражающих наличие определенных как соматических, так и

психологических проблем [16]. Используемая в нем 5-балльная шкала Лайкерта от «совсем не беспокоит» до «очень сильно беспокоит», позволяет в 9 кластерах дифференцированно оценивать выраженность психопатологической симптоматики у пациентов [2]. Оценка и интерпретация результатов проводились по 9 основным субшкалам, которые объединяют следующие группы симптомов:

- соматизация (somatization) – дистресс, возникающий из ощущения телесной дисфункции; сюда относятся жалобы, фиксированные на сердечно-сосудистой, гастроинтестинальной, респираторной и других системах; компонентами расстройства являются также головные боли, другие боли и дискомфорт общей мускулатуры и в дополнение – соматические эквиваленты тревожности;

- обсессивность–компульсивность (obsessive–compulsive) – в субшкалу включены вопросы, касающиеся мыслей, импульсов и действий, которые переживаются индивидом как непрерывные, непреодолимые и чуждые;

- межличностная сензитивность (interpersonal sensitivity) – самоосуждение, чувство беспокойства и заметный дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия, а также негативные ожидания относительно любых коммуникаций с другими людьми;

- депрессивность (depression) – совокупность таких проявлений депрессии, как отсутствие интереса к жизни, недостаток мотивации, потеря жизненной энергии, чувства безнадежности, мысли о суициде и т. д.;

- тревожность (anxiety) – высокий уровень манифестируемой тревожности, соотносящийся с проявлениями нервозности, напряжения, дрожи, приступами паники, ощущения насилия, чувства опасности, опасения и страха;

- враждебность (hostility) – мысли, чувства или действия, являющиеся проявлениями негативного аффективного состояния злости (агрессия, раздражительность, гнев и негодование);

- фобическая тревожность (phobic anxiety) – стойкая реакция страха на определенных людей, места, объекты или ситуации, которая характеризуется как иррациональная и неадекватная по отношению к стимулу и ведет к избегающему поведению;

- паранойяльность (paranoid ideation) – подозрительность, страх потери независимости, напыщенность, враждебность;

- психотизм (psychoticism) – избегающий, изолированный, шизоидный стиль жизни.

В качестве интегрального показателя рассматривался общий индекс тяжести текущего дистресса.

Особенности личности больных исследовали с помощью опросника «Big Five», предназначенного для измерения 5 фундаментальных черт, универсальных факторов, составляющих структуру личности человека [3]:

1) нейротизма – негативной эмоциональности, проявляющейся в чувствительности индивида к стрессогенным ситуациям. Высокие баллы по фактору нейротизма характерны для лиц, отличающиеся легкостью возникновения отрицательных эмоций, испытывающих большое количество негативных переживаний, тревожных, раздражительных, подверженных плохому настроению, склонных видеть все в черном свете, а также менее удовлетворенных жизнью, чем остальные люди; низкие баллы характерны для лиц стрессоустойчивых, рациональных, спокойных, невозмутимых;

2) экстраверсии – личностной характеристики, описывающей направленность на внешний мир. Высокие баллы по этому фактору характеризуют лиц общительных, активных, импульсивных, физически и вербально активных, дружелюбных, оптимистичных; низкие баллы характеризуют направленность на внутренний мир, закрытость, тенденцию к независимости, самостоятельности, индивидуализму;

3) склонности к согласию как меры социотризма (альтруизма) в качестве противоположности эгоцентризма. Высокие баллы по этому фактору характерны для лиц конформных, доброжелательных, доверяющих людям, склонных избегать конфликтов; низкие баллы – для эгоцентричных личностей, сосредоточенных исключительно на своих потребностях, противопоставляющих себя обществу, агрессивных, недоверчивых, конфликтных;

4) добросовестности, отражающей степень сознательного контроля со стороны субъекта за своим поведением и деятельностью. Высокие баллы по этому фактору свидетельствуют о самообладании, упорстве в достижении цели, организованности, дисциплинированности, ответственности, тщательности, точности в работе, выраженной ориентации на задачу; Низкие баллы характерны для лиц легко отвлекающихся, неорганизованных, спонтанных, любящих экспериментировать, мало сосредоточенных на цели, часто гедонистов и в целом отличающихся низким уровнем целенаправленного поведения;

5) открытости опыту, то есть восприимчивости к любому виду новых знаний. Высокие баллы по этому фактору характерны для лиц, открытых для новых подходов, путей решения проблем, с развитой фантазией, гибким умом, оригинальностью и эстетической чувствительностью, отличаю-

щихся склонностью к самоанализу и рефлексии; низкие баллы – для лиц, закрытых опыту, консервативных, с ограниченными интересами.

Тест-опросник «Big Five» получил известность у психологов [17]. Определены высокие психометрические характеристики методики, отмечена достаточно устойчивая кросскультурная воспроизводимость 5-факторной структуры личности в разных странах мира [18]. В настоящем исследовании использовали S-форму опросника, адаптированную в Институте психологии РАН.

Для математико-статистической обработки полученных данных использовали программный пакет «Statistica 10.0». Провели анализ значимости различий уровня выраженности исследуемых показателей для несвязанных выборок по критерию Манна–Уитни, достоверности сдвига признаков с использованием Т-критерия Вилкоксона для связанных выборок.

### **Результаты и их анализ**

Результаты исследования текущего психического состояния больных РМЖ представлены в 1. Оказалось, что текущее психическое состояние больных, получающих восстановительное лечение по поводу основного осложнения радикального лечения РМЖ, в целом достоверно не отличается от имеющихся в литературе условно нормативных показателей, хотя и имеется незначительное повышение по шкалам «соматизация» и «депрессивность». Эти данные противоречат результатам исследований других авторов, которые отмечают выраженные тревогу и депрессию у данной категории больных [9, 10, 11].

Исследования больных, перенесших радикальное лечение РМЖ и не имеющих функциональных осложнений, показывают, что у большинства женщин после окончания лечения сохраняются высокий уровень тревоги и наличие симптомов депрессии [13, 14, 15]. Ряд авторов считает, что для этой категории больных характерны именно отсроченные эмоциональные нарушения. Больные, пройдя этап постановки диагноза, этап хирургического лечения и последующего лекарственного лечения и/или лучевой терапии, держатся стойко, не отчаиваясь и не впадая в депрессию. Однако после завершения радикального лечения, оценивая прошедшие события как завершившиеся, начинают испытывать непонятную тревогу, страх, волнения, у больных появляется повышенная слезливость, раздражительность и напряжение. Это происходит от того, что больные, узнав о диагнозе, мобилизуют свои силы на борьбу с болезнью, откладывая душевные

переживания «на потом». И когда длительное лечение подходит к концу, эмоции, долгое время сдерживаемые, прорываются вовне [7].

Таблица 1

Психическое состояние у больных РМЖ  
по данным опросника SCL-90-R, ( $M \pm SD$ ) балл

Шкала опросника	Больные РМЖ	Нормативные данные [12]
Соматизация	0,80 ± 0,46	0,69 ± 0,65
Обсессивность–компульсивность	0,67 ± 0,40	0,76 ± 0,60
Межличностная сензитивность	0,70 ± 0,53	0,83 ± 0,63
Депрессивность	0,77 ± 0,55	0,68 ± 0,59
Тревожность	0,58 ± 0,42	0,62 ± 0,62
Враждебность	0,56 ± 0,47	0,71 ± 0,65
Фобическая тревожность	0,26 ± 0,33	0,35 ± 0,49
Паранойяльность	0,55 ± 0,43	0,67 ± 0,58
Психотизм	0,34 ± 0,36	0,42 ± 0,48
Общий индекс тяжести дистресса	0,61 ± 0,39	0,64 ± 0,50

В нашем случае возникновение осложнения – отека верхней конечности на стороне операции – не воспринимается больными как смертельная угроза, поэтому показатели выше перечисленных шкал сопоставимы с имеющимися в литературе условно нормативными данными. Более того, учитывая, что больным на момент обследования оказывается восстановительное лечение, можно предположить, что больные испытывают некоторое облегчение и спокойствие, доверив свое здоровье врачам.

Не стоит также забывать, что с момента постановки диагноза и окончания лечения прошел 1 год и более, поэтому полученные данные можно интерпретировать как адаптацию личности после проведенного радикального лечения.

Результаты анализа особенностей личности больных, изученных с помощью опросника «Big Five», в сопоставлении с нормативными данными приведены в табл. 2. Личные особенности обследованных больных РМЖ достоверно отличаются от нормативных по показателям шкал: нейротизм, экстраверсия и открытость опыту.

Показатели по шкале нейротизма существенно превышают нормативные значения, что свидетельствует о низкой стрессоустойчивости обследованных больных, раздражительности, тревожности, подверженности



плохому настроению, легкости возникновения отрицательных эмоций, низкой удовлетворенности жизнью.

Таблица 2

Личностные особенности у больных РМЖ по данным опросника «Big Five», ( $M \pm SD$ ) балл

Шкала опросника	Больные РМЖ	Нормативные значения	$p <$
Нейротизм	$21,9 \pm 6,0$	$19,0 \pm 7,0$	0,05
Экстраверсия	$25,8 \pm 6,2$	$32,0 \pm 7,0$	0,05
Склонность к согласию	$29,2 \pm 4,4$	$30,6 \pm 6,0$	
Открытость опыту	$24,9 \pm 4,6$	$30,6 \pm 6,0$	0,05
Добросовестность	$28,9 \pm 7,5$	$32,0 \pm 8,0$	

Показатели по шкале экстраверсии достоверно ниже нормативных значений, что свидетельствует об эгоцентризме, исключительной сосредоточенности на своих проблемах, агрессивности, недоверчивости, конфликтности обследованных больных.

Полученные данные сопоставимы с результатами других исследователей, которые также говорят об особенностях больных РМЖ, отмечая у них высокую личностную тревожность, эмоциональную лабильность, конфликтность и недоверчивость [13, 15, 16].

Выявленное значимое снижение средних значений по шкале открытости опыту опросника «Big Five» свидетельствует о консерватизме и настороженном отношении больных к любым нововведениям, в том числе к использованию новых возможностей лечения и реабилитации. Поскольку данная шкала показывает, насколько человек оригинален, открыт для всевозможных стимулов, насколько широк круг его интересов и насколько он готов к риску, можно сделать вывод, что больные закрыты и имеют ограниченные интересы. Люди же открытые опыту могут получить преимущество в областях, где происходит быстрая смена обстановки, где нужны инновационные технологии, что в полной мере относится к таким областям медицины, как онкология и реабилитация.

Из этого следует, что практическим врачам и специалистам по медицинской реабилитации мы настоятельно рекомендуем внимательно относиться к задаваемым больными вопросам, объяснять им причины возникновения и развития осложнений (например, отека верхней конечности), давать продуманные и обоснованные рекомендации, ни в коем случае не игнорируя осложнений и не запугивая больных. Наш многолетний опыт показывает, что доброжелательный заинтересованный и разъясняющий раз-

говор с большими не только увеличивает их доверие к врачу и данным им рекомендациям, тем самым повышая личностную комплаентность больных, но и снижает их настороженное отношение к любым нововведениям, в том числе к использованию ряда эффективных физических методов реабилитации.

### **Заключение**

Проведенное исследование показало, что больные раком молочной железы, закончившие радикальное лечение и страдающие отеком верхней конечности на стороне операции, не воспринимают осложнение как очень серьезную, смертельную угрозу своему здоровью. Тем не менее у них отмечается исключительная сосредоточенность на своих проблемах, подверженность плохому настроению и неудовлетворенность жизнью.

Программа реабилитации данной категории больных должна быть комплексной и разрабатываться для каждой больной индивидуально, с учетом выраженности психических, функциональных и косметических нарушений, приводящих к инвалидизации.

### **Литература**

1. Аксель Е.М. Статистика рака молочной железы в России // Актуальные аспекты клинической маммологии / ред. Е.Б. Кампова-Полевая, С.М. Портной. – М. : Автор. акад., 2014. – С. 12–17.
2. Александровский Ю.А. Психофармакотерапия : учеб. пособие. – М. : Академия, 2005. – 128 с.
3. Бурлачук Л.Ф., Королев Д.К. Адаптация опросника для диагностики пяти факторов личности // Вопр. психологии. – 2000. – № 1. – С. 126–134.
4. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь : пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов и всех интересующихся проблемой. – СПб., 2002. – 162 с.
5. Грушина Т.И. Реабилитация в онкологии: физиотерапия. – М. : ГЭОТАР, 2006. – 239 с.
6. Грушина Т.И. Осложнения комплексного лечения рака молочной железы // Актуальные аспекты клинической маммологии / ред. Е.Б. Кампова-Полевая, С.М. Портной. – М. : Автор. акад., 2014. – С. 464–481.
7. Долгова М.В. Психологическая помощь женщинам после мастэктомии при раке молочной железы. [Электронный ресурс]. – URL: [http://www.b17.ru/article/pomosh\\_posle\\_mastektomii/](http://www.b17.ru/article/pomosh_posle_mastektomii/) (дата обращения 05.06.2014).
8. Захарченко Ю.И., Бобров А.С. Формирование индивидуальной программы реабилитации инвалидов вследствие рака молочной железы // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2004. – № 4. – С. 5–8.
9. Кирсанов М.Ю. Рефлекторная терапия при восстановлении функции верхней конечности у больных раком молочной железы в послеоперационном

периоде (клинико-нейрофизиол. характеристика) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008. – 22 с.

10. Койчакаева А.С. Психоэмоциональные расстройства и качество жизни у больных с неврологическими проявлениями постмастэктомического синдрома : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2004. – 25 с.

11. Стражев С.В. Медицинская реабилитация больных с постмастэктомическим синдромом : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2012. – 48 с.

12. Тарабрина Н.В., Агарков В.А., Быховец Ю.В. [и др.]. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. Теория и методы. – М. : Когито-Центр; 2007. – 208 с.

13. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: интегративный подход : автореф. дис. ... д-ра психол. наук. – СПб., 2008. – 50 с.

14. Ткаченко Г.А. Психологическая коррекция кризисного состояния личности женщин, страдающих раком молочной железы // Сиб. психол. журн. – 2008. – № 3. – С. 97–101.

15. Чулкова В.А. Психологические исследования личностных реакций на болезнь при раке молочной железы : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 1999. – 19 с.

16. Шаталова Н.Е. Психопатологическая симптоматика и ее роль в рецидиве онкологического заболевания (на примере больных раком молочной железы) // Развитие психологии в системе комплексного человекознания / ред. А.Л. Журавлев, В.А. Кольцова. – М. : Ин-т психологии РАН, 2012. – Ч. 2. – С. 642–644.

17. McCrae R.R., Costa P.T. Validation of the five – factor model of personality across instruments and observers // J. of Personality and Social Psychology. – 1987. – Vol. 52. – P. 81–90.

18. McCrae R.R., Terracciano A. Universal features of personality traits from the observers perspective: Data from 50 cultures // J. of Personality and Social Psychology. – 2005. – Vol. 88. – P. 547–556.

**Tkachenko G.A., Grushina T.I. Kukshina A.A.** Psikhologicheskoye issledovanie lichnosti bol'nykh rakom molochnoy zhelezy, perenesshikh radikal'noye lecheniye i stradayushchikh otkom verkhney konechnosti na storone operatsii [Psychological study of the personality of patients with breast cancer undergoing radical treatment and suffering from edema of the upper limb on the side of operation]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 54. P. 98–110.

Russian Cancer Research Center named Blokhin  
(Russia, Moscow, Kashirskoye road, 23);  
Moscow Research and Practical Centre of Medical Rehabilitation, Restorative  
and Sports Medicine (Russia, Moscow, Zemlyanoy Val, 53)

Abstract. The article presents the results of a psychological study of the psychological status and personal features of 22 patients with breast cancer stage I–III B undergoing radical treatment and suffering from late II and III edema of the upper ex-

tremity on the side of the operation. A study of the psychological state of patients was carried out by comparing the results obtained for the scales of the questionnaire SCL-90-R conditionally normative data for the study of personality characteristics of patients used a questionnaire «Big Five». At the time of the survey the psychological state of patients receiving rehabilitation treatment for the main complication of radical treatment of breast cancer, in general, not significantly different from those in the literature conditionally normative data, although there is a slight increase on the scales of somatization and depression. This can be regarded as an adaptation of personality through 1–6 years after treatment, as well as a positive effect of the fact of physical rehabilitation. The mean values of the scales of the questionnaire «Big Five» were significantly different from the normative in terms of scale: neuroticism, extraversion and openness to experience. This suggests exposure to sick bad mood, emotional lability, not life satisfaction, the exceptional focus on their problems, including the development of upper extremity edema, conservatism and cautious attitude of patients to any innovations, including the use of new possibilities of rehabilitation. The rehabilitation must be complex, individual and consider the severity of mental, functional and cosmetic disorders, leading to disability.

Keywords: medical (clinical) psychology, psychodiagnostics, mental state, personal features, rehabilitation, breast cancer.

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

Grushina Tatiana Ivanovna – Dr. Med. Sci., head of Department of medical rehabilitation of cancer patients State autonomic institution, Moscow Research and Practical Centre of Medical Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine (Russia, 105120, Moscow, Zemlyanoy Val, 53); e-mail: tgrushina@gmail.com;

Kukshina Anastasiya Alekseevna – PhD Med. Sci., head of the laboratory of medical psychology and psychotherapy State autonomic institution «Moscow Research and Practical Centre of Medical Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine» Health Department Moscow Russia, 105120, Moscow, Zemlyanoy Val, d.53); e-mail: kukshina@list.ru.

## References

1. Aksel' E.M. Statistika raka molochnoi zhelezy v Rossii [The statistics of breast cancer in Russia]. Aktual'nye aspekty klinicheskoi mammologii [Relevant clinical aspects of mammology]. Eds.: E.B. Kampova-Polevaya, S.M. Portnoi. Moskva. 2014. Pp. 12–17. (in Russ.)

2. Aleksandrovskaia Yu.A. Psikhofarmakoterapiya [Psychopharmacotherapy]. Moskva. 2005. 128 p. (in Russ.)

3. Burlachuk L.F., Korolev D.K. Adaptatsiya oprosnika dlya diagnostiki pyati faktorov lichnosti [Adaptation of the questionnaire for the diagnosis of the five personality factors]. *Voprosy Psichologii* [Questions of psychology]. 2000. N 1. Pp. 126–134. (in Russ.)

4. Gnezdilov A.V. Psikhologiya i psikhoterapiya poter': posobie po palliativnoi meditsine dlya vrachei, psikhologov i vsekh interesuyushchikhsya problemoi [Psychology and psychotherapy of loss: a manual for palliative medicine for doctors, psychologists and all those interested in the problems]

ogy and psychotherapy losses. Benefit in palliative medicine for physicians, psychologists and all those interested in the problem]. Sankt-Peterburg. 2002. 162 p. (in Russ.)

5. Grushina T.I. Reabilitatsiya v onkologii: fizioterapiya [Rehabilitation in oncology: physical therapy]. Moskva. 2006. 239 p. (in Russ.)

6. Grushina T.I. Oslozhneniya kompleksnogo lecheniya raka molochnoi zhelezy [Complications of complex treatment of breast cancer]. Aktual'nye aspekty klinicheskoi mammologii [Relevant clinical aspects of mammalogy]. Eds.: E.B. Kam-pova-Polevaya, S.M. Portnoi. Moskva. 2014. Pp. 464–481. (in Russ.)

7. Dolgova M.V. Psikhologicheskaya pomoshch' zhenshchinam posle mastektomii pri rake molochnoi zhelezy [Psychological support to women after mastectomy for breast cancer]. URL: [http://www.b17.ru/article/pomosh\\_posle\\_mastektomii/](http://www.b17.ru/article/pomosh_posle_mastektomii/). (in Russ.)

8. Zakharchenko Yu.I., Bobrov A.S. Formirovanie individual'noi programmy reabilitatsii invalidov vsledstvie raka molochnoi zhelezy [The formation of individual rehabilitation programs due to breast cancer]. *Palliativnaya meditsina i reabilitatsiya* [Palliative medicine and rehabilitation]. 2004. N 4. Pp. 5–8. (in Russ.)

9. Kirsanov M.Yu. Reflektornaya terapiya pri vosstanovlenii funktsii verkhnei konechnosti u bol'nykh rakom molochnoi zhelezy v posleoperatsionnom periode (kliniko-neirofiziologicheskaya kharakteristika) [Reflex therapy for restoration of upper limb function in breast cancer patients in the postoperative period (clinical and neurophysiological characteristics)] : Abstract dissertation PhD Med. Sci. Moskva. 2008. 22 p. (in Russ.)

10. Koichakaeva A.S. Psikhoemotsional'nye rasstroistva i kachestvo zhizni u bol'nykh s nevrologicheskimi proyavleniyami postmastektomicheskogo sindroma [Psychoemotional disorders and quality of life in patients with neurological manifestations postmastectomy syndrome] : Abstract dissertation PhD Med. Sci. Moskva. 2004. 25 p. (in Russ.)

11. Strazhev S.V. Meditsinskaya reabilitatsiya bol'nykh s postmastektomicheskim sindromom [Medical rehabilitation of patients with postmastectomy syndrome] : Abstract dissertation Dr. Med. Sci.. Moskva. 2012. 48 p. (in Russ.)

12. Tarabrina N.V., Agarkov V.A., Bykhovets Yu.V. [et al.]. Prakticheskoe rukovodstvo po psikhologii posttravmaticheskogo stressa. Part 1. Teoriya i metody [A Practical Guide to the psychology of post-traumatic stress. Part 1. Theory and methods]. Moskva. 2007. 208 p. (in Russ.)

13. Tarabrina N.V. Psikhologiya posttravmaticheskogo stressa: integrativnyi podkhod [Psychology of post-traumatic stress: an integrative approach] : Abstract dissertation Dr. Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 2008. 50 p. (in Russ.)

14. Tkachenko G.A. Psikhologicheskaya korrektsiya krizisnogo sostoyaniya lichnosti zhenshchin, stradayushchikh rakom molochnoy zhelezy [Psychological correction of the crisis state of health women as personality who suffer from breast cancer.]. *Sibirskiy psikhologicheskii zhurnal* [Siberian psychological journal]. 2008. N 3. Pp. 97–101. (in Russ.)

15. Chulkova V.A. Psikhologicheskie issledovaniya lichnostnykh reaksii na bolezn' pri rake molochnoi zhelezy [Psychological studies of personal reactions to the disease in breast cancer] : Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 1999. 19 p. (in Russ.)

16. Shatalova N.E. Psikhopatologicheskaya simptomatika i ee rol' v retsivide onkologicheskogo zabolevaniya (na primere bol'nykh rakom molochnoi zhelezy) [Psychopathology and its role in relapse of cancer (for example, breast cancer)]. Razvitie psikhologii v sisteme kompleksnogo chelovekoznaniya [The development of psychology in the comprehensive chelovekoznaniya]. Eds.: A.L. Zhuravlev, V.A. Kol'tsova. Moskva. 2012. Part 2. Pp. 642-644. (in Russ.)

17. McCrae R.R., Costa P.T. Validation of the five – factor model of personality across instruments and observers. *J. of Personality and Social Psychology*. 1987. Vol. 52. Pp. 81–90.

18. McCrae R.R., Terraciano A. Universal features of personality traits from the observers perspective: Data from 50 cultures. *J. of Personality and Social Psychology*. 2005. Vol. 88. Pp. 547–556.

Received 02.06.2015

УДК 159.9 : [614.23 : 617.5]

**Р.Т. Салсанов, Ю.В. Гудзь**

## **ОСОБЕННОСТИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ВРАЧЕЙ ХИРУРГОВ ЭКСТРЕННЫХ СЛУЖБ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА ПОСЛЕ СУТОЧНОГО ДЕЖУРСТВА**

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

(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2);

Городская больница № 15 (Россия, Санкт-Петербург, Авангардная ул., д. 4)

Представлены результаты психофизиологического обследования врачей-хирургов и терапевтов после суточного дежурства в стационаре. Установлено, что выраженность нарушений нервно-психического статуса у врачей-хирургов экстренных служб достоверно выше, чем у врачей терапевтов. При этом у значительной части (25–30 %) хирургов после дежурства отмечено снижение функциональных резервов ЦНС, повышение нервно-психической неустойчивости, реактивной тревожности, признаков астении, а также снижение резервных возможностей кардиореспираторной системы. Сделан вывод о выраженном стрессе

---

Салсанов Руслан Тимурович – челюстно-лицевой хирург, Гор. больница № 15 (Россия, 198205, Санкт-Петербург, Авангардная ул., д. 4); e-mail: rusart.san@inbox.ru;

Гудзь Юрий Владимирович – канд. мед. наук доц., засл. врач России, зав. отд. травматологии и ортопедии Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2); e-mail: medicine@arcerm.spb.ru.

в профессиональной деятельности врачей-хирургов и необходимости коррекции их функционального состояния с целью поддержания работоспособности и сохранения профессионального здоровья.

Ключевые слова: медицинская (клиническая) психология, психодиагностика, психические состояния, функциональные резервы организма, врачи, хирурги, терапевты, суточное дежурство.

## **Введение**

Одной из важнейших задач медицинской психологии является профилактика и коррекция дезадаптивных (донозологических) нервно-психических состояний [5].

Высокая ответственность и значимость труда хирургов экстренных служб (отделений экстренной хирургической помощи, приемного покоя, травматологии, хирургических отделений и др.) многопрофильных учреждений и стационаров приводят к снижению продолжительности и качества их жизни, обуславливая высокий уровень психосоматической патологии [2, 3, 13, 14]. На ранних этапах негативного воздействия этих условий и стресс-факторов у врачей могут возникать пограничные нервно-психические состояния и нарушения функционального характера [4, 6].

Проявлением дезадаптивных нервно-психических состояний является ухудшение общего состояния здоровья, снижение работоспособности, качества жизни, что в конечном итоге может приводить к возникновению нервно-психической патологии и психосоматических заболеваний, повышению уровня заболеваемости и снижению профессионального долголетия [13, 14].

Постоянный, хронический стресс малой интенсивности развивает у медицинских работников профессиональное выгорание, которое проявляется психическим утомлением, усталостью, эмоциональной опустошенностью, негативизмом и циничностью по отношению к чувствам и переживаниям других людей. Формируется снижение профессиональной эффективности врача, которое проявляется в негативизме к служебным возможностям, в ограничении обязанностей по отношению к социальному окружению, в уменьшении значимости выполняемой деятельности. Возникает чувство собственной несостоятельности и некомпетентности [4, 6, 7, 10].

Это определяет высокую социальную значимость и актуальность оценки особенностей дезадаптивных нервно-психических состояний у врачей хирургов экстренных служб многопрофильных стационаров. Эти данные крайне важны для выбора средств и методов профилактики и коррекции дезадаптивных нервно-психических состояний хирургов экстренных служб, в том числе в период и после дежурств.

*Цель работы* – выявить особенности дезадаптивных нервно-психических состояний у хирургов экстренных служб в период суточного дежурства.

### **Материал и методы**

Обследовали 86 хирургов-мужчин экстренных служб (отделений экстренной хирургической помощи, приемного покоя, хирургических и терапевтических отделений и др.) и 78 врачей-мужчин терапевтического профиля (терапевты, кардиологи, лаборанты, специалисты лучевой диагностики и т. п.), работающих в режиме суточных дежурств в многопрофильном стационаре. Средний возраст хирургов составил  $(40,1 \pm 3,9)$  года, терапевтов –  $(38,5 \pm 2,2)$  года.

Для оценки нервно-психического состояния хирургов экстренных служб использовали методический комплекс, включавший клинко-физиологическую оценку жалоб по формализованным признакам [8], оценку эмоционального состояния с помощью тестов САН, шкала астении, Прогноз-2, цветового теста М. Люшера [9, 11], а также психофизиологических тестов «Диагностика функционального состояния ЦНС», шкала тревожности Спилбергера–Ханина (сокращенный вариант) [11].

Кроме того, проводили функциональные пробы Штанге (задержка дыхания на вдохе), Генча (задержка дыхания на выдохе), Руфье, регистрировали традиционные показатели гемодинамики (частоту сердечных сокращений, артериальное давление), отражающие уровень функциональных резервов организма [9, 11].

Статистическую обработку данных проводили с использованием стандартных методов математической статистики, включенных в статистические пакеты SPSS 17.0 и Excel XP.

### **Результаты и их анализ**

Результаты клинко-физиологической оценки жалоб по формализованным признакам приведены на рисунке. Оказалось, что кривая показателей нервно-психического статуса у врачей-хирургов располагалась выше, чем у врачей-терапевтов. Учитывая, что при оценке использовалась шкала «чем больше оценка, тем хуже показатель», эти данные наглядно показывают ухудшение нервно-психического статуса у врачей хирургов по сравнению с врачами-терапевтами по изученным клинко-физиологическим характеристикам.





НН – неустойчивость настроения; ГБ – головная боль; НС – нарушения сна; ЦА – цереброастения; ВВ – нарушение внимания; НП – нарушение памяти; НМ – нарушение мышления; СЧ – снижение чувствительности; ФУ – физическая утомляемость; ВН – вегетативные нарушения; КА – кардиалгии; ССТ – снижение скорости и точности психомоторных реакций; ЛАД – лабильность артериального давления; Пр – повышенная раздражительность.

Профиль выраженности нарушений нервно-психического статуса у врачей после суточного дежурства в многопрофильном стационаре

В табл. 1 приведены клинико-физиологические показатели у врачей в баллах, из которых видно, что уровень нарушений нервно-психического статуса у врачей хирургов экстренных служб и врачей терапевтического профиля после суточного дежурства в многопрофильном стационаре имеет значимые различия. Значимые изменения психического состояния у врачей-хирургов были найдены также в других исследованиях [4, 6, 12].

Таблица 1  
Нервно-психический статус у врачей после суточного дежурства в многопрофильном стационаре, (M ± m) балл

Показатель статуса	Терапевты	Хирурги	p <
Неустойчивость (снижение, перепады) настроения	20,5 ± 0,41	25,2 ± 0,53	0,001
Головная боль, головокружение, шум в голове	13,8 ± 0,25	15,4 ± 0,35	0,05
Нарушения сна	14,3 ± 0,25	18,0 ± 0,41	0,05
Цереброастения (повышенная умственная утомляемость)	13,5 ± 0,53	19,2 ± 0,45	0,05
Нарушения внимания	10,1 ± 0,35	16,4 ± 0,26	0,001
Нарушения памяти	6,3 ± 0,41	10,5 ± 0,53	0,05
Нарушения мышления	5,8 ± 0,55	13,8 ± 0,35	0,001
Снижение чувствительности (слух, зрение, тактильный анализатор)	12,9 ± 1,26	16,2 ± 0,71	-

Показатель статуса	Терапевты	Хирурги	p <
Повышенная физическая утомляемость	19,3 ± 0,93	29,1 ± 0,65	0,01
Вегетативные нарушения	16,7 ± 1,35	19,2 ± 0,97	-
Функциональные нарушения нервной системы	11,4 ± 0,41	14,3 ± 0,53	0,05
Общая слабость	18,5 ± 0,25	20,2 ± 0,35	-
Кардиалгии (боли в сердце, сердцебиения)	11,7 ± 0,75	17,6 ± 0,91	0,01
Снижение скорости и точности психомоторных реакций	24,2 ± 1,73	30,5 ± 0,95	0,01
Лабильность артериального давления	21,1 ± 0,75	26,2 ± 0,56	0,05
Повышенная раздражительность	25,3 ± 1,52	36,2 ± 1,85	0,01
Нарушения аппетита	9,5 ± 1,35	16,4 ± 1,35	0,05

Кроме того, была проведена оценка физиологических показателей по данным стандартизированных тестов. Полученные данные свидетельствовали о наличии в обеих группах врачей фазы адаптационного напряжения или перенапряжения адаптационных механизмов. Так, по данным динамического обследования с помощью теста «Диагностика функционального состояния ЦНС» установлено прогрессирующее снижение резервных возможностей ЦНС у основной части обследованных врачей хирургов (табл. 2). Практически аналогичные данные были получены в исследовании О.С. Булгаковой [1].

Таблица 2

Распределение врачей хирургов и терапевтов по уровню функциональных резервов ЦНС до и после суточного дежурства, n (%)

Уровень резервов ЦНС	Терапевты		Хирурги	
	До дежурства	После дежурства	До дежурства	После дежурства
Высокий	27 (35)	18 (24)	30 (34)*	9 (10)*
Средний	43 (55)	47 (60)	46 (53)	52 (61)
Низкий	8 (10)	13 (16)	10 (12)*	25 (29)*
Всего	78 (100)	78 (100)	86 (100)	86 (100)

\* Различия показателей достоверны при  $p < 0,05$ .

После дежурства высокие функциональные резервы отмечены лишь у 9 хирургов (10 %), тогда как основная часть (90 %) обследованных врачей-хирургов имела средний (61 %) или низкий (29 %) уровень функциональных возможностей ЦНС. Эти данные свидетельствуют о выраженных проявлениях дезадаптивных нервно-психических нарушений у врачей-

хирургов экстренных служб после суточного дежурства, что указывает на необходимость их целенаправленной коррекции с целью поддержания работоспособности.

Это подтвердили также данные ряда характеристик нервно-психического состояния и резервных возможностей ЦНС у обследуемых хирургов (табл. 3).

Таблица 3

Характеристика показателей нервно-психического статуса у хирургов до и после суточного дежурства ( $M \pm m$ )

Показатель, методика	До дежурства	После дежурства	$p <$
Тип реакции АД на физическую нагрузку, %			0,05
• нормотонический	68,1	42,1	
• гипертонический	8,2	18,4	0,05
• гипо-, астенический	15,1	20,0	0,05
• дистонический	8,8	19,4	0,05
Нервно-психическая неустойчивость (по тесту «Прогноз-2»), балл	13,13 $\pm$ 1,34	19,32 $\pm$ 2,14	0,05
Астения (по тесту «Шкала астении»), балл	32,7 $\pm$ 2,23	44,3 $\pm$ 2,12	0,05
Реактивная тревожность, балл	6,18 $\pm$ 1,21	15,5 $\pm$ 1,63	0,05
Проба Генча, ед.	46,1 $\pm$ 1,18	37,4 $\pm$ 0,82	0,05
Проба Штанге, ед.	60,1 $\pm$ 2,14	45,2 $\pm$ 2,53	0,05
Проба Руфье, ед.	6,3 $\pm$ 2,16	13,52 $\pm$ 1,51	0,05

Как видно из приведенных данных, после дежурства у хирургов отмечено достоверное повышение нервно-психической неустойчивости (тест Прогноз-2), реактивной тревожности и снижение функциональных резервов организма по данным функциональных нагрузочных проб (Генча, Штанге, Руфье). Кроме того, кардинально изменился и тип реакции АД на физическую нагрузку. Так, если до дежурства среди врачей доминировал нормотонический тип реакции (68 %), то после дежурства он снизился до 42 %, при увеличении астенического (гипотонического) (20 %) и гипертонического (18 %).

Можно полагать, что дезадаптивные нервно-психические состояния широко распространены среди врачей-хирургов экстренных служб (при обследовании после суточного дежурства). У подавляющего большинства обследованных врачей установлены разнообразные сочетания нескольких дезадаптивных нервно-психических нарушений, в структуре которых преобладают функциональные нарушения эмоциональной сферы, повышен-

ная раздражительность, неустойчивость настроения, общая слабость. Они обуславливают снижение функциональных резервов организма и требуют своевременной и целенаправленной их коррекции.

### **Заключение**

По данным психофизиологического обследования установлено, что выраженность клинико-физиологических показателей, характеризующих различные нарушения нервно-психического статуса у врачей-хирургов экстренных служб после суточного дежурства в многопрофильном стационаре достоверно более выражены, чем у врачей терапевтического профиля.

У значительной части врачей-хирургов после суточного дежурства в многопрофильном стационаре отмечено значительное снижение функциональных резервов ЦНС, повышение нервно-психической неустойчивости, реактивной тревожности, признаков астении, а также снижение резервных возможностей кардиореспираторной системы, нарушение типа реакции артериального давления на физическую нагрузку. Эти данные свидетельствуют о выраженном стрессе в профессиональной деятельности у врачей-хирургов и указывают на необходимость целенаправленной коррекции их функционального состояния с целью поддержания работоспособности и сохранения профессионального здоровья.

### **Литература**

1. Булгакова О.С. Динамика психофизиологических параметров при профессиональных стрессогенных нагрузках у медиков : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2009. – 24 с.
2. Братко С.Н. Гигиеническая оценка факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у военных врачей хирургического профиля : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2006. – 22 с.
3. Галимов А.Р. Стресс на работе врачей-хирургов и его профилактика : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 24 с.
4. Влияние стресса на здоровье врачей-хирургов // Здоровоохранение Рос. Федерации. – 2011. – № 4. – С. 53.
5. Евдокимов В.И., Губин А.И. Методические проблемы оценки синдрома профессионального выгорания у врачей-травматологов // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2009. – № 3. – С. 85–91.
6. Зинченко Ю.П., Евдокимов В.И., Рыбников В.Ю. Анализ отечественных и зарубежных диссертаций в сфере медицинской (клинической) психологии (1990–2011) // Вестн. Моск. ун-та. Серия 14: Психология. – 2014. – № 2. – С. 3–15.
7. Калашникова С.А. Адекватность профессионального самоопределения и ее проявление в развитии синдрома «профессиональное выгорание» в особых

условиях деятельности : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Барнаул, 2004. – 22 с.

8. Ларенцова Л.И. Профессиональный стресс врачей-стоматологов и методы его коррекции : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2002. – 40 с.

9. Максимов О.Б., Реутский И.А., Белевитин А.Б., Железняк С.Г. Психфизиологическая аудиовизуальная коррекция дезадаптивных нервно-психических состояний у корабельных специалистов // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2006. – № 2. – С. 71–44.

10. Психодиагностические методы выявления дезадаптационных нарушений в практике клинических психологов : учеб. пособие / под ред. В.Ю. Рыбникова, С.В. Чермянина. – СПб. : Фарминдекс, 2009. – 231 с.

11. Рыбина О.В. Психологические характеристики врачей в состоянии профессионального стресса : автореф. дис. ... канд. психол. наук – СПб., 2005. – 24 с.

12. Рыбников В.Ю., Завалишин Д.А. Автоматизированная система «Оперативный контроль состояния». – СПб. : НИЦЯБП, 1991. – 51 с.

13. Сашин А.В. Социально-гигиенические аспекты заболеваемости врачей терапевтического, хирургического профиля и судебно-медицинских экспертов : автореф. дис. ... канд. мед. – Рязань, 2010. – 24 с.

14. Таенкова О.Н. Терапевтические и социальные аспекты охраны здоровья медицинских работников в многопрофильном лечебном учреждении : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Владивосток, 2001. – 24с.

15. Федина Н.В. Клинико-гигиеническое обоснование профилактики цереброваскулярной патологии у врачей : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008. – 24 с.

**Salsanov R.T., Gudzh Yu.V.** Osobnosti nervno-psikhicheskogo sostoyaniya vrachei khirurgov ekstrennykh sluzhb mnogoprofil'nogo stacionara posle sutochnogo dezhurstva [Peculiarities of mental state in emergency surgeons after the daily duty in a multi-specialty hospital]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 54. P. 110–119.

The Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine EMERCOM of Russia (Russia, Saint-Petersburg, Academic Lebedev Str., 4/2);  
Hospital number 15 (Russia, Saint-Petersburg, Avantgarde Str., 4)

Abstract. Results of psychophysiological examination of surgeons and internists after the daily duty in a hospital are presented. Mental status disorders were significantly more pronounced in emergency surgeons compared with internists. At the same time, a considerable percentage (25–30 %) of surgeons after the duty had decreased CNS functional reserves, higher neuropsychological instability, reactive anxiety, signs of fatigue, and reduced reserve capacity of cardio-respiratory system. It is concluded that vocational activity of surgeons is quite stressful, and correction of their functional state is necessary in order to maintain their occupational wellness and performance.

Keywords: medical (clinical) psychology, psychological testing, mental status, functional reserves of the body, doctors, surgeons, internists, functional reserves.

Salsanov Ruslan Timurovich – maxillofacial surgeon, Hospital number 15 (Russia, 198205, Saint-Petersburg, Avantgarde Str., 4); e-mail: rusart.san@inbox.ru;

Gudz Yurii Vladimirovich – PhD Med. Sci. Associate Prof., Head of the Department of Traumatology and Orthopedics, Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Russia, Saint-Petersburg, Academica Lebedeva Str., 4/2); e-mail: medicine@arccerm.spb.ru.

## References

1. Bulgakova O.S. Dinamika psikhofiziologicheskikh parametrov pri professional'nykh stressogennykh nagruzkakh u medikov [Dynamics of psycho-physiological parameters during occupational stress in health professionals]: Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 2009. 24 p.

2. Bratko S.N. Gigienicheskaya otsenka faktorov riska serdechno-sosudistykh zablevaniy u voennykh vrachei khirurgicheskogo profilya [Hygienic assessment of risk factors for cardiovascular diseases in military surgeons]: Abstract dissertation PhD Med. Sci. Sankt-Peterburg. 2006. 22 p.

3. Galimov A.R. Stress na rabote vrachej-hirurgov i ego profilaktika [Vocational stress and its prevention in surgeons]: Abstract dissertation PhD Med. Sci. Moskva. 2006. 24 p.

4. Evdokimov V.I., Gubin A.I. Metodicheskie problemy otsenki sindroma professional'nogo vygoraniya u vrachei-travmatologov [Methodological issues of assessment of the syndrome of professional burning-out in traumatologists]. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh* [Medical-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2009. N 3. Pp. 85–91.

5. Zinchenko Yu.P., Evdokimov V.I., Rybnikov V.Yu. Analiz otechestvennykh i zarubezhnykh dissertatsii v sfere meditsinskoi (klinicheskoi) psikhologii (1990–2011) [Analysis of Russian and foreign dissertations in the field of medical (clinical) psychology (1990–2011)]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14: Psikhologiya* [Moscow state university bulletin. Series 9: Psychology]. 2014. N 2. Pp. 3–15.

6. Kalashnikova S.A. Adekvatnost' professional'nogo samoopredeleniya i ee proyavlenie v razvitiy sindroma «professional'noe vygoranie» v osobykh usloviyakh deyatel'nosti [Adequacy of professional self-determination and its implication in development of "professional burning out" syndrome under special conditions of activity]: Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. Barnaul. 2004. 22 p.

7. Larentsova L.I. Professional'nyi stress vrachei-stomatologov i metody ego korrektsii [Occupational stress and methods of its correction in dentists]: Abstract dissertation Dr. Med. Sci. Moskva. 2002. 40 p.

8. Maksimov O.B., Reutskii I.A., Belevitin A.B., Zheleznyak S.G. Psikhofiziologicheskaya audiovizual'naya korrektsiya dezadaptivnykh nervno-psikhicheskikh sostoyanii u korabel'nykh spetsialistov [Psycho-physiological audio-visual correction of maladaptive neuropsychiatric conditions in ship specialists]. *Vestnik Rossiiskoi voenno-meditsinskoi akademii* [Bulletin of Russian Military medical Academy]. 2006. N 2. Pp. 71–44.

9. Psikhodiagnosticheskie metody vyyavleniya dezadaptatsionnykh narushenii v praktike klinicheskikh psikhologov [Psychodiagnostic methods for identifying maladapt-

justment disorders in the practice of clinical psychologists]. Eds.: Rybnikov V.Yu., Chermyanin S.V. Sankt-Peterburg. 2009. 231 p.

10. Rybina O.V. Psikhologicheskie kharakteristiki vrachei v sostoyanii professional'nogo stressa [Psychological characteristics of doctors in the state of occupational stress]: Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 2005. 24 p.

11. Rybnikov V.Yu., Zavalishin D.A. Avtomatizirovannaya sistema «Operativnyi kontrol' sostoyaniya» ["Prompt Condition Monitoring" Automated System]. Sankt-Peterburg. 1991. 51 p.

12. Sashin A.V. Sotsial'no-gigienicheskie aspekty zaboлеваemosti vrachei terapevticheskogo, khirurgicheskogo profilya i sudebno-meditsinskikh ekspertov [Social and hygienic aspects of disease incidence in internists, surgeons, and forensic experts]: Abstract dissertation PhD Med. Sci. Ryazan'. 2010. 24 p.

13. Taenkova O.N. Terapevticheskie i sotsial'nye aspekty okhrany zdorov'ya meditsinskikh rabotnikov v mnogoprofil'nom lechebnom uchrezhdenii [Therapeutic and social aspects of health protection of health professionals in a multidisciplinary hospital]: Abstract dissertation PhD Med. Sci. Vladivostok. 2001. 24 p.

14. Fedina N.V. Kliniko-gigienicheskoe obosnovanie profilaktiki tserebrovaskulyarnoi patologii u vrachei [Clinical-hygienic rationale for prevention of cerebrovascular diseases in doctors]: Abstract dissertation PhD Med. Sci. Moskva. 2008. 24 p.

Received 28.05.2015

## ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

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

Для достижения поставленной цели – определения удовлетворенности показателями качества жизни больных с ВИЧ-инфекцией в динамике заболевания – обследованы 479 человек, в том числе 242 больных с ВИЧ-инфекцией, средний возраст –  $(28,5 \pm 2,1)$  года, и 237 ВИЧ-серонегативных практически здоровых лиц (контрольная группа). Проведено клиническое, лабораторное, инструментальное и экспериментально-психологическое обследование пациентов и лиц контрольной группы. Построенная на основе полученных данных структурно-функциональная модель нарушения качества жизни у больных с ВИЧ-инфекцией в динамике заболевания позволила определить закономерности удовлетворения потребностями качества жизни, которые на начальных стадиях заболевания определяются психической и социальной дезадаптацией, а на клинически выраженных – соматическими изменениями, проявляющимися, в частности, органической патологией центральной нервной системы, и подходы к выбору оптимальной схемы лечебно-диагностического процесса и реабилитационных (медицинских, социальных, профессиональных) мероприятий на различных стадиях заболевания, которые зависят от клинического состояния пациента.

Ключевые слова: медицинская (клиническая) психология, ВИЧ-инфекция, динамика заболевания, антиретровирусная терапия, качество жизни, удовлетворение потребностей.

### Введение

Актуальность проблемы определяется тем, что пораженность населения вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией) во всем мире и в России имеет тенденцию к росту, особенно среди лиц молодого возраста, которых болезнь в течение нескольких лет приводит к инвалидности.

---

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;

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



Несмотря на предпринимаемые мировым сообществом меры, эта эпидемия еще не взята под контроль [10, 28], хотя данной проблеме уделяется постоянное внимание [2, 24].

В настоящее время на фоне эпидемии ВИЧ-инфекции при помощи специфической антиретровирусной терапии (АРВТ) появилась возможность увеличить ожидаемую продолжительность жизни этих больных до среднестатистических величин. Однако необходимость пожизненного приема препаратов, несмотря на поддержание приемлемого состояния здоровья, представляет огромную проблему для пациентов, врачей, организаторов здравоохранения и фармацевтической промышленности и не уменьшает значимость возможных затруднений, в частности обусловленных необходимостью строгого соблюдения режима медикаментозного лечения и возможными отдаленными токсическими эффектами. Эти задачи являются межнациональными и решаются на местах по-разному, с учетом экономических, культуральных, географических и иных особенностей.

Ежегодное количество мировых публикаций, в которых рассматриваются различные аспекты ВИЧ-инфекции, касающиеся в основном клиники, диагностики и лечения заболевания, достигает 1 млн [15, 25]. Однако практически не применяется комплексный подход в обследовании больных, включающий оценку удовлетворенности потребностями качества жизни (КЖ), а также факторов, на это влияющих.

Исследования КЖ проводятся во всех сферах здравоохранения, и наиболее важными сферами их применения являются [14], в частности, мониторинг состояния здоровья больных и оценка ранних и отдаленных результатов лечения, создание прогностических моделей течения и исхода заболеваний, динамическое наблюдение за группами риска. Ускорение темпов применения ключевых подходов профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, изучение КЖ пациентов даст возможность ограничить развитие эпидемии и сократить ее до более контролируемого уровня [3, 17].

Исторически измерение КЖ проводилось двумя способами – измерением объективных условий жизни и измерением субъективных оценок жизни. Указанные параметры определили формирование двух концептуальных моделей оценки КЖ: объективной и субъективной. Объективная модель оценки КЖ определялась результатами статистических показателей (индексом развития человеческого потенциала, состоянием экономики, заработной платой, данными здоровья и продолжительности жизни и т. д.), при помощи которых можно было судить о степени удовлетворения научно обоснованных потребностей и интересов [8]. Однако измерение боль-

шинства этих показателей не входит в сферу медицинского обеспечения, и в данном случае, возможно, более уместно говорить об уровне жизни (под которым традиционно понимают степень удовлетворения материальных и духовных потребностей людей массой товаров и услуг, используемых в единицу времени; уровень жизни базируется на объеме реальных доходов на душу населения и соответствующем объеме потребления). В то же время, субъективная (психологическая) модель оценки КЖ показывала, что истинное значение жизни отражается субъективными ощущениями индивида. Субъект в данном случае выступал как основной критерий КЖ.

Традиционно считается, что субъективная сторона оценки КЖ связана не столько с уровнем жизни, сколько с тем, что потребности и интересы конкретных людей индивидуальны и отражаются в их ощущениях, личных мнениях и оценках. Поэтому КЖ отдельного человека (как и популяции / общества) следует рассматривать в единстве объективных и субъективных показателей, которые, с одной стороны, характеризуют соответствие условий, средств, процессов и результатов его жизнедеятельности природно-заданным и социально обусловленным ценностям и потребностям, а с другой – состояние удовлетворенности человека собой, своей жизнью, степенью реализации своего потенциала в различных сферах жизнедеятельности (семейной, трудовой, общественной и др.), социальными отношениями и окружающей средой [8].

В настоящее время считается, что КЖ – система жизненных ценностей, характеризующих созидательную деятельность, структуру потребностей и условий развития человека и общества, удовлетворенность людей жизнью, социальными отношениями и окружающей средой [7, 19]. КЖ – это соотношение цели и результата жизнедеятельности людей. Обретению истинного КЖ отвечает только тот успех, который может быть достигнут без ущерба духовным качествам личности и духовному развитию общества в целом [13].

В связи же с тем, что единые критерии КЖ все еще не разработаны, ВОЗ в качестве пожеланий при конструировании новых методов его оценки выделять его основные компоненты, которые должны быть исследованы в той или иной степени: физический, психологический, уровень независимости, общественная жизнь, окружающая среда, духовность [9].

Сформировавшаяся в мировой и отечественной науке биопсихосоциальная модель доказывает необходимость целостного изучения организма и личности больного человека в непрерывном единстве его биологических, психических и социальных компонентов [11, 26]. Однако имею-

щиеся научные сведения об особенностях личностного и семейного функционирования больных ВИЧ-инфекцией являются недостаточными для разработки комплексных программ психологической и социальной помощи данному контингенту.

Известно, что «любая болезнь – это жизнь поврежденного организма при участии процессов, борющихся с повреждающим агентом» [20], поэтому в настоящее время важной научной тенденцией является поиск общих закономерностей реагирования человека на заболевание, универсальных понятий и категорий, описывающих широкий спектр событий и изменений в жизни больного, точных критериев, отражающих эти изменения. Концепция же КЖ является одним из образцов прогрессивного методологического подхода, соединяющего как известные клинические принципы и идеи, так и новые взгляды и технологии здравоохранения [23].

Если говорить о реабилитации пациентов с ВИЧ-инфекцией, которая представляет собой систему последовательных и преемственных медицинских, социальных и профессиональных мероприятий, направленных на восстановление нарушенного болезнью динамического равновесия между организмом больного и окружающей средой, определяющего его оптимальную жизнеспособность в данных условиях [12, 27], то она должна строиться на основе психологических характеристик, определяющих КЖ больных в динамике заболевания. Однако на сегодняшний день многие аспекты их медико-психологического сопровождения в должной мере не разработаны.

*Цель исследования* – выявление закономерностей динамики КЖ у больных с ВИЧ-инфекцией как при естественном течении, так и на фоне АРВТ, с целью выбора оптимальной схемы лечебно-диагностического процесса и реабилитационных (медико-психологических, социальных, профессиональных) мероприятий.

### **Материалы и методы**

Для достижения поставленной цели обследованы 479 человек, в том числе 242 больных ВИЧ-инфекцией со средним возрастом ( $28,5 \pm 2,1$ ) года, выявленные по контакту с зараженными ВИЧ или по клиническим показаниям, при различной длительности и путях инфицирования. Мужчин и женщин было 49,2 и 50,8 % соответственно. Критерии исключения – возраст моложе 18 и старше 45 лет, диагностированная до ВИЧ-инфицирования тяжелая соматическая, психическая патология, наркомания.

Основным методом оценки текущего состояния пациентов был клинический метод. Для обоснования диагностического заключения всем больным проводили комплекс современных лабораторных, инструментальных, рентгенологических и других методов обследования. Диагноз ВИЧ-инфекции у пациентов устанавливали после скринингового, референтного и экспертного исследования на наличие специфических антител к ВИЧ при иммуноферментном анализе и в иммуноблоте. У всех больных выявлено инфицирование ВИЧ-1. На основании данных клинико-лабораторного обследования окончательное диагностическое заключение о наличии ВИЧ-инфекции и стадии заболевания выносили в соответствии с Протоколами диспансерного наблюдения и лечения больных ВИЧ-инфекцией [16] и классификацией Центра по контролю и предупреждению болезней (г. Атланта, США, CDC) [21] о наличии и степени выраженности ВИЧ-ассоциированных и СПИД-индикаторных, а также сопутствующих заболеваний. Окончательное распределение обследованных больных в исследовании было приведено в соответствии с наиболее распространенной в мире классификацией CDC.

Клинико-лабораторными тестами установлено, что 130 (53,7 %) обследованных пациентов относились к клинико-иммунологической категории (стадии) «А» (стадия начальных клинических проявлений заболевания / бессимптомная ВИЧ-инфекция, куда включают острую / первичную симптоматическую фазу ВИЧ-инфекции и персистирующую генерализованную лимфаденопатию), 62 (25,6 %) – к стадии «В» (стадия клинических проявлений заболеваний, не включенных в категорию «С», но свидетельствующих о нарушении клеточного иммунного ответа), и 50 (20,7 %) – к стадии «С» (куда включают патологические состояния и заболевания, включенные в диагностические критерии синдрома приобретенного иммунодефицита / СПИДа). Предполагаемая длительность заболевания ВИЧ-инфекцией составила у 40,5 % – до 3 лет, у 37,2 % – от 4 до 7 лет и у 22,3 % – более 7 лет.

Экспериментально-психологическое обследование пациентов проводили при помощи русской версии Опросника качества жизни ВОЗ «ВОЗКЖ-100» [4]. В связи с тем, что внимание лечащего врача должно быть сфокусировано не на отдельной болезни и ее симптомах, а на пациенте как целостной личности со всеми его жизненными заботами и проблемами, по данной методике оценивали общее качество жизни и состояние здоровья (шкала G), а также основные параметры КЖ:

– «Физическая сфера» (ФС), куда входят субсферы F1 «Физическая боль и дискомфорт», F2 «Жизненная активность, энергия и усталость», F3 «Сон и отдых»;

– «Психологическая сфера» (ПС) – состоит из субсфер F4 «Положительные эмоции», F5 «Мышление, обучаемость, память и концентрация / познавательные функции», F6 «Самооценка», F7 «Образ тела и внешность», F8 «Отрицательные эмоции»;

– «Уровень независимости» (УН) – образуют субсферы F9 «Подвижность», F10 «Способность выполнять повседневные дела», F11 «Зависимость от лекарств и лечения», F12 «Способность к работе»;

– «Социальные отношения» (СВ), куда входят субсферы F13 «Личные отношения», F14 «Практическая социальная поддержка», F15 «Сексуальная активность»;

– «Окружающая среда» (ОС) – которую образуют субсферы F16 «Физическая безопасность и защищенность», F17 «Окружающая среда дома», F18 «Финансовые ресурсы», F19 «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)», F20 «Возможности для приобретения новой информации и навыков», F21 «Возможности для отдыха и развлечений и их использование» F22 «Окружающая среда вокруг (загрязненность/шум/климат/привлекательность)»; F23 «Транспорт»;

– «Духовная сфера» (ДС) – состоит из субсферы F24 «Духовность/религия/личные убеждения».

Личностное реагирование на болезнь изучали по методике Л.И. Васермана и соавт. [5].

Для сравнения психометрических показателей использовались результаты аналогичных исследований ВИЧ-серонегативных 237 практически здоровых лиц (контрольная группа, КГ).

Считается, что взаимодействие и взаимопонимание между больным и врачом улучшается благодаря тому, что лечащий врач, используя шкалы для измерения потребностей КЖ и обсуждая результаты исследования с пациентом, лучше понимает, каким именно образом данное заболевание влияет на переживание пациентом своей жизни и удовлетворенность жизнью. Это придает больший смысл в работе врача, а в конечном итоге приводит к улучшению качества обслуживания пациента. Более того, сами пациенты могут лучше уяснить себе свое состояние здоровья и связанные с ним жизненные проблемы.

АРВТ ВИЧ-инфекции проводилась согласно отечественным и международным рекомендациям [1, 16], а лечение оппортунистических и со-

путствующих заболеваний – по общепринятым схемам. Непереносимости и значимого токсического влияния лечебных препаратов выявлено не было. Психологическая коррекция осуществлялась по схемам краткосрочной психотерапии [6].

Работа выполнена в соответствии с положениями «Конвенции о защите личности в связи с автоматической обработкой персональных данных» [18]. У всех пациентов было получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Статистическую обработку материалов исследования проводили с использованием пакета прикладных программ «Statistica for Windows» [22]. Задачу проверки статистических гипотез решали на основе t-критерия Стьюдента. Для оценки связи между показателями использовали коэффициент корреляции Пирсона. Влияние факторов стадии и длительности ВИЧ-инфекции на показатели психологических тестов выявляли с помощью многофакторного дисперсионного анализа. Иерархическая лестница важности субсфер в структуре КЖ больных в зависимости от получения ими АРВТ построена в ходе многомерного регрессионного анализа.

### **Результаты и их анализ**

При изучении личностного реагирования пациентов на болезнь по методике Л.И. Вассермана и соавт. [5] показано, что по мере прогрессирования ВИЧ-инфекции при отсутствии АРВТ происходит развитие психоорганического синдрома с дисфункцией психического здоровья, что находит свое отражение в социальной и личностной дезадаптации больных. По мере ухудшения психического здоровья снижается вариабельность типов отношений к болезни. В основном превалирует гармонический, эргопатический и анозогностический тип с незначительной выраженностью социальной дезадаптации (на стадии «А» – 57,1 %, «С» – 31,2 %, при длительности заболевания до 3 лет – 55,9 %, более 7 лет – 41,1 %). Одновременно происходит увеличение количества отношений, которые характеризуются наличием личностной дезадаптации в связи с заболеванием, интрапсихической и интерпсихической направленности (тревожный, меланхолический, сенситивный).

При сравнительном анализе различий по стадиям заболевания у больных при естественном течении заболевания и на фоне АРВТ показано, что по мере прогрессирования заболевания от начальных проявлений ВИЧ-инфекции до стадии СПИДа в обеих группах достоверно ухудшаются параметры всех сфер КЖ, кроме духовной сферы, что находит свое отражение в динамике показателей общей оценки КЖ и здоровья (табл. 1–4).

Таблица 1

Показатели основных сфер качества жизни больных ВИЧ-инфекцией при естественном течении на разных стадиях заболевания, балл

Стадия болезни	Сфера КЖ						
	ФС	ПС	УН	СВ	ОС	ДС	Общая оценка
Больные с ВИЧ-инфекцией							
«А» (n = 63)	13,7 ± 0,58	13,7 ± 0,53	15,5 ± 0,48	14,1 ± 0,61	13,2 ± 0,52	14,3 ± 0,52	84,6 ± 3,52
«В» (n = 17)	12,5 ± 0,61 <sup>5</sup>	12,6 ± 0,59 <sup>1</sup>	13,8 ± 0,51 <sup>1, 6</sup>	13,7 ± 0,63 <sup>6</sup>	12,2 ± 0,56	14,7 ± 0,49	79,4 ± 2,81 <sup>6</sup>
«С» (n = 16)	11,4 ± 0,51 <sup>4</sup>	12,0 ± 0,49 <sup>3, 4</sup>	12,4 ± 0,51 <sup>3, 6</sup>	12,2 ± 0,55 <sup>3, 6</sup>	11,1 ± 0,49 <sup>3</sup>	13,9 ± 0,49	73,0 ± 2,08 <sup>4, 6</sup>
Контрольная группа (КГ)							
n = 237	14,8 ± 0,66	14,2 ± 0,53	16,4 ± 0,61	15,4 ± 0,47	13,3 ± 0,55	15,2 ± 0,49	89,2 ± 2,11

Здесь и в табл. 3. Данные на стадии «А» отличаются от аналогичных показателей: <sup>1)</sup> на стадии «В» при  $p < 0,05$ ; <sup>2)</sup> на стадии «В» при  $p < 0,01$ ; <sup>3)</sup> на стадии «С» при  $p < 0,05$ ; <sup>4)</sup> на стадии «С» при  $p < 0,01$ ; <sup>5)</sup> данные на стадии «В» и «С» отличаются от КГ при  $p < 0,05$ ; <sup>6)</sup> данные на стадии «В» и «С» отличаются от КГ при  $p < 0,01$

Таблица 2

Показатели основных сфер КЖ больных ВИЧ-инфекцией при естественном течении в динамике заболевания, балл

Длительность болезни, лет	Сферы КЖ						
	ФС	ПС	УН	СВ	ОС	ДС	Общая оценка
Больные с ВИЧ-инфекцией							
0–3 (n = 52)	13,5 ± 0,62	13,7 ± 0,54	15,1 ± 0,46	14,1 ± 0,62	13,1 ± 0,53	14,5 ± 0,51	84,0 ± 3,48
4–7 (n = 32)	12,8 ± 0,59 <sup>5</sup>	12,9 ± 0,61	14,4 ± 0,51 <sup>5</sup>	13,8 ± 0,64 <sup>1</sup>	12,5 ± 0,58	13,6 ± 0,47 <sup>5</sup>	80,0 ± 2,68 <sup>5</sup>
Более 7 (n = 12)	12,4 ± 0,53 <sup>6</sup>	12,3 ± 0,51 <sup>6</sup>	13,8 ± 0,54 <sup>6</sup>	11,8 ± 0,59 <sup>4, 6</sup>	11,3 ± 0,48 <sup>3, 6</sup>	14,8 ± 0,49	76,3 ± 2,11 <sup>6</sup>
Контрольная группа (КГ)							
n = 237	14,8 ± 0,66	14,2 ± 0,53	16,43 ± 0,61	15,4 ± 0,47	13,3 ± 0,55	15,2 ± 0,49	89,2 ± 2,11

Здесь и в табл. 4. Данные при длительности болезни 0–3 года отличаются от аналогичных показателей: <sup>1)</sup> при длительности 4–7 лет при  $p < 0,05$ ; <sup>2)</sup> при длительности 4–7 лет  $p < 0,01$ ; <sup>3)</sup> при длительности более 7 лет при  $p < 0,05$ ; <sup>4)</sup> при длительности более 7 лет при  $p < 0,01$ ; <sup>5)</sup> при длительности болезни 4–7 лет и более 7 лет от КГ при  $p < 0,05$ ; <sup>6)</sup> при длительности болезни 4–7 лет и более 7 лет от КГ при  $p < 0,01$

Таблица 3

Показатели основных сфер КЖ больных ВИЧ-инфекцией, получающих АРВТ, на разных стадиях заболевания, балл

Стадия болезни	Сферы КЖ						
	ФС	ПС	УН	СВ	ОС	ДС	Общая оценка
Больные с ВИЧ-инфекцией							
«А» (n = 10)	14,7 ± 0,74	14,7 ± 0,68	15,0 ± 0,66	15,0 ± 0,71	13,9 ± 0,58	14,6 ± 0,71	88,0 ± 3,18
«В» (n = 15)	12,3 ± 0,51 <sup>2, 5</sup>	12,7 ± 0,55 <sup>1</sup>	12,3 ± 0,49 <sup>2, 5</sup>	13,5 ± 0,61 <sup>5</sup>	11,8 ± 0,49 <sup>2, 5</sup>	14,7 ± 0,75	77,3 ± 2,67 <sup>1, 5</sup>
«С» (n = 13)	11,6 ± 0,67 <sup>3, 6</sup>	12,6 ± 0,45 <sup>3, 4</sup>	11,1 ± 0,51 <sup>4, 6</sup>	12,5 ± 0,54 <sup>4, 6</sup>	12,0 ± 0,54 <sup>3</sup>	14,9 ± 0,72	74,8 ± 2,16 <sup>4, 6</sup>
Контрольная группа (КГ)							
n = 237	14,8 ± 0,66	14,2 ± 0,53	16,4 ± 0,61	15,4 ± 0,47	13,3 ± 0,55	15,2 ± 0,49	89,2 ± 2,11

Таблица 4

Показатели основных сфер КЖ больных ВИЧ-инфекцией, получающих АРВТ, в динамике заболевания, балл

Длительность болезни, лет	Сферы КЖ						
	ФС	ПС	УН	СВ	ОС	ДС	Общая оценка
Больные с ВИЧ-инфекцией							
0–3 (n = 10)	14,7 ± 0,74	14,7 ± 0,68	15,0 ± 0,66	15,0 ± 0,71	13,9 ± 0,58	14,6 ± 0,71	88,0 ± 3,18
4–7 (n = 4)	11,0 ± 0,56 <sup>4, 6</sup>	12,5 ± 0,49 <sup>1</sup>	11,5 ± 0,69 <sup>4, 6</sup>	13,5 ± 0,66 <sup>5</sup>	11,8 ± 0,51 <sup>2, 5</sup>	14,5 ± 0,62	75,0 ± 3,25 <sup>2, 6</sup>
Более 7 (n = 24)	12,0 ± 0,52 <sup>3, 6</sup>	12,5 ± 0,54 <sup>3, 5</sup>	11,7 ± 0,58 <sup>3, 5</sup>	12,7 ± 0,53 <sup>3, 6</sup>	11,8 ± 0,49 <sup>4, 6</sup>	14,7 ± 0,61	75,4 ± 2,56 <sup>4, 6</sup>
Контрольная группа (КГ)							
n = 237	14,8 ± 0,66	14,2 ± 0,53	16,4 ± 0,61	15,4 ± 0,47	13,3 ± 0,55	15,2 ± 0,49	89,2 ± 2,11

Наглядно снижение общей оценки и показателей субсфер КЖ у больных с ВИЧ-инфекцией по стадиям и длительности заболевания (отмечается сужение площади – уменьшение удовлетворенности от реализации потребностей по опроснику ВОЗКЖ-100) представлено на рис. 1.

Установлено, что показатели сфер КЖ на стадии «А» при естественном течении заболевания достоверно не отличаются от аналогичных данных КГ (см. табл. 1, рис. 1). Однако по мере прогрессирования основного заболевания они постепенно ухудшаются. Так, на стадии «В», когда начинают диагностироваться заболевания, обусловленные нарушением иммун-



ного статуса и, соответственно, гомеостаза пораженного организма, показатели ФС и СВ достоверно отличаются от показателей у лиц КГ (см. табл. 1). УН на стадии «В» также начинает достоверно отличаться от показателей у лиц КГ и от аналогичного показателя на стадии «А», что связано как с ухудшением соматического состояния пациентов, так и, как правило, с необходимостью начала активного специфического лечения. На стадии СПИДа показатели всех сфер (кроме ДС) достоверно отличаются от аналогичных характеристик в начале заболевания (стадия «А») и от показателей КГ (см. табл. 1).

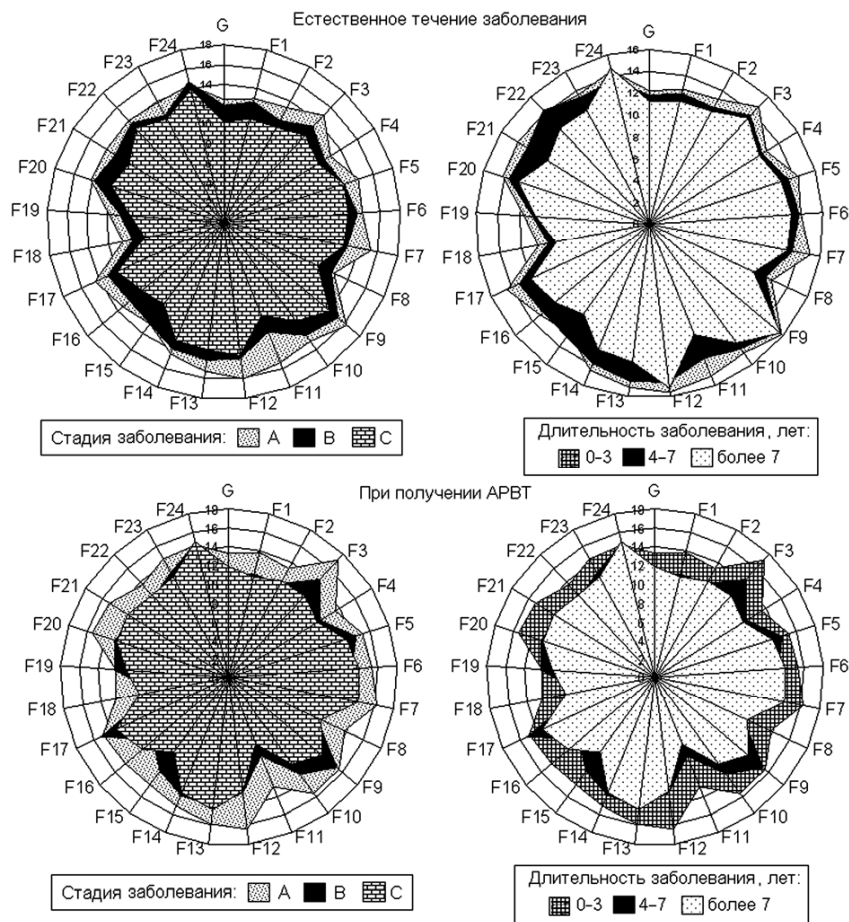


Рис. 1. Выраженность субсфер КЖ у больных с ВИЧ-инфекцией

Показатели КЖ при малой длительности заболевания (до трех лет) также достоверно не отличаются от показателей лиц КГ (см. табл. 2, рис. 1). Однако при длительности ВИЧ-инфекции от 4 до 7 лет появляются достоверные отличия показателей ФС, УН, ДС и общей оценки КЖ от аналогичных параметров респондентов КГ, что обусловлено прогрессированием основного заболевания (и, в ряде случаев, обострением / нестойкой ремиссией на этом фоне имевшейся ранее хронической соматической патологии). На сроках же более 7 лет достоверно отличаются от аналогичных характеристик лиц КГ уже все показатели КЖ, кроме ДС (см. табл. 2).

Важно подчеркнуть, что достоверные отличия при сроках заболевания до 3 лет и более 7 лет касаются не всех параметров, а лишь опосредованно связанных между собою СВ и ОС, которые отражают проблемы больных по причине ухудшения как соматического статуса, так и снижения мнестико-интеллектуального уровня личности вследствие постепенного развития психоорганического синдрома (так как, в первую очередь, появляются / нарастают проблемы во взаимоотношениях с окружающими людьми, в том числе со значимыми близкими). Так, динамика поражения центральной нервной системы (ЦНС) по мере прогрессирования ВИЧ-инфекции у обследованных больных приведена в табл. 5.

Таблица 5

Поражение ЦНС в динамике ВИЧ-инфекции (%)

	Стадия заболевания			Длительность заболевания, лет		
	«А» (n = 130)	«В» (n = 62)	«С» (n = 50)	0–3 (n = 98)	4–7 (n = 90)	более 7 (n = 54)
Поражение ЦНС ВИЧ-генеза	0,0	43,6	64,0	2,0	23,3	66,7
Поражение ЦНС смешанного генеза	0,0	0,0	10,0	0,0	2,2	5,6
Всего	0,0	43,6	74,0	2,0	25,5	72,3

При анализе показателей КЖ больных на фоне АРВТ выявлено, что на стадии «А» показатели основных сфер не имеют достоверных отличий от аналогичных данных больных при естественном течении заболевания и респондентов КГ (см. табл. 3, рис. 1). На стадии «В» достоверно ухудшаются по сравнению со стадией «А» как общая оценка КЖ, так и его отдельные сферы: ФС, ПС, УН, ОС. По сравнению с показателями лиц КГ, на стадии «В» имеются достоверные отличия по сферам ФС, УН, СВ, ОС. На стадии же СПИДа все сферы КЖ, кроме ДС, достоверно отличны от анало-

гичных параметров на стадии «А» (см. табл. 3). Обращает внимание, что так же, как и у больных при естественном течении заболевания, показатель ДС не зависит от стадии болезни (потому что больные рассчитывают в основном на себя, вне зависимости от своего психосоматического состояния).

В этой группе пациентов при длительности заболевания до 7 лет достоверно снижаются как общая оценка, так и показатели отдельных сфер (ФС, ПС, УН, ОС), при этом значения ФС, УН, ОС и общей оценки КЖ здесь достоверно отличны от показателей лиц КГ. При длительности ВИЧ-инфекции более 7 лет показатели уже всех сфер, кроме ДС, достоверно отличны как от стартовых данных, так и от данных респондентов КГ (см. табл. 4).

При сравнительном анализе различий по стадиям заболевания у больных, получающих и не получающих АРВТ (см. табл. 1, 3), обращает внимание, что по мере прогрессирования заболевания от начальных проявлений ВИЧ-инфекции до стадии СПИДа в обеих группах достоверно ухудшаются параметры всех сфер КЖ, кроме ДС.

Важно подчеркнуть, что у больных в отсутствие специфической терапии при переходе от стадии «А» к «В» нет достоверного ухудшения КЖ по гораздо большему числу характеристик (ФС, ПС, СВ, ОС, ДС) и даже по общей оценке (см. табл. 1, 3). То есть, факт получения АРВТ на начальной стадии заболевания влияет на изменение КЖ больных сильнее, чем наличие клинических проявлений болезни (хотя сам факт начала специфической терапии свидетельствует либо об ухудшении клинического состояния больного, либо, в отсутствие оппортунистической патологии, обусловлен снижением значительным иммунного статуса и увеличением уровня репликации ВИЧ). С другой стороны, коль скоро невозможно уменьшить побочные эффекты специфической терапии и изменить режим питания больного, то любое ее назначение должно быть психотерапевтически проработано с целью мотивации пациента на приверженность лечению, несмотря на возможные трудности при ее проведении.

Необходимо отметить, что ухудшение ПС в обеих группах обусловлено не только обеспокоенностью за свое здоровье, но и нерешенностью ряда социальных проблем больных. У больных, получающих АРВТ, психологические проблемы в основном связаны с соблюдением режима терапии и питания. Эти нерешенные вопросы являются мишенью в психосоциальном сопровождении пациентов в динамике заболевания.

Методом многомерного регрессионного анализа определена иерархическая значимость для пациентов субсфер КЖ на разных стадиях и при

различной длительности ВИЧ-инфекции. При выполнении исследования этим методом сохранялись только значимые коэффициенты с доверительной вероятностью больше или равной 0,95. При естественном течении болезни предметом внимания пациентов являются потребности в необходимости получения финансовой, социальной, медицинской помощи (они занимают первые места в иерархии). В случае получения АРВТ – способность выполнять повседневные дела, возможность свободного передвижения, возможность приобретения новой информации и навыков. Общим для обеих групп на стадии СПИДа является необходимость получения положительных эмоций.

На основании полученных данных нами построена структурно-функциональная модель нарушения КЖ у больных с ВИЧ-инфекцией в динамике заболевания (рис. 2). Она позволила определить закономерности динамики КЖ, которые могут быть охарактеризованы как «СПИД-травма». На начальных стадиях заболевания определяющими являлись психическая и социальная дезадаптации личности пациента. На клинически выраженной – соматические изменения, проявляющиеся, в частности, органической патологией ЦНС, что находит свое отражение в психоорганическом синдроме.



Рис. 2. Структурно-функциональная модель нарушения КЖ у больных с ВИЧ-инфекцией в динамике заболевания

Посредством указанной модели (см. рис. 2) намечены подходы к выбору оптимальной схемы лечебно-диагностического процесса и реабилитационных (медицинских, социальных, профессиональных) мероприятий на различных стадиях заболевания, которые зависят от клинического состояния пациента.

С целью улучшения КЖ в динамике заболевания нами была разработана система психологического сопровождения в комплексной программе терапии больного с ВИЧ-инфекцией (рис. 3), которую внедрили при реализации моделей реабилитации больных с ВИЧ-инфекцией (экспертная, центрированная на окружении, клиент-центрированная) и проводили, начиная с момента постановки пациентов на учет, по следующим направлениям:

а) возможности различных видов реабилитации с учетом потребностей пациента;

б) уточнение влияния проводимой АРВТ на различные стороны жизнедеятельности и выделение факторов, вносящих наиболее весомый вклад в обусловленные лечением изменения КЖ;

в) определение эффективности работы лечебно-профилактического учреждения для принятия решений, куда именно нужно направить средства и усилия при ограниченных ресурсах.



Рис. 3. Система психологического сопровождения в комплексной программе лечения больного с ВИЧ-инфекцией

Социальная и профессиональная адаптация больных проводилась перспективно, начиная с ранних стадий заболевания, командой специалистов-реабилитологов (с участием инфекциониста, клинического психолога, психотерапевта, социального работника, юриста, по показаниям – психиатра/нарколога, других врачей-специалистов). Пациенты, получающие АРВТ, получали психологическую поддержку, направленную на приверженность проводимой специфической терапии и медико-психологическому сопровождению.

Реабилитация больных с ВИЧ-инфекцией осуществлялась по программно-целевому принципу, на основе дифференцированных программ медицинского и медико-социального сопровождения:

- для лиц, находящихся на начальных стадиях заболевания, с выделением подпрограммы для потребителей наркотиков;
- для лиц, находящихся на клинически выраженных стадиях заболевания, с выделением подпрограмм для лиц, получающих и не получающих АРВТ;
- для членов семей, в которых есть больной с ВИЧ-инфекцией, особенно находящийся на стадиях заболевания «В» и «С» (школы пациента, клубы само- и взаимопомощи).

### **Заключение**

Выявленные нами закономерности динамики КЖ больных с ВИЧ-инфекцией рекомендуется брать за основу лечебно-диагностического процесса в территориальных Центрах профилактики и борьбы со СПИДом и инфекционными заболеваниями в следующих ситуациях: при постановке пациента на учет; при амбулаторном обследовании в ходе проведения ежегодной диспансеризации; по результатам стационарного обследования, вызванного переходом в более тяжелую клиническую стадию заболевания.

При применении психокоррекционных методов в комплексной программе терапии больного с ВИЧ-инфекцией рекомендуется использовать те, которые в наибольшей степени оптимизируют показатели КЖ пациента, в диапазоне от врачебных консультаций на начальных стадиях заболевания до суппортивной психотерапии (на стадии тяжелых нарушений), для улучшения способности больных выстраивать свое поведение, использовать косвенный опыт и создавать стабильный эмоциональный фон.

## Литература

1. Бартлетт Дж., Галлант Дж., Фам П. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. – М. : Р. Валент, 2012. – 528 с.
2. Беляков Н.А., Степанова Е.В., Рахманова А.Г. [и др.]. Характер и особенности ВИЧ-инфекции в Санкт-Петербурге // Мед. акад. журн. – 2009. – Т. 9, № 3. – С. 96–104.
3. Бузунова С.А. Эпидемиологический надзор за распространением ВИЧ и разработка комплексных подходов к противоэпидемическим мероприятиям. 25 лет противодействия ВИЧ/СПИД в России // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия. – 2014. – Т. 6, № 4. – С. 120–121.
4. Бурковский Г.В., Коцюбинский А.А., Левченко Е.В., Ломаченков А.С. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике. – СПб. : НИПНИ, 1998. – 53 с.
5. Вассерман Л.И., Вукс А.Я., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни : метод. рекомендации / ред. А.Е. Личко. – Л. : НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1987. – 28 с.
6. Гарфилд С. Практика краткосрочной психотерапии. – 2-е изд. – СПб. [и др.]. : Питер, 2002. – 256 с.
7. Евдокимов В.И., Есауленко И.Э., Губина О.И. Качество жизни: оценка и системный анализ / В.И. Евдокимов. – Воронеж : Истоки, 2007. – 240 с.
8. Евдокимов В.И. Методологические аспекты объективной оценки качества жизни населения России // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2008. – № 1. – С. 23–32.
9. Евдокимов В.И., Федотов А.Н. Методологические аспекты субъективной оценки качества жизни // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2008. – № 4. – С. 63–71.
10. Жолобов В.Е. Концепция, структурно-функциональная модель и принципы службы профилактики и борьбы со СПИДом и инфекционными заболеваниями в мегаполисе // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2011. – № 1. – С. 69–73.
11. Карташова И.Г., Гарганеева Н.П., Семке В.Я. Клинико-психопатологические и личностные особенности больных с гастроинтестинальными заболеваниями в аспекте биопсихосоциального единства // Уч. зап. С.-Петерб. гос. мед. ун-та им. акад. И.П. Павлова. – 2010. – Т. 17, № 2. – Приложение. – С. 85–86.
12. Лобзин Ю.В. Медицинская реабилитация: перспективы системного развития и практической реализации // Мед. акад. журн. – 2013. – Т. 13, № 1. – С. 39–51.
13. Луман Н. Теория общества. – М. : Канон-Пресс, 1999. – 207 с.
14. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2004. – 304 с.
15. Ольховский И.А., Шевченко Н.М. Пути повышения экономической эффективности диагностики ВИЧ-инфекции // Клинич. лаб. диагностика. – 2003. – № 9. – С. 16.
16. Покровский В.В., Юрин О.Г., Кравченко А.В. [и др.]. Протоколы диспансерного наблюдения и лечения больных ВИЧ-инфекцией // Эпидемиол. и инфекц. болезни. – 2012. – № 6. – Приложение. – С. 1–40.

17. Постановление Правительства Российской Федерации № 294 от 15.04.2014 г. «Об утверждении Государственной Программы Российской Федерации “Развитие здравоохранения”» [Электронный ресурс]. – URL: <http://base.garant.ru/70643470/>.

18. 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.

19. Ушаков И.Б. Качество жизни и здоровье человека. – М. ; Воронеж : Истоки, 2005. – 130 с.

20. Хананашвили М.М. Этиопатогенез информационной болезни // Патол. физиология и эксперим. терапия. – 1992. – № 4. – С. 94–97.

21. Хоффман К., Рокштро Ю.К. Лечение ВИЧ-инфекции 2011. – М. : Р. Валент, 2012. – 736 с.

22. Юнкеров В.И., Григорьев С.Г. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. – СПб. : ВМедА, 2002. – 266 с.

23. Chen W.T., Wantland D., Reid P. [et al.]. Engagement with Health Care Providers Affects Self- Efficacy, Self-Esteem, Medication Adherence and Quality of Life in People Living with HIV // J. AIDS Clin. Res. – 2013. – Vol. 4, N. 11. – P. 256.

24. Grant R.M., Lama J.R., Anderson P.L. [et al.]. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men // N. Engl. J. Med. – 2010. – Vol. 363, N 27. – P. 2587–2599.

25. Kalayjian R.C., Wu K., Evans S. [et al.]. Proteinuria is associated with neurocognitive impairment in antiretroviral therapy treated HIV-infected individuals // J. Acquir. Immune Defic. Syndr. – 2014. – Vol. 67, N.1. – P. 30–35.

26. Knowles J.B., Drossman D.A. Irritable bowel syndrome: diagnosis and treatment // Evidence based gastroenterology and hepatology / Eds.: J. McDonald, A. Burnjugh, D. Hagan. – London : BMJ books, 1999. – P. 241–260.

27. Rueda S., Raboud J., Mustard C. [et al.]. Employment status is associated with both physical and mental health quality of life in people living with HIV // AIDS Care. – 2011. – Vol. 23, № 4. – P. 435–443.

28. The Institute of Medicine. HIV Screening and Access to Care Health Care System Capacity for Increased HIV Testing and Provision of Care [Электронный ресурс]. – URL: <http://iom.edu/Reports/2011/HIV-Screening-and-Access-to-Care-Health-Care-System-Capacity-for-Increased-HIV-Testing-and-Provision-of-Care.aspx>.

**Uliukin I.M., Rybnikov V.Yu.** Dynamika pokazateley kachestva zhizni bol'nykh VICH-infekciey [Dynamics of quality of life of HIV patients]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 54. P. 120–139.

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



Abstract. To achieve this goal – a finding of psychosomatic regularities of evolution of quality of life in HIV infection' patients in the course of their disease – 479 people were surveyed, including 242 HIV-infected patients (mean age – (28,5 ± 2,1) years, and 237 HIV-seronegative healthy individuals (control group). In addition to experimental psychological methods according to the special set of techniques, there have been clinical, laboratory and instrumental examination of patients and control group. The structural-functional model of violations of quality of life in HIV-infected patients in the course of the disease constructed on the basis of the obtained data allowed us to determine the psycho-somatic regularities of the patients' quality of life (which is determined in the disease' initial stages by psychological and social change, and in advanced ones – by somatic changes, which are manifested, in particular, by organic pathology of the CNS) and the approaches to the selection of the optimal scheme of diagnostic and treatment process and rehabilitation (medical, social, occupational) activities at different stages of the disease, which depend on the patient's clinical condition.

Key words. HIV-infection, course of disease, antiretroviral therapy, quality of life, creation of psychosomatic conformity to quality of life.

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

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@arccrm.spb.ru;

### References

1. Bartlett D., Gallant D., Fam P. *Klinicheskiye aspekty VIH-infektsii* [Clinical aspects of HIV infection 2012]. Moskva, 2012. 528 p. (In Russ.)
2. Beliakov N.A., Stepanova E.V., Rakhmanova A.G. [et al.]. *Kharakter i osobennosti VICH-infektsii v Sankt-Peterburge* [Features of HIV-infection in St-Petersburg]. *Meditsinskiy akademicheskii zhurnal* [Medical Academic Journal]. 2009. Vol. 9, N 3. Pp. 96–104. (In Russ.)
3. Buzunova S.A. *Epidemiologicheskii nadzor za rasprostraneniem VICH i razrabotka kompleksnykh podkhodov k protivoepidemicheskim meropriyatiyam. 25 let protivodeystvia VICH/SPID v Rossii* [Epidemiological surveillance of HIV prevalence and the development of combined approaches to antiepidemic interventions: 25 years of combating HIV/AIDS in Russia] // *VICH-infektsia i immunosupressia* [HIV Infection and Immunosuppressive Disorders]. 2014. Vol. 6, N 4. Pp. 120–121 (In Russ.)
4. Bourkovsiy G.V., Kotsubinskiy A.A., Levchenko E.B., Lomatchenkov A.S. *Ispolzovanie oprosnika kachestva zhizni (versiya VOZ) v psykhiatricheskoy praktike* [Using the Quality of Life Questionnaire (WHO version) in psychiatric practice]. St Petersburg, 1998. 53 p. (In Russ.)
5. Wasserman L.I., Vuks A.Ya., Iovlev B.V., Karpov E.B. *Metodika dlya psikhologicheskoy diagnostiki tipov otnosheniya k bolezni: metodicheskoe rekomendatsii*

[Technique of psychological diagnosis of attitude's type to the disease: the recommendations] / Ed. A.E. Litchko. Leningrad, 1987. 28 p. (In Russ.)

6. Garfield S. Praktika kratkosrochnoy psichoterapii [The practice of short-term psychotherapy]. 2nd ed. [transl. Engl.]. St. Petersburg, 2002. 256 p. (In Russ.)

7. Evdokimov V.I., Esaulenko I.E., Gubina O.I. Katchestvo zhizni: otsenka i sistemniy analiz [Quality of life: assessment and system analysis]. Voronezh, 2007. 240 p. (In Russ.)

8. Evdokimov V.I. Metodologicheskie aspekty ob'ektivnoy otsenki katchestva zhizni naseleniya Rossii [Methodological aspects of an objective evaluation of the quality of life of the Russian population] // *Medico-biologicheskiye i social'no-psykhologicheskiye problemy v chrezvychaynykh situatsiyakh* [Medico-biological and socio-psychological problems of safety in emergency situation]. 2008. N 1. Pp. 23–32. (In Russ.)

9. Evdokimov V.I., Fedotov A.N. Metodologicheskie aspekty sub'ektivnoy otsenki katchestva zhizni [Methodological aspects of the subjective assessment of quality of life] // *Medico-biologicheskiye i social'no-psykhologicheskiye problemy v chrezvychaynykh situatsiyakh* [Medico-biological and socio-psychological problems of safety in emergency situation]. 2008. N 4. Pp. 63–71. (In Russ.)

10. Zholobov V.E. Konceptsiya, strukturno-funktional'naya model i principy sluzhby profilaktiki I bor'by so SPID'om i infektsionnymi zabolevaniyami v megapolise [Conception, structure functional model and essentials of service aimed at prevention and fight against AIDS and infectious diseases in metropolitan city]. *Medico-biologicheskiye i social'no-psykhologicheskiye problemy v chrezvychaynykh situatsiyakh* [Medico-biological and socio-psychological problems of safety in emergency situation]. 2011. N 1. Pp. 69–73. (In Russ.)

11. Kartashova I.G., Garganeeva N.P., Semke V.Ya. Kliniko-psyhopatologicheskiye i lichnostnye osobennosti bol'nykh s gastrointestinal'nymi zabolevaniyami v aspekte biopsichosotsial'nogo edinstva [Clinico-psychopathological and personality traits in patients with gastrointestinal diseases in terms of biopsychosocial unity]. *Uchonye zapiski Sankt Peterburgskogo Meditsinskogo Universiteta imeni akademika I.P. Pavlova* [Records of the I.P. Pavlov St. Petersburg State Medical University]. 2010. Vol. 17, N 2. Appendix. Pp. 85–86. (In Russ.)

12. Lobzin Yu.V. Meditsinskaya reabilitatsiya: perspektivy sistemnogo razvitiya I prakticheskoy realizatsii [Medical rehabilitation: prospects for system development and practical implementation]. *Meditsinskiy akademicheskii zhurnal* [Medical Academic Journal]. 2013. Vol. 13, N 1. Pp. 39–51. (In Russ.)

13. Luhmann N. Teoriya obshchestva [Theory of Society]. Moskva, 1999. 207 p. (In Russ.)

14. Novik A.A., Ionova T.I. Issledovanie kachestva zhizni v medicine [Quality of life research in medicine]. Moskva, 2004. 304 p. (In Russ.)

15. Ol'khovskiy I.A., Schevchenko N.M. Puti povysheniya ekonomicheskoy effektivnosti diagnostiki VICH-infektsii [Ways to improve the cost-effectiveness of HIV diagnosis]. *Klinicheskaya Laboratnaya Diagnostika* [Clinical laboratory diagnostics]. 2003. N 9. Pp. 16. (In Russ.)

16. Pokrovskiy V.V., Yurin O.G., Kravchenko A.V. [et al.]. Protokoly dispensernogo nablyudeniya i lecheniya bol'nykh HIV-infektsiyey [Protocols of dispensary

observation and treatment for HIV-affected patients]. *Epidemiologiya i infektsionnyye bolezni. Aktual'nyye voprosy* [Epidemiology and Infectious Diseases. Current Items]. 2012. N 6. Appl. 48 p. (In Russ.)

17. Postanovlenie Pravitel'stva Rossiyskoy Federatsii № 294 - 15.04.2014 «Ob utverzhdenii Gosudarstvennoy Programmy Rossiyskoy Federatsii “Razvitie zdravookhraneniya”» [Russian Federation Government Resolution № 294 - 15.04.2014 «On Approving the State Program of the Russian Federation “the Health development”»]. URL: <http://base.garant.ru/70643470/>

18. Sovet Yevropy: Konventsiya o zashchite lichnosti v svyazi s avtomaticheskoy obrabotkoy personal'nykh dannykh [The Council of Europe: Convention on the Protection of Individuals with regard to Automatic Processing of Personal Data : transl. Engl.]. St. Peterburg, 2002. 36 p. (In Russ.)

19. Ushakov I.B. Katchestvo zhizni i zdorovie cheloveka [Quality of life and human health]. Moskva – Voronezh, 2005. 130 p. (In Russ.)

20. Khananashvili M.M. Etiopatogenez informacionnoy bolezni [Etiopathogenesis of information' disease]. *Patologicheskaya fiziologiya i eksperimental'naya terapiya* [Pathological Physiology and Experimental Therapy]. 1992. N 4. Pp. 94–97. (In Russ.)

21. Hoffmann Ch., Rockstroh J.K. Lechenie VIH-infektsii 2011 [Treatment of HIV-infection 2011]. Moskva, 2012. 736 p. (In Russ.)

22. Yunkerov V.I., Grigor'yev S.G. Matematiko-statisticheskaya obrabotka dannykh meditsinskikh issledovaniy [Mathematical and statistical processing of medical research data]. St. Peterburg, 2002. 266 p. (In Russ.)

23. Chen W.T., Wantland D., Reid P. [et al.]. Engagement with Health Care Providers Affects Self- Efficacy, Self-Esteem, Medication Adherence and Quality of Life in People Living with HIV. *J. AIDS Clin. Res.* 2013. Vol. 4, N. 11. Pp. 256.

24. Grant R.M., Lama J.R., Anderson P.L. [et al.]. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N. Engl. J. Med.* 2010. Vol. 363, N 27. Pp. 2587–2599.

25. Kalayjian R.C., Wu K., Evans S. [et al.]. Proteinuria is associated with neurocognitive impairment in antiretroviral therapy treated HIV-infected individuals. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* 2014. Vol. 67, N 1. Pp. 30–35.

26. Knowles J.B., Drossman D.A. Irritable bowel syndrome: diagnosis and treatment. *Evidence based gastroenterology and hepatology* / Eds.: J. McDonald, A. Burnjughs, D. Hagan. London : BMJ books, 1999. Pp. 241–260.

27. Rueda S., Raboud J., Mustard C. [et al.]. Employment status is associated with both physical and mental health quality of life in people living with HIV. *AIDS Care.* 2011. Vol. 23, N 4. Pp. 435–443.

28. The Institute of Medicine. HIV Screening and Access to Care Health Care System Capacity for Increased HIV Testing and Provision of Care. URL: <http://iom.edu/Reports/2011/HIV-Screening-and-Access-to-Care-Health-Care-System-Capacity-for-Increased-HIV-Testing-and-Provision-of-Care.aspx>.

Received 21.02.2015

## **АНАЛИЗ ВОЗДЕЙСТВИЯ СВЕТО-ЗВУКОВОЙ СТИМУЛЯЦИИ НА НЕКОТОРЫЕ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ**

Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова (Россия, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41);  
Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры  
(Россия, Санкт-Петербург, Лиговский пр., д. 56);  
Городской психоневрологический диспансер № 7 (со стационаром)  
(Россия, Санкт-Петербург, наб. реки Фонтанки, д. 132)

Выявлено отсутствие значимого влияния изолированных бинауральных ритмов на электрофизиологические показатели (параметры электроэнцефалограммы и вариабельности сердечного ритма) функционального состояния организма. В то же время изолированное применение световой сенсорной составляющей вызывает достоверный эффект отклика параметров электроэнцефалограммы и вариабельности сердечного ритма на подаваемые стимулы в индивидуальном частотном диапазоне и является действенным способом немедикаментозного изменения уровня активации для создания оптимальных условий сопровождения тренингов с использованием вербальной информации.

Ключевые слова: медицинская (клиническая) психология, психологическая коррекция, свето-звуковая стимуляция, электроэнцефалограмма, альфа-ритм, бинауральные ритмы.

---

Голуб Ярослав Валерьевич – канд. мед. наук, доц. каф. лечебной физкультуры и спорт. медицины Сев.-Зап. гос. мед. ун-та им. И.И. Мечникова (Россия, 190015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41), зав. сектором спорт. медицины и физиологии С.-Петерб. науч.-исслед. ин-та физ. культуры (Россия, 191040, Санкт-Петербург, Лиговский пр., д. 56); e-mail: 6121536@gmail.com;

Емельянов Владимир Давыдович – канд. мед. наук, канд. пед. наук, доц. кафедры семейной медицины Сев.-Зап. гос. мед. ун-та им. И.И. Мечникова (Россия, 190015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41), зав. сектором теории и методики адаптивной физ. культуры и спорта С.-Петерб. науч.-исслед. ин-та физ. культуры (Россия, 191040, Санкт-Петербург, Лиговский пр., д. 56); e-mail: turav@yandex.ru;

Красноперова Татьяна Витальевна – канд. биол. наук, ст. науч. сотр. С.-Петерб. науч.-исслед. ин-т физ. культуры (Россия, 191040, Санкт-Петербург, Лиговский пр., д. 56); e-mail: tvkbox@yandex.ru;

Курпатов Владимир Иванович – д-р мед. наук проф., зав. психотерапевт. центром, Гор. психоневрол. диспансер № 7 (со стационаром) (Россия, 190005, Санкт-Петербург, наб. реки Фонтанки, д. 132); e-mail: vikurpatov@mail.ru.

## Введение

В практике психотерапии и психологии растет интерес к использованию средств и методов изменения состояния сознания (уровня активации головного мозга) пациента для «обхода цензуры сознания», находящегося в условно ясном состоянии, чтобы усилить действенность психотерапевтических техник.

Наиболее часто с этой целью используются различные сенсорные раздражители, позволяющие отвлечь внимание на их восприятие и, при использовании определенных режимов, сформировать оптимальный уровень активации мозга для восприятия вербальной информации.

Из доступных, физиологически адекватных методов наиболее широко распространены приемы световой и звуковой стимуляции. Установлено, что наиболее целесообразна подача стимулов в осознаваемом режиме, что и позволяет переключить внимание на их восприятие и на этом фоне подавать вербальную информацию [8, 9]. В предложенных условиях последняя будет восприниматься с меньшей степенью вовлеченности внимания или осознанности, в соответствии с задачами психологической коррекции.

Возможности и подходы к коррекции изменений эмоциональных и психофизиологических параметров функционального состояния ЦНС при направленном свето-звуковом воздействии описаны ранее [4, 10, 11].

В литературе имеется достаточно много данных, указывающих на эффективное воздействие световой стимуляции на электрическую активность мозга. Ее влияние связывают с реакцией усвоения ритма и переходом мозга на соответствующий уровень активности [12]

Известны исследования, показавшие эффективность использования так называемых бинауральных ритмов (БР) [15, 17] как одного из эффективно действующих факторов свето-звуковой стимуляции (СЗС).

Обычно БР используются не изолированно, а в составе комплексного свето-звукового воздействия, на фоне психокоррекционных аудиопрограмм или аудиопрограмм с психоактивной музыкой. Эффективность применения БР связывают с влиянием на электрическую активность мозга и соответствующим изменением уровня активности [2, 7, 18].

БР в физическом плане представляют собой два звуковых тона с небольшой разницей (от 1 до 20 Гц), подаваемые раздельно в правое и левое ухо через наушники. Например, в звуковом редакторе можно сгенерировать две синусоиды с частотой 400 и 408 Гц раздельно в правом и левом канале. При этом звуковые колебания суммируются и формируется психоакустический феномен, заключающийся в субъективном восприятии одно-

го усредненного тона, который пульсирует с частотой разницы, в данном примере равной 8 Гц [1, 13].

По некоторым литературным данным, бинауральные ритмы используются для усиления эффекта входа в заданное состояние сознания и подаются синхронно со световыми импульсами [14, 16].

Однако в доступной литературе мы не нашли исследований, демонстрирующих прямое влияние изолированного воздействия БР на параметры электроэнцефалографии (ЭЭГ) и информацию об удельном вкладе влияния различных составляющих СЗС на некоторые электрофизиологические показатели ЭЭГ и вариабельность сердечного ритма (ВСР).

*Цель исследования:* установить предполагаемый эффект влияния изолированного воздействия БР, а также провести сравнение эффективности модулирующих воздействий СЗС для оценки степени вклада каждой сенсорной составляющей (отдельно БР и световой стимуляции (СС)) на характеристики ЭЭГ (альфа-ритма) и ВСР.

### **Материалы и методы**

При формировании дизайна исследования исходили из известных данных литературы, указывающих на эффективность воздействия световой стимуляции при конечной задаче модификации основного ритма ЭЭГ в необходимом направлении.

Для регистрации и анализа ЭЭГ использовали прибор «Нейрон-Спектр-2» с использованием 18 каналов. Наложение электродов проводилось по общепринятой схеме «10–20». Оценка реакции на воздействие световых и звуковых стимулов велась по степени изменения амплитуды ритма ЭЭГ [6].

Для генерации световых импульсов использовали свето-звуковую приставку «Лингвостим» с многоцветными RedGreenBlue-светодиодами. Для генерации изолированных бинауральных ритмов использовали программное обеспечение Audacity на персональном компьютере. Все пробы (с различными воздействиями) проводили с экспозицией 6 мин. Перерыв между воздействиями составлял не менее 6 мин.

Была проведена серия исследований с участием 8 относительно здоровых добровольцев – лиц мужского пола в возрасте от 23 до 45 лет (в группе были врачи-ординаторы, научные сотрудники при наличии добровольного информированного согласия). Из исследования исключались лица с пароксизмальными состояниями различного характера в анамнезе. Исследование проводилось в состоянии спокойного бодрствования в услови-

ях сенсорной депривационной камеры при одинаковых метрологических характеристиках внешней среды.

Одновременно оценивали показатели ВСП для расширения возможности оценки функционального состояния организма обследуемого в каждой серии исследований в фоновом состоянии перед воздействием и по завершении воздействия. Интервалокардиографию проводили в течение 5 мин в положении сидя, регистрируя ЭКГ во II стандартном отведении, используя для этих целей прибор «Варикард» (модель ВК 3.0, г. Рязань) и программы «Эским-6».

При временном анализе вариабельности сердечного ритма рассчитывали: среднюю длительность интервалов R–R, мс (обратную величину этого показателя – среднюю ЧСС, уд/мин); SDNN, мс – стандартное отклонение полного массива кардиоинтервалов; АМо, % – амплитуду моды или число кардиоинтервалов, соответствующих значению моды (диапазону значений наиболее часто встречающихся кардиоинтервалов) в процентах к объему выборки. Определяли стресс-индекс SI (усл. ед.), или индекс напряжения регуляторных систем.

На основании спектрального частотного анализа ВСП характеризовали периодические изменения частоты синусового ритма. При спектральном анализе колебаний длительности интервалов R–R изучали мощность в диапазоне высоких частот (High Frequency, HF, мс<sup>2</sup>), мощность в диапазоне низких частот (Low Frequency, LF, мс<sup>2</sup>), мощность в диапазоне очень низких частот (Very Low Frequency, VLF, мс<sup>2</sup>) и показатель TP – суммарную мощность спектра, определяющуюся как сумму мощностей в диапазонах HF, LF, VLF.

Исследование проводилось в два этапа. На предварительном этапе исследования испытуемым предъявлялись СС зеленого и красного цветов с частотой 8–12 Гц с шагом 0,5 Гц на фоне регистрации ЭЭГ. Для каждого испытуемого проводилось 6 повторных воздействий с оценкой исследуемых параметров.

Выбор изучаемого диапазона был обусловлен тем фактом, что реакция усвоения ритма при фотостимуляции отмечается на пиковой частоте, близкой к индивидуальной пиковой частоте альфа-ритма в фоне, что вызывает увеличение амплитуды ритма ЭЭГ в этом диапазоне частот [5].

Выделяли частоту СС, которая вызывала максимальный эффект в виде достоверного ( $p < 0,05$ ) усиления амплитуды ритма соответствующей частоты на ЭЭГ. Выраженный эффект зафиксирован в результате воздействия зеленым цветом с индивидуальной частотой, близкой к частоте фо-

нового альфа-ритма (как правило, в диапазоне 9–11 Гц). По сравнению с другими частотами альфа-диапазона и воздействием красным цветом, это приводит систему кардиорегуляции к перестройке в виде снижения ( $p < 0,05$ ) энергодефицитного состояния и нормализации кардиорегуляторных процессов, о чем свидетельствует снижение мощности LF-волн и увеличение мощности VLF-волн спектра.

На следующем этапе исследования при оценке воздействия БР выбрали частоту последних, соответствующую максимально эффективной частоте СС в отношении каждого испытуемого индивидуально. В качестве несущей частоты во всех случаях использовались синусоидальные колебания 247 Гц. Такая несущая частота была выбрана потому, что имеются данные о психоакустическом воздействии данной частоты – вызывает комфортное умиротворенное состояние [1].

Анализ данных производился с помощью стандартных методов статистической обработки с использованием программного обеспечения для персональных компьютеров в программе SPSS. Результаты исследования обрабатывали методом количественного анализа с определением различий между результатами для зависимых выборок [3]. Динамика индивидуальных показателей различия оценивались по критерию Вилкоксона.

### **Результаты и их обсуждение**

Предварительный этап исследования показал, что наибольшей эффективностью воздействия в виде усиления амплитуды альфа-ритма обладала частота от 8 до 12 Гц (рис. 1). Также отмечался индивидуальный максимум спектра мощности в указанном диапазоне для каждого испытуемого. Одновременно выделенная частота воздействия коррелировала с достоверными изменениями показателей ВСР. Поскольку показатели ВСР отличаются большой индивидуальной вариативностью и их усредненный анализ затруднен, то в таблице представлены индивидуальные показатели испытуемого С. при 6-кратных повторах изучаемых воздействий.



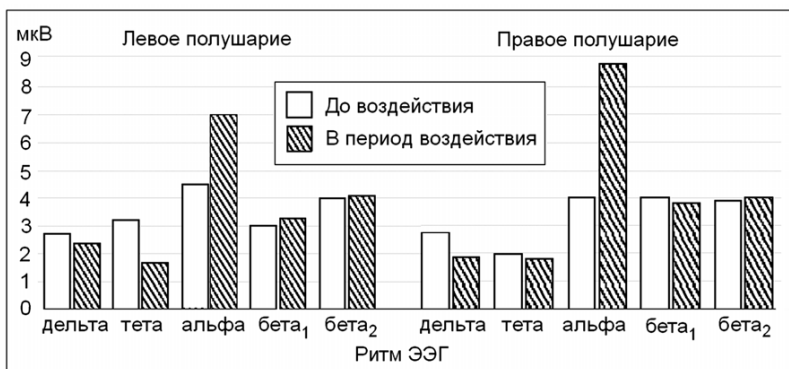


Рис. 1. Динамика амплитуды ритмов ЭЭГ на примере затылочных отведений в фоне до и в процессе модулирующего воздействия СС

Показатели ВСР испытуемого С., при изолированном и сочетанном воздействии БР и СС

Вид воздействия	Количество	Значение показателей кардиоинтервалографии, М								
		ЧСС уд/мин	SDNN мс	V %	AMo %	SI у. е.	TP мс <sup>2</sup>	HF мс <sup>2</sup>	LF мс <sup>2</sup>	VLF мс <sup>2</sup>
Фон	6	78	24,5	3,2	73	243	1065,9	359,8	388,9	177,5
СС	6	77	40,2	4,8	66	199	1180,2	420,0	210,1	286,1
Фон	6	79	24,8	2,9	86	333	1092,1	328,3	315,6	264,3
БР	6	77	27,9	3,7	64	288	994,1	331,2	298,0	179,9
Фон	6	78	23,3	3,1	65	351	993,3	358,1	317,9	177,3
СС+БР	6	77	28,1	3,7	64	231	1009,0	391,4	351,2	166,4

Предъявление изолированных БР проводилось для каждого испытуемого в соответствии с выявленной на предварительном этапе частотой индивидуально в диапазоне от 8 до 12 Гц. Предъявление изолированных БР не вызывало достоверных значимых изменений показателей ЭЭГ (рис. 2), индивидуальных перестроек спектра мощности.

Бинауральный режим воздействия не приводит к достоверным сдвигам по ряду исследуемых параметров ВСР (см. таблицу). Таким образом, энергодефицитное состояние, наблюдаемое в покое у испытуемого, не изменяется под воздействием бинауральных волн. Снижение общей мощности спектра TP происходит за счет снижения мощности волн HF и LF, но сдвиги статистически не значимые, что приводит к сохранности энергодефицитного состояния.

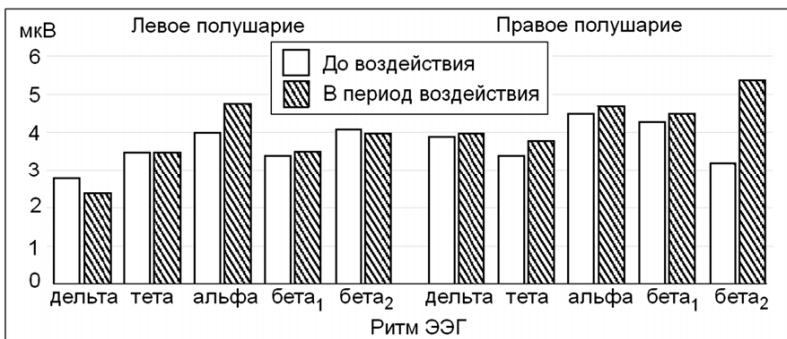


Рис. 2. Динамика амплитуды ритмов ЭЭГ на примере затылочных отведений в фоне до и в процессе модулирующего воздействия БР

Результаты исследования позволили сформулировать гипотезу дальнейшего поиска эффективно действующих частот БР, вызывающих изменения на ЭЭГ в пределах изучаемого диапазона. В связи с чем в дальнейшем применяли стимуляцию БР с частотой 8–12 Гц с шагом 1 Гц. Однако предъявление изолированных БР в расширенном диапазоне альфа-ритма не вызвало достоверных значимых изменений показателей ЭЭГ и ВСР.

На следующем этапе применяли сочетанное использование СС и БР с частотой, имеющей максимальный отклик на ЭЭГ.

По сравнению с изолированным воздействием СС получено незначительное усиление амплитуды (рис. 3) альфа-ритма и недостоверные ( $p > 0,05$ ) изменения параметров ВСР. Также не выявили увеличения индивидуальных перестроек спектра мощности.

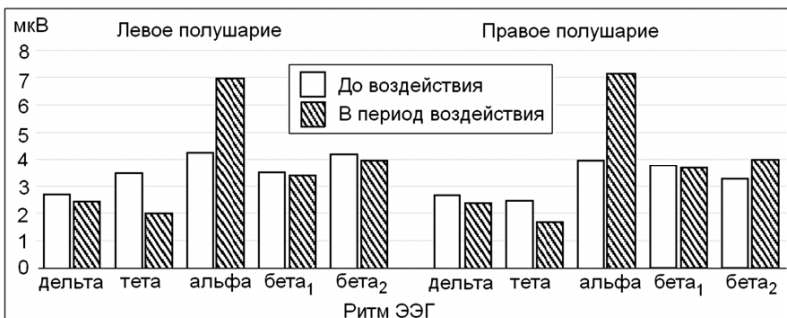


Рис. 3. Динамика амплитуды ритмов ЭЭГ на примере затылочных отведений в фоне до и в процессе модулирующего воздействия одновременно СС и БР

После завершения процедур стимуляции возвращение испытуемых в обычное состояние сознания сопровождалось быстрым восстановлением исходной фоновой картины биоэлектрической активности мозга. По окончании обследования всеми субъектами было отмечено, что на время наблюдений они сохраняли нормальный уровень сенсорной восприимчивости и не испытывали каких-либо признаков нарушения функций внимания и памяти.

Полученные данные свидетельствуют об отсутствии значимого влияния БР на электрофизиологические показатели (параметры ЭЭГ и ВСР) функционального состояния организма. В то же время изолированное применение световой сенсорной составляющей вызывает достоверный эффект отклика параметров ЭЭГ и ВСР на подаваемые стимулы в индивидуальном частотном диапазоне и является действенным способом немедикаментозного изменения уровня активации для создания оптимальных условий сопровождения тренингов с использованием вербальной информации.

Субъективно воздействие БР воспринималось как нечто новое, что при отсутствии электрофизиологических коррелятов будет оказывать эффект на уровне плацебо, самовнушения, а направленность эффекта БР будет определяться установками психолога или психотерапевта.

После применения световой и звуковой стимуляции показатели ЭЭГ и ВСР возвращаются к фоновым значениям, что свидетельствует об отсутствии значимого структурно-функционального следа от проводимого воздействия.

### **Заключение**

Таким образом, при использовании свето-звуковой стимуляции главенствующая роль принадлежит световой стимуляции, которая вызывает положительные изменения на ЭЭГ, способствует активации зрительной коры и продуцированию образов, формированию спокойного умиротворенного состояния, что с успехом может быть использовано психотерапевтами для формирования позитивных установок. Наиболее оптимальным является режим подбора специальных параметров световой стимуляции под аудиозаписи с психотренингами и музыкой.

### **Литература**

1. Алдошина И.А., Приттс Р. Музыкальная акустика. – М. : Композитор, 2006. – 720 с.

2. Асташко С.Э., Сысоев В.Н., Чудаков А.Ю. Бинауральная синхронизация работы полушарий мозга как эффективный способ коррекции функционального состояния организма военнослужащих // Вестн. Рос. Воен.-мед. акад. – 2007. – Приложение: Актуальные вопросы, клиники, диагностики и лечения. – С. 56–61.
3. Боровиков В.И. Statistica: искусство анализа данных на компьютере. – СПб. [и др.] : Питер, 2003. – 688 с.
4. Голуб Я.В., Шелков О.М., Дроздовский А.К. Свето-звуковая стимуляция и психотренинг в спорте (практ. руководство). – СПб. : СПбНИИФК, 2009. – 54 с.
5. Деревянкин В.Т. Генераторы ритмической активности ЭЭГ. – URL: <http://www.psychology.ru/lomonosov/tesises/do.html>.
6. Зенков И.Р. Клиническая электроэнцефалография (с элементами эпипелтологии). – М. : Медпресс-Информ, 2001. – 368 с.
7. Калачев А.А. Физиологическое обоснование использования бинаурального резонансного воздействия на центральную нервную систему для повышения работоспособности человека-оператора : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2011. – 20 с.
8. Квасовец С.В., Безносюк Е.В., Дмитриев С.П. [и др.]. Психотерапия пограничных психических и психосоматических расстройств с использованием современных технических психодиагностических и психокоррекционных средств : пособие для врачей. – М., 1997. – 33 с.
9. Кроль Л.М., Пуртова Е.А. Методы современной психотерапии. – М. : Класс, 2000. – 480 с.
10. Смирнов В.М., Резникова Т.М., Губачев Ю.М., Дорничев В.М. Мозговые механизмы психофизиологических состояний. – Л. : Наука, 1989. – 148 с.
11. Таймазов В.А., Голуб Я.В. Психофизиологическое состояние спортсмена: методы оценки и коррекции. – СПб. : Олимп СПб, 2004. – 399 с.
12. Федотчев А.И., Бондарь А.Т. Резонансные явления в ЭЭГ человека при прерывистой фотостимуляции // Сравнительная физиология ВНД человека и животных. – М. : МГУ, 1988. – С. 96–98.
13. Шостак В.И. Природа наших ощущений. – М. : Просвещение, 1983. – 127 с.
14. Le Scouarnec R.P., Poirier R.M., Owens J.E. [et al.]. Use of binaural beat tapes for treatment of anxiety: a pilot study of tape preference and outcomes // Altern. Ther. Health Med. – 2001. – Vol. 7, N 1. – P. 58–63.
15. Mann J. Awakening Mind I (Creating sound and light sessions on advanced programmable mind machines). – USA : Enlightened Enterprises, 2005. – 92 p.
16. Padmanabhan R., Hildreth A.J., Laws D. A prospective, randomised, controlled study examining binaural beat audio and pre-operative anxiety in patients undergoing general anaesthesia for day case surgery // Anaesthesia. – 2005. – Vol. 60, N 9. – P. 874–877.
17. Siever D. The rediscovery of audio-visual entrainment technology. Comp-tronic Devices Limited. – Edmonton, Alberta, Canada, 2000. – 116 p.

18. Siever D. Audio-visual entrainment: history, physiology, and clinical studies // Handbook of Neurofeedback. – Binghamton : The Haworth Medical Press, 2007. Chapter 7: Dynamics and Clinical Applications. – P. 155–183.

**Golub Y.V., Emelianov V.D., Krasnoperova T.V., Kurpatov V.I.** Analiz vozdeistviya sveto-zvukovoi stimulyatsii na nekotorye elektrofiziologicheskie pokazateli [An analysis of light and sound stimulation impact on some electrophysiological parameters]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 54. P. 140–151.

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov  
(Russia, Saint-Petersburg, Kirochnaya Str., 41);  
Saint-Petersburg scientific research institute of physical culture  
(Russia, Saint-Petersburg, Ligovski Av., 56);  
Department of Social Psychiatry and Psychology N 7 Saint-Petersburg  
(Russia, Saint-Petersburg, Embank. Fontanka, 132)

**Abstract.** The absence of significant influence isolated Binaural-rhythms on the electro physiological parameters (parameters of the electroencephalogram and heart rate variability) functional state of the organism. At the same time isolated application of light component is significant effect of the response parameters of electroencephalogram and heart rate variability on incentives supplied in individual frequency and is an effective non-drug way to change the level of activation to create optimal conditions for the training of accompanying-using verbal information.

**Keywords:** medical (clinical) psychology, psychological correction, light and sound stimulation, electroencephalogram, the alpha rhythm, binaural beats.

Golub Yaroslav Valerievich – PhD Med. Sci., Associate Prof. department physical culture and sports medicine North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (Russia, 190015, Saint-Petersburg, Kirochnaya Str., 41), Head sports medicine and physiology department Saint-Petersburg scientific research institute of physical culture (Russia, 191040, Saint-Petersburg, Ligovski Av., 56); 6121536@gmail.com

Emelianov Vitaliy Davidovich – PhD Med. Sci., PhD Educat. Sci., Associate Prof. department family medicine North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (Russia, 190015, Saint-Petersburg, Kirochnaya Str., 41), Head theory adaptive physical culture department Saint-Petersburg scientific research institute of physical culture (Russia, 191040, Saint-Petersburg, Ligovski Av., 56); tupaev@yandex.ru

Krasnoperova Tatiana Vitalievna – PhD Biol. Sci., Senior Research Associate theory adaptive physical culture department Saint-Petersburg scientific research institute of physical culture (Russia, 191040, Saint-Petersburg, Ligovski Av., 56); tvkbox@yandex.ru

Kurpatov Vladimir Ivanovich – Dr. Med. Sci. Prof., Head psychotherapeutic center Department of Social Psychiatry and Psychology N 7 Sankt-Petersburg (Russia, 190005, Sankt-Petersburg, Embank. Fontanka, 132); e-mail: vikurpatov@mail.ru.

## References

1. Aldoshina I.A., Pritts P. Musical'naya akustika [Musical acoustic]. Moskva. 2006. 720 p. (In Russ.)
2. Astashko S.E., Sysoev V.N., Chudakov A.Yu. Binaural'naya sinkhronizatsiya raboty polusharii mozga kak effektivnyi sposob korrektsii funktsional'nogo sostoyaniya organizma voennosluzhashchikh [Binaural synchronization of the hemispheres of the brain as an effective way of correcting the functional state of the organism troops]. *Vestnik Rossiyskoy voenno-meditsinskoy akademii* [The bulletin of Russian Military Medical Academy]. 2007. Application: Aktual'nye voprosy, kliniki, diagnostiki i lecheniya [Actual questions of clinic, diagnostics and treatment]. Pp. 56–61. (In Russ.)
3. Borovikov V.I. Statistika: isskustvo analiza danih na kompiutere [Statistica: The art of data analysis on a computer]. Sankt-Peterburg. 2003. 688 p. (In Russ.)
4. Golub Ya.V., Shelkov O.M., Drozdovskii A.K. Sveto-zvukovaya stimulyatsiya i psikhotrening v sporte [Light-and-sound stimulation and psycho training in sports]. Sankt-Peterburg. 2009. 54 p. (In Russ.)
5. Derevyankin V.T. Generatory ritmicheskoi aktivnosti EEG [EEG rhythmic activity generators]. URL: <http://www.psychology.ru/lomonosov/tesises/do.html>. (In Russ.)
6. Zenkov I.P. Klinicheskaya elektroentsefalografiya (s elementami epileptologii) [Clinical electroencephalography (with elements epileptology)]. Moskva. 2001. 368 p. (In Russ.)
7. Kalachev A.A. Fiziologicheskoe obosnovanie ispol'zovaniya binaural'nogo rezonansnogo vozdeistviya na tsentral'nyu nervnyu sistemu dlya povysheniya rabotosposobnosti cheloveka-operatora [Physiological study on the use of binaural resonance effects on the central nervous system-mu to improve performance of the human operator] : Abstract dissertation PhD Med. Sci. Volgograd, 2011. 20 p. (In Russ.)
8. Kvasovets S.V., Beznosyuk E.V., Dmitriev S.P. [et al.]. Psikhoterapiya pogranichnykh psikhicheskikh i psikhosomaticheskikh rasstroistv s ispol'zovaniem sovremennykh tekhnicheskikh psikhodiagnosticheskikh i psikhokorrektsionnykh sredstv [The psychotherapy of borderline mental and psychosomatic disorders using modern psycho and psycho-hokorrektsionnyh funds: Guide for physicians]. Moskva. 1997. 33 p. (In Russ.)
9. Krol' L.M., Purtova E.A. Metody sovremennoi psikhoterapii [Methods of modern psychotherapy]. Moskva. 2000. 480 p. (In Russ.)
10. Smirnov V.M., Reznikova T.M., Gubachev Yu.M., Dornichev V.M. Mozgove mekhanizmy psikhofiziologicheskikh sostoyanii [Brain mechanisms of psycho-physiological states]. Leningrad. 1989. 148 p. (In Russ.)
11. Taimazov V.A., Golub Ya.V. Psikhofiziologicheskoe sostoyanie sportsmena [Psycho-physiological state sportsmen]. Sankt-Peterburg. 2004. 399 p. (In Russ.)
12. Fedotchev A.I., Bondar A.T. Rezonansnie yavleniya v EEG cheloveka pri prerivistoy fotostimulyatsii [Resonance phenomena in human EEG during intermittent photic stimulation]. Moskva. 1988. Pp. 96–98. (In Russ.)
13. Shostak V.I. Priroda nashikh oshchushchenii [Nature of our sensations]. Moskva. 1983. 127 p. (In Russ.)

14. Le Scouarnec R.P., Poirier R.M., Owens J.E. [et al.]. Use of binaural beat tapes for treatment of anxiety: a pilot study of tape preference and outcomes. *Altern. Ther. Health Med.* 2001. Vol. 7, N 1. Pp. 58–63.

15. Mann J. Awakening Mind I (Creating sound and light sessions on advanced programmable mind machines). USA : Enlightened Enterprises. 2005. 92 p.

16. Padmanabhan R., Hildreth A.J., Laws D. A prospective, randomised, controlled study examining binaural beat audio and preoperative anxiety in patients undergoing general anaesthesia for day case surgery. *Anaesthesia.* 2005. Vol. 60, N 9. Pp. 874–877.

17. Siever D. The rediscovery of audio-visual entrainment technology. Comp-tronic Devices Limited. Edmonton, Alberta, Canada, 2000. 116 p.

18. Siever D. Audio-visual entrainment: history, physiology, and clinical studies. Handbook of Neurofeedback. Binghamton : The Haworth Medical Press. 2007. Chapter 7: Dynamics and Clinical Applications. Pp. 155–183.

Received 27.04.2015

УДК 159.9 : 616.89-053.4 (470.324)

**В.И. Попов, Т.А. Бережнова,  
Я.В. Кулинцова**

## **УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 8–12 ЛЕТ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ**

Воронежский государственный медицинский университет  
им. Н.Н. Бурденко (Россия, г. Воронеж, ул. Студенческая, д. 10)

Приведены оценки показателей детской тревожности, полученные в результате анкетирования 368 учащихся 3–4 классов (8–12 лет) школьных образовательных учреждений городской и сельской местности Воронежской области. Оценка тревожности у детей в общей группе, у мальчиков и девочек, обучающихся в г. Воронеже и Воронежской области, была статистически выше нормативной оценки по тесту. Региональных и гендерных различий в абсолютных по-

---

Попов Валерий Иванович – д-р мед. наук, проф. зав. каф. общ. гигиены, Воронеж. гос. мед. ун-т им. Н.Н. Бурденко (Россия, 394036, г. Воронеж, ул. Студенческая, д. 10); e-mail: 9038504004@mail.ru;

Бережнова Татьяна Александровна д-р мед. наук, проф. каф. медицины катастроф и безопасности жизнедеятельности, Воронеж. гос. мед. ун-т им. Н.Н. Бурденко (Россия, 394036, г. Воронеж, ул. Студенческая, д. 10); e-mail: berezhnova-tatjana@rambler.ru;

Кулинцова Яна Викторовна – аспирант каф. медицины катастроф и безопасности жизнедеятельности, Воронеж. гос. мед. ун-т им. Н.Н. Бурденко (Россия, 394036, г. Воронеж, ул. Студенческая, д. 10); e-mail: kulintsova@mail.ru.

казателях тревожности у обследованных детей не обнаружено. Региональный анализ результатов исследования показал практически одинаковое распределение уровней тревожности у детей мегаполиса (г. Воронеж) и региона. 14 % детей в мегаполисе и 12 % детей региона имели высокие и низкие показатели тревожности. Эти дети могут представлять группы риска развития психогенных расстройств и социальных отклонений в поведении и нуждаются в психолого-педагогическом наблюдении и индивидуальных психокоррекционных мероприятиях.

Ключевые слова: медицинская (клиническая) психология, тревожность, дети, школьные образовательные учреждения.

### **Введение**

Тревожность – переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием неблагоприятия, с предчувствием грозящей опасности [стр. 500, 2]. Различают тревожность как эмоциональное состояние и как устойчивое свойство, черту личности или темперамента. В отечественной психологической литературе это различие зафиксировано соответственно в понятиях «тревога» и «тревожность».

Следует отметить, что тревожность и тревога – не одно и то же, поэтому для понимания их сути необходимо указать различия в функциональном значении тревоги и тревожности. Исследования данного вопроса свидетельствуют, что тревога способствует успешной деятельности в относительно простых для индивида ситуациях и препятствует и даже ведет к полной дезорганизации деятельности – в сложных. Тревожность как сигнал об опасности привлекает внимание к возможным трудностям в определенной ситуации и может препятствовать достижению цели. Поэтому тревожность позволяет мобилизовать силы человека для наиболее успешного преодоления ситуации. Следовательно, тревожность необходима для эффективного приспособления к действительности. Но повышенная тревожность, как и чрезмерно низкая, представляют собой дезадаптивную реакцию, проявляющуюся в общей дезорганизованности поведения и деятельности [3, 6].

В свою очередь, тревога рассматривается как эмоциональное состояние, а тревожность – как устойчивое личностное образование, обозначающее все явления в целом. Некоторый уровень тревожности в норме свойственен всем людям и является необходимым для оптимального приспособления человека к действительности. Наличие тревожности как устойчивого образования – свидетельство нарушений в личностном развитии. Она мешает нормальной деятельности, полноценному общению. Тревожность также рассматривается как эмоционально-личностное образование, кото-



рое, как всякое сложное психологическое образование, имеет когнитивный, эмоциональный и операциональный аспекты.

Тревожность является основополагающей характеристикой личности человека, определяющей развитие психосоматических и соопатических расстройств. Общеизвестно, что наиболее уязвимой группой населения являются дети и среди них школьники в возрасте от 8 до 12 лет [1, 4, 5].

Обычно для разработки нормативных показателей психологических тестов по оценке психических качеств используется население мегаполисов, в которых расположено наибольшее количество научных учреждений и в которых работают большинство психологов.

*Цель исследования* – провести оценку детской тревожности у детей 8–12 лет, обучающихся в школьных образовательных учреждениях в мегаполисе (г. Воронеж) и сельской местности Воронежской области.

### **Материалы и методы**

Для оценки тревожности использовали детский вариант шкалы явной тревожности (CMAS – The Children's Form of Manifest Anxiety Scale). Шкала для детей предназначена для выявления тревожности как относительно устойчивого образования у детей 8–12 лет. Шкала разработана американскими психологами А. Castaneda, B.R. McCandless, D.S. Palermo в 1956 г. на основе шкалы тревожности (Manifest Anxiety Scale) Дж. Тейлор (Taylor J.A., 1953), предназначенной для взрослых.

В России адаптация детского варианта шкалы проведена и опубликована А.М. Прихожан [6]. Детский вариант шкалы доказывает достаточно высокую клиническую валидность и продуктивность ее применения для широкого круга профессиональных задач. Шкала прошла стандартную психометрическую проверку, в которой участвовали около 1600 школьников 7–12 лет из различных регионов страны.

### **Результаты и их анализ**

Обследовали 368 детей в возрасте от 8 до 12 лет – учащиеся 3–4 классов школ городской и сельской местности Воронежской обл. на индивидуальных бланках (табл. 1). Девочки составили 57 %, мальчики – 43 %.

Подсчет данных производился по контрольной шкале – субшкале «социальной желательности». Полученная сумма баллов представляла собой первичную или «сырую» оценку. Первичная оценка в последствии была переведена в шкальную, в свою очередь в качестве шкальной оценки использовалась стандартная десятка («стены»). Для этого данные респон-

дента сопоставлялись с нормативными показателями группы детей соответствующего возраста и пола.

Таблица 1  
Демографические данные обследованных детей

Регион	Мальчики	Девочки	Всего
г. Воронеж	44	50	94
Воронежская обл.			
г. Бобров	36	62	98
пос. Панино	36	46	82
пос. Хохол	42	52	94
Общая группа	158	210	368

Результаты исследования проверены на нормальность распределения. Сходство (различия) показателей тревожности в группах определяли при помощи t-критерия Стьюдента.

### Результаты и их анализ

На первом этапе исследования из 368 анкет было выявлено 2 единичных случая с сомнительным результатом, что в значительной степени свидетельствует о затрудненности выбора, трудностях в принятии решения, попытке уйти от ответа, то есть является показателем скрытой тревожности.

Оценка тревожности у детей в общей группе, у мальчиков и девочек, обучающихся в г. Воронеже и Воронежской области, была статистически выше нормативной оценки по тесту. Региональных и гендерных различий в абсолютных показателях тревожности у обследованных нами детей не обнаружено (табл. 2).

Таблица 2  
Оценка показателей тревожности детей ( $M \pm m$ ), балл

Группа	г. Воронеж (1)	Воронежская обл. (2)	Нормативная группа по тесту (3)	$p < 0,05$
Общая (О)	$5,8 \pm 0,5$	$5,85 \pm 0,6$	$3,75 \pm 0,2$	1/3; 2/3
Мальчики (М)	$5,6 \pm 0,4$	$6,1 \pm 0,7$	$3,4 \pm 0,2$	1/3; 2/3
Девочки (Д)	$6,0 \pm 0,7$	$5,6 \pm 0,4$	$4,1 \pm 0,3$	1/3; 2/3

В соответствии со шкальной оценкой полное отсутствие тревожности или «чрезмерное спокойствие» (может иметь или не иметь защитного характера) – было выявлено у 26 детей, или 7 % от общей группы (табл. 3).

Низкий уровень тревожности был у 116 детей (53 %). Полагаем, что он являлся необходимым условием для адаптации и продуктивной деятельности детей. Средний уровень тревожности определился у 116 детей (32 %). 12 детей, или 3 % имели высокий уровень тревожности. Очень высокий уровень тревожности был обнаружен у 18 детей (5 %). Группу риска возникновения психических и психосоциальных расстройств составили дети с высоким и очень высоким уровнем тревожности, а также с полным отсутствием тревожности. В мегаполисе таких детей было 14 %, в регионе – 12 %.

Таблица 3

Оценка уровней тревожности у детей

Группа	Уровень тревожности, n (%)					Всего
	отсутствие	низкий	средний	высокий	очень высокий	
г. Воронеж	10 (10)	48 (52)	28 (30)	4 (4)	4 (4)	94 (100)
Воронежская обл.	16 (6)	148 (54)	88 (32)	8 (3)	14 (5)	274 (100)
Общая группа	26 (7)	196 (53)	116 (32)	12 (3)	18 (5)	368 (100)

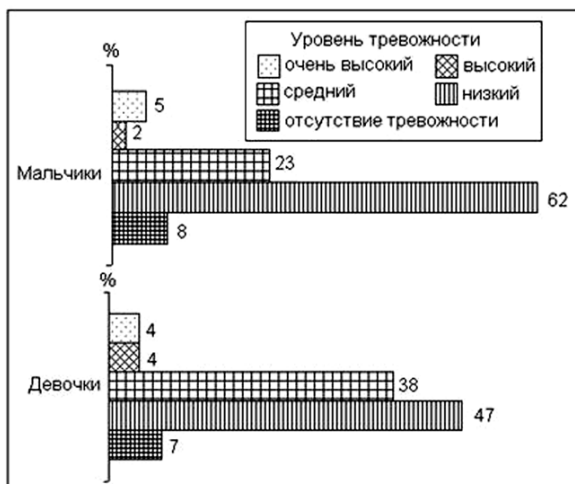
Региональный анализ результатов исследования показал практически одинаковое распределение уровней тревожности у детей мегаполиса (г. Воронеж) и региона (Воронежская обл.). Эти дети представляют группы риска развития психогенных расстройств и социальных отклонений в поведении и нуждаются в психолого-педагогическом наблюдении и индивидуальных психокоррекционных мероприятиях.

У мальчиков полное отсутствие тревожности было отмечено у 12 (8 %), низкий уровень – у 98 (62 %), средний уровень – у 36 (23 %), высокий уровень тревожность наблюдалась у 4 (2%), очень высокий – у 8 (5 %) (рисунок). Таким образом, в нашем исследовании группу риска для проведения психокоррекционных мероприятий составили 24 мальчика.

У девочек полное отсутствие тревожности было отмечено у 14 (7 %), низкий уровень – у 98 (47 %), средний уровень – у 80 (38 %), высокий уровень тревожность наблюдалась у 8 (4 %), очень высокий – у 10 (4 %) (см. рисунок). Группу риска для проведения психокоррекционных мероприятий составили 32 девочки.

Проведенные исследования показали практически аналогичные полярные показатели тревожности (отсутствие тревожности, высокий и очень высокий уровень тревожности) у мальчиков и девочек, на проявления которых следует обращать внимание психологов, водителей и педагогов. Оказалось также, что мальчики имели чаще, чем девочки низкий уро-

вень тревожности ( $p < 0,05$ ), а девочки – чаще средний уровень тревожности ( $p < 0,01$ ), что вполне закономерно и отражает гендерные особенности развития детей.



Уровни тревожности у мальчиков и девочек

### Заключение

Оценка тревожности у детей в общей группе, у мальчиков и девочек, обучающихся в г. Воронеже и Воронежской области, была статистически выше нормативной оценки по тесту. Для объяснения данного феномена требуются дополнительные исследования. Региональных и гендерных различий в абсолютных показателях тревожности у обследованных нами детей не обнаружено.

Исследования выявили практически одинаковое распределение уровней тревожности у детей мегаполиса (г. Воронеж) и региона (Воронежская обл.). 14 % детей в мегаполисе и 12 % детей региона имели высокие и низкие показатели тревожности. Эти дети могут представлять группы риска развития психогенных расстройств и социальных отклонений в поведении и нуждаются в психолого-педагогическом наблюдении и индивидуальных психокоррекционных мероприятиях.

## Литература

1. Астапов В.М. Тревожность у детей. – 2-е изд. – СПб. [и др.] : Питер, 2004. – 224 с.
2. Большой психологический словарь / под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. – СПб., 2003. – 632 с.
3. Захаров А.И. Дневные и ночные страхи у детей. – СПб., 2000. – 56 с.
4. Микляева А.В., Румянцева П.В. Школьная тревожность: диагностика, профилактика, коррекция. – СПб. : Речь, 2007. – 246 с.
5. Пасечник Л.В. Коррекция тревожности и гиперактивности в детском возрасте. – М.: Сфера, 2007. – 110 с.
6. Прихожан А.М. Психология тревожности: дошкольный и школьный возраст. – 2-е изд. – СПб., 2009. – 108 с.

**Popov V.I., Berezhnova T.A., Kulintsova Y.V.** Uroven' trevozhnosti u detei v vozraste 8–12 let Voronezhskoi oblasti [The level of anxiety in children aged 8–12 years Voronezh region]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 54. P. 151–158.

Voronezh State Medical University  
(Russia, Voronezh, Studencheskaya Str., 10)

Abstract. The estimations of indicators of child anxiety, resulting from a survey of 368 students grades 3–4 (8–12 years) school of educational institutions in urban and rural areas of the Voronezh region. Assessment of anxiety in children in the group of boys and girls enrolled in the city of Voronezh and the Voronezh region, was statistically higher than the normative assessment of the test. Regional and gender differences in absolute figures of anxiety in children surveyed were found. A regional analysis of the results showed an almost equal distribution of levels of anxiety in children of the metropolis (Voronezh) and of the region. 14 % of children in the city and 12 % of children in the region had high and low levels of anxiety. These children may represent a risk group for the development of psychogenic disorders and social behavior problems and are in need of psychological-pedagogical observation and individual psycho-corrective activities.

Keywords: medical (clinical) psychology, anxiety, children, school, educational institution.

Popov Valerii Ivanovich – Dr. Med. Sci. Prof., Head of Department of General Hygiene, Voronezh State Medical University (Russia, 394036, Voronezh, Studencheskaya Str., 10); e-mail: 9038504004@mail.ru;

Berezhnova Tat'yana Aleksandrovna – Dr. Med. Sci., Prof. of Department of Disaster Medicine and Life Safety, Voronezh State Medical University (Russia, 394036, Voronezh, Studencheskaya Str., 10); e-mail: berezhnova-tatjana@rambler.ru;

Kulintsova Yana Viktorovna – PhD Student of Department of General Hygiene, Voronezh State Medical University (Russia, 394036, Voronezh, Studencheskaya Str., 10); e-mail: kulintsova@mail.ru.

### References

1. Astapov V.M. Trevozhnost' u detei [Anxiety in children]. Sankt-Peterburg. 2004. 224 p. (In Russ.)
2. Bol'shoi psikhologicheskii slovar' [Great psychological dictionary]. Eds.: B.G. Meshcheryakov, V.P. Zinchenko. Sankt-Peterburg. 2003. 632 p. (In Russ.)
3. Zakharov A.I. Dnevnye i nochnye strakhi u detei [Daytime and night terrors in children]. Sankt-Peterburg. 2000. 56 p. (In Russ.)
4. Miklyaeva A.V., Rumyantseva P.V. Shkol'naya trevozhnost': diagnostika, pro-filaktika, korrektsiya [School anxiety: diagnosis, prevention, correction]. Sankt-Peterburg. 2007. 246 p. (In Russ.)
5. Pasechnik L.V. Korrektsiya trevozhnosti i giperaktivnosti v detskom vozraste [Correction of anxiety and hyperactivity in children]. Moskva. 2007. 110 p. (In Russ.)
6. Prikhozhan A.M. Psikhologiya trevozhnosti: doshkol'nyi i shkol'nyi vozrast [Psychology anxiety: preschool and school age]. Sankt-Peterburg. 2009. 108 p. (In Russ.)

Received 14.05.2015



**ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ»**  
Редакционная коллегия

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

**Уважаемые коллеги!**

Учредителями журнала «Вестник психотерапии» являются Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России и Международный институт резервных возможностей человека (МИРВЧ, Санкт-Петербург), издается с 1991 г. и является научным рецензируемым журналом, имеет **свидетельство о перерегистрации средства массовой информации** ПИ № ФС77-34066 от 07 ноября 2008 г., выданное Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций РФ. С 2002 г. **журнал включен в каталог Роспечати РФ (индекс–15399)** и на всей территории РФ и СНГ проводится его подписка через почтовые отделения. Журнал выпускается 4 раза в год.

**Решением Президиума ВАК Минобрнауки России** от 19.02.2010 г. № 6/6 «Вестник психотерапии» включен в Перечень научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы результаты диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук. С 2003 г. по 2006 г. журнал «Вестник психотерапии» также входил в данный Перечень научных журналов и изданий. (Бюллетень ВАК Минобрнауки № 2 от 10.01.2003 г.).

**Желающие опубликовать свои научные материалы** (статьи, обзоры, краткие информационные сообщения) **должны** представить их в редакцию журнала в 2 экземплярах в отпечатанном виде с приложением диска в текстовом редакторе WORD (не старше 2003 г.), шрифт Times New Roman, 14-й шрифт, межстрочный интервал полуторный, поля по 2,5 см с каждой стороны. Должны быть указаны фамилия, имя, отчество (полностью), ученая степень, ученое звание, должность и место работы автора (авторов), адрес (почтовый и e-mail) и телефон (телефоны). Статья должна быть подписана автором (авторами).

Материал статьи представляется по ГОСТу 7.89-2005 «Оригиналы текстовые авторские и издательские». Рекомендуемый объем статьи 10–20 стр. (28–30 строк на стр., до 70 знаков в строке). К статье должно быть приложено резюме (реферат), отражающее основное содержание работы, размером не менее ½ стр. Название статьи, реферат, ключевые слова, сведения об авторах, переводятся на английский язык. Англиязычное название места работы приводится в точном соответствии с Уставом учреждения. Диагнозы заболеваний и формы расстройств поведения следует соотносить с МКБ-10. Единицы измерений приводятся по ГОСТу 8.471-2002 «Государственная система обеспечения единства измерений. Единицы величин». Список литературы оформляется по ГОСТу 7.05.2008 «Библиографическая ссылка...». Независимо от количества авторов все они выносятся в 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 научной-практической или теоретической значимостью. Фактический материал должен быть тщательно проверен и подтвержден статистическими данными или ссылками на источники, которые приводятся в конце статьи. При несоответствии статьи указанным требованиям тексты рукописей не возвращаются.

Направление статьи в журнал является согласием автора (авторов) на размещение статьи или ее материалов (реферата, цитатных баз и др.) в отечественных и зарубежных реферативно-библиографических базах данных.

Телефон (812) 592-35-79, 923-98-01 – заместитель главного редактора журнала – кандидат психологических наук доцент Мильчакова Валентина Александровна (e-mail: vestnik-pst@yandex.ru); сайт ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России: www.arcerm.spb.ru; сайт МИРВЧ: www.mirvch.com.

**Главный редактор журнала** – доктор медицинских наук, доктор психологических наук профессор Рыбников Виктор Юрьевич (e-mail: rvikirina@gambler.ru)

**Научный редактор журнала** – доктор медицинских наук профессор Евдокимов Владимир Иванович (e-mail: 9334616@mail.ru)

Журнал «Вестник психотерапии» зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 г.

Свидетельство о перерегистрации – ПИ № ФС77-34066 от 7 ноября 2008 г. выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций.

Учредители:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России).

Главный редактор – Рыбников Виктор Юрьевич.

Научный редактор – Евдокимов Владимир Иванович.

Корректор – Устинов Михаил Евграфович.

Индекс в каталоге Роспечать РФ «Газеты. Журналы» – 15399.

Адрес редакции: 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д.11.

Адрес издательства и типографии: ООО «Политехника-сервис».

190005, г. Санкт-Петербург, Измайловский пр., д. 18-д.

тираж 1000 экз.

цена – свободная

Отпечатано в типографии «Политехника-сервис»  
с оригинала-макета заказчика.  
190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 18-д.  
Подписано в печать 20.06.2015. Печать – ризография.  
Бумага офсетная. Формат 60/84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Тираж 1000 экз.  
Объем 10 п. л. Заказ 8712.