

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

**ВЕСТНИК
ПСИХОТЕРАПИИ**

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор В.Ю. Рыбников

№ 55 (60)

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.); Т.Г. Бохан (Томск, д-р психол. наук проф.); Г.И. Григорьев (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Е.А. Колотильщикова (Санкт-Петербург, д-р психол. наук); Н.Г. Незнанов (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); Е.Л. Николаев (Чебоксары, д-р мед. наук проф.); И.А. Новикова (Архангельск, д-р мед. наук проф.); М.М. Решетников (Санкт-Петербург, д-р психол. наук проф.); Е.И. Чехлатый (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.); В.К. Шамрей (Санкт-Петербург, д-р мед. наук проф.)

Адрес редакции:

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

ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ

Научно-практический журнал

- © Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, 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 55 (60)

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.); T.G. Bohan (Tomsk, Dr. Psychol. Sci. Prof.); G.I. Grigorjev (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); E.A. Kolotilshchikova (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci.); N.G. Neznanov (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); E.L. Nikolaev (Cheboksary, Dr. Med. Sci. Prof.); I.A. Novikova (Arkhangelsk, Dr. Med. Sci. Prof.); M.M. Reshetnikov (St. Petersburg, Dr. Psychol. Sci. Prof.); E.I. Chekhlaty (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.); V.K. Shamrey (St. Petersburg, Dr. Med. Sci. Prof.)

For correspondence:

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

BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY

Research & clinical practice journal

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

© International Institute of Human Potential Abilities, 2015

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХОТЕРАПИЯ

Слабинский В.Ю.

Отечественная психотерапия во время Великой Отечественной войны (1941–1945 гг.) 7

Федоров Я.О., Семенова Н.В., Белова Е.Б., Шиканова Е.А.

Групповая психоаналитическая терапия пожилых людей: проблемы, перспективы и практический опыт 24

ПСИХИАТРИЯ

Зубарева О.В., Черная М.И.

Лечение психических расстройств у пациентов, совершивших суицидальные действия на фоне гемоконтактных вирусных инфекций ... 47

Евдокимов В.И., Тонкошкурова Л.А.

Информационный поиск и анализ структуры зарубежных диссертаций по психиатрии (1992–2014 гг.) 61

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Ермакова Н.Г.

Применение аутогенной тренировки при восстановительном лечении больных с последствиями инсульта 79

Лакомская А.В.

Психологическая помощь больным, перенесшим разные виды операций на сосудах сердца 96

Горчакова А.А., Бочарова Е.А.

Копинг-поведение больных с язвенной болезнью 108

Шаболтас А.В.

Психологическая концепция превенции ВИЧ-инфекции 120

Информация о журнале 142

CONTENTS

PSYCHOTHERAPY

Slabinskii V.Y. Native psychotherapy during Great Patriotic War (1941-1945)	7
Fedorov Y.O., Semenova N.V., Belova E.B., Shikanova E.A. Group psychoanalytic treatment of elderly people: problems, prospects and practical experience	24

PSYCHIATRY

Zubareva O.V., Chernaya M.I. Treatment of mental disorders in patients committed suicide action on the background of blood born viral infections	47
Evdokimov V.I., Tonkoshkurova L.A. Information search and analysis patterns for foreign dissertations in psy- chiatry (1992–2014)	61

MEDICAL PSYCHOLOGY

Ermakova N.G. Psychological care of patients with cognitive impairment after stroke	79
Lakomskaya A.V. Psychological care to patients undergoing various types of operations on vessels of heart	96
Gorchakova A.A., Bocharova E.A. Coping behaviour of patients with peptic ulcer disease	108
Shaboltas A.V. Psychological conception of HIV prevention	120
 Information about the Journal	142

ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК [159.9 : 614.8] : 355.48 (470)

В.Ю. Слабинский

ОТЕЧЕСТВЕННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ВО ВРЕМЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1941–1945 гг.)

Санкт-Петербургский государственный университет
(Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9)

Проанализированы исследования, опубликованные в 1934–1948 гг. в научных журналах, по диагностике нервно-психических расстройств у раненых и больных и их психотерапии. Приведена тематика научных конференций по данной теме, состоявшихся в годы Великой Отечественной войны. Обобщены факторы, влияющие на терапию закрытой травмы головного мозга. Показана роль отечественных психиатров и психологов в работе эвакуационных госпиталей. Приведены принципы и конкретные методики отечественной психотерапии во время Великой Отечественной войны на армейском и фронтовом уровнях.

Ключевые слова: Великая Отечественная война, реактивные расстройства, психотерапия, закрытая травма головного мозга, стресс, эмоциональная напряженность.

Объект исследования составили научные статьи, содержащие материалы оригинальных исследований по теме диагностики психических расстройств и психотерапии раненых во время Великой Отечественной войны (ВОВ), опубликованные в период 1934–1948 гг., а также доклады, прочитанные по данной теме на научных конференциях в тот же период.

В годы войны советские медики вернули в строй 71,7 % раненых и 86,7 % больных воинов (всего около 17 млн человек). Наблюдался непрерывный прогресс в совершенствовании методик оказания медицинской помощи. Так, если в начале войны, когда должности хирургов в лечебных учреждениях Красной армии были укомплектованы лишь на 58 %, военные хирурги вернули в строй 70 % раненых, то на заключительном этапе Великой Отечественной войны организация хирургической помощи в Красной армии достигла совершенства, ни одна из воевавших армий других стран не имела такой стройной системы оказания медицинской помощи – 90 % раненых полу-

Слабинский Владимир Юрьевич – канд. мед. наук доц., С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9); e-mail: slabinsky@yandex.ru.

чали квалифицированную медицинскую помощь в первые 8 ч после ранения, тогда как в зарубежных армиях этот показатель равнялся 12 ч.

Благодаря работе эпидемиологов и инфекционистов на советском фронте и в тылу удалось предотвратить возникновение эпидемий инфекционных заболеваний. Не менее значим вклад в Победу отечественных психиатров и психологов.

По данным Н.Н. Тимофеева, за годы войны в среднем в строй было возвращено до 75 % контуженых и значительное число остальных пораженных и больных психоневрологического профиля [6].

Подготовка советских психиатров к войне началась задолго до ее начала, уже в 1934 г. сотрудники кафедры психиатрии Военно-медицинской академии Рабоче-крестьянской красной армии под руководством проф. В.П. Осипова издали коллективную монографию «Неврозы и психоневрозы войны» [11], а вскоре после начала войны, в 1941 г. – «Вопросы психиатрической практики военного времени» [6]. В данных работах обобщался опыт работы российских и зарубежных психиатров в предыдущих войнах, делалась попытка прогноза структуры потерь психоневрологического профиля в будущей войне и предлагались новые технологии оказания психиатрической и психотерапевтической помощи.

Однако, как часто бывает, новая война оказалась не похожей на прошлую, и, соответственно, расчеты не оправдались. Большую роль в этом сыграло ошибочное представление генштаба Красной армии, что война будет наступательной, вестись на территории противника при активной поддержке революционных масс. Поэтому расчеты возможных потерь психоневрологического профиля делались на основе статистических данных, полученных на материале войн XIX столетия и опыте Гражданской войны (1918–1922 гг.). Отличительной особенностью этих войн было отсутствие сплошного фронта и относительно малое применение артиллерии. В качестве примера приведем данные, опубликованные в 1925 г. болгарским психиатром С. Данаджиевым [13].

Как видно из табл. 1, распространенность психических расстройств в XIX в. колебалась от 0,16 до 4 %. На данный показатель влияли не только интенсивность боевых действий и травматичность поражений, но и, прежде всего, «справедливость войны». Необходимо отметить, что речь идет не только о психозах, но и о невротических расстройствах.

Таблица 1

Распространенность потерь психоневрологического профиля в армиях разных стран в XIX в. по данным эпидемиологических исследований [13]

Война	Армия	Психические заболевания в структуре общего числа санитарных потерь, %
Греко-турецкая война	Турецкая армия	2,00
Кубинская война	Американская армия	2,70
Бурская война	Английская армия	2,50
Русско-японская война	Русская армия Японская армия	4,00
Балканская война	Сербская армия	0,25
	Черногорская армия	0,25
	Греческая армия	0,16
	Болгарская армия	0,25
Первая мировая война	Болгарская армия	1,50

В качестве травмирующих факторов С. Данаджиев выделял экзогенные (возбудимость и истощаемость физических и психических сил личного состава во время войны; контузии от разрывов снарядов; круглосуточное напряжение внимания, страх смерти, тяжести жизни в окопе, вызванные лишениями и неудобствами) и эндогенные факторы (повышенная раздражительность и внушаемость, включая самовнушаемость; усиление невротических (истерических) симптомов, вызванных конфликтом между желаниями и возможностями; диссоциативные феномены, раздвоение личности) развития «травматического невроза» [13].

В качестве основной меры предлагалась госпитализация в тыловые госпитали, по сути, – в гражданские психиатрические больницы. Данные, приведенные в табл. 2, позволяют более подробно судить о причинах госпитализации 632 участников боевых действий в период Первой мировой войны (1914–1918 гг.) в Александровскую больницу в Болгарии [13].

Как видно из табл. 2, наиболее частыми причинами помещения военнослужащих на стационарное лечение были неврастения (29,6 %) и неврастенический психоз (39,7 %), что привело к представлениям о ведущей роли астенизации в развитии стрессовых расстройств.

Таблица 2

Структура психических расстройств участников боевых действий, госпитализированных в Александровскую больницу в период Первой мировой войны (1914–1918 гг.) [13]

Психическое расстройство	n (%)
Истерия	98 (15,5)
Травматический психоневроз	44 (7,0)
Неврастения	187 (29,6)
Неврастенический психоз	251 (39,7)
Психастения	10 (1,6)
Истероневрастения	7 (1,1)
Истерия	35 (5,5)

С.Н. Давиденков приводит схожую статистику. По его данным, из 259 поступивших в нервное отделение одного германского госпиталя в феврале–марте 1917 г. страдало неврастенией 49 человек и истерией – 98, что дает в сумме 56,7% поступлений в неврологическое отделение военного госпиталя. В английской армии из 1884 нервнобольных, зарегистрированных во время операции в Галлиполи, «неврастения, контузии и истерии» составили 54 %. Английские медицинские отчеты о Первой мировой войне содержат указания на то, что лишь у 2,5 % больных неврозами после контузии можно было отметить признак «возможного органического поражения нервной системы» [4].

Из-за длительного вынужденного нахождения военнотружущих на территории других государств одним из ведущих этиопатогенетических факторов специалистам виделась «тоска по дому», причина развития «ностальгического», «ностаманического» и «ностапатического» синдромов. Удельный же вес «травматического невроза» составил всего 7 %. Таким образом, постулировалось, что ведущую роль в развитии стрессовых расстройств играет астенизация и что подавляющее большинство военных пациентов нуждается в лечении, не отличимом, по сути, от лечения пациентов гражданских [13]. Советские психиатры разделяли данную точку зрения.

Однако, как показали дальнейшие события, Первая и Вторая мировые войны кардинально отличались. Особенно критичной стала недооценка роли закрытой травмы головного мозга. В табл. 3 приводятся данные А.В. Снежневского о структуре пациентов прифронтового госпиталя во время ВОВ [цит. по 6]. Как видно из табл. 3, до 68 % пациентов психоневрологического профиля составляли «контуженные». Фактор же «астенизации» оказался значимым при формировании расстройств у защитников и

жителей блокадного Ленинграда и, по данным зарубежных психиатров, у военнопленных.

Таблица 3
Структура психических расстройств участников боевых действий, госпитализированных во фронтовой специализированный невропсихиатрический госпиталь, %

Психическое расстройство	Период	
	«затишья»	активных боевых действий
Контуженные (в том числе баротравма)	22	68
Реактивные состояния	19	4
Экзогенные психозы	12	3
Эндогенные психозы	10	5
Прочие психические заболевания	2	1
Судорожные синдромы	23	13
Олигофрения	1	1
Прочие заболевания	11	5

R. Grinker, J. Spiegel описывают симптомы (повышенная утомляемость, агрессия, депрессия, ослабление памяти, гиперактивность симпатической нервной системы, ослабление способности к концентрации внимания, алкоголизм, ночные кошмары, фобии и подозрительность) у солдат, побывавших в плену [17], L. Etinger, A. Strom – у военнопленных и узников нацистских лагерей [16].

Любопытно, что за рубежом были специалисты, предугадавшие главный поражающий фактор будущей войны: так, еще в 1940 г. С.S. Myers провел дифференциальную диагностику между неврологическим расстройством «контузии от разрыва снаряда» и «снарядным шоком». Контузия, вызванная разрывом снаряда, рассматривалась им как неврологическое состояние, вызванное физической травмой, тогда как «снарядный шок» он рассматривал как психическую травму, вызванную сильным стрессом, из чего следовал вывод о необходимости комплексного лечения контузии [18].

Между тем, как показал С.Н. Давиденков, количество нервнобольных в Первую мировую войну в западноевропейских армиях, которые вели позиционную войну с активным применением артиллерии, стремительно нарастало по мере увеличения длительности войны. Так, в германской армии в самом начале войны, в августе 1914 г., один нервнобольной прихо-

дился на 360 раненых, в сентябре – на 180, в октябре – на 48, в ноябре – на 30, в декабре – на 20 раненых, в 1915–1916 гг. один нервнобольной приходился уже только на 10 раненых, в 1916–1917 гг. – на 9 раненых. Схожая статистика была и в английской армии: в 1914 г. один нервнобольной приходился на 30, а в 1915 г. – уже на 11 раненых [4].

Неслучайно, что уже в начальный период ВОВ выявились существенные недостатки в организации психоневрологической помощи, основанной на ошибочных представлениях и расчетах. Н.Н. Тимофеев (главный психиатр Красной армии в годы ВОВ), отмечал, что, прежде всего, в армии отсутствовали специализированные лечебные учреждения. Практическая психиатрическая помощь в действующих частях ограничивалась в основном эвакуацией больных из армейского и фронтового районов в тыловые госпитали страны. Это привело к тому, что в глубокий тыл эвакуировались даже те пациенты, которые могли лечиться в армейских и фронтовых районах. Кроме того, вследствие отсутствия психиатрической и психотерапевтической помощи на этапах эвакуации больные хронизировались и задерживались в госпиталях значительно больше необходимого времени; по тем же причинам негативными являлись исходы лечения (до 45 % военнослужащих снималось с воинского учета, до 30 % – переводилось на нестроевую службу) [6].

В связи с этим важнейшей задачей стало скорейшее штатно-организационное формирование психиатрических (психоневрологических) подразделений с максимальным приближением их к передовому району. Решение данной задачи потребовало научного переосмысления ряда представлений. Научное сообщество с честью решило данную задачу. Важно, что значительная часть проводимых в годы войны исследований должна была включать полный, завершённый цикл разработки: от теоретического обоснования через экспериментальную проверку и до практического внедрения.

Так, уже 6 августа 1941 г. в г. Харькове по инициативе Н.М. Зеленского состоялась первая объединённая конференция специалистов Украинского психоневрологического института и Комплексного нейрохирургического и нейропсихиатрического госпиталя, на которой обсуждались доклады о военных травмах и особенности последствий воздушной контузии. Далее подобные конференции стали межгоспитальными и проводились регулярно, дважды в месяц. В 1942 г. состоялась общая конференция невропатологов, психиатров и нейрохирургов эвакогоспиталей Омской обл. [6].

В блокадном Ленинграде научно-практические конференции проводились по инициативе В.Н. Мясищева. Первая состоялась в мае 1942 г. и

была посвящена боевой травме нервной системы, алиментарной дистрофии и авитаминозам. По условиям блокадного времени было признано, что проведение ежемесячной конференции нерационально, поэтому созывались лишь ежегодные конференции. В 1943 г. основной темой стали «Нервно-психические заболевания алиментарно-авитаминозного происхождения», а в 1944 г. – «Нервно-психическая патология при артериальной (блокадной) гипертонии». Условия блокады были настолько специфичны и так сильно отличались от того, что происходило в других регионах войны, что это не могло не сказаться на специфике лечения раненых. Так, важнейшим этиопатогенетическим фактором стала алиментарная дистрофия (астенизация), являвшаяся почвой для развития психозов, психогений и соматозов. Описанная специфика на первый план выдвигала личностные особенности пациентов, поэтому неслучайно, что в Ленинграде акцент делался на личностно-ориентированную психотерапию, а не на гипносуггестивную, как в других местах.

В.Н. Мясищев в качестве основы психотерапии указывал «ортопедию отношений» больного и делал акцент на позитивной «реконструкции патологически измененных и реституции нормальных отношений». Он отмечал, что восстановительный процесс в значительной мере определяется «особенностями характера, соотношением интеллектуально-волевых и аффективных компонентов у пре- и посттравматической личности, ее морально-психическими качествами» [8–10]. В своей работе В.Н. Мясищев опирался на опыт предшественников, и прежде всего В.М. Бехтерева, А.И. Яроцкого, В.Ф. Чижана. Важно отметить, что к схожим представлениям позже пришел австрийский психотерапевт Виктор Франкл посредством анализа своего собственного опыта выживания в нацистском концлагере.

В 1941 г. Б.Г. Ананьев организовал в эвакуационном госпитале научно-практическую работу по восстановлению психических функций раненых бойцов, а в практическом плане активно использовал гипносуггестивную психотерапию. В мае 1942 г. он был направлен в г. Тбилиси для организации в эвакуационных госпиталях восстановительной психотерапии. Одновременно он провел ряд исследований в лаборатории И.С. Бериташвили по вопросам психопатологии при травмах головного мозга и разработал комплексные методики (клинико-неврологическую, психопатологическую, патофизиологическую, психиатрическую), позволяющие диагностировать общие и локальные поражения нервно-психических функций [1].

В.С. Мерлин с 1942 г. был научным консультантом при эвакуационном госпитале в г. Свердловске, оказывал психологическую и психотерапевтическую

помощь, в том числе с помощью гипносуггестивной психотерапии, инвалидам войны, потерявшим конечности и зрение. В это время он изучал проблемы координации движений у раненых и реабилитации ослепших в результате ранения бойцов [8].

А.Р. Лурия с августа 1941 г. руководил крупным (500 коек) нейрохирургическим госпиталем в пос. Кисегаче Челябинской обл. Провел ряд исследований и на основе коррекции Я-концепции организовал реабилитационную практику раненых с травмами головы, в частности инновационную реабилитацию посредством трудотерапии [7].

А.Н. Леонтьев с 1941 г. был организатором и научным руководителем эвакуогоспиталя в пос. Кауровка недалеко от г. Свердловска, где разработал комплексную программу «Восстановления движений у раненых», определенную роль в которой играли психотерапевтические приемы: «направленного фантазирования» и «самогипноза» [5].

Специалисты Московского института психиатрии и Киевского нейрохирургического института (эвакуированные в октябре 1941 г. в г. Томск) совместно со специалистами Томской республиканской психиатрической больницы (Томский специализированный нейропсихиатрический эвакуогоспиталь) уже с декабря 1941 г. стали проводить регулярные научно-практические конференции. В мае 1942 г. на конференции, посвященной вопросам организации специализированной помощи в неврологии и психиатрии военного времени, проф. П.Б. Посвянский предложил изменить основной принцип работы эвакуогоспиталей [3]. Дело в том, что перед войной советские специалисты руководствовались опытом Первой мировой войны и в организационном плане разделяли «душевнобольных и нервнозаболевших»; опыт начала ВОВ показал необходимость единой организации невропсихиатрической помощи и тесного контакта между отдельными службами, в частности психиатрической, неврологической и нейрохирургической. Была подчеркнута необходимость оказания специализированной помощи уже на ранних этапах эвакуации. Кроме того, был официально принят термин «контуженный». «Инструкция по распознаванию и лечению контуженных» (1945 г.) дает следующее определение: «контуженный» есть понятие сборное, употребляемое по аналогии с понятием «больной» или «раненый». К этой группе пораженных в боях относят закрытые травмы головного мозга: контузию, коммоцию, компрессию; ушибы или сотрясения ушного лабиринта, баротравму уха и, наконец, комбинацию этих поражений с психотравмой [6].

Продолжалось и научное осмысление реактивных расстройств. В 1943 г. в журнале «Неврология и психиатрия» выходит статья Г.Е. Сухаревой, где рассматривается проблема эмоционально-стрессовых нарушений, «высвобождения из-под коркового контроля глубинных эмоций и инстинктивных автоматических аппаратов». Автор выделила 3 группы синдромов:

1) ведущими являются нарушения психомоторной сферы (функциональные параличи и гиперкинезы, судорожные припадки, глухонмота, психомоторные ступор и возбуждение);

2) нарушения сознания (от органического сумеречного нарушения сознания и ганзеровского синдрома до более легких форм с псевдоденцией и псурилизмом, снопоподобными и грезоподобными состояниями);

3) нарушения витальных чувств (витальный страх, депрессия, апатия и астения) в комбинации с психомоторным ступором или возбуждением, а также с аффектогенным сужением сознания [14].

Большое внимание уделялось и вопросам психотерапевтического лечения, так, только в журнале «Неврология и психиатрия» за 1945 г. были опубликованы 7 статей по данной тематике. Интерес к психотерапии был обусловлен тем, что после контузии в 27,7 % случаев применение только лишь гипносуггестивной психотерапии приводило к восстановлению утраченных функций, в том числе и к исчезновению глухонмоты и заикания [15].

Так как в остальных случаях могла произойти хронизация, в 1945 г. Главное военно-санитарное управление Красной армии, обобщая опыт работы армейских нейроконтузионных отделений, предложило схему клинической профилизации контуженных, основанную на клиническом проявлении травмы, тяжести состояния, давности травмы и ее механизме:

- 1) тяжелая контузия с очаговыми симптомами;
- 2) детонационная травма с микросимптомами сотрясения мозга;
- 3) вибротравма с расстройствами речи и слуха;
- 4) вибротравма с истерическими проявлениями;
- 5) вибротравма с аффективными проявлениями;
- 6) баротравма ушей;
- 7) остаточные явления коммоционно-контузионного синдрома;
- 8) психозы вследствие закрытой травмы мозга;
- 9) миксты.

В соответствии с этой профилизацией проводилось дифференцированное лечение контуженных, выздоровление которых спонтанно не на-

ступало. Особенно отметим, что в большинстве случаев речь шла и о психотерапевтическом лечении (табл. 4).

Таблица 4
Виды лечения, применявшегося в зависимости от «профиля» контуженных, %

Способ восстановительной терапии	«Профиль» контуженных								
	1-й	2-й	3-й	4-й	5-й	6-й	7-й	8-й	9-й
Гипносуггестивная психотерапия, трудотерапия, покой	50	–	21	14	97	–	–	50	–
Медикаментозное лечение, физиотерапия и сонная терапия	50	69	50,5	39	44	100	38,1	50	94
Дегидратационная терапия	–	31	23,6	11	3	–	55,4	–	–
Растормаживающая терапия	–	–	4,6	16	14	–	6,5	–	6
Субкоматозная терапия	–	–	0,3	20	2	–	5	–	–

В основном использовалась гипносуггестивная психотерапия с императивными элементами, хорошо сочетающаяся с другими методами массово-восстановительного лечения: трудовой терапией, культуротерапией, лечебной физкультурой при сохранении строевых занятий. Там, где явления глухонемоты или заикания оказывались стойкими, проводилась растормаживающая терапия – эйфоризация, капельная этеризация и реже – введение алкоголя *per os*, дача фенамина, кофеина. Этеризацию осуществляли до легкой оглушенности. В гипноидной фазе внушалось, что речь и слух восстановились. Больные находились на лечении в среднем 29 дней, восстановление речи и слуха без специального оториноларингологического лечения наступало у 60 % контуженных. Кроме того, у контуженных исчезала суетливость, раздражительность, аффект злобы. Они становились приветливыми, собранными, дисциплинированными. В строй возвращались 93,8 % контуженных.

Наиболее дифференцированная схема психотерапевтического лечения приводится одним из основателей Харьковской психотерапевтической школы И.З. Вельвовским [2]. Начиная с лета 1941 г. И.З. Вельвовский добился создания (предварительно не предусмотренного) комплексного психоневрологического госпиталя на базе Харьковского психоневрологического института Южной железной дороги. Коллектив института имел большой опыт, так как ранее участвовал, действуя по госпитальному типу, в Советско-финляндской войне (1939–1940 гг.) и советско-японском конфликте на Халхин-Голе (1939 г.). Позже госпиталь развернул психиатрическое отделение в Новосибирской обл., а далее в составе всех своих отделений работал на Северо-Западном и 2-м Украинском фронтах.

При разработке психотерапевтической программы за основу были взяты наработки П.П. Подъяпольского, внедрившего гипносуггестивную психотерапию в лазаретную практику в Русско-японскую войну (1904–1905 гг.). Вместе с тем психотерапевтическая программа И.З. Вельвовского отражала принципы Харьковской психотерапевтической школы общемедицинского направления и «была опосредующей, потенцирующей и армирующей психотерапией человека в целом, как неотъемлемого и неразделимого единства биоорганизма и социально-психологической личности» [2]. Важно подчеркнуть, что психотерапевтическая программа была комплексной, включала ряд инновационных психотерапевтических методик и что в ее реализации принимали участие не только врачи-психотерапевты, но и практически весь врачебный и медсестринский персонал госпиталя (табл. 5).

Таблица 5

Рабочая схема принципов проведения психотерапии в период Великой Отечественной войны (1941–1945 гг.)

Воздействия в естественных условиях	Воздействия при искусственно измененном сознании	
	химическим путем, гипнозом	путем стресса
Рассудочные формы логического и оспаривания ложных идей	Гипносуггестивная психотерапия (в гипнотически измененном гомеостазе и гомеостазе частично тормозной коры)	Суггестия на фоне психического стресса
Педагогические и дидактические формы	Гипносуггестия на фоне (фармакологического) изменения гомеостаза (наркогипноз и гипнонаркоз)	Суггестия на фоне медикаментозного стресса
Стимулирующие и активирующие формы	Гипносуггестия на фоне элетронаркотических воздействий	Суггестия на фоне физических методик стресса
Формы внушения (суггестивные) в естественном гомеостазе без гипноза		Суггестия на фоне биострессовых приемов

Система психотерапевтической службы в госпитале строилась на сочетании разных методик, форм, видов и приемов, где воздействия осуществлялись непосредственно или косвенно, опосредуя, потенцируя и армируя весь арсенал терапии любой природы. Психотерапия проводилась с учетом гомеостаза, состояния мозга и всего организма. Гомеостаз условно разделялся на естественный и искусственно изменяемый, использовались формы и приемы наложения «психологического узора на физиологиче-

скую канву» по И.П. Павлову. Многообразие задач и тактики психотерапии представлено в табл. 6.

Таблица 6

Сводная рабочая схема психотерапевтических мероприятий
в период Великой Отечественной войны (1941–1945 гг.)

По характеру воздействия	1. Непосредственная или прямая психотерапия 2. Косвенная («чрезпредметная» по В.М. Бехтереву, «чрезвычайная» по И.З. Вельвовскому): а) «плацеботерапия» (опосредующая нейтральные агенты); б) потенцирующая (усиливающая слабые агенты)
По этиопатогенетическому принципу	1. Этиопатогенетическая, причинная, ведущая психотерапия 2. Симптоматическая, сопутствующая
По направленности	1. Синергическая 2. Антагонистическая
По активности состояния больного	1. Активная (побуждающая активность больного в бодрствующем статусе к мышлению, критике, самокритике) 2. Пассивная (суггестивная, при ослабленном тоне коры)
По виду воздействия	1. Безапелляционно-авторитарная, директивная 2. Мотивированная, обосновывающая
По характеру воздействия	1. Седативная (успокаивающая) 2. Амнезирующая 3. Стимулирующая, активирующая
По тактико-методическому принципу	1. Выборочная 2. Комбинированная 3. Система комплексной психотерапии
По количеству объектов и форме	1. Индивидуальная (персональная) 2. Коллективная (при пассивной группе, обычно в гипнозе, иногда врач – активный суггестор, а группа пассивная) 3. Групповая (коллектив взаимодействующий, а врач – дирижер, ментор, руководитель)

И.С. Гуревичем была разработана эффективная методика психотерапии военного сурдомутизма, позволившая существенно сократить сроки лечения. Кратко методику можно представить так: в момент поступления пациент помещался на 1–3 дня в палату к уже выздоровевшим. Далее его знакомили с письменной инструкцией, а также обучали специальным приемам дыхания – «интенсивный выдох». Затем проводился курс закрепляющей психотерапии – гипноз–сон, в сочетании с лечением водными процедурами и «психофизической» гимнастикой. Позже подключали «библиотерапию», «трудотерапию» и сеансы рациональной психотерапии. Всего лечение по данной методике получили более 1000 пациентов. Эффективной данная методика оказалась и при лечении коммоционно-контузионных и

чисто психогенных расстройств с синдромами поражения зрения, двигательной сферы, чувствительности, а также астазии и абазии [2].

Хороший эффект давала методика психотерапии при эйфоризирующем влиянии лекарственных средств Е.А. Попова и В.А. Гиляровского и методика стрессорирующего воздействия в сфере дыхания – «нападение врасплох» – А.М. Свядоша [2].

С.Н. Давиденков приводит интересный метод обнаружения истерической природы это глухоты с использованием ауропальпебрального рефлекса Бехтерева (замыкание глазной щели в ответ на неожиданно громкий звуковое раздражение) и улиткозрачкового рефлекса Шурыгина (рефлекторное сужение зрачка в ответ на такие же раздражения). Использовали и просто реакцию больного на громкий неожиданный звук (например, удар в медный таз над головой больного) [4].

Л.Б. Перельман предложил остроумную комбинированную речеписьменную пробу: больному задают письменные вопросы, на которые он также письменно отвечает; однако, задавая свой вопрос письменно, врач в то же время громко произносит его вслух; постепенно почерк врача становится все неразборчивее, и тогда оказывается, что больной начинает незаметно отвечать уж не на написанный, а на услышанный вопрос, – таким образом, устанавливается факт, что больной что-то слышит; он чувствует это и сам, и такое открытие часто бывает исходным моментом для быстрого регресса симптома. Прием оказался ценным при лечении постконтузионной глухоноты как своей технической простотой, так и своей убедительностью для больного [4].

В операционных отделениях использование психонаркотической и анестезиологической психотерапии способствовало значительному снижению доз наркоза. Опосредующая и потенцирующая психотерапия в бодрствующем и гипноидном гомеостазе улучшала течение послеоперационного периода, давала уменьшение болей и анорексий, явлений задержки функций тазовых органов и стимулировала сон [2].

Психотерапевтическое армирование упражнений проводилось при парезах пальцев, кистей, нижних конечностей и т. д. Контрактуры с болевым компонентом преодолевались методикой Е.С. Ульрих, П.Н. Гершковича, Н.М. Ильиной – «психофизической» гимнастикой наяву и в гипносе. Хороший результат давали комбинированные методики при лечении мучительных физиопатий после огнестрельных ранений и фантомных болей у ампутантов. Успеху способствовал тот факт, что психотерапевтиче-

скому стимулированию был обучен весь штат кабинета лечебной физкультуры [2].

Заключение

Таким образом, отечественные психотерапевты в годы Великой Отечественной войны (1941–1945 гг.) сумели переосмыслить принципы оказания медицинской помощи, разработать научный базис и внедрить новые психотерапевтические методики. Психотерапевтическая помощь была максимально приближена к линии фронта и оказывалась на различных этапах эвакуации. Отечественная психотерапия в годы войны отличалась разнообразием, в основном применялась коллективная и индивидуальная гипносуггестивная психотерапия (Ананьев Б.Г., Вельвовский И.З., Мерлин В.С., Туркевич К.М. и др.). В ряде случаев в рамках психотерапевтических программ использовалась индивидуальная личностно-ориентированная психотерапия (Вельвовский И.З., Туркевич К.М.), а в блокадном Ленинграде данная психотерапия в виде патогенетической психотерапии была основной (Мясищев В.Н.). Кроме того, использовались библиотерапия и культуротерапия.

Важно подчеркнуть, что психотерапевтическая помощь носила комплексный характер и осуществлялась в тесном содружестве с неврологами и нейрохирургами. В заключение можно утверждать, что осмысление научных открытий и богатой практики работы психотерапевтов во время Великой Отечественной войны – не только дань прошлому, но и актуальная задача, помогающая развитию современной психотерапии.

Литература

1. Ананьев Б.Г., Бахтадзе Г.А., Глonti Т.И. О применении психофизиологии в комплексной диагностике посткоммоционных состояний // Вопросы психофизиологии и клиники чувствительности. – Л., 1947. – С. 146–158. – (Тр. Гос. ин-та по изучению мозга им. В.М. Бехтерева, т. 15).
2. Вельвовский И.З. Опыт использования психотерапии в госпитальной практике специализированного психо-нейрохирургического госпиталя // Советская психиатрия в годы Великой Отечественной войны. – Л. : Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, 1985. – С. 82–87.
3. Голодец Р.Г. Московский научно-исследовательский институт психиатрии в первые годы Великой Отечественной войны // Советская психиатрия в годы Великой Отечественной войны. – Л. : Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, 1985. – С. 59–66.
4. Давиденков С.Н. Истерия // Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. : в 35 т. / гл. ред. Е.И. Смирнов. – М. : Медгиз, 1949. – Т. 26 : Терапия. Нервные болезни. – С. 55–91.

5. Леонтьев А.Н., Запорожец А.В. Восстановление движения. – М. : Совет. наука, 1945. – 231 с.
6. Лобастов О.С., Спивак Л.И. Организация психоневрологической службы во время Великой Отечественной войны // Советская психиатрия в годы Великой Отечественной войны. – Л. : Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, 1985. – С. 7–19.
7. Лурия А.Р. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. – М. : Медгиз, 1944. – 84 с.
8. Мерлин В.С. О координации движений при ранениях верхних конечностей // Вопросы восстановления психофизиологических функций. – М., 1947. – С. 87–96. – (Учен. зап. Психология / Моск. гос. ун-т им. М.И. Ломоносова ; вып. 111, т. 2).
9. Мясичев В.Н. Нервно-психические заболевания алиментарно-авитаминозного происхождения // Нервно-психические заболевания военного времени. – Л., 1945. – С. 3–13.
10. Мясичев В.Н. Психогенез и психотерапия нервно-психических нарушений при боевых травмах мозга. В.Н. Мясичев // Вопросы восстановления психофизиологических функций. – М., 1947. – С. 71–74. – (Учен. зап. Психология / Моск. гос. ун-т им. М.И. Ломоносова ; вып. 111, т. 2).
11. Мясичев В.Н. Психологическое значение военного психопатологического опыта // Проблемы психологии. – Л., 1948. – С. 133–147.
12. Осипов В.П. Психозы и психоневрозы войны. – Л. : М. ; ОГИЗ : Гос. изд-во биол. и мед. лит., 1934. – 150 с.
13. Слабинский В.Ю. К вопросу патоморфоза реактивных расстройств у пострадавших от катастроф // Вестн. психотерапии. – 2006. – № 15 (20). – С. 80–92.
14. Сухарева Г.Е. Психогенные типы реакций военного времени / Г.Е. Сухарева. // Невропатология и психиатрия. – 1943. – Вып. 12, т. 2. – С. 3–10.
15. Туркевич К.М., Лившиц С.М., Зимковский Б.Ф. Лечение «контуженных» в армейском районе // Советская психиатрия в годы Великой Отечественной войны. – Л. : Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, 1985. – С. 87–91.
16. Etinger L., Strom A. Mortality and morbidity after Excessive Stress: A Follow-up Investigation of Norwegian Concentration camp Survivors. – N.Y. : Humanities Press, 1973. – 100 p.
17. Grinker R., Spiegel J. Men under stress. – Filadelfia, 1945. – 120 p.
18. Myers C.S. Shell shock in France. 1914–1918. – Cambridge University Press, 1940. – 96 p.

Slabinskii V.Y. Otechestvennaya psikhoterapiya vo vremya Velikoi Otechestvennoy voiny (1941–1945 gg.) [Native psychotherapy during Great Patriotic War (1941–1945)]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 55. P. 7–23.

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

Slabinskii Vladimir Yur'evich – PhD Med. Sci. Associate Prof., Saint-Petersburg state university (Russia, 199034, Saint-Petersburg, Universitetskaya embank., 6); e-mail: slabinsky@yandex.ru.

Abstract. Analyzed studies published in 1934-1948 in scientific journals, for the diagnosis of neuropsychiatric disorders of the casualties and psychotherapy. Shows the subject of scientific conferences on the given term held in the Great Patriotic War. Generalized factors influencing therapy of closed brain injury. The role of native psychiatrists and psychologists in the evacuation hospitals. The principles and specific methods of native psychotherapy during the Great Patriotic War in the army and front levels.

Keywords: Great Patriotic War, reactive disorders, psychotherapy, closed brain injury, stress, emotional intensity.

References

1. Anan'ev B.G., Bakhtadze G.A., Glonti T.I. O primeneniі psikhofiziologii v kompleksnoi diagnostike postkommotсионnykh sostoyanii [On the application of psychophysiology in complex diagnostics of post-concussion states]. *Voprosy psikhofiziologii i kliniki chuvstvitel'nosti* [Issues of psychophysiology and clinical findings on sensitivity]. Leningrad, 1947. Pp. 146–158. (Trudy Gosudarstvennogo instituta po izucheniyu mozga im. V.M. Bekhtereva [Proceedings of the State Institute for Brain Research named after V.M.Bekhterev]; Vol. 15). (In Russ.)

2. Vel'vovskii I.Z. Opyt ispol'zovaniya psikhoterapii v gosital'noi praktike spetsializirovannogo psiko-neirokhirurgicheskogo gospiytalya [Experience of application of psychotherapy in hospital practice of a specialized psychoneurosurgical hospital]. *Sovetskaya psikhiatriya v gody Velikoi Otechestvennoi voiny* [Soviet psychiatrics during the Great Patriotic War] : collection of scientific works. Leningrad. 1985. Pp. 82–87. (In Russ.)

3. Golodets R.G. Moskovskii nauchno-issledovatel'skii institut psikhiatrii v pervye gody Velikoi Otechestvennoi voiny [Moscow Research Institute of Psychiatry in the early years of the Great Patriotic War]. *Sovetskaya psikhiatriya v gody Velikoi Otechestvennoi voiny* [Soviet psychiatrics during the Great Patriotic War] : collection of scientific works. Leningrad. 1985. Pp. 59–66. (In Russ.)

4. Davidenkov S.N. Isteriya [hysteria]. Opyt sovetskoy meditsyny v Velikoy Otechestvennoy Voynе 1941–1945: in 35 Vol. [Experience of Soviet Medicine in Great Patriotic War 1941–1945]. Moskva, 1949. Vol. 26: *Terapiya. Nervnye bolezni* [Therapy. Nerve disease]. Pp. 55–91 (In Russ.)

5. Leont'ev A.N., Zaporozhets A.V. Vosstanovlenie dvizheniya [Motor function recovery]. Moskva. 1945. 231 p. (In Russ.)

6. Lobastov O.S., Spivak L.I. Organizatsiya psikhonevrologicheskoi sluzhby vo vremya Velikoi Otechestvennoi voiny. *Sovetskaya psikhiatriya v gody Velikoi Otechestvennoi voiny* [Organization of neuropsychiatric service during the Great Patriotic War. Soviet psychiatrics during the Great Patriotic War] : collection of scientific works. Leningrad. 1985. Pp. 7–19. (In Russ.)

7. Luriya A.R. Vnutrennyaya kartina boleznei i iatrogennye zabolvaniya [Ental aspect of diseases and iatrogenic diseases]. Moskva. 1944. 84 p. (In Russ.)

8. Merlin V.S. O koordinatsii dvizhenii pri raneniyakh verkhnikh konechnostei [On coordination of movements in cases of injuries of the upper extremities]. *Voprosy vosstanovleniya psikhofiziologicheskikh funktsii* [Issues of restoration of psychophysiological functions]. Moskva 1947. Pp. 87–96. (Uchenye zapiski. Psikhologiya. Moskovskii gosudarstvennyi universitet im. M.I. Lomonosova [Scientific bulletin. Psychology. Moscow State University named after M.I. Lomonosov] ; Issue 111, Vol. 2). (In Russ.)

9. Myasishchev V.N. Nervno-psikhicheskie zabolevaniya alimentarno-avitaminoznogo proiskhozhdeniya [Neuropsychiatric diseases of nutritional/ avitaminous origin]. *Nervno-psikhicheskie zabolevaniya voennogo vremeni* [Neuropsychiatric diseases of wartime]. Leningrad. 1945. Pp. 3–13. (In Russ.)

10. Myasishchev V.N. Psikhogenez i psikhoterapiya nervno-psikhicheskikh narushenii pri boevykh travmakh mozga. V.N. Myasishchev [Psychogenesis and therapy of neuropsychiatric disorders in cases of combat brain injuries]. *Voprosy vosstanovleniya psikhofiziologicheskikh funktsii*. Moskva. 1947. Pp. 71–74. (Uchenye zapiski. Psikhologiya. Moskovskii gosudarstvennyi universitet im. M.I. Lomonosova [Issues of restoration of psychophysiological functions. Moscow State University named after M.I. Lomonosov] ; Issue 111, Vol. 2). (In Russ.)

11. Myasishchev V.N. Psikhologicheskoe znachenie voennogo psikhopatologicheskogo opyta [On psychological importance of the military experience of psychopathology]. *Problemy psikhologii*. [Issues of psychology]. Leningrad. 1948. Pp. 133–147.

12. Osipov V.P. Psikhozy i psikhonevrozy voiny [Psychoses and psychoneuroses of wartime]. Leningrad : Moskva. 1934. 150 p. (In Russ.)

13. Slabinskii V.Yu. K voprosu patomorfoza reaktivnykh rasstroistv u postradavshikh o katastrof [On the issue of reactive disorders pathomorphism in those affected by disasters]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2006. N 15. Pp. 80–92. (In Russ.)

14. Sukhareva G.E. Psikhogennyye tipy reaktsii voennogo vremeni [Psychogenic types of reactions in wartime]. *Nevropatologiya i psikhiiatriya* [Neuropathology and psychiatrics]. 1943. Issue 12, Vol. 2. Pp. 3–10. (In Russ.)

15. Turkevich K.M., Livshits S.M., Zimkovskii B.F. Lechenie «kontuzhennykh» v armeiskom raione [Treatment of "shell-shocked" in the army area]. *Sovetskaya psikhiiatriya v gody Velikoi Otechestvennoi voiny* [Soviet psychiatrics during the Great Patriotic War] : collection of scientific works. Leningrad. 1985. Pp. 87–91. (In Russ.)

16. Etinger L., Strom A. Mortality and morbidity after Excessive Stress: A Follow-up Investigation of Norwegian Concentration camp Survivors. N.Y. : Humanities Press. 1973. 100 p.

17. Grinker R., Spiegel J. Men under stress. Filadelfia. 1945. 120 p.

18. Myers C.S. Shell shock in France. 1914–1918. Cambridge University Press, 1940. 96 p.

Received 04.08.2015

**ГРУППОВАЯ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ
ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ: ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ
И ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ**

Санкт-Петербургский городской психоневрологический диспансер № 7
(Россия, Санкт-Петербург, Старо-Петергофский пр., д. 50);
Научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3);
Восточно-Европейский институт психоанализа
(Россия, Санкт-Петербург, Большой пр. П.С., д. 18-А).

Рассматривается проблема психотерапии пациентов пожилого возраста. Авторы показывают, что эта категория пациентов становится все более значительной, при том что пока нет эффективных стратегий к их комплексной терапии, включающей в себя необходимую патогенетическую составляющую – психотерапию. В силу ряда причин такие пациенты редко получают «психологическое лечение», в первую очередь из-за предвзятого представления о них как о «низкокурабельных» с психотерапевтической точки зрения. Цель статьи – показать, что психотерапия пожилого человека (на примере современного группового психоанализа) возможна, эффективна и способна входить составной частью в комплексный подход к лечению таких пациентов. Авторы более подробно рас-

Фёдоров Ян Олегович – канд. мед. наук, зав. дневным стационаром № 1 С.-Петерб. гор. психоневрол. диспансера № 7 (Россия, 190020, Санкт-Петербург, Старо-Петергофский пр., д. 50); зав. каф. мед. пропедевтики Вост.-Европ. ин-та психоанализа (Россия, 197198, Санкт-Петербург, Большой пр. П.С., д. 18-А); e-mail: orthodoc@mail.ru;

Семенова Наталия Владимировна – д-р мед. наук, руководитель науч.-организационного отд-ния С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3); доц. каф. мед. пропедевтики Вост.-Европ. ин-та психоанализа (Россия, 197198, Санкт-Петербург, Большой пр. П.С., д. 18-А); e-mail: nvs@bekhterev.ru;

Белова Елена Борисовна – психиатр и психотерапевт дневного стационара № 1 С.-Петерб. гор. психоневрол. диспансера № 7 (Россия, 190020, Санкт-Петербург, Старо-Петергофский пр., д. 50); препод. каф. мед. пропедевтики Вост.-Европ. ин-та психоанализа (Россия, 197198, Санкт-Петербург, Большой пр. П.С., д. 18-А); e-mail: belena.doc@gmail.com;

Шиканова Елена Александровна – психолог дневного стационара № 1 С.-Петерб. гор. психоневрол. диспансера № 7 (Россия, 190020, Санкт-Петербург, Старо-Петергофский пр., д. 50); препод. каф. мед. пропедевтики Вост.-Европ. ин-та психоанализа (Россия, 197198, Санкт-Петербург, Большой пр. П.С., д. 18-А); e-mail: helena.sh@mail.ru.

смотрели первый год групповой психоаналитической терапии, типичные трудности в ходе этого процесса и основные ресурсы психотерапевтической работы.

Ключевые слова: клиническая психология, психотерапия, современный психоанализ, пожилой возраст, старческий возраст, геронтология.

Актуальность проблемы. Одна из тенденций развития современного общества, в первую очередь развитых стран, – рост численности населения старших возрастных групп. По данным Европейского бюро статистики [7], численность пожилых жителей составляет почти $\frac{1}{5}$ всего населения Евросоюза, и за период 2009–2014 гг. их доля выросла более чем на 1% (табл. 1)

Таблица 1
Динамика численности населения Евросоюза (28 стран) старше 65 лет
в 2009–2014 гг.

Год	Всего, млн человек	Старше 65 лет, %	Старше 65 лет, млн человек
2009	502,2	17,3	86,8
2010	503,2	17,5	87,9
2011	504,5	17,6	88,7
2012	505,6	17,9	90,3
2013	506,6	18,2	92,2
2014	506,8	18,5	93,9

По критериям ООН, население считается старым, если доля лиц в возрасте 65 лет и старше превышает 7 %. В начале 1991 г. в России таких людей было чуть больше 10 %, а на начало 2013 г. – почти 13 %.

С одной стороны, постарение населения отражает улучшение качества и увеличение продолжительности жизни. С другой стороны, закономерно возникает проблема поддержки пожилых людей в ее социальных, медицинских и психологических аспектах.

Анализируя данные официальной статистической отчетности о заболеваемости психическими расстройствами в Санкт-Петербурге, можно констатировать увеличение числа и доли больных пожилого возраста за последние годы (табл. 2).

Общая заболеваемость психическими расстройствами среди пожилых увеличилась за истекшие 10 лет на 21 %, а первичная заболеваемость – на 73 %, причем особенно рост этих показателей был выражен в последние 4 года. Обращает на себя внимание увеличение доли больных пожилого возраста среди тех, кто обращается в психиатрическую службу. Так, если в

2005 г. лица в возрасте 60 лет и старше составляли примерно $\frac{1}{5}$ общего контингента больных, то к концу 2014 г. – уже $\frac{1}{4}$.

Таблица 2

Заболеваемость психическими расстройствами лиц старше 60 лет
в Санкт-Петербурге в 2005–2014 гг.

Год	Общая заболеваемость			Первичная заболеваемость		
	Число всех больных	Число больных старше 60 лет	% больных старше 60 лет	Число всех больных	Число больных старше 60 лет	% больных старше 60 лет
2005	124 867	27 456	22,0	15 602	3079	19,7
2006	125 817	27 394	21,8	17 242	3993	23,2
2007	124 943	26 899	21,5	16 796	4134	24,6
2008	124 598	26 737	21,5	16 691	4079	24,4
2009	124 221	26 835	21,6	17 552	4210	24,0
2010	125 084	27 239	21,8	17 743	4338	24,4
2011	126 969	29 669	23,4	17 403	4536	26,1
2012	128 855	30 460	23,6	18 446	4545	24,6
2013	132 597	31 284	23,6	20 167	5110	25,3
2014	135 310	33 160	24,5	19 808	5333	26,9

Такое значительное увеличение числа людей старшего возраста с психическими нарушениями требует особого внимания к их лечению и реабилитации. По статистическим данным, в Санкт-Петербурге лица старше 60 лет составляют более 90 % от всех наблюдаемых больных с деменцией; в группе больных с аффективными психозами на долю пожилых людей приходится 32–36 %, с аффективными непсихотическими расстройствами – 33–39 %, с шизофренией – 20–22 %, с расстройствами личности – 15–21 %, с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, – 13–16 %.

Важно также понимать, с какими расстройствами пожилые люди впервые обращаются в психоневрологические диспансеры (ПНД), поскольку тактика наблюдения, лечения и, особенно, реабилитации существенно отличается при различных заболеваниях. Данные анализа первичной заболеваемости по диагностическим группам психических расстройств у населения Санкт-Петербурга за последние 10 лет приведены в табл. 3. Первичная заболеваемость (то есть обращение к психиатру по поводу психического расстройства впервые в жизни) в большей степени отражает картину тех психических заболеваний или патологических состояний, ко-

торые дебютировали именно в поздневозрастном периоде.

Таблица 3
 Диагностическая структура первичной заболеваемости психическими
 расстройствами лиц старше 60 лет, n (%)

Нозология	Год									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Число больных старше 60 лет (n = 100 %)	3079	3993	4134	4079	4210	4338	4536	4545	5110	5333
Сосудистая и др. старческая деменция	1208 (39,2)	1627 (40,7)	1793 (43,4)	1740 (42,7)	1615 (38,4)	1490 (34,3)	1770 (39)	1741 (38,3)	1906 (37,3)	1837 (34,4)
Другие органические психозы и (или) слабоумие	707 (23)	965 (24,2)	865 (20,9)	831 (20,4)	1063 (25,2)	1195 (27,5)	1156 (25,5)	1090 (24)	1059 (20,7)	1357 (25,4)
Шизофрения	31 (1)	45 (1,1)	34 (0,8)	44 (1,1)	25 (0,6)	40 (0,9)	37 (0,8)	70 (1,5)	30 (0,6)	47 (0,9)
Аффективные психозы	37 (1,2)	28 (0,7)	39 (0,9)	29 (0,7)	29 (0,7)	22 (0,5)	7 (0,2)	4 (0,1)	11 (0,2)	12 (0,2)
Органические непсихотические расстройства	614 (19,9)	823 (20,6)	901 (21,8)	967 (23,7)	882 (21)	970 (22,4)	1006 (22,2)	1124 (24,7)	1195 (23,4)	1461 (27,4)
Аффективные непсихотические расстройства	91 (3)	99 (2,5)	103 (2,5)	69 (1,7)	85 (2)	107 (2,5)	82 (1,8)	99 (2,2)	122 (2,4)	115 (2,2)
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	300 (9,7)	286 (7,2)	264 (6,4)	304 (7,5)	432 (10,3)	429 (9,9)	352 (7,8)	279 (6,1)	477 (9,3)	493 (9,2)
Расстройства зрелой личности	45 (1,5)	59 (1,5)	71 (1,7)	37 (0,9)	30 (0,7)	28 (0,6)	32 (0,7)	50 (1,1)	77 (1,5)	38 (0,7)

Как видно из приведенных статистических данных, около 60–65 % случаев составляют нарушенные когнитивные процессы различной этиологии, еще небольшой процент (1-2 %) – эндогенные психозы. Непсихотические психические расстройства в общей сумме представлены в 30–35% случаев. Таким образом, как минимум $\frac{1}{3}$ больных старше 60 лет являются потенциальными потребителями психотерапевтических услуг, и еще неко-

торой части больных требуется психокоррекционная помощь и психологическое сопровождение.

Несмотря на то что речь в статье будет идти о психотерапии, стоит подчеркнуть, что основу ведения пациентов пожилого возраста в психиатрическом учреждении составляет комплексный подход, включающий как медикаментозную, так и немедикаментозную терапию и реабилитацию. Не вызывает сомнения, что лечение пожилого психиатрического пациента эффективнее при «расширенной» комплексной терапии, включающей не только современную (безопасную, динамичную) психофармакотерапию актуальных психических расстройств, но и параллельное ведение интернистами (в первую очередь неврологом и терапевтом). К сожалению, есть известные трудности в оказании медицинской помощи психиатрическим пациентам в общесоматических территориальных поликлиниках, как вследствие особенностей их психического состояния, так и ввиду влияния стигматизации. Это особенно относится к пожилым пациентам, требующим внимательного отношения, терпения и квалификации специалиста.

Проблемы психотерапии пожилого человека. Пожилой человек сталкивается с довольно типичными транскультуральными проблемами: выход на пенсию, отдаление детей со своими собственными семьями, одиночество, ухудшение здоровья, потеря близких, снижение финансовых возможностей и т. д. Каждый из этих факторов сам по себе довольно травматичен, но для пожилого человека они сконцентрированы и по количеству, и по времени. Кроме того, при наличии общевозрастных изменений, свойственных большинству пожилых людей, каждый человек индивидуален в проявлениях психического старения и по-своему воспринимает изменения своего семейного, социального и материального положения. Эти изменения в совокупности с физическими недугами переживаются и опосредуются личностью, образуя по сути психосоциальные проблемы.

Наиболее травмирующий эффект был показан для таких событий, как смерть супруга или других близких родственников, а также длительная конфликтная ситуация в семье – ссоры, алкоголизация близких родственников, негативное отношение детей и внуков. Важно подчеркнуть, что психогении в пожилом возрасте не только выполняют триггерную роль, «запуская» психические расстройства (в том числе и психозы), но и оказывают определенное патопластическое влияние на течение психического расстройства, усиливая вероятность затяжного течения болезни, развития лекарственной резистентности, и, в конечном счете, формирование «госпитализма» и социальной дезадаптации [3].

В патогенезе психических расстройств позднего возраста, как и в процессах нормального старения психики, биологические, психологические и социальные факторы находятся в тесной взаимосвязи и оказывают взаимное влияние друг на друга. Сведение патогенеза к сугубо биологическим механизмам (в частности, к органическим изменениям головного мозга) без учета реакций личности на болезнь, равно как и необоснованное преувеличение значения психосоциальных факторов, неприемлемо с позиций холистического подхода. И в этом контексте особое значение приобретает психотерапевтическая и психокоррекционная работа с пожилыми людьми, которая, по сути, выступает одним из векторов патогенетических воздействий.

Несмотря на формальный отход от дефицитарной модели старения, в отечественных геронтопсихиатрии и геронтопсихологии сохраняется довольно скептический взгляд на возможности психотерапии. Бытует мнение о ее трудоемкости и низкой эффективности у пожилых людей. В научной литературе можно встретить рекомендации по применению «рациональной психотерапии» в виде разъяснения и убеждения, с оговоркой, что «истинная» патогенетическая психотерапия затруднена из-за устойчивости личностных конструктов, ригидности мышления пожилых людей, стереотипности их эмоциональных реакций и вообще «трудности восприятия нового». Более того, авторам приходилось слышать довольно категоричные заявления авторитетных специалистов, что пожилой возраст сам по себе является противопоказанием к проведению динамической и аналитической психотерапии.

Однако (кроме случаев глубокого слабоумия), важную роль для пожилого человека играет его реакция на болезнь, проявляющаяся преувеличенным значением взаимоотношений с лечащим врачом, медицинским персоналом или с другими больными. Поэтому психотерапия в качестве психокоррекционного метода должна считаться неотъемлемой частью восстановительного лечения [1].

По сравнению со многими европейскими странами и США, в современной России психотерапия в структуре психиатрической помощи развита недостаточно, несмотря на формальное признание биопсихосоциальной модели психических расстройств. Психиатрия пока редко видит в психотерапии надежного помощника. В полной мере это касается и оказания помощи пожилым пациентам. Однако можно признать – за последние годы ситуация меняется в положительную сторону, чему способствуют, в частности, организационные решения (Приказ Минздравсоцразвития России от

17.05.2012 № 566н). Вместе с тем даже при наличии таких структурных подразделений, как психотерапевтический кабинет, психотерапевтическое отделение, медико-реабилитационное отделение, возникают другие организационные вопросы: какие психотерапевтические подходы использовать, где найти квалифицированные кадры, как наладить эффективное взаимодействие специалистов внутри отделения и т. д.

Психотерапевтическая работа с пожилыми пациентами предъявляет повышенные требования к квалификации и профессиональному опыту специалистов, поскольку необходимо учитывать соматическое состояние и сопутствующую психиатрическую патологию – сниженное настроение, нарушения поведения, «органику». Пожилые пациенты как с актуальной психиатрической симптоматикой, так и без нее нуждаются в психотерапевтической и психологической помощи, и она может быть обеспечена, в частности, современными психоаналитическими подходами.

В качестве базовой теории использовался современный американский психоанализ Хаймана Спотница и его последователей. Этот подход и соответствующий психоаналитический тренинг был интегрирован в работу психиатрической службы, в том числе при оказании помощи пожилым пациентам.

Некоторые психотерапевтические направления скептически относятся к психотерапии определенных контингентов пациентов, например с эндогенной депрессией, ауто- и агрессивным поведением, шизофренией, расстройствами личности, пожилыми людьми и т. д. Во многом это касается и классического психоанализа тоже, однако одно из его более поздних направлений, разрабатываемых Х. Спотницей и его последователями, вот уже более полувека успешно работает в области психотерапии психотических расстройств. Х. Спотниц разработал теорию возникновения и развития шизофренических нарушений, а также технические приемы по лечению таких пациентов [4]. Свой подход он назвал «современным психоанализом». Эти идеи оказались полезными в психотерапии не только пациентов шизофренического спектра, но для целого круга состояний, связанных с ранними травмами (так называемые довербальные или доэдипальные пациенты) [2, 5, 6].

Важнейшим инструментом терапии доэдипальных пациентов (в том числе депрессивных) является работа с агрессией, которой отводится ведущая патогенетическая роль. Техники современного психоанализа помогают выражать агрессию безопасным образом, путем вербализации негативных чувств в обстановке психоаналитического кабинета или в рамках

психотерапевтической группы. Тогда внутренняя агрессия, направленная на самого себя, на Эго пациента, постепенно перенаправляется на внешние объекты, в первую очередь на аналитика и членов группы. Эта стратегия позволяет «вывести из-под удара» Эго пациента, преодолеть ранние психологические защиты и помочь сформировать более адаптивное поведение. Задача аналитика – сделать выражение агрессии безопасным для всех – пациента, членов группы и психотерапевта. Особенно актуальна канализация агрессии в терапии пожилых депрессивных пациентов, поскольку они обычно испытывают большие трудности с идентификацией собственных негативных чувств, направленных на ближайшее семейное или родственное окружение.

Собственный опыт: психоаналитическая групповая терапия для пожилых. Психоаналитическая терапевтическая группа для пожилых пациентов, находившихся на лечении в дневном психиатрическом стационаре, начала свою работу в феврале 2009 г. На момент создания группы средний возраст ее участников составлял 64,5 лет (от 56 лет до 71 года). Это были в подавляющем большинстве пациенты с аффективными нарушениями – депрессивными состояниями различной этиологии легкой и умеренной степени выраженности. Сеттинг-группы (различные аспекты отношений психотерапевт–клиент): длительность – 1 ч, частота – 1 раз/нед, каникулы – 2 летних месяца, группа – бесплатная. Ведущие группы (котерапевты) – психиатры с дополнительным психоаналитическим образованием – придерживались модели современного американского психоанализа, в основе которого лежит стратегия развития эмоциональных коммуникаций между участниками, разрешение актуальных сопротивлений и управление агрессией. За период 2009–2015 гг. в работе группы приняли участие 18 человек. В среднем одномоментно группу посещали 7–9 человек.

Необходимо подчеркнуть, что методологически основными целями проведения такой психотерапевтической работы послужили интересы конкретных пациентов, а также изучение организационных аспектов оказания психотерапевтической помощи в условиях психиатрического дневного стационара. В результате для участников группы была создана поддерживающая среда, безопасное пространство для вербализации своих мыслей и чувств, где они могли говорить обо всем: страхах, обидах, желаниях, тайнах и т. д., что способствовало редукции у них психопатологической симптоматики.

Уходы пациентов из группы (которые расценивались как неудачи терапевтического процесса) были связаны с образованием подгрупп или тя-

желыми соматическими заболеваниями участников. За время существования группы один из членов умер дома от инфаркта в возрасте 80 лет. Пациент с диагнозом «Шизофрения параноидная» покинул группу через 5 лет в возрасте 76 лет после того, как перенес серьезное соматическое заболевание, во многом помешавшее ему дальше посещать встречи. За время работы в группе он стал значительно опрятнее, у него уменьшилась выраженность психотических симптомов, он стал способен к диалогу с другими участниками, чего не было вначале работы группы.

Ниже приведены стенограммы групповых сессий (примерно каждая десятая, 1 раз в 2-3 мес), чтобы проиллюстрировать динамику группы за первый год терапии, а также короткие отчеты ведущих о своих переживаниях для демонстрации контрпереносных реакций. Наиболее важен период становления группы, поэтому подробно рассматривается динамика именно первого года терапии. В этот период времени численность группы колебалась от 7 до 9 человек, посещаемость была высокой – не менее $\frac{3}{4}$ состава.

Котерапевты: ведущий Ян и ведущая Елена. Состав участников несколько изменился за год (он отражен в описании динамики группы).

Сведения о пациентах (все имена изменены).

Женщины. Гертруда, 62 года, диагноз – реактивная депрессия, поступила в дневной стационар после смерти мужа, обратилась к психиатрам впервые в жизни.

Ирина, 56 лет, диагноз – органическое заболевание головного мозга, депрессивный синдром, поступила в дневной стационар из психиатрического стационара после суицидной попытки. Переехала из промышленного города в Санкт-Петербург 20 лет назад.

Лидия, 55 лет, диагноз – рекуррентная депрессия, муж алкоголик, воцерковленная.

София, 70 лет, диагноз – рекуррентная депрессия, длительно наблюдается в ПНД, последние годы периоды интермиссии сокращаются, появляются признаки сосудистого заболевания головного мозга. Одинокая.

Клара, 60 лет, присоединилась с 34-й групповой сессии. Диагноз – рекуррентная депрессия, ранее несколько раз лечилась в дневном стационаре ПНД. Очевидна связь ее ухудшений со внутрисемейными конфликтами, по поводу чего ранее проводилась семейная терапия, после которой была длительная интермиссия. Вновь поступила в дневной стационар с типичными жалобами.

Мужчины. Влад, 62 года, диагноз – органическое поражение головного мозга депрессивный синдром с выраженными сенесто-ипохондрические переживаниями, негативно относился к лекарственной терапии, демонстрировал низкую комплаентность. Ранее лечился в дневном стационаре ПНД и чуть не был госпитализирован в психиатрический стационар из-за конфликтного поведения.

Ефим, 69 лет, диагноз – органическое поражение головного мозга, депрессивный синдром. Проживал с престарелой матерью, работал в научно-исследовательском институте.

Макар, 71 год, диагноз – шизофрения параноидная, непрерывно-прогредиентный тип течения, выраженное эмоционально-волевое снижение. Десятилетиями под наблюдением ПНД, многократно лечился в стационаре и дневном стационаре ПНД.

Юлий, 71 год, диагноз – депрессивный эпизод. Впервые обратился за психиатрической помощью. Проживал с женой, недоволен отношениями с ней.

Антон, 54 года, присоединился к 36-й групповой сессии. Диагноз – органическое заболевание головного мозга с умеренно выраженной депрессией. В прошлом алкоголизировался.

Групповая сессия № 1 от 19.02.2009 г. Участники группы 8 человек, все присутствовали: женщины – Гертруда, Ирина, Лидия, София; мужчины – Влад, Ефим, Макар, Юлий.

Опоздали на несколько минут Лидия и Ирина. Ведущий Ян рассказал о правилах работы группы. Стали обсуждать, как участники будут друг друга называть. Решили, что по именам. Все представились по кругу, включая ведущих. Макар рассказал, как он стал проповедовать православие в Римском порту и как его хотели возвращать на родину. Затем вступил Влад – о травмирующей ситуации из-за его психиатрического диагноза, и как его «болезнь» связана с «перестройкой», крахом карьеры и последующей пенсией. Женская часть невербально активно поддерживала Влада (кивали, вздыхали). Юлий был явно раздражен, возможно, из-за того, что ему не давали вставить слово. Тема недоверия к врачам развивалась. Чтобы исследовать, насколько эта тема является проявлением недоверия к котерапевтам, ведущая Елена спросила, можно ли доверять психотерапевтам на этой группе? Группа, в целом, выразила им доверие. Затем Ефим продолжил тему «перестройки» и жизни до нее, отметил, что в СССР была стабильность и защищенность. Его поддержала Гертруда и с сожалением добавила, что «те времена прошли и надо стараться жизнь сейчас». Влад рекомендовал всем не смотреть телевизор, так как там только реклама лекарств и «всех страшат, что без них человек погибнет, например, от рака». Участники согласились с этим. Напряжение росло. Ведущий Ян использовал шутивную интервенцию для снижения напряжения: «Группа не защитит на 100 % от рака, но она поможет вам жить лучше». Ободрительный шум в группе, улыбки. Юлий сказал, что далеко не у всех психологические проблемы связаны с «перестройкой», но тему свою не развил.

Ведущий Ян старался стимулировать молчащую женскую часть группы: «Получается так, что мужская часть более активна. Как мы можем помочь женской половине говорить?». После чего Ирина «сделала историческую справку» о кризисе 1917 и 1991 гг., затем стала говорить о своем переезде в Санкт-Петербург, о проблеме найти свое место в жизни здесь, как трудно быть домохозяйкой после многолетнего опыта преподавания в вузе. Ирина рассказала, как смогла преодолеть тяжелое заболевание, о внезапной смерти мужа, изменившей весь уклад семьи, о бедности и проблемах со взрослеющим ребенком. Когда Ирина говорила – плакала Гертруда: «Я тоже недавно потеряла супруга». Ирина сожалела, что группа не сможет решить ее проблемы: «Я прочитала в одной книге, что негативные события притягивают другие негативные события». Она сомневалась, что стоит так много негативного говорить на группе. Ведущий Ян,

чтобы нейтрализовать это «ограничение» на негативные переживания, сделал интервенцию: «Не надо бояться, что негатив в группе вызовет негатив в жизни. Негативные эмоции – это часть лечебного процесса. Мы, ведущие, отвечаем за то, чтобы негативные процессы в группе перерабатывались в терапевтическую позитивную энергию». Этой интервенцией котерапевты взяли на себя ответственность за групповой процесс, позволяя участникам быть более свободными. Группа стала поддерживать ведущих. Участники говорили, что им понравилось то, что происходит на группе, и они будут на нее ходить. Ведущий Ян выразил свое беспокойство и обратился к молчащим участникам – придут ли они на второе «занятие» (это было сделано для канализации невысказанных негативных чувств и профилактики внезапного ухода из группы). Молчащие участники ответили, что «все нормально», они придут через неделю, они «просто привыкают» к непривычной роли – говорить о себе.

Переживания ведущих во время группы:

Ян. Была некоторая неловкость в начале группы, когда мало говорили, затем обеспокоенность, когда Влад и Макар стали занимать слишком много времени. Сопереживание «праведного гнева», что государство оставило тех людей, которые отдали ему много сил;

Елена. В начале группы чувствовала скованность, передала инициативу второму ведущему, беспокойство во время монолога Макара. Сильно привлекало внимание раздражение Юлия. Сильное сопереживание, когда говорила Ирина, так, что было напряжено лицо.

Групповая сессия № 10 от 23.04.2009 г. Участники группы 8 человек: женщины – Гертруда, Ирина, Лидия, София; мужчины – Влад, Ефим, Макар, Юлий. Отсутствовали трое: Гертруда и София – предупреждали, Юлий – не предупредил.

Макар принес конфеты, сказал, что он уезжает в деревню на несколько недель. Он стал говорить об исправительных работах в сельском хозяйстве в Китае, о Белоруссии. Эту тему подхватили Ефим и Влад, а затем Ирина. Речь зашла о советской власти, известном белорусском лидере в СССР, который «был честен» и погиб в автокатастрофе, и что это было «неслучайно». Видя, что группа активно уходит от обсуждения личных переживаний, ведущий Ян сделал интервенцию: «Полезнее говорить о чувствах и мыслях, чем о политике...». Однако прямая интервенция не дала желаемого результата, члены группы не говорили о себе. Тогда ведущая Елена использовала технику присоединения (стратегия усиления действующих защит, в данном случае – уход в политику) и стала восхищаться политической активностью в группе. Это помогло группе начать говорить о более личном. Несколько раз, когда речь заходила о религии, Лидия становилась беспокойной, зажимала себе рот, хваталась за голову. Ведущий Ян спрашивал у группы, почему Лидия так делает, говорил о беспокойстве за нее, что она что-то не может сказать и как группа собирается ей в этом помочь. После чего Лидия рассказывала о своих религиозных переживаниях и успокаивалась. В конце сессии Влад говорил о своей зависти и что он не знает, что с него делать. Ирина сказала, что раньше тоже завидовала многим людям, но потом узнавала, что у них жизнь хуже, чем она думала. Лидия призналась в своем кокетстве с мужчинами, как она просила Бога избавить ее от этого, «и Он помог», и

как затем она пошла в Церковь, покаялась «в этом грехе». Влад задумался вслух: «Я атеист с сомнением».

Переживания ведущих во время группы:

Ян. Доволен, что групповой процесс идет, даже несмотря на отвлеченные темы, преобладало спокойствие – групповой процесс управляем;

Елена. Сначала злилась на группу, особенно на Макара, на его соскальзывания (характерная патология мышления у процессуальных пациентов), сбивающие группу. Беспокойство по поводу Лидии, что она себе зажимает рот. Когда долго обсуждались политические вопросы – отчетливо усталость и раздражение.

Групповая сессия № 20 от 25.06.2009 г. Участники группы 8 человек: женщины – Гертруда, Ирина, Лидия, София; мужчины – Влад, Ефим, Макар, Юлий. Отсутствовали двое: Лидия – предупреждала, Макар – не предупредил.

Вначале группа обсуждала гомеопатию – медицина ли это? Для исследования возможного недоверия к котерапевтам, ведущий Ян спросил: «А групповая терапия – это медицина или нет?». Все участники ответили, что психотерапия – это как раз настоящая медицина. Далее Ирина много говорила о бизнесе, который был у ее мужа. Влад – немного о том, как он заболел (фактически о ятрогении), а также много о своем прошлом бизнесе и о возможном будущем. Влад спрашивал группу: «Ничего, что я говорю не о себе?». Ведущий Ян присоединился к этому интервенцией: «Это хорошо, что группа говорит не только о здоровье, но и как сделать жизнь лучше с помощью бизнеса» (как было показано ранее, в регрессированных группах присоединение работает эффективнее). Ведущие связывали желание участников уйти от обсуждения своих переживаний с предстоящими каникулами на два месяца – до сентября, чтобы «не теревить рань», оставаясь длительно без поддержки группы. Ведущий Ян, исследуя это предположение, сделал интервенцию: «Может, и правильно, что перед каникулами мы больше говорим о перспективах?». Тогда участники стали говорить о беспокойстве, связанном с предстоящим перерывом. Гертруда временами вставляла комментарии, а София, Юлий и Ефим говорили совсем мало. Возникла новая тема – неактивности, «брошенности». Ведущий Ян спросил: «Нужно ли мне беспокоиться, что Ефим и Юлий совсем не говорят?» – и получил ответ: «Не надо, они заговорят, когда захотят». Участники отметили, что Ефим и Юлий стали лучше выглядеть. В самом конце групповой сессии Влад и Гертруда заговорили о ненужности Олимпиады-2014 в Сочи, что это плохой проект. «Вплетая» текущую тему в актуальную информацию, ведущая Елена сказала: «Группа соберется 3 сентября – и это хороший проект! Мы всех ждем в сентябре!». У всех в группе появилось оживление: «Да, конечно». Ведущий Ян: «Всем хорошего лета, скоро снова встретимся, лето проходит быстро». Участники прощаются друг с другом уже после окончания группы.

Переживания ведущих во время группы:

Ян. Чувствовал удовлетворение, что многие хорошо говорят, но было беспокойство за неактивных, но затем оно прошло.

Записи о переживаниях ведущей Елены отсутствуют.

Групповая сессия № 21 от 03.09.2009 г. Участники группы 8 человек: женщины – Гертруда, Ирина, Лидия, София; мужчины – Влад, Ефим, Макар,

Юлий. Отсутствовал только Влад – предупреждал. Первая группа после перерыва на два летних месяца.

София активно начала группу с позитивного рассказа о своих «каникулах». Макар и Лидия о чем-то шептались. Ведущие спросили (профилактика фрагментации группы): «Знает ли группа, о чем с таким интересом говорят Макар и Лидия?». Макар рассказал, как он доехал до дачи за 6 рублей, а Лидия посоветовала, что муж «совсем допился и стал выносить вещи из дома». Макар советовал отвести ее мужа к «анонимным алкоголикам». Гертруда жаловалась на отношения с сыном и внучкой, плакала, говорила об одиночестве и нежелании жить. Ирина рассказала о проблеме в ее маленьком бизнесе, спрашивала, что ей делать, тут же получила конструктивный совет и успокоилась. Ведущий Ян вслух забеспокоился о молчащем Юлии. В ответ на реакцию ведущего Юлий пожаловался на рекламу препаратов по телевизору и что врачи ее совсем не контролируют. Угадывая в этом разочарование от терапии на отделении, ведущий Ян старался придать этой информации актуальный вид: «Может, это вопрос о том, почему лечение здесь не помогает?». Юлий согласился, что это так, но тему не развил. Ведущий Ян переключился на других молчащих и спросил у группы, как она думает: Ефим молчит, потому что у него не все хорошо? Ефим ответил, что он сам по себе молчун, но тем не менее начал говорить о работе и что ему лучше, чем Юлию. После чего Юлий спросил, помогала ли кому-нибудь группа, и тут же отметил, что ему группа не помогла. Участники ответили, что у них эффект есть, но надо раскрываться. Ирина настаивала, что это «половая особенность» и мужчинам труднее раскрываться. Гертруда отметила, что группа – это место, где она может бесплатно проконсультироваться, и сетовала, что раз в неделю – это мало. Затем она предложила общаться вне группы. Группа стала обсуждать вопрос о включении новых членов в группу и увеличении продолжительности групповой сессии. Ведущие объясняли, почему не полезно встречаться вне группы.

Переживания ведущих во время группы:

Ян. Противоречивые чувства, то удовольствие, что процесс идет без ведущих, то желание принять участие в разговоре как участник и необходимость в постоянном контроле этого желания – чтобы не отреагировать чувства. Было приятно, что Ирина перестала доминировать;

Елена. Беспокойство за Юлию и Ефима. Было приятно, что все хотели прийти, это было заметно и по тому, как хорошо были одеты женщины.

Групповая сессия № 31 от 12.11.2009 г. Участники группы 7 человек: женщины – Гертруда, Ирина, София; мужчины – Влад, Ефим, Макар, Юлий. Вышла из группы Лидия «по религиозным соображениям». Духовник, с ее слов, запретил ей приходить в группу и советовал «исповедоваться в Церкви, а не в группе». Отсутствовал Ефим, не предупредил.

Влад стал говорить о последней группе, на которой он решил говорить только о позитиве, т. к. негатив действует отрицательно. Юлий опоздал и перед дверью очень активно говорил по телефону – вся группа слышала это. Зайдя в группу, Юлий спросил ведущих, сколько надо ходить, чтобы группа вылечила. Ведущий Ян: «Если много говорить, то года два, если мало говорить – лет двенадцать». Юлий стал сокращаться, что он неразговорчивый. Ведущий Ян, наме-

кая на телефонной разговор перед дверью, сказал: «А вот перед группой вы говорили активно». Участники поддержали ведущего, что, похоже, Юлий умеет активно говорить. Юлий стал оправдываться. Ведущая Елена совершила интервенцию, исследуя скрытое недовольство группой: «Может, у нас мало общих тем?». Юлий стал говорить уклончиво, но живо улыбался, было заметно, что ему близка тема, поднятая ведущей. Гертруда сказала, что ее муж был такой же, как Юлий. – много говорил на работе и мало дома. Юлий что-то начал говорить, но Ирина его перебила, попросив Софию рассказать «о позитиве». Юлий сник, сел в сгорбленную позу «кучера». Группа стала активно обсуждать «позитивчик». Ведущий Ян обратил внимание группы, что Юлий сник, когда его перебили, и что Юлий иначе выглядит, когда ему уделяют внимание. Все участники на мгновение замолчали, а потом согласились, что бросили Юлия. После чего Юлий стал говорить о семейной ситуации, что жена не понимает, не слушает, кричит. Женская часть группы стала активно поддерживать Юлия, особенно идею «поменять жену». Гертруда вступила в оппозицию с женским большинством и говорила о том, что отношения можно улучшить. Ирина настаивала, что Юлию лучше начать новые отношения. Юлий попросил, чтобы психотерапевты вели группу активнее. Конфронтируя с пассивным желанием Юлия быть выключенным без собственного участия, ведущий Ян сделал интервенцию: «Мне было бы приятно много говорить, и тогда бы свои трудности здесь решал я. Но мне платят зарплату за то, чтобы свои проблемы решали пациенты». Это высказывание несколько стимулировало Юлия. Далее стали обсуждать, что молчащих трудно понять. После чего ведущий Ян предложил Юлию помогать котерапевтам вести группу, т. к. он молчащий и лучше знает психологию молчащих, а говорящие и сами смогут выздороветь. Влад вклинивался с замечаниями, что надо говорить о позитиве и отношениях. Группа пришла к выводу, что у Юлия есть перспективы, и он улыбался. Только Макар опять молчал всю группу.

Переживания ведущих во время группы:

Ян. Интерес в течение всей группы, было ощущение, что Юлий больше вовлекается в групповой процесс, удовлетворение от этого;

Елена. Показалось, что желание Юлия вести группу активнее – его просьба о помощи, чтобы ему давали говорить и не перебивали. Не хотелось активизировать молчащего Макара из-за опасения, что он опять будет парализовывать группу пространскими рассказами. В целом было хорошее ощущение от группы.

Групповая сессия № 39 от 14.01.2010 г. Участники группы 9 человек: женщины – Гертруда, Ирина, Клара, София; мужчины – Антон, Влад, Ефим, Макар, Юлий Пациентка Клара присоединилась к группе на 34-й сессии. На 36-й сессии к группе присоединился пациент Антон. Отсутствовали трое: Гертруда – предупредила, Антон и Юлий – не предупредили.

Ведущий Ян запустил всех в групповую комнату за 5 мин до начала группы. Когда он зашел, Влад говорил об особенностях эмоций в период праздников, о своем опыте работы в добровольной народной дружке и первом заработке после выхода на пенсию (дежурил на Новый год 2 нед тому назад). Сказал, как это подняло ему настроение. Также он возмущался тем, как много негативной информации с телеэкранов. Клара отметила, что Новый год провела не как хотела, но не смогла сказать больше. Ведущие спрашивали у группы, почему Ирине

удается смотреть только телеканал «Культура», где «нет негатива», а Владу нет? Клара попыталась сказать о проблеме в браке. Ирина и Влад перебили ее и стали активно говорить о супружестве и любви, затем об ответственности и материальных аспектах брака. В их диалоге было много юмора и взаимопонимания. Пару раз они с удовольствием замечали: «Как мы хорошо понимаем друг друга!». Клара несколько раз пыталась что-то сказать, но ее перебивали, как правило, Влад и Ирина. Ведущая Елена спросила, почему не удастся сказать Кларе. Это позволило «освободить пространство» Кларе, и она начала говорить о своих проблемах с мужем. Влад удовлетворенно отметил: «Вот Клара стала больше говорить». Ведущие обсудили возможность следующей группы без ведущих (так называемая альтернативная группа).

Переживания ведущих во время группы:

Ян. Желание делить время на всех, раздражали диалоги Ирины и Влада. Удовлетворение, что Клара стала больше говорить, в том числе о личном, и что интервенция оказалась удачной.

Записи о переживаниях ведущей Елены отсутствуют.

Групповая сессия № 44 от 18.02.2010 г. Участники группы 8 человек: женщины – Гертруда, Ирина, Клара, София; мужчины – Антон, Влад, Ефим, Маркар. Все присутствовали. Прошел ровно год. Юлий покинул группу, перестав на нее ходить с начала года (1,5 мес назад).

Ирина начала с извинений, что она нападала на Антона на прошлой группе, жалела, что «не могла держать себя в руках». Группа ее поддерживала – «все нормально, не надо извиняться». Ведущий Ян пришел на группу позже. Кто-то стал обвинять Ирину, что она рассказывает много отвлеченных историй. Чтобы утилизировать это нападение, ведущая Елена сказала: «Ирина говорит о важном – это всегда истории, которые имеют отношение к группе». Ведущий Ян тоже старался защитить Ирину от вины и позитивно интерпретировал ее агрессию к Антону: «Чувства Ирины переполняли ее, и она нашла в себе смелость говорить о них. Этим она спасает группу от молчания и показывает пример, как надо говорить о переживаниях». Антон опоздал на 10 мин, извинился – «делал капельницу». Ирина теперь извинилась перед ним очно. Антон сказал, что он тоже всю неделю думал и хочет извиниться перед Ириной. После чего она сказала, что они очень похожи. Все отметили, что прошел ровно 1 год с момента начала психотерапии и сегодня день рождения группы. Ирина пообещала, что она не будет читать «лекции» (ее культурологические монологи нередко занимали много времени). Участники стали сомневаться, получится ли у группы быть эффективной (много говорить), так как Ирина «хорошо говорила и делала группу работающей». Ведущий Ян стал задавать прямые вопросы молчавшим Софии и Ефиму, после чего они начали постепенно вовлекаться в обсуждение. Котерапевты стали активно использовать бриджинг (техника, способствующая эмоциональному взаимодействию членов группы). Участники стали говорить более спонтанно. Гертруда поддержала Ирину: «Мне не нравится, что Ирина молчит. Она важный человек и после разговора с ней хорошо. Вообще есть люди, которое напрягают, но в группе таких нет». Антон рассказал про цветы и подарки для жены. В конце группы Ирина отметила, что ей приятно видеть изменения в группе и что участники стали другими через 1 год. Еще Ирина призналась, что она хочет другой

жизни, иметь отношения с мужчиной, о чем не могла даже подумать год назад.

Переживания ведущих во время группы:

Ян. Вначале была злость на начальство, из-за которого опоздал на группу. Затем было удовлетворение, что Ирина пришла и старалась помириться с Антоном и что группа стала активнее говорить о личном и эмоциональном;

Елена обрадовалась, что Ирина не стала пропускать группу из-за предшествующего конфликта. Было желание ее поддержать и ощущение важности Ирины для группы. Потом было сожаление, что группа «буксует» без активности Ирины. Затем удовлетворение, что группа справилась и заговорила о важных вещах. Последние слова Ирины были особенно приятны.

Катамнез (на основе амбулаторных карт пациентов).

Женщины. Гертруда: в 2010 г. перенесла успешную операцию на сердце, стала самым постоянным участником группы и на момент написания статьи продолжает ее посещать. На одной из групп в начале 2015 г. она сказала: «Мне только сейчас захотелось красиво одеться, именно для себя. Наверное, депрессия прошла только сейчас». Психотропных средств не принимает.

Ирина: после выписки из дневного стационара в 2010 г. в ПНД не обращалась. Бросила посещать группу через 1,5 года. Последние сведения от 2013 г. от знакомой – «у нее все нормально».

Лидия: покинула группу через полгода, переехала жить к детям; в настоящее время лекарства не принимает, в 2014 г. была снята с диспансерного наблюдения.

София: в 2010 г. перешла на монотерапию (симбалта 60 мг/сут), самочувствие хорошее. Явления нарастающего снижения слуха. Привязана к дневному стационару и группе, которую продолжает посещать.

Клара: В течение последующего года стала лучше осознавать характер семейного конфликта. Предпринимала попытки стать менее зависимой от мужа. Добилась, что после 20 лет совместной жизни они официально заключили брак. Через 2 года посещения группы обнаружилось онкологическое заболевание, после чего ушла из группы и пропала из поля зрения психиатров.

Мужчины. Влад: после выписки из дневного стационара в 2009 г. ушел из группы и не посещал ПНД до осени 2014 г., когда снова появились жалобы на сниженное настроение и тревогу. Сам отмечал их связь с психологическими причинами (реакция на травму любимого внука). Поступил на лечение в дневной стационар, где в течение 2 мес его самочувствие нормализовалось на фоне медикаментозной терапии. От предложенной групповой терапии отказался: «Нет, не пойду, дома надо заниматься, да и негатива много на группе, мне вредно. Но мой случай можете записать себе в зачет – группа тогда мне очень помогла».

Ефим: неожиданно ушел из группы (посещал около 1 года) по причине интимных отношений с одной из участниц и конфликта между ними, который не озвучивался на групповых сессиях. Проработал в научно-исследовательском институте до 2012 г. Лекарств не принимал. Летом 2014 г. на приеме у участкового психиатра была его сожительница, описывалась астено-депрессивная симптоматика, было выдано приглашение на прием. Далее записей нет.

Макар: наблюдается ПНД, лечение стабильное: галоперидол 15 мг/сут, циклодол 2 мг/сут, феназепам 1 мг/сут. В 2013 г. покинул группу, настойчиво

мотивируя тем, что должна быть отдельная группа для мужчин и женщин. С осени 2014 г. уменьшилась доза галоперидола до 10 мг/сут. Раз в год посещает дневной стационар ПНД, каждое лето уезжает на дачу.

Юлий: посещал группу 10 мес, после выписки не посещал ПНД до весны 2012 г. Перенес инфаркт в этот период, лечился в военном госпитале, где был назначен сонапакс 20 мг/сут и акатинол, которые регулярно принимал. Однократно в 2012 и 2013 гг. обращался в диспансер с жалобами на диссомнию и тревогу для коррекции терапии.

Антон: посещал группу 3 мес, без предупреждения покинул ее, катamnестических сведений нет, в диспансер больше не обращался.

Типичные трудности и пути их преодоления. Проблемы в работе психотерапевтических групп в психиатрическом отделении многочисленны и касаются различных сторон организации процесса, выбора формата группы (открытая/закрытая), подбора участников, взаимодействия психиатров, индивидуальных психотерапевтов и котерапевтов между собой, отношения к групповой терапии у самих пациентов и их родственников и т.д. Анализируя собственный опыт проведения групповой психотерапии для пожилых людей, можно выделить как общие, так и специфичные именно для данного контингента проблемы.

Во-первых, одной из самых значимых проблем для групповой терапии являются контакты участников вне группы. Одиноким пожилым людям особенно сильно стремятся установить между собой связи за пределами группового поля, в том числе сексуальные. Это подрывает единство группы, расщепляет ее на подгруппы (начинают появляться тайны и конфликты, желание выяснить отношения между участниками таких подгрупп за счет группы целиком). Все это приводит, в конечном итоге, к уходу некоторых участников, если ведущие не смогут выявить эти процессы и разрешить их.

С контактами вне группы ведущие пытались бороться рационально, объясняя вредность подгрупп для целой группы, однако это было малоэффективно. Участники таких подгрупп парировали: «Мы одинокие, нам нужна поддержка, своя среда для общения. А здесь есть близкие нам люди. Почему нам надо отказываться от общения? Группа только один раз в неделю!». Более выигрышной была стратегия исследования и присоединения в виде вопросов типа: «Почему Вас устраивает менее эффективная терапия с контактами вне группы?»; «Какую поддержку не дают ведущие, так что необходима поддержка вне группы?»; «Конечно, Вы можете общаться вне группы, но тогда должны все рассказывать об этих встречах».

Во-вторых, пересечение функций – ведущие групп являлись одновременно и лечащими врачами-психиатрами некоторых участников, и ад-

министративными фигурами (заведующий отделением). Это приводило к тому, что в группе иногда «размывались» границы и реакции на ведущих. Не всегда было возможно точно оценить особенности реакций участников на ведущих – как на психиатров, психотерапевтов или «начальника». Иногда участники уводили группу от обсуждения личных вопросов к чисто медицинским или организационным.

Для решения этой проблемы при последующих поступлениях пациентов в дневной стационар административным образом разделялись лечебные и реабилитационные процессы, при этом пациентам объяснялось, почему ведущий группы перестал быть одновременно лечащим врачом. Если в процессе групповой терапии все-таки возникали ситуации с вопросами о лечении или его организации, то ведущие старались дать минимум информации (так, чтобы пациент не остался без внимания), а за полной информацией рекомендовали обращаться к лечащему врачу.

В-третьих, соматическое состояние. Обычно пожилые люди имеют соматические заболевания, обострения которых служат причиной пропуска сессий. Это сильнее влияет на работу группы, чем в индивидуальной практике, т. к. нарушается постоянство группового состава. Даже если соматизацию рассматривать как отреагирование – бессознательное желание избежать негативных переживаний (например, после особенно эмоциональных групп), последствия декомпенсации соматического состояния могут быть серьезными и их надо учитывать. Если в индивидуальной терапии этот вопрос регулярности встреч может решаться посредством телефонной или интернет-связи (Skype), то в отношении групповой терапии такие пропуски всегда рассматривались с точки зрения влияния групповой динамики на конкретного участника, а ведущие старались прояснить не явные (соматическое заболевание), а скрытые (эмоциональные) причины отсутствия.

В-четвертых, сильные переживания самих ведущих на пациентов – контрпереносы, которые могли проявляться разнообразно: колебания аффекта от умиротворенности до злости или безнадежности, выраженная сонливость, за которой нередко скрывались агрессивные чувства разной степени выраженности, а также желание психотерапевтов избавиться от трудной работы с потенциальным клиентом. Подобные трудности имеют место и в индивидуальной практике, когда в ситуации выбора терапевт скорее выбирает более «перспективного» молодого пациента, чем трудоемкого пожилого. В нашем случае это проявилось в сокращении типичных полутора часов групповой сессии до часа – ведущие отказались от трети работы, рационализируя тем, что пожилым людям трудно выдержать 1,5 ч

эмоциональной нагрузки.

Для психотерапевта очень важно отслеживать свои реакции (эмоциональные, когнитивные, соматические), их связь с отношением пациента к терапевту и, самое главное, не действовать сразу в соответствии с собственными переживаниями. Понимание того, что эти переживания, пусть очень неприятные или тяжелые, связаны с пациентом, а точнее, с его переносом на ведущего, как правило, снижает интенсивность чувств, делает психотерапевта более свободным, а значит, и эффективным.

В-пятых, вопросы оплаты. Ее отсутствие, с одной стороны, помогало нашим пациентам попасть в группу (у большинства из них низкий доход), но, с другой стороны, мешало выражению агрессии, которая является главным «рабочим» инструментом современного американского психоанализа. Пациенты относились к возможности участия в группе как к подарку, отсюда благодарность к ведущим, которые «жертвовали» своим временем и силами ради гуманистических целей. В частной практике проблема противоположенная – гонорар квалифицированного психотерапевта часто может служить препятствием для терапии.

Отсутствие платы в группе заставляло быть ведущих «подозрительными» в отношении агрессии. Под такими явлениями, как пропуски, соматизация, «недовольство другими врачами» и т. д., предполагалась невысказанная агрессия (на себя, других участников, ведущих), которая подлежала исследованию. Пожилые пациенты более склонны направлять свои деструктивные силы на себя, что выражается в виде депрессивных симптомов. «Контролируемая» вербализация агрессивных чувств помогала пациентам направлять агрессию на ведущих, а не отреагировать ее.

Для преодоления указанных выше трудностей были использованы приемы, условно говоря, тактического характера. Однако, что более важно, сам процесс организации такого вида психотерапевтической помощи в психиатрическом отделении базируется скорее на стратегических приемах, вытекающих из самого метода психоаналитического тренинга. В целом, для обеспечения качества психотерапевтической помощи представляются особенно важными следующие ресурсы.

Во-первых, это регулярные обсуждения пациентов: между самими котерапевтами, с коллегами по Балинговской группе и супервизорами. Данный подход помогал по-новому взглянуть на текущие трудности в работе. Самую сложную проблему представляют трудности самого психотерапевта, которые он не замечает. Обсуждения на различных уровнях (котерапевт, коллеги, супервизор) позволяли увидеть проблемную ситуацию с

разных сторон. Так, после каждой группы котерапевты делали записи, где фиксировали основные темы, ход группы, собственные переживания (контрперенос) и другие особенности. Эти записи помогали, с одной стороны, подготовиться к следующей группе (например, обратить внимание на темы, которые группа старалась обойти), с другой стороны – для последующего анализа в исследовательских целях.

Особенно хочется выделить регулярные супервизии с опытным психотерапевтом, специалистом с 40-летним стажем работы. В российской практике современного американского психоанализа супервизорами обычно выступают иностранные специалисты, с чем могут быть связаны некоторые трудности при организации процесса – качество интернет-связи, необходимость синхронного перевода, разница во времени, размер гонорара и т. п. Последние годы активно формируется сообщество отечественных профессионалов, число которых пока невелико, но имеет отчетливую тенденцию к увеличению.

Во-вторых, бригадная форма организации труда с высокой степенью кооперации всех участников лечебного процесса – групповых и индивидуальных психотерапевтов и психиатра, а также среднего и младшего персонала. Оценка групповой динамики психотерапевтами дополнялась регулярным обсуждением особенностей клинической картины и хода терапии у конкретных пациентов, терапевтической атмосферы внутри отделения всем персоналом дневного стационара, а временами и всего амбулаторного отделения лечебно-профилактического учреждения. Такой подход позволял параллельно решать несколько задач: координация общих действий по оказанию помощи, сбор полной информации о конкретном пациенте (в процессе психотерапии, поведение на отделении, особенности лекарственной терапии, взаимодействие с родными, социальные условия и т. п.), разрешение конфликтных ситуаций внутри дневного стационара (а иногда и лечебно-профилактического учреждения) и т. д. Все это помогло сделать атмосферу отделения по-настоящему терапевтической.

В-третьих, постоянное повышение профессионального уровня специалистов, оказывающих психотерапевтическую помощь. Большинство специалистов имеют второе высшее образование в области психоанализа и высокий профессиональный рейтинг в международных профессиональных сообществах (Европейская конфедерация психоаналитической психотерапии, World Council for Psychotherapy или World Association for Psychotherapy). Практически все задействованы в постоянном профессиональном тренинге, который включает собственный повторный анализ (это рекомен-

дуются всем специалистам, занимающимся психотерапией психотических пациентов), участие в долгосрочных образовательных программах с иностранными коллегами, со специализацией именно по групповой терапии. Также большинство специалистов отделения проводят собственные обучающие программы в разных образовательных учреждениях или психологических центрах России (Апатиты, Вологда, Екатеринбург, Санкт-Петербург, Челябинск, Ярославль и другие), что подтверждает востребованность полученного практического опыта коллегами из других регионов.

Заключение

Таким образом, психоаналитическая психотерапия не только не противопоказана в пожилом возрасте, но и чрезвычайно востребована – пациенты хорошо реагируют на «психологическое лечение», а нуждающихся в такой помощи много, и их число увеличивается. Психоаналитический подход может успешно интегрироваться в работу психиатрической службы при желании администрации использовать навыки и опыт квалифицированных специалистов, подготовленных в соответствии с высокими профессиональными стандартами.

Опыт психотерапевтической работы с пожилыми пациентами в индивидуальной и групповой практике показывает перспективность данного направления. Это соответствует современному отечественному тренду на диверсификацию, которая может происходить не только в промышленности, но и медицине – освоение новых подходов для повышения эффективности и качества медицинского обслуживания. Использование современных эффективных подходов мирового психотерапевтического опыта и подготовка профессиональных кадров в соответствии с международными стандартами дают возможность вывести оказание помощи психиатрическим пациентам на новый качественный уровень.

Литература

1. Дифференцированные лечебно-восстановительные методы при психических заболеваниях в позднем возрасте : метод. рекомендации / авт.-сост. А.У. Тибилова ; Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. – СПб., 1990. – 32 с.
2. Лигнер Э. Ненависть, которая лечит: психологическая обратимость шизофрении. – Ижевск : ERGO, 2014. – XII, 284 с.
3. Роль психогений в становлении психозов позднего возраста и возможности их лечебно-профилактической коррекции: пособие для врачей / авт.-сост.: Е.М. Мельник, Р.П. Бондарев ; С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. – СПб., 2000. – 18 с.

4. Спотниц Х. Современный психоанализ шизофренического пациента: теория техники. – СПб. : Вост.-Европ. ин-т психоанализа, 2004. – 296 с.
5. Стерн Х. Кушетка. Ее значение и использование в психотерапии : [пер. с англ.]. – СПб. : Вост.-Европ. ин-т психоанализа : Persona, 2003. – 206 с.
6. Федоров Я.О. Психотические расстройства личности // Введение в классический психоанализ : лекции / под ред. М.М. Решетникова. – СПб. : Вост.-Европ. ин-т психоанализа, 2014. – С. 217–227.
7. Eurostat. – URL: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/>.

Fedorov Y.O., Semenova N.V., Belova E.B., Shikanova E.A. Gruppovaya psikhoanaliticheskaya terapiya pozhilykh lyudei: problemy, perspektivy i prakticheskii opyt [Group psychoanalytic treatment of elderly people: problems, prospects and practical experience]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 55. P. 24–46.

City Psycho-Neurological Clinic N 7
 (Russia, Saint Petersburg, Staropetergofskiy prospect, 50);
 V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute
 (Russia, Saint Petersburg, Bekhterev Str., 3);
 East-European Psychoanalytic Institute
 (Russia, Saint Petersburg, Bolshoy prospect, 18-A).

Fedorov Yan Olegovich – PhD Med. Sci., Chief of the day-hospital N 1 in City Psycho-Neurological Clinic N 7 (Russia, 190020, Saint Petersburg, Staropetergofskiy prospect, 50), Head of Department of Medical Introduction in East-European Psychoanalytic Institute (Russia, 197198, Saint Petersburg, Bolshoy prospect, 18-A); e-mail: orthodoc@mail.ru;

Semenova Nataliya Vladimirovna – Dr. Med. Sci., Head of Science and organizational department, V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute (Russia, 192019, Saint Petersburg, Bekhterev Str., 3), Associate Professor of Department of Medical Introduction in East-European Psychoanalytic Institute (Russia, 197198, Saint Petersburg, Bolshoy prospect, 18-A); e-mail: nvs@bekhterev.ru;

Belova Elena Borisovna – psychiatrist and psychotherapist of the day-hospital N 1 in City Psycho-Neurological Clinic N 7 (Russia, 190020, Saint Petersburg, Staropetergofskiy prospect, 50), teacher of Department of Medical Introduction in East-European Psychoanalytic Institute (Russia, 197198, Saint Petersburg, Bolshoy prospect, 18-A); e-mail: belena.doc@gmail.com;

Shikanova Elena Alexandrovna – psychologist of the day-hospital N 1 in City Psycho-Neurological Clinic N 7 (Russia, 190020, Saint Petersburg, Staropetergofskiy prospect, 50), teacher of Department of Medical Introduction in East-European Psychoanalytic Institute (Russia, 197198, Saint Petersburg, Bolshoy prospect, 18-A); e-mail: helena.sh@mail.ru.

Abstract. The article discusses the issue of psychotherapy of elderly people. Authors show that this category of patients becomes more significant lately despite the

fact that so far there are no effective strategies of their complex treatment including psychotherapy as required pathogenetic component. Such patients rarely get “psychological treatment” for a number of reasons, first of all because of prejudiced idea of their “low curability” from psychotherapeutic point of view. The purpose of the article is to show the possibility of psychotherapeutic treatment of elderly person (on the example of modern group psychoanalysis), its effectiveness, and how it can form a part of complex (integrated) approach to such patient’s treatment. Authors examined in more detail the first year of group psychoanalytic treatment, typical difficulties during the treatment process and principal resources of psychotherapeutic work.

Keywords: clinical psychology, psychotherapy, modern psychoanalysis, old age, senium, gerontology.

References

1. Differentsirovannye lechebno-vosstanovitel'nye metody pri psikhicheskikh zabolevaniyakh v pozdnem vozraste [Differentiated treatment and recovery methods for mental disorders in later life: guidelines]. Ed. A.U. Tibilova. Sankt-Peterburg. 1990. 32 p.

2. Ligner E. Nenavist', kotoraya lechit: psikhologicheskaya obratimost' shizofrenii [The hate that cures. The psychological reversibility of schizophrenia]. Izhevsk. 2014. 284 p.

3. Rol' psikhogenii v stanovlenii psikhozov pozdnego vozrasta i vozmozhnosti ikh lechebno-profilakticheskoi korrektsii [The role of psychogenesis in the development of psychosis of elderly people and their possible therapeutic and preventive correction: A guide for doctors]. Eds.: E.M. Mel'nik, R.P. Bondarev. Sankt-Peterburg. 2000. 18 p.

4. Spotmits Kh. Sovremenniy psikhoanaliz shizofrenicheskogo patsienta: teoriya tekhniki [Modern Psychoanalysis of the Schizophrenic Patient]. Sankt-Peterburg. 2004. 296 p.

5. Stern Kh. Kushetka. Ee znachenie i ispol'zovanie v psikhoterapii [The Couch. Its meaning and use in psychotherapy]. Sankt-Peterburg. 2003. – 206 p.

6. Fedorov Ya.O. Psikhoticheskie rasstroistva lichnosti [Psychotic disorders of personality]. Vvedenie v klassicheskii psikhoanaliz [Introduction in classical psychoanalysis]. Ed. M.M. Reshetnikov. Sankt-Peterburg. 2014. Pp. 217–227.

7. Eurostat. URL: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/>.

Received 26.07.2015

ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.89 : 616-097

О.В. Зубарева, М.И. Черная

ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ НА ФОНЕ ГЕМОКОНТАКТНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
(Россия, Москва, Большая Сухаревская пл., д. 3)

В статье представлен анализ результатов клинико-психопатологического обследования и тотального скрининга на наличие гемоконтактных вирусных инфекций (ГВИ) 3711 пациентов, совершивших суицидальные действия. Выявлено, что антивитальные тенденции на фоне ГВИ были у 948 пациентов. В генезе суицидального поведения существенное значение имел ведущий психопатологический синдром. Преобладали пациенты с синдромом зависимости от психоактивных веществ и последствиями хронической интоксикации алкоголем и другими психоактивными веществами (50,5 %). Аффективные расстройства широкого диапазона диагностированы у 29,6 % больных. Разработан комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий для пострадавших с психическими расстройствами, совершивших суицидальные попытки на фоне ГВИ. Лечебные мероприятия включали в себя психофармакотерапию с учетом ведущего психопатологического синдрома и тяжести соматического состояния больного, а также полимодальную психотерапию, задачей которой было формирование у пациентов критического отношения к аутоагрессии и интеграции в свою социальную систему.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, аддикции, суицидальные действия, психопатология, гемоконтактные вирусные инфекции.

Зубарева Ольга Викторовна – канд. мед. наук, зав. отд-нием кризисных состояний и психосоматич. расстройств, Науч.-исслед. ин-т скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Россия, 129090, Москва, Большая Сухаревская пл., д. 3); e-mail: olgazubareva@yandex.ru;

Черная Мария Игоревна – науч. сотр. отд-ния кризисных состояний и психосоматич. расстройств, Науч.-исслед. ин-т скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Россия, 129090, Москва, Большая Сухаревская пл., д. 3); e-mail: cherna_macha@mail.ru.

Введение

Проблема суицидального поведения является актуальной как вызывающая огромные социальные затраты и страдания человека, семьи и общества. Эпидемиологические исследования выявили, что повышенный риск суицида связан с рядом соматических заболеваний (в частности ВИЧ-инфекция и гепатиты В, С) [1, 7]. Развитие антивитаальных тенденций коррелирует с хроническим характером болезни, потерей трудоспособности, негативным прогнозом. По данным ВОЗ, наличие гемоконтактных вирусных инфекций (ГВИ) оказывает значительное влияние на психическое здоровье инфицированного человека [10]. Согласно современным международным исследованиям, от 38 до 73 % пациентов с ГВИ имеют как минимум одно психическое расстройство в течение жизни [1, 6].

Экономические и социальные перемены новейшего времени сопровождаются тотальным нарушением социальной адаптации населения, которое в современной литературе описывается как «социально-стрессовое расстройство» [3]. В этом контексте следует отметить, что рост количества расстройств, связанных с потреблением алкоголя и наркотиков, с одной стороны, и большое количество стрессоров, которым подвергаются пациенты с ГВИ (деморализация, физический спад, стигматизация, дискриминация и отречение), – с другой, формируют психопатологическую «почву», на которой активно развиваются антивитаальные тенденции [9]. Таким пациентам показана психотерапия, целью которой является восстановление социальных отношений, продуктивность труда, преодоление ежедневных стрессов (в сфере труда и в социальной сфере), а также оптимизм, способность к самопознанию и личное развитие, повышение самооценки и доверия к себе, уменьшение угнетенности (личная сфера) [2]. Исследования, проведенные на пяти континентах (Таиланд, Заир, Кения, Бразилия и Германия), выявили преобладание психических расстройств среди лиц с наличием ГВИ по сравнению с неинфицированным населением [5].

Отмечено, что проблемы психического здоровья могут предшествовать диагнозу ГВИ, появляться на разных стадиях болезни и усугубляться при сопутствующих стрессорных факторах [4, 8]. Важность изучения психических расстройств как предиктора суицидального поведения у пациентов с ГВИ очевидна, так как адекватные профилактические и лечебные мероприятия в этом отношении могут не только существенно снизить уровень суицидальности, но и значительно повысить качество жизни этой группы пациентов.

Цель исследования – совершенствование методов лечения психических расстройств, возникающих на фоне ГВИ и приводящих к суицидальным действиям.

Материал и методы

Проведен многофакторный ретроспективный анализ 3711 наблюдений пациентов с острой психопатологией и травмой, полученной в результате суицидальных/аутоагрессивных действий за период с 2009 по 2013 г. Пациенты находились на стационарном лечении соматопсихиатрическом отделении для хирургических больных (СПОХБ) Научно-исследовательского института скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. Суицидальные/аутоагрессивные действия были выявлены у 948 пациентов с ГВИ, что составило за исследуемый период 25,5 % от общего количества поступивших в СПОХБ.

С целью диагностики инфекционных заболеваний проводили тотальный скрининг на наличие ГВИ при поступлении в стационар. Диагностику ГВИ выполняли с помощью иммуноферментного анализа с использованием сертифицированных тест-систем отечественного и импортного производства. Выделили 3 группы пациентов (табл. 1):

- 1-я – с наличием антител к HCV (гепатит С);
- 2-я – ВИЧ-инфицированные;
- 3-я – с положительным тестом на наличие HBs-антигена (гепатит В).

Таблица 1
Социально-демографические показатели пациентов, n (%)

Показатель	Группа,		
	1-я	2-я	3-я
Общее количество, в том числе	739	118	91
мужчин	634 (85,7)	85 (72,1)	73 (80,2)
женщин	105 (14,3)	33 (27,9)	18 (19,8)
Средний возраст, (M ± σ) лет			
мужчин	(31,7 ± 10,2)	(29,4 ± 13,3)	(45 ± 13,9)
женщин	(38,6 ± 9,5)	(30,5 ± 10,3)	(58 ± 12,3)
Алкогольное опьянение	571 (77,3)	88 (74,6)	34 (37,5)
Повторные суициды	118 (16,0)	3 (2,5)	–

У пациентов с ГВИ были выделены следующие психические расстройства:

- зависимость от ПАВ с вредными последствиями непсихотического уровня (F 10.00–10.31; F 11.00–11.31; F 12.00–12.31; F 15.00–15.31; F 16.00–16.31);
- расстройства личности (специфические расстройства возбудимого типа) (F 60.0–60.4; F 62.8);
- депрессивные реакции в рамках расстройств адаптации (F 43.20–43.25);
- депрессивные эпизоды (F 32.0–32.8);
- экзогенные психозы: алкогольные (F 10.5), наркотические (F 11.5);
- эндогенные психозы: шизофрения (F 20.0), шизотипические и бредовые расстройства (F 21–24).

При стабильной гемодинамике, отсутствии дыхательной недостаточности и сохранении сознания пациентам проводили клинико-психопатологическое исследование сразу при поступлении. При отсутствии такой возможности психический статус исследовали в послеоперационном периоде в динамике. Оценку психического статуса осуществляли в постсуицидальном периоде и при реконструкции пресуицидального периода. Установление уровня суицидального риска проводили с помощью клинического интервью, анамнестических и катамнестических данных.

Для статистической обработки полученных результатов использовали программы SPSS 11.0 (SPSS, Inc.). Рассчитывали средние величины, все выборки проверялись на нормальность распределения с помощью теста Колмогорова–Смирнова.

Результаты и их анализ

Психические расстройства и механические повреждения у пациентов 1-й группы представлены в табл. 2. Ведущее место (50,5 %) занимали психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (ПАВ). В 44,8 % – это были расстройства непсихотического уровня, в 5,7 % – экзогенные (алкогольные, наркотические) психозы.

Чрезмерная уязвимость пациентов, зависимых от ПАВ, с расстройствами непсихотического уровня, к разрыву отношений со значимыми людьми актуализировала чувство бессилия, безнадежности и злости. В то же время ослабление рассудительности и расторможенность влечений на фоне злоупотребления ПАВ сокращало дистанцию от аутоагрессивных мыслей до их реализации в действия к минимуму. Механические поврежде-

дения у пациентов этой группы в большинстве случаев были непроникающими, закрытая травма – изолированная, что свидетельствует скорее о демонстративно-шантажном характере аутоагрессивных действий. У пациентов с психотическими расстройствами в результате употребления ПАВ преобладала сочетанная травма, полученная в результате падения с высоты под воздействием галлюцинаторно-бредовой симптоматики.

Таблица 2

Психические расстройства и механические повреждения
у пациентов 1-й группы, n (%)

Психическое расстройство	Механическое повреждение							Всего
	ранение				закрытая травма		странгуляционная асфиксия	
	1	2	3	4	А	Б		
Зависимость от ПАВ с вредными последствиями непсихотического уровня	170	54	2	17	37	12	39	331 (44,8)
Расстройство личности	62	11	32	2	11	–	18	136 (18,4)
Депрессивная реакция	105	21	10	4	14	–	–	154 (20,8)
Депрессивный эпизод	13	6	22	15	–	4	–	60 (8,1)
Экзогенный психоз	–	1	3	–	–	38	–	42 (5,7)
Эндогенный психоз	–	4	9	–	–	2	1	16 (2,2)
Итого	350 (47,4)	97 (13,1)	78 (10,6)	38 (5,1)	62 (8,4)	56 (7,6)	58 (7,8)	739 (100,0)

В табл. 2–4 ранения: 1 – изолированные и сочетанные непроникающие; 2 – проникающие брюшной и грудной полости без повреждения органов; 3 – проникающие с повреждением органов; 4 – огнестрельные; травмы: А – изолированные; Б – сочетанные.

Расстройства личности наблюдались у 136 (18,4 %) пациентов. Эти расстройства напоминали в определенной мере типы психопатий, которые называли эксплозивными, аффективными, возбудимыми. Стержневым компонентом данных расстройств личности являлись отдельные эпизоды потери контроля над агрессивными (в том числе аутоагрессивными) побуждениями.

В 1-й группе аффективные и связанные со стрессом психические расстройства составили 29 % от общего количества пациентов. В анамнезе преобладающего большинства этих пациентов уже имели место аффективные расстройства различной степени выраженности, эпизоды злоупотребления ПАВ. Тем не менее у небольшого числа лиц (10 %) на момент со-

вершения суицидальных действий нами не обнаружено каких-либо признаков психических расстройств или психопатологических черт личности. Характер механических повреждений в этой группе пациентов был аналогичен повреждениям в группе пациентов с психическими расстройствами вследствие употребления ПАВ.

Психические расстройства и механические повреждения у пациентов с ВИЧ-инфекцией представлены в табл. 3. В данной группе пациентов преобладали психические и поведенческие расстройства вследствие употребления ПАВ непсихотического уровня (33,1 %). Несмотря на то что риск суицида у ВИЧ-инфицированных заметно снизился после того, как повысилась эффективность лечения [1], пагубное употребление ПАВ в этой группе остается высоким.

Таблица 3

Психические расстройства и механические повреждения
у пациентов 2-й группы, n (%)

Психическое расстройство	Механическое повреждение						Всего	
	ранение				закрывающая травма			странгуляционная асфиксия
	1	2	3	4	А	Б		
Зависимость от ПАВ с вредными последствиями непсихотического уровня	13	11	3	4	4	4	–	39 (33,1)
Расстройство личности	9	1	8	–	4	–	–	22 (18,6)
Депрессивная реакция	9	3	–	–	–	–	–	12 (10,2)
Депрессивный эпизод	5	3	15	–	–	–	–	23 (19,4)
Экзогенный психоз	4	2	4	–	–	8	–	18 (15,3)
Эндогенный психоз	–	–	4	–	–	–	–	4 (3,4)
Итого	40 (33,8)	20 (17,0)	34 (28,8)	4 (3,4)	8 (6,8)	12 (10,2)	–	118 (100,0)

Синдром ВИЧ-ассоциированного алкогольного (наркотического) делирия развивался у 18 пациентов на протяжении короткого времени (от нескольких часов до суток), обычно в вечерне-ночное время. Основными клиническими проявлениями были: выраженное психомоторное возбуждение с агрессивным и аутоагрессивным поведением, дезорганизация мышления с нарушением восприятия окружающих событий, тревожно-фобический аффект.

Аффективные расстройства широкого диапазона диагностированы у 35 (29,6) % больных. У 23 (19,4 %) больных наблюдались тяжелые депрес-

сивные эпизоды с четкими проявлениями чувства вины, ненависти к самому себе, угнетающей печалью. У 12 (10,2 %) пострадавших адаптационные расстройства характеризовались выраженным чувством тревоги, ажитацией, паникой, бессонницей, идеями самообвинения или чувством безысходности и гнева. Что касается характера соматической патологии, то наиболее тяжелый и длительный посттравматический (послеоперационный) период был в группе с сочетанными проникающими ранениями груди и живота с повреждением органов брюшной и грудной полости и тяжелой закрытой сочетанной травмой.

Психические расстройства и механические повреждения у пациентов 3-й группы представлены в табл. 4.

Таблица 4

Психические расстройства и механические повреждения
у пациентов 3-й группы, n (%)

Психическое расстройство	Механическое повреждение							Всего
	ранение				закрытая травма		странгуляционная асфиксия	
	1	2	3	4	А	Б		
Зависимость от ПАВ с вредными последствиями непсихотического уровня	8	8	5	–	2	–	3	26 (28,5)
Расстройство личности	1	1	–	–	1	–	2	5 (5,5)
Депрессивная реакция	16	11	2	–	3	–	–	32 (35,2)
Депрессивный эпизод	–	–	10	–	–	4	1	15 (16,5)
Экзогенный психоз	1	–	2	–	–	4	–	7 (7,7)
Эндогенный психоз	–	–	4	–	–	2	–	6 (6,6)
Итого	26 (28,5)	20 (22,0)	23 (25,3)	–	6 (6,6)	10 (1)	6 (6,6)	91 (100,0)

Психопатологическая характеристика пациентов 3-й группы отличалась высоким уровнем аффективных расстройств (от тяжелых соматогенных депрессий до депрессивных реакций в рамках расстройств адаптации). Однако за счет меньшего количества психических расстройств, связанных со злоупотреблением ПАВ (F1 по МКБ 10), общий уровень суицидальности был ниже, чем в 1-й и 2-й группах пациентов с гепатитом С и ВИЧ-инфекцией.

В соответствии с типологией нами выделены четыре основные группы суицидального поведения: истинные, демонстративные, скрытые (косвенные) и самоповреждения в результате несчастного случая. Истинный

суицид направлен желанием умереть, не бывает спонтанным, несмотря на то что выглядит весьма неожиданным. Такому поведению всегда предшествует угнетенное настроение, мысли о бессмысленности жизни, отсутствие веры в позитивное развитие жизненной ситуации. Демонстративное суицидальное поведение, как правило, не связано с желанием умереть, а направлено на привлечение внимания к своим проблемам, является способом позвать на помощь, вести диалог. Скрытый суицид (косвенное самоубийство) – вид суицидального поведения, не отвечающий его признакам в строгом смысле, но имеющий ту же направленность и результат. Это действия, сопровождающиеся высокой вероятностью летального исхода, когда поведение нацелено на риск, игру со смертью (рискованная езда на автомобиле, мотоцикле, экстремальные виды спорта, добровольные поездки в «горячие точки», злоупотребление ПАВ, самоизоляция).

В общей группе пациентов выявлены все типы суицидального поведения, распределение которых зависело от ведущего психопатологического синдрома. Так, в 1-й и 2-й группах больных психопатологическая симптоматика была схожей: высокий уровень психических и поведенческих расстройств, связанных с злоупотреблением ПАВ (F1), что подтверждало наличие косвенного (скрытого) суицидального поведения в данной группе больных.

На 2-м месте в структуре заболеваний находились аффективные и связанные со стрессом расстройства (F3, F4), наличие которых определяло истинное суицидальное поведение. Пациенты этой группы руководствовались желанием умереть, их поведение не было спонтанным. Такому поведению предшествовали угнетенное настроение, мысли об уходе из жизни, чувство вины и ненависти к самому себе, размышления и переживания по поводу смысла жизни. Окружающие могли не замечать такого состояния человека.

Пациенты с расстройствами личности (F6) составили 3-е место в структуре психических заболеваний. В этом случае пациенты на фоне алкогольного опьянения осуществляли самоповреждения, целью которых была демонстрация окружающим желанием умереть, действия носили демонстративно-шантажный характер. 4-е место в структуре заболеваний составили пациенты с шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами, аффективными психозами (F2). В этом случае самоповреждения были результатом несчастного случая, когда действия преследовали цель не ухода из жизни, а осуществлялись по бредовым соображениям (избавиться от «преследования», «выпустить из крови бесов») и т. п.

Выбор тактики психофармакотерапии зависел не только от ведущего психопатологического синдрома и типа суицидального поведения, но и в значительной степени определялся соматическим состоянием пациентов. Применение психотропных препаратов производилось по принципу минимальной достаточности, с учетом соматического состояния пациентов и специфики психопатологии.

В связи с высоким уровнем проникающих ранений брюшной и грудной полости – 47,3 % в 3-й группе пациентов, 45,8 % в 1-й группе пациентов и 23,7 % во 2-й группе пациентов, выбор базового психофармакологического средства определялся парентеральной формой введения с последующим переводом на прием таблетированных препаратов.

При выраженном психомоторном возбуждении и агрессии применяли бутирофеноны в дозе не превышающей 15 мг/сут, оланзапин – в дозе до 30 мг/сут и использовали парентеральные пути введения. При наличии ведущего галлюцинаторно-бредового симптомокомплекса вводили раствор рисперидона в дозе 4 мг/сут. Используя такой подход к применяемой терапии антипсихотическими средствами, удалось полностью исключить обусловленные психофармакотерапией побочные эффекты, способные осложнить течение тяжелой травмы груди и живота.

Количество пациентов с сочетанной травмой во всех трех группах было примерно одинаковым, около 17 %. При повреждениях опорно-двигательного аппарата, таких как переломы костей таза, конечностей, ребер, позвоночника, черепно-мозговая травма, ввиду высокого риска развития гипостатических, сердечно-сосудистых осложнений, препаратами выбора являлись атипичные нейролептики, обладающие минимальным количеством побочных явлений в виде седации, дискинезий, снижения артериального давления, увеличения интервала PQ на электрокардиограмме. Когда в рамках наблюдаемой психической патологии были признаки депрессии, симптоматически применяли антидепрессанты класса СИОЗС (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина). При невозможности перорального приема препаратов трициклические антидепрессанты вводили парентерально в дозах ниже среднетерапевтических.

Таким образом, дифференцированное применение психофармакотерапии приводило к быстрому купированию психотической симптоматики и психомоторного возбуждения, формированию критики к своему состоянию и совершённым аутоагрессивным действиям.

Так как большое количество пациентов поступали в состоянии алкогольного опьянения и с наличием психических расстройств, развившихся в

результате злоупотребления ПАВ, то в первую очередь проводили дезинтоксикационную и нейрометаболическую терапию.

Длительное пребывание в стационаре, инвалидизация, ограничение социальной активности, потеря работы, а также сочетание и комбинация этих факторов усугубляли переживание тяжелого стресса и приводили к декомпенсации механизма адаптации к стрессу, вызывая развитие у пострадавших тревожно-депрессивной симптоматики. В этом случае применяли транквилизаторы бензодиазепинового ряда и анксиолитики короткими курсами в дозировках, ниже среднетерапевтических.

Неотъемлемой частью лечения и реабилитации пострадавших после суицидальных и аутоагрессивных действий являлась полимодальная психотерапия, задачей которой было формирование у пациентов критического отношения к аутоагрессии, как способу решения сложных жизненных ситуаций. В связи с тем, что наряду с яркими психопатологическими симптомами той или иной принадлежности пациенты переживали чувства обескураженности, провала, беспомощности, вины, им проводили психотерапию, направленную на укрепление и активацию собственных ресурсов, сохранение и развитие чувства собственного достоинства, значимости, ценности жизни, необходимости родным, друзьям, обществу.

Психотерапию пострадавшим проводили у постели в зависимости от тяжести психического и соматического состояния, а также с учетом лично-типологических особенностей пациентов. Использовали следующие психотерапевтические методы: 1) когнитивно-бихевиоральные техники (метод переработки и десенсибилизации психотравмирующей ситуации по Шапиро, техники управления тревогой, систематическая десенсибилизация); 2) недирективная суггестивная психотерапия и нейролингвистическое программирование; 3) кататимно-имагинативная психотерапия; 4) телесно-ориентированная психотерапия.

На 1-м (начальном) этапе создавалась атмосфера безопасности и доверия. С этой целью использовались техники нейролингвистического программирования, активного слушания пациента, поддерживающая кризисная психотерапия, недирективная суггестия по М. Эриксону, снятие симптомов острого стресса по Шапиро. При выраженном астеническом синдроме применяли релаксационные техники. Длительность первого этапа варьировала от 1 до 5 сессий.

На 2-м (основном) этапе осуществлялась базовая цель психотерапевтической программы – редукция суицидальных мыслей и намерений, психотерапия зависимостей, раскрытие нормативных сфер жизни с мотиваци-

ей пациента на социально-значимые достижения. Пациенты успешно боролись с «соматизацией» стресса, мифическими трактовками причин травмы, фиксацией на своем соматическом состоянии, что значительно облегчало ход лечения и способствовало профилактике развития посттравматического стрессового расстройства. С каждым больным индивидуально обсуждались результаты предыдущей сессии, успешность выполнения «домашнего задания» и прорабатывались проблемы, которые привели к суицидальным действиям. При возможности проводилась семейная психотерапия. 2-й этап длился от 3 до 7 сессий.

На 3-м (заключительном) этапе основной целью была помощь пациенту в восстановлении отношений со значимыми другими, в интеграции в свою социальную систему. С целью превенции стигматизации прорабатывалось отношение пациента к совершенной суицидальной попытке. Логическим завершением психотерапии становилось формирование социально-значимых реально достижимых целей, актуализация необходимых ресурсов, способностей и возможностей пациента, позволяющих ему реализовать эти задачи, раскрытие потенциала с помощью техник построения позитивного будущего. Длительность 3-го этапа составляла 1-2 сессии.

В результате применения психотерапии и фармакотерапии наблюдали клиническое улучшение в виде уменьшения тревожности, снижения интенсивности депрессивных и фобических расстройств. Это приводило к повышению качества психической и социальной адаптации и позитивной динамике в общем состоянии больного.

Заключение

Анализ 3711 наблюдений пациентов с острой психопатологией и травмой, полученной в результате суицидальных/аутоагрессивных действий за период с 2009 по 2013 г., суицидальные/аутоагрессивные действия были выявлены у 948 пациентов с гемоконтактными вирусными инфекциями, что составило за исследуемый период 25,5 % от общего количества поступивших

Антивитальные тенденции поведения у пациентов с гемоконтактными вирусными инфекциями определяются ведущим психопатологическим синдромом. На первое место выходят скрытые (косвенные) суицидальные попытки, обусловленные синдромом зависимости от психоактивных веществ и последствиями хронической интоксикации алкоголем и другими психоактивными веществами. Для суицидента с гемоконтактными вирусными инфекциями характерны переживание безнадежности ситуации и

собственной беспомощности, искажение воспринимаемой реальности, что приводит к сужению выбора до «бегства в суицид».

Обращает на себя внимание увеличение числа пациентов с гемоконтактными вирусными инфекциями за последние 5 лет. Так, количество пациентов с гепатитом С увеличилось с 21,1 до 23,2 %, ВИЧ-инфицированных – с 2,6 до 5,1 % от общего количества поступивших в отделение кризисных состояний за период с 2008 по 2012 г. В группе пациентов с гепатитом В прирост менее значителен – с 2,4 до 2,5 %.

Установлено, что при диагностике и лечении психических расстройств, приведших к совершению суицидальных или аутоагрессивных действий, необходимо учитывать взаимосвязь соматического состояния и интенсивность проявления психопатологических симптомов, наличие коморбидных психических расстройств. Подбор психофармакотерапии следует проводить с учетом тяжести соматического состояния пациентов.

Существенное значение имеет раннее присоединение немедикаментозных методов лечения (полиmodalной психотерапии, физиотерапии, лечебной физкультуры). Проводимый комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий создает основу для более эффективной социальной адаптации, являясь тем самым превентивной мерой для повторных суицидальных и аутоагрессивных действий.

Литература

1. Вассерман Д. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств. – М. : Смысл, 2005. – 310 с.
2. Макаров В.В. Психотерапия нового века. – М. : Акад. проект, 2001. – 95 с.
3. Семке В.Я., Хритинин Д.Ф., Цыганков Б.Д. Персонология и психотерапия. – М. : Медицина, 2009. – 68 с.
4. Цыганков Б.Д., Ваулин С.В. Суициды и суицидальные попытки. – Смоленск : СГМА, 2012. – 232 с.
5. Alfonso C.A., Cohen M.A., Aladjem A.D. [et al.]. HIV seropositivity as a major risk factor for suicide in the general hospital // *Psychosomatics*. – 2007. – Vol. 35, N 4. – P. 224–226.
6. Damasio A.R. Towards a neuropathology of emotion and mood // *Nature*. – 1997. – Vol. 386. – P. 769–770.
7. Henriksson M.M., Aro H.M., Marttunen M.J. [et al.]. Mental disorders and comorbidity in suicide // *Am. J. Psychiatry*. – 2010. – Vol. 150 – P. 935–940.
8. Kalichman S.C., Heckman T., Kochman A. [et al.]. Depression and thoughts of suicide among middle-aged and older persons living with HIV-AIDS // *Psychiatric Services*. – 2000. – Vol. 51, N 7. – P. 903–907.

9. Stenager E.N., Stenager E. Physical illness and suicidal behaviour // Suicide and attempted suicide / Eds.: K. Hawton, K. van Heeringen. – Chichester : John Wiley & Sons Ltd, 2000. – P. 405–420.

10. World Health Organization, Suicide prevention (SUPRE). – URL: http://www/who/int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.

Zubareva O.V., Chernaya M.I. Lechenie psikhicheskikh rasstroistv u patsientov, sovershivshikh suitsidal'nye deistviya na fone gemokontaknykh virusnykh infektsii [Treatment of mental disorders in patients committed suicide action on the background of blood born viral infections]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 55. P. 47–60.

N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine
(Russia, Moscow, Bolshaya Sukharevskaya Square. 3)

Zubareva Olga Viktorovna – PhD. Med. Sci., Head of psychosomatic disorders department N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine (Russia, 129090, Moscow, Bolshaya Sukharevskaya Square, 3); e-mail: olgazubareva@yandex.ru;

Chernaya Maria Igorevna – Research Associate, N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine (Russia, 129090, Moscow, Bolshaya Sukharevskaya Square, 3); e-mail: chernaya_macha@mail.ru.

Abstract. The analysis of results of clinical and psychopathological examination and total screening is shown of the presence of blood-borne viral infections of 3711 patients, who made suicidal actions. It was revealed, that the leading psychopathological syndrome determines antivital tendencies of 948 patients with blood- born viral infections. The majority of patients with the syndrome of dependence on psychoactive substances and the effects of chronic intoxication by alcohol and other psychoactive substances (50.5 %). Affective disorders a wide range diagnosed at (29.6) % of patients. The complex of treatment and rehabilitation measures was developed, which relates to victims with mental disorders, who committed suicide attempts on the background of blood-born viral infections. Therapeutic measures included pharmacotherapy with regard to leading psychiatric syndromes and severity of the somatic state of the patient, as well as polymodal psychotherapy, the aim of which was the formation in patients with critical attitudes to auto-aggression, and integration into their social systems.

Keywords: clinical (medical) psychology, suicidal actions, psychopathology, blood-born viral infections, addiction.

References

1. Vasserman D. Naprasnaya smert': prichiny i profilaktika samoubiistv [Death in vain: Causes and prevention of suicide]. Moscow. 2005. 310 p. (In Russ.)
2. Makarov V.V. Psikhoterapiya novogo veka [Psychotherapy of new century]. Moscow. 2001. 95 p. (In Russ.)

3. Semke V.Ya., Khritinin D.F., Tsygankov B.D. Personologiya i psikhoterapiya [Personology and psychotherapy]. Moscow. 2009. 68 p. (In Russ.)
4. Tsygankov B.D., Vaulin S.V. Suitsidy i suitsidal'nye popytki [Suicides and suicide attempts]. Smolensk. 2012. 232 p. (In Russ.)
5. Alfonso C.A., Cohen M.A., Aladjem A.D. [et al.]. HIV seropositivity as a major risk factor for suicide in the general hospital. *Psychosomatics*. 2007. Vol. 35, N 4. Pp. 224–226.
5. Damasio A.R. Towards a neuropathology of emotion and mood. *Nature*. 1997. Vol. 386. Pp. 769–770.
6. Henriksson M.M., Aro H.M., Marttunen M.J. [et al.]. Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am. J. Psychiatry*. 2010. Vol. 35. Pp. 935–940.
7. Kalichman S.C., Heckman T., Kochman A. [et al.]. Depression and thoughts of suicide among middle-aged and older persons living with HIV-AIDS. *Psychiatric Services*. 2000. Vol. 51, N 7. Pp. 903–907.
8. Stenager E.N., Stenager E. Physical illness and suicidal behaviour // *Suicide and attempted suicide* / Eds.: K. Hawton, K. van Heeringen. Chichester : John Wiley & Sons Ltd, 2000. Pp. 405–420.
9. World Health Organization, Suicide prevention (SUPRE). – URL: http://www/who/int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en.

Received 14.09.2014

ИНФОРМАЦИОННЫЙ ПОИСК И АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАРУБЕЖНЫХ ДИССЕРТАЦИЙ ПО ПСИХИАТРИИ (1992–2014 гг.)

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2);
Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова (Россия, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41)

Показан алгоритм поиска докторских диссертаций по научным направлениям сферы психиатрии в базе данных иностранных диссертаций ProQuest Dissertations and Theses (PQDT). В PQDT представлены около 2,9 млн диссертаций из 700 университетов мира, изданные на 40 языках. Электронный ресурс PQDT содержит русскоязычный интерфейс и on-line перевод резюме на русский язык. Представлен анализ динамики и структуры 51 276 докторских диссертаций по психиатрии, вышедших в свет в 1992–2014 гг. Ежегодно издавались по (2230 ± 170) докторских диссертаций в сфере психиатрии. Диссертаций, опубликованных на английском языке, было 98 %, рассмотренных в диссертационных советах университетов США – 91,8 %, Канады – 5,2, Великобритании – 1,2 %. К сожалению, российских диссертаций в PQDT нет. Полиномиальный тренд при коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,78$) напоминает инвертируемую U-кривую с максимальными показателями в 1998–2002 гг. В последние годы выявлено значительное сокращение интереса у исследователей к проблемам психиатрии. Сопряженность кривых количественной динамики докторских диссертаций по психиатрии и общего потока работ в PQDT низкая ($r = 0,34$; $p > 0,05$). Диссертаций по общим патогенетическим основам психической патологии было 2,7 %, общей психопатологии – 4,9 %, частной психиатрии – 26,7 %, клинике, диагностике, терапии психических расстройств и реабилитации психически больных – 43,9 %, социальным и правовым основам психиатрии – 10,1 %, эпидемиологии психических заболеваний – 4,3 %, организации психиатрической помощи, профилактики психических расстройств – 7,4 %. Открываются большие возможности информационной поддержки отечественных исследований, 85,8 % докторских диссертаций по психиатрии в PQDT имеют полные тексты.

Ключевые слова: психиатрия, психотерапия, докторская диссертация, исследователь, информационный поиск, реферативно-библиографическая база данных, ProQuest Dissertations and Theses, науковедение.

Евдокимов Владимир Иванович – д-р мед. наук, проф. Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 190044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), e-mail: 9334616@mail.ru;

Тонкошкурова Любовь Александровна – сотрудник каф. психотерапии и сексологии, Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И.И. Мечникова (Россия, 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41); e-mail: lat@chado.ru.

Введение

Диссертация – научно-квалификационная работа, отражающая результаты научных исследований автора, представленная на соискание ученой степени в диссертационный совет. Наиболее распространенной в мире является ученая степень доктора философии (Doctor of Philosophy, Ph.D.), которая может присваиваться практически во всех отраслях науки и ничего общего с философией не имеет – это дань многовековой традиции.

В США значение степени доктора философии настолько изменилось, что ее часто стали называть «институциональным творением» американских университетов [4]. По данным ProQuest Dissertations and Theses, в 1992–2014 гг. в США подготовлены около 60,1 % докторских диссертаций мира, Великобритании – 15,2 %, Канаде – 4,9 % [16].

Самой представительной полнотекстовой базой данных (БД) диссертаций и дипломных работ является ProQuest Dissertations and Theses (PQDT) – официальный цифровой архив диссертаций Библиотеки Конгресса США. Полнотекстовая БД представляет свыше 2,9 млн диссертаций, вышедших в свет с 1861 г., медицинских диссертаций – около 500 тыс. [3]. Динамика общего количества докторских диссертаций изображена на рис. 1.



Рис. 1. Динамика общего количества докторских диссертаций в БД PQDT

В 1992–2014 гг. в PQDT учтено 1 708 159 докторских диссертаций. В указанный период ежегодно добавлялось по $(74,3 \pm 2,4)$ тыс. работ из 700 ведущих академических учреждений мира, изданных на 40 языках. Полиномиальный тренд при невысоком коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,69$) напоминает пологую инвертируемую U-кривую с максимальными показателями в 2002–2008 гг. (см. рис. 1). Докторские диссертации, опублико-

ванные с июля 1980 г., сопровождаются авторскими рефератами объемом 350 слов (аналог российских авторефератов диссертаций).

БД PQDT имеет русскоязычный интерфейс и on-line перевод на русский язык. К сожалению, российских диссертаций в PQDT нет. PQDT представляет архив диссертаций пользователям по подписке за плату. Бесплатно изучать диссертации PQDT можно в ведущих библиотеках страны.

В России единой БД, аккумулирующей полнотекстовые материалы диссертационных исследований, о необходимости создания которой указывается в постановлении Правительства России [7], нет. Работники Российской национальной библиотеки (РНБ) и Российской государственной библиотеки (РГБ) отсканировали за 2000–2012 гг. (86 ± 4) % авторефератов диссертаций и (65 ± 8) % диссертаций от общего потока отечественных работ по психиатрии. Создается парадоксальная ситуация, когда на фоне экономии материальных ресурсов работники РНБ и РГБ сканируют одни и те же материалы диссертаций. Для оптимизации процесса оцифровки фондов хранения работникам библиотек следует распределить сферы деятельности [2].

Цель исследования – разработать алгоритм поиска иностранных диссертаций по психиатрии в PQDT и провести их анализ.

Материалы и методы

Объект исследования составили докторские диссертации PQDT, предмет – содержательный анализ диссертаций по психиатрии, опубликованных в 1992–2014 гг.

В PQDT представлены диссертации из разных стран, в которых приняты национальные регламентирующие документы и рубрики номенклатур. Само собой разумеется, по содержанию они не могли соотноситься с одинаковыми рубриками. Например, для российских диссертаций для каждой научной специальности присвоен цифровой шифр Номенклатуры научных работников. Научной специальности «Психиатрия» соответствует шифр 14.01.06 (старый шифр – 14.00.18) [6].

В отличие от российского емкого понятия «психиатрия», которое отражает организационную структуру психиатрической службы в стране, этиологию, диагностику и лечение психических болезней, социальную реабилитацию психически больных и проч., в самом известном медицинском рубрикаторе – тезаурусе «Медицинские предметные рубрики» (Medical Subject Headings, MeSH) – оно соотносится с терминами, отражающими в основном здравоохранение (категория «Disciplines and

Occupations Category»), а расстройства здоровья и поведения – с другими терминами категории «Psychiatry and Psychology Category» [5].

При поиске по ключевым словам использовали словосочетания: «психические расстройства» (Mental Disorder), «психическое здоровье» (Mental Health), «психические болезни» (Mental illness), «психиатрия» (Psychiatry) и «психотерапия» (Psychotherapy), соединенные операторами OR. Внутри словосочетаний слова автоматически соединялись при помощи оператора И.

Поисковый оператор ИЛИ (OR) позволяет находить в искомых документах перечисленные словосочетания отдельно или вместе, тем самым расширяет режим поисковых откликов, оператор И (AND) – группирует документы, которые в обязательном порядке должны содержать указанные слова, оператор НЕ (NOT) – исключает документы, которые будут содержать слова, указанные после оператора (рис. 2);



Рис. 2. Сферы действия поисковых операторов

В связи с чем при проведении поиска диссертаций сферы психиатрии было увеличено количество поисковых терминов, поэтому для уменьшения случайных откликов, так называемого «поискового шума», провели также поиск при помощи тем диссертационных исследований. Для поиска по темам был выбран поисковый режим: время поиска – 1992–2014 гг.; язык – любой; тип рукописи – докторские диссертации.

Открывали начальную страницу PQDT (<http://www.proquest>) и переходили на страницу расширенного поиска (рис. 3). Страница позволяет проводить поиск при помощи ключевых (поисковых) слов (словосочетаний). При необходимости есть возможность добавлять строки для поисковых слов. Для уменьшения поискового шума следует ограничить действие поиска при помощи опции «Искать везде, кроме полного текста». В этом случае поисковые слова будут искаться в названии диссертации, ключевых словах и реферате.

ProQuest

Все базы > базы: Multidisciplinary > ProQuest Dissertations & Theses Global

ProQuest Dissertations & Theses Global

Простой поиск Расширенный поиск - Обзор | Сведения

Расширенный поиск

Коды полей Советы по поиску

_____ в _____

AND ▾ _____ OR _____ в _____

+ Добавить строку

Ограничить: Полный текст

Дата публикации: **Конкретный период...**

Начать _____ Year: 1992 (yyyy)

Завершить _____ Year: 2014 (yyyy)

Дополнительные параметры поиска

Скрыть сведения ▲

Автор: _____ Найти:

Научный руководитель: _____ Найти:

Университет/учреждение: _____ Найти:

Название темы (все): _____ Найти:

Индексный термин (ключевое слово): _____ Найти: (ключе

Тип рукописи: Выбрать все

Магистерские диссертации

Докторские диссертации

Язык: Англи

Арабе

Везде

Везде, кроме полного текста

ISBN – ISBN

Автор – AU

Индексный термин (ключевое с

Конспект – AB

Название документа – TI

Название темы (все) – SU

Текст документа – FT

Дополнительные возможности

Местонахождение университета

Поиск

Найти: темы Справка ? x

Введите имя.

Mental **Найти**

Содержит Начинается с

Все 0-9 A-C D-F G-I J- **Добавить к поиску**

Объединить термины с: OR AND

Выбрано для добавления: 4 темы просмотреть

Темы	Статистика*
<input checked="" type="checkbox"/> mental depression	626
<input checked="" type="checkbox"/> mental disorders	352
<input checked="" type="checkbox"/> mental health	15713
<input checked="" type="checkbox"/> mental health care	179

Закрыть **Добавить к поиску**

Рис. 3. Страница расширенного поиска в БД PQDT

Выбранный поисковый режим позволил найти в БД PQDT 61 663 откликов. Выборочный анализ показал значительное количество диссертаций, которые были включены в найденный массив диссертаций случайно. Рутинным способом исключить эти диссертации из сформированного массива не представлялось возможным.

Чтобы исследование носило объективный характер, использовали поиск при помощи тем диссертационных исследований. В опции «Дополнительные параметры поиска» находили темы, которые соответствовали бы

обобщенным терминам категории «Psychiatry and Psychology Category» рубрикатора MeSH. Найденные темы соединяли при помощи оператора OR. В общей сложности были использованы 29 тем («mental institutions» OR «emotional disorders» OR «schizophrenia» OR «personality disorders» OR «psychiatry» OR «homosexuality» OR «psychiatric-mental health nursing» OR «repetitive motion disorders» OR «drug addiction» OR «mental retardation» OR «eating disorders» OR «forensic psychiatry» OR «addictions» OR «mental health care» OR «speech disorders» OR «psychopathology» OR «psychiatrists» OR «sleep disorders» OR «sensory integration disorders» OR «psychotherapy» OR «gambling» OR «mental depression» OR «psychoanalysis» OR «mental health» OR «behavior disorders» OR «mental competency» OR «sexual disorders» OR «mental disorders» OR «child & adolescent psychiatry»). Уместно заметить, что словосочетания автоматически были заключены в кавычки – это позволяет использовать для поиска точную фразу. Выбранный поисковый режим тем позволил найти в БД PQDT 51 276 откликов.

Активировав опцию «Поиск», открывали страницу списка найденных диссертаций (рис. 4). Функции страницы позволяют определить количественную динамику диссертаций по годам, распределить найденные работы по ключевым словам, темам, университетам, языку, странам. Например, активация года диаграммы, расположенной на рис. 4 слева, открывает всплывающее окно найденного количества диссертаций. Оказалось, что БД PQDT содержит 3018 диссертаций в сфере психиатрии, опубликованных в 2000 г. Выводить библиографические сведения диссертаций можно порциями по 10, 20, 50 или 100 работ. При активации опции «Обзор» открывается всплывающее окно предварительного просмотра документа.

Страница списка диссертаций позволяет также проводить поиск из сформированного массива документов. Например, на поисковые слова «невротические расстройства» (Neurotic Disorders) был получен 7691 отклик (диссертация).

Активировав опцию «Конспект/сведения», переходили на страницу сведений о конкретной диссертационной работе (рис. 5). Интерфейс программы содержит опцию автоматизированного перевода резюме диссертации. Безусловно, этот перевод дает только предварительные сведения о содержании работы. Кроме того, эта страница содержит данные об организации и стране, где была подготовлена диссертация, имя руководителя работы, общее количество страниц, международный идентификационный номер издания (ISBN), присвоенную ученую степень, язык публикации и др.

ProQuest

Все базы > базы: Multidisciplinary > ProQuest Dissertations & Theses Global

ProQuest Dissertations & Theses Global

Простой поиск **Расширенный поиск** ▾ Обзор | Сведения

su.Exact("mental institutions" OR "emotional disorders" OR "schizophrenia"...
"sexual disorders" OR "mental disorders" OR "child & adolescent psychiatry")... 🔍

Полный текст
 Дополнительные ограничения - Дата: с January 01 1992 по December 31 2014; ... Показать все

Результаты: 51 276

По релевантност **Сортиро** 1 Recovery and transformations from loss in adults with serious mental illness Обзор

Полный текст
 Дата публикации
1992 - 2014 (годы)

2000 (3018 записей)

2 Self-Regulation Model of Recovery from Psychiatric Disability Обзор

Полный текст
 Предварительный просмотр - PDF
 Полный текст - PDF

Тема **Self-Regulation Model of Recovery from Psychiatric Disability** Levitt, Aaron J.
Rutgers The State University of New Jersey, School of Health Related Professions, ProQuest Dissertations Publishing, 2014, 3637712
Конспект/сведения Предварительный просмотр - PDF Полный текст - PDF

Индексный термин (ключевое слово)

Университет/учреждение

Местонахождение университета или учреждения

Язык

Конспект (резюме)
It is widely recognized that many people with serious mental illness experience severe distress and disruption of their goal and role functioning, and there is widespread and growing interest in personal recovery as a positive response to that distress and disruption. There is considerably less consensus as to what, precisely, constitutes "recovery" in this context, and what psychological mechanisms might underlie it. This thesis will briefly survey the thinking about recovery from psychiatric disability, then propose and test a self-regulation model of goal structures, skills, efficacy, and affect to improve our understanding of this important phenomenon.

Тема Mental health; Personality psychology; Cognitive psychology

Предварительный просмотр документа

Поиск в (Neurotic Disorders) **Поиск**

Элементов на странице: 20 **Изменить**

Рис. 4. Страница сведений о конкретной диссертационной работе

Полный текст имели 44 010, или 85,8 % от общего количества диссертаций за 1992–2014 гг. Программа PQDT позволяет изучать в формате PDF 24-страничные рефераты или полные тексты диссертаций и при необходимости копировать их (см. рис. 5).

ProQuest К результатам < 2 из 51 276 >

Self-Regulation Model of Recovery from Psychiatric Disability

Levitt, Aaron J. Rutgers The State University of New Jersey, School of Health Related Professions, ProQuest Dissertations Publishing, 2014. 3637712.

Полный текст - PDF Предварительный просмотр Конспект/сведения Справочная литература 203

Конспект Перевести

Это широко распространен тревожат и разрушение их це интерес в личном восстанов разрушение. Имеется значи "восстановление" в этом контексте, и что психологический механизм может лежать в основе этого. Это тезис кратко изучит мышление о восстановлении из психиатрической неспособности, тогда предлагают и испытывают саму модель-регулирования структур цели, навыков, эффективности, и влияют на улучшить наше понимание этого важного явления.

Переводы выполняются системой LEC

Сведения

Тема	Mental health; Personality psychology; Cognitive psychology
Классификация	0347: Mental health; 0625: Personality psychology; 0633: Cognitive psychology
Идентификатор / ключевое слово	Psychology, Health and environment
Название	Self-Regulation Model of Recovery from Psychiatric Disability
Автор	Levitt, Aaron J.
Число страниц	187
Год публикации	2014
Дата получения степени	2014
Код учебного учреждения	1782
Место публикации	Ann Arbor
Страна публикации	United States
ISBN	9781321207019
Университет/учреждение	Rutgers The State University of New Jersey
Подразделение	School of Health Related Professions
Степень	Ph.D.
Язык	Английский
Тип документа	Dissertation/Thesis
Номер диссертации или дипломной работы	3637712

Running head: SELF-REGULATION RECOVERY MODEL

A Self-Regulation Model of Recovery from Psychiatric Disability

Aaron J. Levitt

Rutgers, the State University of New Jersey

Рис. 5. Страница данных найденного массива диссертаций

Для сравнения структуры зарубежных и отечественных диссертаций использовали направления научных исследований, представленных в паспорте специальности 14.01.06 (старый шифр 14.00.18) «Психиатрия» [8].

Результаты исследования проверены на нормальность распределения. В тексте представлены средние арифметические величины и ошибки

средних величин ($M \pm m$). Для сходства (различий) признаков использовали t-критерий Стьюдента. Взаимозависимость признаков изучали при помощи параметрической корреляции Пирсона. Количественную динамику и прогнозирование показателей за 23 года исследовали при помощи анализа динамических рядов программы Microsoft Excel – использовали полиномиальный тренд 2-го порядка.

Результаты и их анализ

Проанализировали 51 276 докторских диссертаций, найденных в БД PQDT при поисковом режиме, включающем темы исследований и период времени с 1992 по 2014 г. Диссертаций, опубликованных на английском языке, было 98,06 %, на французском – 0,99 %, испанском – 0,45 %, на других языках – 0,5 %. Диссертации, подготовленные на соискание ученой степени доктора философии (Ph.D.), составили 79,7 %, доктора психологии (Psy.D.) – 14,6 %, доктора педагогики (Ed.D.) – 2,2 %, другие – 3,5 %.

В зарубежных университетах работам по психиатрии могут присуждаться ученые степени не только по медицине. Определить вклад рассмотренных работ в массив медицинских диссертаций не представляется возможным. Изученный поток диссертаций по психиатрии составил 3 % от общего массива диссертаций за 1992–2014 гг., проиндексированных в PQDT.

Полиномиальный тренд при среднем коэффициенте детерминации ($R^2 = 0,78$) напоминает инвертируемую U-кривую с максимальными показателями в 1998–2002 гг. (рис. 6).

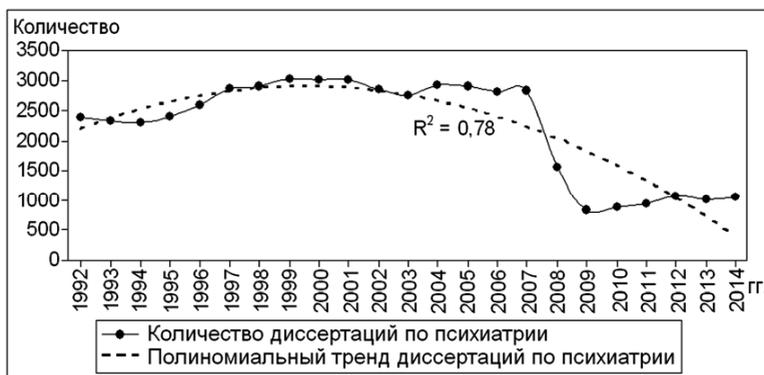


Рис. 6. Динамика количества диссертаций по психиатрии БД PQDT

Отмечается значимое уменьшение количества диссертаций по психиатрии с 2009 по 2014 г. Докторские диссертации уменьшаются в последнее пятилетие и в общем массиве (см. рис. 1), но в потоке работ по психиатрии снижение более выражено. Конгруэнтность кривых общего массива диссертаций и работ по психиатрии низкая ($r = 0,34$; $p > 0,05$). Ежегодно выходили в свет по (2230 ± 170) докторских диссертаций по психиатрии.

Выявлены высокие сопряженности кривых количественной динамики направлений научных исследований ($r = 0,90-0,99$; $p < 0,001$). Отмечается выраженное уменьшение диссертационных исследований в период 2008–2014 гг. В среднем по 1-му направлению (общие патогенетические основы психической патологии) ежегодно выходили в свет (364 ± 33) диссертации, 2-му (общая психопатология) – (368 ± 67) , 3-му (частная психиатрия) – (3630 ± 340) , 4-му (клиника, диагностика, терапия психических расстройств и реабилитация психически больных) – (5970 ± 510) , 5-му (социальные и правовые основы психиатрии) – (1360 ± 125) , 6-му – (эпидемиология психических заболеваний) – (584 ± 52) , 7-му (организация психиатрической помощи, профилактика психических расстройств) – (1010 ± 90) диссертаций.

Наибольшее количество диссертаций по психиатрии в мире подготовили соискатели ученых степеней из университетов США (91,84 %), в том числе в вузах штата Калифорния – 18,11 %, штата Нью-Йорк – 9,4 %, штата Иллинойс – 5,75 %. Ученые из вузов Канады выпустили в свет 5,15 % диссертаций, Великобритании – 1,21 %, из других стран – 1,8 %.

За 23 года более 400 диссертаций, или по 17-18 диссертаций ежегодно, были подготовлены в 13 университетах (табл. 1). В общей сложности эти университеты рассмотрели около 20 % диссертаций по психиатрии, представленных в БД PQDT. Следует отметить, что такое количество диссертаций по психиатрии в первом десятилетии XX в. ежегодно рассматривали ведущие медицинские учреждения России.

В последние десятилетия США и Канада становятся меккой по производству ученых степеней для специалистов из Китая, Индии и стран Юго-Восточной Азии. Например, в 2003–2004 гг. около 13 % всех докторов наук Китая получили ученые степени, обучаясь в США [1].

Таблица 1

Университеты, в которых в 1992–2014 гг. подготовили
400 и более докторских диссертаций по психиатрии

Название университета (город, страна)	n (%)
Alliant International University [образован путем слияния в 2001 г. California School of Professional Psychology (CSPP) и United States International University (USIU)] (кампусы в г. Сан-Диего, Фресно, Сан-Франциско, Лос-Анжелес, шт. Калифорния, США)	4091 (7,98)
The Union Institute (г. Цинциннати, шт. Огайо, США)	683 (1,33)
The Chicago School of Professional Psychology (г. Чикаго, шт. Иллинойс, США)	681 (1,33)
Capella University (г. Миннеаполис, шт. Миннесота, США)	548 (1,07)
New York University, NYU (г. Нью-Йорк, шт. Нью-Йорк, США)	536 (1,05)
The Wright Institute (г. Беркли, шт. Калифорния, США)	513 (1,00)
Palo Alto University (PAU) (в 1975–2009 гг. – Pacific Graduate School of Psychology, PGSP) (г. Пало-Альто, шт. Калифорния, США)	510 (0,99)
William James College – ранее Massachusetts School of Professional Psychology (MSPP) (г. Ньютон, шт. Массачусетс, США)	477 (0,93)
Walden University (г. Миннеаполис, шт. Миннесота, США)	462 (0,90)
Columbia University (г. Нью-Йорк, шт. Нью-Йорк, США)	457 (0,89)
Temple University (г. г. Филадельфия, шт. Пенсильвания, США)	439 (0,86)
Pacifica Graduate Institute (г. Санта-Барбара, шт. Калифорния, США)	431 (0,84)
Adelphi University, The Institute of Advanced Psychological Studies (г. Гарден-Сити, шт. Нью-Йорк, США)	419 (0,82)

В табл. 2 представлена структура зарубежных докторских диссертаций, найденных при помощи тем диссертационных исследований и ключевых слов. Различий структуры научных направлений в зависимости от использованного алгоритма поиска практически нет. Наибольшая вариабельность различий составила 0,3 %. Эти данные указывают на методическую обоснованность использованных алгоритмов поиска.

Таблица 2

Структура направлений научных исследований
в зарубежных докторских диссертациях по психиатрии

Направление научных исследований (англоязычный аналог)		Поисковый режим	
		темы	ключевые слова
1-е	Общие патогенетические основы психической патологии (Causality)	2,68	2,66
2-е	Общая психопатология (Psychopathology Syndrome)	4,92	4,61

Направление научных исследований (англоязычный аналог)		Поисковый режим	
		темы	ключевые слова
3-е	Частная психиатрия, в том числе:	26,72	26,50
	• психосексуальные расстройства (Sexual Dysfunctions)	4,11	4,01
	• подростковая психиатрия (Adolescent Psychiatry)	8,47	8,30
	• детская психиатрия (Child Psychiatry)	10,43	10,30
	• гериатрическая психиатрия (Geriatric Psychiatry)	1,42	1,48
	• военная психиатрия (Military Psychiatry)	2,30	2,41
4-е	Клиника, диагностика, терапия психических расстройств и реабилитация психически больных, в том числе:	43,92	44,16
	• невротические и невротоподобные расстройства (Neurotic Disorders)	2,46	2,31
	• пограничные расстройства (Borderline Personality Disorder)	3,22	3,11
	• расстройства личности («Personality Disorders»)	2,90	2,76
	• шизофрения (Schizophrenia)	4,74	4,63
	• аффективные расстройства («Affective Disorders» OR «Bipolar Disorder»)	3,84	3,75
	• эпилепсия (Epilepsy)	1,20	1,21
	• резидуально-органические расстройства (Organic Mental Disorders)	2,50	2,48
	• зависимости (Addiction) OR («Substance-Related» Disorders) OR (Gambling)	4,34	4,34
	• психические расстройства при некоторых соматических заболеваниях, в том числе:	18,72	19,57
	– сердечно-сосудистые болезни (Cardiovascular Disease)	2,02	2,20
	– болезни органов дыхания (Respiratory Diseases)	1,23	1,37
	– болезни крови (Hematologic Diseases)	0,06	0,07
	– кожные болезни (Skin Diseases)	2,82	2,92
	– урологические болезни ((Urologic Diseases) OR (Renal Dialysis) OR (Female Urogenital Diseases))	0,20	0,23
	– болезни костно-мышечной системы (Musculoskeletal Diseases)	0,40	0,48
	– нервные болезни (Nervous System Diseases)	5,96	5,92
	– онкологические заболевания ((Oncology) OR (Neoplasms))	1,08	1,18
	– акушерство и гинекология ((Gynecologic) OR (Obstetrics) OR (Pregnant Women))	2,78	2,90
	– инфекционные и паразитарные болезни ((Infectious Disease) OR (Virus Diseases) OR (Parasitic Diseases))	1,75	1,86
– радиационные поражения (Radiation Injuries)	0,42	0,46	
5-е	Социальные и правовые основы психиатрии ((Community Psychiatry) OR (Forensic Psychiatry))	10,04	10,00
6-е	Эпидемиология психических заболеваний (Epidemiology)	4,30	4,45
7-е	Организация психиатрической помощи. Профилактика психических расстройств ((«Health Care Organizations» OR (Prevention))	7,42	7,62

Поиск по теме «0724 Russian history» в созданной БД диссертаций по психиатрии выявил 34 отклика. Это были диссертации зарубежных исследователей, в которых исследовались проблемы психической адаптации иммигрантов из бывшего Советского Союза [12, 14, 19, 21], детей, усыновленных из России [18], терапии зависимостей [11, 13], был представлен критический анализ советской психиатрии [15, 17, 20] и развития психиатрии в императорской России [9, 10] и др.

Заключение

Разработанный алгоритм поиска диссертаций в базе данных ProQuest Dissertations and Theses за 1992–2014 гг. по ключевым словам выявил 61 663 отклика на диссертации, которые содержали не менее 7–10 % поискового шума. В связи с этим был проведен поиск с использованием тем диссертационных исследований, созвучных с ведущими рубриками категории Psychiatry and Psychology Category тезауруса Medical Subject Headings (MeSH). Поиск позволил найти 51 276 диссертаций по психиатрии, которые составили 3 % от общего массива всех докторских диссертаций в ProQuest Dissertations and Theses. В последнее 5-летие отмечается снижение интереса исследователей к проблемам психиатрии и уменьшение количества диссертационных работ.

Диссертаций по психиатрии, опубликованных на английском языке, было 98 %, подготовленных соискателями ученых степеней в университетах США – 91,8 %, Канады – 5,2 %, Великобритании – 1,2 %. Российских диссертаций в базе данных нет. Для интеграции в мировое научное пространство рекомендуется переводить автореферат диссертации и направлять материалы диссертационных исследований ProQuest Dissertations and Theses. Заявка на размещение диссертации в ProQuest Dissertations and Theses и инструкция по ее заполнению представлена на сайте библиотечно-информационного комплекса Финансового университета при Правительстве России (<http://library.fa.ru/resource.asp?id=541>).

Сравнительный анализ результатов поиска по ключевым словам и темам диссертационных исследований при разном количестве информационных откликов определил практически одинаковую структуру научных исследований. Диссертаций по общим патогенетическим основам психической патологии было 2,7 %, общей психопатологии – 4,9 %, частной психиатрии – 26,7 %, клинике, диагностике, терапии психических расстройств и реабилитации психически больных – 43,9 %, социальным и правовым основам психиатрии – 10,1 %, эпидемиологии психических заболеваний –

4,3 %, организации психиатрической помощи, профилактики психических расстройств – 7,4 %.

База данных ProQuest Dissertations and Theses открывает большие возможности для информационного сопровождения российских научных исследований. Полный текст имели 44 010 работ по психиатрии, или 85,8 % от общего количества диссертаций за 1992–2014 гг. ProQuest Dissertations and Theses позволяет изучать в формате PDF 24-страничные рефераты или полные тексты диссертаций и при необходимости копировать их.

Литература

1. Бутби Д. Доктора наук в Канаде и США: кто и почему едет в Северную Америку за степенью // Форсайт. – 2007. – № 4 (4). – С. 36–43.
2. Евдокимов В.И., Зотова А.В., Тонкошкурова Л.А. О необходимости создания единой базы данных отечественных диссертационных исследований // Вестн. психотерапии. – 2014. – № 49 (54). – С. 135–151.
3. Кармишенская Г. ProQuest Dissertations and Theses: крупнейшая полнотекстовая база данных научных диссертаций. – URL: <http://www.liber.rsuh.ru/sites/default/files/11>.
4. Медицинские предметные рубрики: алф. список. Рус. версия тезауруса MeSH Нац. мед. б-ки США [в 3 ч.] / НПО «Союзмединформ»; Гос. центр. науч. мед. б-ка. – М., 1992. – Ч. 1. – [XV], 242 с.; Ч. 2. – 243–488 с.; Ч. 3. – 489–710 с.
5. Научные кадры и проблема их воспроизводства (развитие капиталистических страны) : реф. сб. / [ред.-сост. Т.П. Иванова]. – М. : ИНИОН, 1981. – 241 с. – (Науковедение за рубежом / АН СССР, Ин-т науч. информ. по обществ. наукам).
6. Номенклатура специальностей научных работников : прил. к приказу Минобрнауки РФ от 25.02.2009 г. № 59 с изм. и доп. / ВАК Минобрнауки РФ. – URL: <http://www.wak.gov.ru>.
7. О федеральной информационной системе государственной научной аттестации : постановление Правительства РФ от 18.10.2013 г. № 1035 // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 02.12.2013. – № 48, ст. 6251.
8. Паспорта научной специальности / ВАК Минобрнауки РФ. – URL: <http://vak.ed.gov.ru/316>.
9. Becker E.M. Medicine, law, and the state: The emergence of forensic psychiatry in Imperial Russia : in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy / University of Pennsylvania, United States. – Ann Arbor, 2003. – 398 p. – (ProQuest 3087370).
10. Friedlander J.L. Psychiatrists and crisis in Russia, 1880–1917 : A dissertation submitted in partial satisfaction of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy / University of California, Berkeley, United States. – Ann Arbor, 2007. – 451 p. – (ProQuest 3275417).
11. Girard M. Self-reported personality types of recovering women in Alcoholics Anonymous : A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for

the degree of Doctor of Philosophy / Walden University, United States. – Ann Arbor, 1995. – 73 p. – (ProQuest 9526506).

12. Kovalcik R. The experience of parenting for recent Jewish immigrants from the former Soviet Union : submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Psychology / Massachusetts School of Professional Psychology, United States. – Ann Arbor, 1996. – 152 p. – (ProQuest 9630005).

13. Langevin D.J. Addiction treatment training in Russia: Cultural adaptation of the bio-psycho-social-spiritual model : in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Psychology / California Institute of Integral Studies, United States. – Ann Arbor, 2001. – 251 p. – (ProQuest 3004644).

14. Lyubansky M. A tale of two cultures: The effects of cultural involvement on the adjustment of older adult immigrants from the former Union of Soviet Socialist Republics : in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy / Michigan State University, United States. – Ann Arbor, 2000. – 101 p. – (ProQuest 9985425).

15. McCausland G.M. The post-Soviet condition: Cultural reconfigurations of Russian identity : submitted to the Graduate Faculty of The School of Arts and Sciences in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy / University of Pittsburgh, United States. – Ann Arbor, 2006. – 205 p. – (ProQuest 3255732).

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

17. Reich R. Thinking differently: Psychiatry, literature and dissent in the late Soviet period : in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of Philosophy / Harvard University, United States. – Ann Arbor, 2010. – 305 p. – (ProQuest 3435478).

18. Roger P.R. Parents' hope, optimism, and positive illusions and the resilience of their children adopted from Russia : submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy / Fordham University, United States. – Ann Arbor, 2006. – 121 p. – (ProQuest 3208582).

19. Weintel I.E. Working with Russian immigrants: Therapy and assessment : in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Psychology / Widener University, Institute for Graduate Clinical Psychology, United States. – Ann Arbor, 2004. – 126 p. – (ProQuest 3179442).

20. Zajicek B. Scientific psychiatry in Stalin's Soviet Union: The politics of modern medicine and the struggle to define 'Pavlovian' psychiatry, 1939–1953 : A dissertation submitted the faculty of the division of social sciences in candidacy for the degree of Doctor of Philosophy / The University of Chicago, United States. – Ann Arbor, 2009. – 508 p. – (ProQuest 3369465).

21. Zinchenko A.V. Nostalgia and discontinuity of life: A multiple case study of older ex-Soviet refugees seeking psychotherapeutic help for immigration-related problems : in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Psychology / Saybrook Graduate School and Research Center, United States. – Ann Arbor, 2001. – 291 p. – (ProQuest 3054046).

Evdokimov V.I., Tonkoshkurova L.A. Informatsionnyi poisk i analiz struktury zarubezhnykh dissertatsii po psikiatrii (1992–2014) [Information search and analysis patterns for foreign dissertations in psychiatry (1992–2014)]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 55. P. 61–78.

The Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine,
EMERCOM of Russia (Russia, Saint-Petersburg, Academica Lebedeva Str., 4/2);
North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov,
(Russia, Saint-Petersburg, Kirochnaya Str., 41)

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

Tonkoshkurova Lubov Alexandrova – PhD Student of the Department of psychotherapy and sexology of North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (Russia, 191015, Saint-Petersburg, Kirochnaya Str., 41); e-mail: lat@chado.ru.

Abstract. The algorithm of searching of PhD theses in the field of psychiatry in the database of foreign dissertations ProQuest Dissertations and Theses (PQDT). PQDT is representing about 2.9 million PhD out of 700 world universities, published in 40 languages. Electronic resource PQDT contains multi-language interface and on-line translation of resume in Russian. The analysis of the dynamic and structure of the 51 276 PhD in psychiatry published in 1992–2014. Annually was published (2230 ± 170) PhD in the field of psychiatry. Out of 98 percent of the dissertations published in English are considered in the councils of the USA universities is 91.8 %, Canada is 5.2 %, the UK is 1.2 %. Unfortunately, there are no Russian theses in PQDT. The polynomial trend in the coefficient of determination ($R^2 = 0.78$) resembles inverted U-curve with maximum rates in 1998–2002. In recent years revealed a significant reduction of the interest to the problems of psychiatry. The correlation of the graphs of quantitative dynamics of the doctoral dissertations in psychiatry and general flow of the dissertations in PQDT is low ($r = 0.34$; $p > 0.05$). Dissertations about pathogenetic of mental disorders is 2.7%, common psychopathology is 4.9 %, private psychiatry is 26.7 %, clinic, diagnosis and therapy of mental disorders and rehabilitation are 43.9 %, social and legal foundations of psychiatry are 10.1 %, the epidemiology of mental illness is 4.3 %, the organization of psychiatric care, prevention of mental disorders are 7.4 %. The PQDT contains the great opportunities to support information about Russian researches, 85.8 % of the doctoral dissertations in psychiatry in PQDT have the full texts.

Keywords: psychiatry, psychotherapy, doctoral dissertation, researcher, information retrieval, abstract bibliographic database, ProQuest Dissertations and Theses, sociology of science.

References

1. Boothby D. Doktora nauk v Kanade i SShA: kto i pochemu edet v Severnuyu Ameriku za stepen'yu [Doctoral Graduates in Canada and the United States: Who Goes to North America for a Degree and Why]. *Forsait* [Foresight]. 2007. N 4. Pp. 36–43.
2. Evdokimov V.I., Zotova A.V., Tonkoshkurova L.A. O neobkhodimosti sozdaniya edinoy bazy dannykh otechestvennykh dissertatsionnykh issledovaniy [Analysis of structure of foreign dissertations in psychiatry (1992–2014)]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2014. N 49. Pp. 135–151.
3. Karmishenskaya G. ProQuest Dissertations and Theses: krupneishaya polnotekstovaya baza dannykh nauchnykh dissertatsii [ProQuest Dissertations and Theses: the largest full-text database of scientific theses]. URL: <http://www.liber.rsuh.ru/sites/default/files/11>.
4. Meditsinskie predmetnye rubriki [Medical Subject Headings, MeSH] : in 3 Vol. Moskva. 1992. Vol. 1. [XV], 242 p ; Vol 2. 243–488 p. ; Vol. 3. 489–710 p.
5. Nauchnye kadry i problema ikh vosproizvodstva (razvitye kapitalisticheskie strany) [Scientific personnel and the problem of their reproduction (the developed capitalist countries)]. Ed. T.P. Ivanova. Moskva. 1981. 241 p.
6. Nomenklatura spetsial'nostei nauchnykh rabotnikov : prilozhenie k prikazu Minobrnauki RF ot 25.02.2009 N 59 [Nomenclature of scientific specialties: approved by the Ministry of Education and Science of the Russian Federation on 25.02.2009, N 59]. Vysshaya attestatsionnaya komissiya Ministerstva obrazovaniya i nauki Rossii [The Higher Attestation Commission by the Ministry of Education and Science of the Russian Federation]. URL: <http://www.wak.gov.ru>.
7. O federal'noi informatsionnoi sisteme gosudarstvennoi nauchnoi attestatsii : postanovlenie Pravitel'stva Rossii ot 18.10.2013 N 1035. [On the Federal information system of the State scientific certification: Russian Government regulation, 18.10.2013 N 1035]. *Sobranie zakonodatel'stva Rossiiskoi Federatsii* [Coll. of legislation. of Rus. Federation]. 02.12.2013. N 48, Art. 6251.
8. Pasporta nauchnoi spetsial'nosti. Vysshaya attestatsionnaya komissiya Ministerstva obrazovaniya i nauki Rossii [Passports scientific specialty. The Higher Attestation Commission by the Ministry of Education and Science of the Russian Federation]. URL: <http://vak.ed.gov.ru/316>.
9. Becker E.M. Medicine, law, and the state: The emergence of forensic psychiatry in Imperial Russia : in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. University of Pennsylvania, United States. Ann Arbor, 2003. 398 p. (ProQuest 3087370).
10. Friedlander J.L. Psychiatrists and crisis in Russia, 1880–1917 : A dissertation submitted in partial satisfaction of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. University of California, Berkeley, United States. Ann Arbor. 2007. 451 p. (ProQuest 3275417).
11. Girard M. Self-reported personality types of recovering women in Alcoholics Anonymous : A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. Walden University, United States. Ann Arbor. 1995. 73 p. (ProQuest 9526506).
12. Kovalcik R. The experience of parenting for recent Jewish immigrants from the former Soviet Union : submitted in partial fulfillment of the requirements for the

degree of Doctor of Psychology. Massachusetts School of Professional Psychology, United States. Ann Arbor. 1996. 152 p. (ProQuest 9630005).

13. Langevin D.J. Addiction treatment training in Russia: Cultural adaptation of the bio-psycho-social-spiritual model : in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Psychology. California Institute of Integral Studies, United States. Ann Arbor. 2001. 251 p. (ProQuest 3004644).

14. Lyubansky M. A tale of two cultures: The effects of cultural involvement on the adjustment of older adult immigrants from the former Union of Soviet Socialist Republics : in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. Michigan State University, United States. Ann Arbor. 2000. 101 p. (ProQuest 9985425).

15. McCausland G.M. The post-Soviet condition: Cultural reconfigurations of Russian identity : submitted to the Graduate Faculty of The School of Arts and Sciences in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. University of Pittsburgh, United States. Ann Arbor. 2006. 205 p. (ProQuest 3255732).

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

17. Reich R. Thinking differently: Psychiatry, literature and dissent in the late Soviet period : in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of Philosophy. Harvard University, United States. Ann Arbor. 2010. 305 p. (ProQuest 3435478).

18. Roger P.R. Parents' hope, optimism, and positive illusions and the resilience of their children adopted from Russia : submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. Fordham University, United States. Ann Arbor. 2006. 121 p. (ProQuest 3208582).

19. Weintel I.E. Working with Russian immigrants: Therapy and assessment : in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Psychology. Widener University, Institute for Graduate Clinical Psychology, United States. Ann Arbor. 2004. 126 p. (ProQuest 3179442).

20. Zajicek B. Scientific psychiatry in Stalin's Soviet Union: The politics of modern medicine and the struggle to define 'Pavlovian' psychiatry, 1939–1953 : A dissertation submitted the faculty of the division of social sciences in candidacy for the degree of Doctor of Philosophy. The University of Chicago, United States. Ann Arbor. 2009. 508 p. (ProQuest 3369465).

21. Zinchenko A.V. Nostalgia and discontinuity of life: A multiple case study of older ex-Soviet refugees seeking psychotherapeutic help for immigration-related problems : in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Psychology. Saybrook Graduate School and Research Center, United States. Ann Arbor. 2001. 291 p. (ProQuest 3054046).

Received 01.09.2015

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 615.851 : 616-009.11

Н.Г. Ермакова

ПРИМЕНЕНИЕ АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ ПРИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИНСУЛЬТА

Российский государственный педагогический университет
им. А.И. Герцена (Россия, Санкт-Петербург, набережная р. Мойки, д. 48)

Представлены результаты опытного применения составленной программы психологической помощи больным с последствиями инсульта, направленной на освоение навыков саморегуляции и эмоциональной стабилизации. Программа была ориентирована на формирование положительного отношения к своему телу и к самому себе в процессе освоения приемов аутогенной тренировки. Проанализированы результаты использования аутогенной тренировки у 108 больных с последствиями ишемического (169.3 по МКБ-10) и геморрагического инсульта (169.1 по МКБ-10) в условиях стационарной реабилитации. По завершении программы психологической коррекции с применением аутогенной тренировки отмечается улучшение эмоционального состояния, снижение тревожности и депрессии у больных с разной локализацией очага поражения. По результатам повторного клинического интервью после проведения психологической коррекции отмечается готовность больных к принятию своего тела таким, какое оно стало после болезни, повышение приверженности к лечению, осознание необходимости собственной активности при восстановлении нарушенных функций.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, реабилитация, инсульт, психологическая коррекция, аутогенная тренировка, саморегуляция, психодиагностика.

Введение

Увеличение числа сосудистых заболеваний головного мозга в последние десятилетия делает актуальной медико-социальной проблемой реабилитацию больных с последствиями инсульта, направленную на восстановление нарушенных функций, социальных контактов, возвращение больного в общество и к посильному труду [4, 17]. О.А. Клочихина,

Ермакова Наталья Георгиевна – канд. психол. наук, доц. каф. клинич. психологии и психол. помощи. Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена (Россия, 191186, Санкт-Петербург, набережная р. Мойки, д. 48); e-mail: nataliya.ermakova@yandex.ru.

Л.В. Стаховская отмечают, что 60 % заболевших становятся инвалидами, у половины больных в течение 1 года возникает повторный инсульт [11]. Длительный период восстановления больных с последствиями инсульта, инвалидизирующие последствия заболевания в значительной мере оказывают негативное влияние на самооценку больного, на его эмоциональное состояние и приводят к невротическим, депрессивным, ипохондрическим реакциям на болезнь, пессимистическому прогнозу лечебной и жизненной перспективы [3, 18, 22, 23, 25]. В связи с этим возникает необходимость включения психокоррекционных мероприятий в реабилитацию больных с последствиями инсульта [6, 7, 8, 9, 10].

Цель исследования – разработка и опытное применение программы психологической коррекции с применением аутогенной тренировки (АТ) больных после инсульта, направленной на коррекцию эмоционального состояния и самоотношения. Задачи программы – формирование положительного отношения к своему телесному и психическому «Я» путем освоения приемов саморегуляции; формирование приверженности к лечению, активности больных в восстановлении нарушенных функций.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 108 больных с последствиями перенесенного нарушения мозгового кровообращения, женщин было 63, мужчин – 45. До 40 лет больных было 3, 40–49 лет – 16, 50–59 лет – 41, 60–69 лет – 40, старше 70 лет – 8. Последствия ишемического инсульта наблюдались у 100 больных (I69.3 по МКБ-10), геморрагического инсульта – у 8 больных (I69.1 по МКБ-10).

Локализация очага поражения в бассейнах артерий левого полушария отмечалась у 41 больного, правого полушария – у 49, в ветребро-базиллярном бассейне – у 18. Давность заболевания от 2 до 6 мес была у 53 больных, от 7–12 мес – 29, от 12 до 36 мес – 26. Двигательные нарушения в виде гемипареза легкой степени наблюдались у 28 человек, средней тяжести – у 62, выраженной – у 8, вестибулярные двигательные нарушения (атаксия) – у 6.

Легкие когнитивные расстройства (F06.7 по МКБ-10) были у 39 больных. Из них снижение объема памяти, внимания, нарушение оптико-пространственных функций обнаружены у 21 больного, остаточные проявления речевых нарушений – у 18 (в виде дизартрии – у 6 пациентов; афферентно-моторной, семантической, динамической афазии – у 12). Органические эмоционально-лабильные расстройства (F06.6 по МКБ-10) наблюда-

лись у 38 больных, расстройства адаптации (F43.2 по МКБ-10) в виде легкого депрессивного эпизода – у 31 больного. В исследование не включались больные с длительностью заболевания меньше 2 мес и с остаточными проявлениями сенсорной афазии.

У больных было получено письменное информированное согласие на проведение психодиагностики и программы психологической помощи.

Со всеми больными вначале и после психологической коррекции проводили клиническое интервью, которое позволяло оценить жалобы больных, эмоциональное состояние, самоотношение и установки больных [21]. Проводили изучение качества жизни [15], эмоционального состояния по методике Спилбергера–Ханина [19] и Госпитальной шкале тревоги и депрессии (The hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). Оценивали возможности самообслуживания по шкале Бартела [2].

Сравнение результатов провели с помощью t-критерия Стьюдента [20].

В начале групповых занятий психологом проводилось информирование членов группы о задачах и целях восстановительного лечения и активной роли больного в лечении, о возможностях профилактики повторного заболевания и лечебной и жизненной перспективе после перенесенного заболевания. Отдельное внимание уделялось формированию у больных приверженности к лечению (комплаенса). Обсуждались важность выполнения назначений врача, приема лекарств, контроля артериального давления (АД), соблюдения гипохолестериновой диеты и режима нервно-психической и физической нагрузки, выполнения упражнений лечебной физкультуры. Обсуждалась также необходимость продолжения проведения занятий по восстановлению нарушенных функций и в домашних условиях после выписки. В процессе групповой дискуссии корректировались неадекватные установки больных. Освоение навыков АТ как приемов саморегуляции является важным приемом профилактики стрессовых расстройств в социуме больных после возвращения их из стационара в домашние условия, а также способствует принятию нового телесного «Я»

АТ как методика психической саморегуляции является одним из широко применяемых в течение многих лет приемов психологической коррекции. АТ разработана Шульцем и модифицирована рядом отечественных и зарубежных исследователей [16]. Методика используется при восстановлении двигательных функций в связи с возможностью воздействия на тонус поперечно-полосатой мускулатуры [13], использовалась для стабилизации артериального давления путем воздействия на сосудистый тонус [1, 16], стабилизации эмоционального состояния [14]. Применялась

также идеомоторная тренировка в сочетании с АТ при работе с больными с двигательными нарушениями после инсульта [5–7].

Методика способствует активизации личности, так как требует самостоятельного участия больного в его освоении, вырабатывает выносливость и терпимое отношение к проявлениям болезни, способствует эмоциональной нейтрализации.

АТ требует наличия определенных качеств пациента, способствующих его освоению. Так, А.Г. Панов [16] указывает, что для освоения АТ больному необходим исходный интеллектуальный уровень, воля к выздоровлению, желание сотрудничать с врачом. Ю.Л. Курако, Д.Н. Вайсфельд [13] отмечают необходимость учета интеллекта и памяти, а также понимания больным перспективы восстановления нарушенных двигательных функций и возможность их тренировки.

По нашим наблюдениям, необходима способность к концентрации внимания, сохранность внутренней речи, схемы тела, возможности удержания зрительных представлений, так как многие упражнения метода основаны на работе с представлением своего тела, с формированием позитивных образов [6, 7]. Важным для освоения АТ также является позитивное отношение к лечению, готовность к сотрудничеству с врачом и психологом, ориентация на освоение приемов самопомощи в борьбе с болезнью, самодостаточность.

Программа психологической коррекции с применением АТ. Нами адаптированы упражнения АТ применительно к больным с последствиями инсульта в условиях стационарной реабилитации, описана специфика условий проведения метода [6, 7].

АТ при коррекционной работе с неврологическими больными направлена на обучение больных уменьшению эмоциональных реакций на ситуацию, воздействие на эмоционально повышающийся тонус мышц и сосудов, на стабилизацию АД, а также на укрепление концентрации внимания и волевых качеств.

Завершающий этап освоения АТ – выработка формул цели – конкретного применения навыка методики при различных трудных, эмоционально-значимых ситуациях. Навык АТ формируется медленно или ограничивается лишь освоением первой формулы – тяжести, если опирается только на словесные внушения, не подкрепленные образом. В то же время следует иметь в виду, что изначально часть людей обладают более развитым образным мышлением, а другие, наоборот, рациональным, логическим

мышлением, что не может не сказываться на освоении различных медитативных техник.

На первых занятиях больным объяснялись цели и задачи методики. Перед каждым занятием рассказывалось содержание нового упражнения, его сочетание с ранее освоенными упражнениями, обсуждались формулы самовнушения. После занятия больные опрашивались о состоянии во время занятия и выполнении упражнения.

В проведении АТ с больными после инсульта имеются свои особенности. В связи с истощаемостью внимания у больных и возникновением гипноидных фаз время проведения собственно АТ было сокращено до 30 мин. Занятия проводились на фоне тихой эстрадно-инструментальной музыки. Прослушивание вокальных ансамблей, отечественных и иностранных, препятствовало сосредоточению на занятии, и больные переключались на потоки ассоциаций, которые пробуждали в них знакомые русскоязычные и иностранные исполнители; классическая музыка приводила некоторых больных, по их отчетам после занятия, к пессимистическим размышлениям, что повлекло необходимость отказа от этих музыкальных жанров в качестве музыкального сопровождения занятий АТ.

Формулы АТ были свернуты в 4-5 коротких, легко запоминающихся формул. Занятия проводились в группах по 10–12 человек 3 раза/нед в течение 1 ч. До и после занятия измерялся пульс, в начале и в конце курса – АД. Затем больным рекомендовалось повторить упражнения самостоятельно вечером перед сном в палате. Осваивались и вырабатывались формулы самовнушения, формулы цели. Во время занятия проводилось наблюдение за больными, после занятия – опрос больных о состоянии во время занятия. Обсуждались также самостоятельные занятия в палате, выявлялись упражнения, которые получаются легко, и те, которые вызывают затруднения.

На первом этапе осваивались основные упражнения первой ступени АТ, а также, наряду с общими формулами АТ, использовались приемы органотренировки: нормализации работы сердца, стабилизации АД, уменьшения тонуса сосудов. На первом этапе использовались и отдельные упражнения из второй ступени АТ, направленные на стабилизацию или создание настроения (представление цвета, пейзажа).

Второй этап – выработка формул цели, конкретного применения навыка АТ при различных трудных эмоционально-значимых ситуациях. С больными обсуждались конкретные характерные для большинства из членов группы затруднения, вырабатывались формулы их эмоциональной

нейтрализации (трудности при переходе открытого или многолюдного пространства, встреча с родственниками, сотрудниками и т. д.). По мере освоения общих для группы формул цели, вырабатывались индивидуальные формулы самовнушения, если возникающие трудности у больного не были исчерпаны разбором типичных ситуаций. Некоторые формулы цели приводятся далее.

Специальные формулы АТ, применяемые при лечении больных с последствиями инсульта (при гемипарезах, сопровождающихся неуверенностью при ходьбе, астено-невротическими, астено-фобическими реакциями).

1. Потенцирование движения.

А. При ходьбе, при гемипарезах.

«Нога послушная, мягкая, наступаю всей стопой»; «Левая (больная) – мягкая, правая (здоровая) – устойчивая». Важно, чтобы слова самовнушения совпадали с тактом ходьбы. Наступая на левую ногу – идет внушение про левую. Наступая на правую ногу – идет внушение про правую ногу.

«Иду уверенно, устойчиво, спокойно». Важен также контроль за спокойным ритмичным дыханием

Б. Отдых при ходьбе.

«Я могу отдохнуть стоя»; «Я устал и отдыхаю»; «Я спокоен, дыхание ровное»; «Мои ноги и трость хорошо держат меня». Эти же формулы рекомендовались во время тренировочного занятия АТ в палате, лежа на кровати, представляя саму процедуру ходьбы и отдыха при ходьбе.

2. Высокий мышечный тонус.

«Левая (больная) рука или нога) мягкая и теплая: мягкая и теплая, мягкая и теплая»; «Рука(нога)движется легко, движется легче, еще легче»; «Рука (нога) при волнении спокойна».

3. Нестабильное АД.

«Приятное тепло равномерно растекается по телу»; «Сердце работает ритмично, спокойно»; «Сосуды расширяются, хорошо справляются с нагрузкой»; «Мое давление снижается» или «Мое давление постоянно».

4. Неуверенность при ходьбе (внушения в такт ходьбы).

«Иду устойчиво, уверенно, спокойно». – Вдох – «Иду устойчиво» - шаг правой (здоровой)ногой, выдох – шаг левой (больной)ногой; вдох – «уверенно» шаг правой, выдох – шаг левой, вдох – «спокойно» шаг правой, выдох – шаг левой. Вдох, таким образом, выпадает на здоровую (правую) ногу; выдох на больную (левую). 2-3 раза.

«Ноги хорошо держат меня»; «Я хорошо сохраняю равновесие» – внушения в такт ходьбе.

5. Многолюдность.

«Иду спокойно и уверенно»; «Встречные люди не отвлекают меня»; «Вокруг люди – я спокоен»; «Я не спешу и не замедляю свой шаг, нога мягкая, устойчивая, теплая». 2-3 раза.

Выполняется и во время ходьбы, и как установка перед ходьбой в положении стоя или сидя. Может быть использована при остановке во время ходьбы, отдыха стоя. Спокойное дыхание и установки в виде внушения или снятия напряжения в ноге или руке.

6. Переход улицы.

«Через улицу перехожу спокойно, нога мягкая, послушна мне». «Иду уверенно, спокойно, «Нога расслаблена, мягкая, наступает всей стопой».

7. Высокий мышечный тонус в сгибателях руки и разгибателях ноги, рука приведена и согнута, нога вытянута (фиксация позы Вернике–Манна):

«Иду, рука расслаблена, разогнута в локте»; «Иду, рука не касается туловища»; «Иду, рука внизу».

«Нога мягкая, сгибается в колене»; «Ногу поднимаю выше»

8. Речевые нарушения.

«Речь спокойная, плавная, четкая»; «Слова подбираются легко и свободно»; «Дыхание легкое и свободное»; «Волнение не мешает мне говорить».

9. Стрессовые ситуации при общении.

«При волнении моя рука послушна, нога устойчивая, мягкая»; «Мое дыхание спокойное и ровное»; «Я совершенно спокоен(а)».

10. Близкие слезы.

Предварительно проводились специальные занятия по освоению релаксации мышц лица, в первую очередь круговой мышцы рта, расслабления языка, освоению диафрагмального дыхания, сознательного освобождения от гримасы плача. Наряду с этими приемами рекомендовались формулы: *«Спокойно»; «Лицо спокойно»; «Рот расслаблен»; «Спокоен(а)».* Формулы проговариваются как самоприказ.

11. При затруднениях засыпания.

«Я совершенно спокоен»; «Я принял все нужные лекарства, все системы организма ночью будут работать спокойно и слаженно»; «Я засыпаю крепким, спокойным сном до самого утра».

Нам представляется терапевтически более ценной недиригентная позиция психолога, стимулирующая дискуссию о задачах метода, успехах

его освоения, о достижении в отдельных упражнениях, что способствует укреплению мотивации группы по отношению к занятиям АТ. Формальная информирующая директивная позиция психолога при проведении АТ укрепляет лишь чувство изоляции больных в группе. Нами применялось также проективное рисование в группах АТ. Оно проводилось до и после занятия в начале и в конце курса на тему «Мое состояние».

Результаты и их анализ

По данным клинического интервью, проблемы больных были связаны с трудностями совладания со стрессом, которым явилась тяжелая и внезапная болезнь. Больные переживали ощущение утраты или изменения телесных ощущений (тактильных, кинестетических, температурных, двигательных), возможности ощущать себя, таким как и до болезни («Я как не своя...»; «Тело как не мое»). По мере лечения тело становилось привычным по ощущениям, но все равно иным. Нередко больные говорили, что они «заново родились». Им приходилось привыкать к новым ощущениям, к принятию нового телесного «Я». Больные отмечали также изменения когнитивных функций: стиля мышления, особенностей поведения, снижение памяти, внимания, отмечали утрату интересов, изменения в эмоциональном реагировании.

В ряде случаев наблюдались трудности принятия своего нового соматического (телесного) и психического «Я». Проблемы больных были связаны также с трудностями принятия своей новой социальной роли, необходимости переоценки жизненных ценностей. Процесс переоценки начинался у больных сразу после возвращения сознания во время пребывания в остром стационаре. Но именно в реабилитационном центре многочисленные вопросы о прогнозе излечения и восстановления собственного физического и психического состояния («Надолго ли такое состояние? Пройдет ли это, и что нужно делать?») находили ответ. В реабилитационном стационаре на первое место выступали проблемы физического и психического самопринятия. После завершения программы психологической коррекции в группе с применением АТ было проведено повторное изучение эмоционального состояния, самоотношения и установок больных с помощью клинического интервью, а также методик качества жизни, Спилбергера–Ханина и методики HADS, шкале самообслуживания Бартела.

В целом по группе отмечается значительное снижение реактивной тревожности по шкале Спилбергера–Ханина, снижение тревоги и депрес-

сии по показателям шкалы HADS, повышение результатов по шкале самообслуживания Бартела (см. табл. 1).

Таблица 1

Показатели в общей группе больных, (M ± m) балл

Показатель	Период коррекции		p <
	до	после	
Шкала Бартела	86,2 ± 4,2	88,2 ± 4,1	0,01
Шкала Спилбергера–Ханина			
реактивная тревожность	55,4 ± 3,7	53,4 ± 3,7	0,01
личностная тревожность	55,2 ± 3,5	53,7 ± 3,2	0,05
Качество жизни	3,0 ± 1,2	3,5 ± 1,3	0,05
HADS			
Тревога	8,0 ± 1,3	7,4 ± 1,4	0,01
Депрессия	8,6 ± 1,2	8,0 ± 1,1	0,01

Наблюдается также снижение личностной тревожности по шкале Спилбергера–Ханина, улучшение показателей качества жизни. Улучшение показателей качества жизни больных во многом связано с изменением отношения к заболеванию. После занятий в группе больные стали относиться к заболеванию не как к катастрофе, а как к трудному испытанию, с которым они смогут справиться, в том числе и за счет собственных усилий. Больные осознавали возможность контролировать свое состояние здоровья путем контроля за своим АД, выполнения назначений и рекомендаций врача, регулярного приема лекарств, выполнения режима физической и нервно-психической нагрузки.

В процессе реабилитации всеми специалистами (лечащим врачом, методистами лечебной физкультуры, врачом физиотерапевтом, эрготерапевтом, психологом) формировались установки активности самих больных в самообслуживание, бытовых действиях, дополнительных самостоятельных занятиях лечебной физкультурой, лечебной ходьбой. В процессе занятий в группе с психологом больные также побуждались к активизации самостоятельной активности. Формирование установок активизации во многом способствовало увеличению показателей самообслуживания.

У больных с очагом поражения в левом полушарии (n = 41) отмечается более выраженное снижение реактивной тревожности, а также тревоги и депрессии HADS, улучшение самообслуживания (табл. 2).

Таблица 2
Показатели больных с левополушарным очагом поражения, ($M \pm m$) балл

Показатель	Период коррекции		p <
	до	после	
Шкала Бартела	86,2 ± 4,2	88,3 ± 3,9	0,05
Шкала Спилбергера–Ханина			
реактивная тревожность	55,4 ± 3,6	53,8 ± 3,3	0,05
личностная тревожность	55,6 ± 3,2	53,8 ± 3,0	0,05
Качество жизни	3,0 ± 1,3	3,5 ± 1,3	0,05
HADS			
Тревога	8,1 ± 1,3	7,4 ± 1,4	0,05
Депрессия	8,5 ± 1,3	7,9 ± 1,2	0,05

Нарушения движений в правой (ведущей) руке у больных с очагом поражения в левом полушарии значительно затрудняли процесс самообслуживания, вызывали тревогу и депрессию. После проведения комплексных реабилитационных мероприятий улучшились двигательные функции руки, а также повысилась активность при обслуживании себя. Повышение независимости в повседневной жизни также способствует снижению депрессии (см. табл. 2).

У больных с очагом поражения в правом полушарии ($n = 49$) сохранялась здоровая правая рука и речь, хотя процесс самообслуживания одной рукой также был затруднен. После проведения курса реабилитации и психологической коррекции отмечается выраженное снижение реактивной тревожности и депрессии, улучшение самообслуживания (табл. 3).

Таблица 3
Показатели больных с правополушарной локализацией очага, ($M \pm m$) балл

Показатель	Период коррекции		p <
	до	после	
Шкала Бартела	86,4 ± 4,1	89,0 ± 4,2	0,01
Шкала Спилбергера–Ханина			
реактивная тревожность	55,1 ± 3,9	53,1 ± 3,1	0,01
личностная тревожность	55,3 ± 3,6	53,4 ± 3,5	0,05
Качество жизни	2,9 ± 1,2	3,5 ± 1,2	0,05
HADS			
Тревога	8,1 ± 1,4	7,5 ± 1,3	0,05
Депрессия	8,7 ± 1,3	8,1 ± 1,1	0,01

Позитивная динамика отмечалась и у больных с очагом поражения в вертебро-базилярном бассейне ($n = 18$), хотя и не значимая (табл. 4). В этой группе больных в начале курса реабилитации преобладали двигательные нарушения в виде атаксии, наблюдалось головокружение, которые регрессировали в процессе лечения и способствовали улучшению самообслуживания. Процесс самопринятия у больных с очагом поражения в вертебро-базилярном бассейне был более благополучный, так как у них отсутствовали устойчивые двигательные и речевые нарушения.

Таблица 4
Показатели больных с вертебро-базилярной локализацией очага,
($M \pm m$) балл

Показатель	Период коррекции		p <
	до	после	
Шкала Бартела	86,7 ± 3,6	89,4 ± 3,8	0,05
Шкала Спилберга–Ханина			
реактивная тревожность	55,2 ± 3,2	53,9 ± 3,1	–
личностная тревожность	55,2 ± 3,7	54,0 ± 3,3	–
Качество жизни	3,0 ± 1,0	3,5 ± 1,2	–
HADS			
Тревога	7,8 ± 1,3	7,3 ± 1,4	–
Депрессия	8,6 ± 1,2	8,0 ± 1,2	–

Программа психологической коррекции с применением АТ по самоотчетам больных оказывала положительное влияние на стабилизацию эмоционального состояния, на принятие больными телесного и психического «Я»; способствовала формированию позитивной лечебной и жизненной перспективы.

В начале и в конце занятия проводилось измерение пульса пациентов. Характерная тенденция к снижению показателей после занятия прослеживалась на всех этапах освоения АТ в среднем на 3–5 уд/мин. Контроль АД проводился на втором-третьем занятиях в начале и в конце курса АТ. В измерениях отмечалась тенденция к стабилизации АД в процессе АТ.

При снижении когнитивных функций, депрессивной реакции на заболевание можно ограничиться освоением метода релаксации по Джекобсону, который является, несомненно, менее сложным методом, направленным на релаксацию [1], а также использовать методы музыкотерапии и видеотерапии, способствующие релаксации.

По результатам наблюдения за больными во время занятия и опроса после занятий выделено 2 группы больных. Больные 1-й группы (72 человека) активно участвовали в освоении АТ, занимались самостоятельно в палате. У них отмечалось улучшение засыпания и эмоциональная стабилизация состояния. В 1-й группе были больные с двигательными нарушениями в виде гемипареза (G81.0 по МКБ-10) с легкой (у 32 пациентов) и средней (у 40 пациентов) степенью тяжести, с легкими когнитивными нарушениями (F06.7 по МКБ-10) – у 9 больных. Органические эмоционально лабильные расстройства (F06.6 по МКБ-10) наблюдались у 25 больных, расстройства адаптации в виде легкого депрессивного эпизода (F43.2 по МКБ-10) – у 8. Больные этой группы имели позитивные установки по отношению к лечению.

Больные 2-й группы (36 человек), по наблюдениям в процессе занятия и опросу больных, с трудом концентрировали внимание, не сразу понимали задачу. Они отмечали, что самостоятельно затрудняются выполнять упражнения в палате. Во 2-й группе были больные преимущественно с когнитивными нарушениями (F06.7 по МКБ-10): с нарушениями речи (афазия, дизартрия) – 18, снижением объема памяти, внимания, оптико-пространственных функций – 12. Выраженные двигательные нарушения в виде гемипареза (G81.1 по МКБ-10) наблюдались у 8 больных, атаксия – у 6, органические эмоционально-лабильные расстройства (F06.6 по МКБ-10) – у 13, расстройства адаптации в виде легкого депрессивного эпизода (F43.2 по МКБ-10) – у 23 больных. Больные 2-й группы были недостаточно уверены в возможностях лечения и восстановления нарушенных функций, хотя и выполняли назначения лечащего врача.

Рисунки больных после инсульта – неяркие и мало эмоциональные, в них преобладают один-два цвета. Выявлены различия рисунков у больных 1-й и 2-й группы.

В 1-й группе до занятий АТ в рисунках выражались смятение, тревога, неупорядоченность, преобладали черные и коричневые тона, изображался маленький растрепанный человечек или люди вовсе отсутствовали. После занятия АТ цвет рисунков преимущественно зеленый, светло-коричневый; желтый; характер рисунков более определенный, оптимистичный, человек присутствует почти во всех рисунках (удит рыбу, сидит у залива, отдыхает на природе). Данную тенденцию можно оценить как факт телесного самопринятия и эмоционально-стабилизирующего влияния АТ.

Во 2-й группе динамика рисунков имела противоположную направленность. В процессе АТ во время концентрации на себе обнажились более глубокие проблемы больного, мысли о лечебной перспективе, о работе – те мысли, которые в течение дня, занятого процедурами, были отодвинуты на второй план. В этом случае рисунки после занятия имели более тревожную тематику, чем рисунки до занятия. Например, до занятия на рисунке изображен домик в розово-желтых тонах, а после занятия – в зеленой гамме растрепанный человек на одной ноге. Эта тенденция наблюдалась чаще у больных с выраженными двигательными нарушениями и афазией, с астено-депрессивными тенденциями в реакции на заболевание. Больные этой группы положительно относились к занятиям АТ, но отмечали, что самостоятельно трудно сосредоточиться на своем теле, на формулах самовнушения.

Результаты изучения рисунков обсуждались в группе или индивидуально. С больными, у которых наблюдалось снижение эмоционального состояния в процессе занятия, проводились индивидуальные беседы, а также расширение формул покоя и укрепления самооценки в процессе АТ. В целом рисунок является чутким индикатором динамики эмоционального состояния, а также успешности действия АТ на больного.

Заключение

По завершении программы психологической коррекции с применением аутогенной тренировки отмечается улучшение эмоционального состояния, снижение тревожности и депрессии у больных с разной локализацией очага поражения. По результатам повторного клинического интервью после проведения тренинга отмечается готовность больных к принятию своего тела таким, какое оно стало после болезни, повышение приверженности к лечению, осознание необходимости собственной активности при восстановлении нарушенных функций.

Следует отметить, что аутогенная тренировка вполне доступна больным с последствием инсульта с позитивной установкой на активное участие в лечении, с сохранной концентрацией внимания, схемой тела и зрительным представлением.

Применение аутогенной тренировки у больных с депрессивной реакцией на болезнь было затруднено в силу неприятия больным своего измененного телесного облика и снижения мотивации к лечению, что отмечается и другими авторами [6, 7, 12]. Нарушение когнитивных функций (устойчивости внимания, зрительных представлений, оптико-пространст-

венных функций) также снижает возможность освоения аутогенной тренировки.

Литература

1. Александров А.А. Аутотренинг. – [2-е изд.]. – СПб. [и др.] : Питер, 2012. – 240 с.
2. Белова А.Н., Щепетова О.Н. Шкалы, тесты, опросники в медицинской реабилитации. – М. : Антидор, 2002. – 440 с.
3. Григорьева В.Н. Психосоматические аспекты нейрореабилитации. Хронические боли. – Н. Новгород : Изд-во НГМА, 2004. – 420 с.
4. Гусев Е.И., Боголепова А.Н. Когнитивные нарушения при цереброваскулярных заболеваниях. – [3-е изд.]. – М., 2013. – 176 с.
5. Демиденко Т.Д., Гольдблат Ю.В., Киселев В.А. [и др.]. Восстановительное лечение больных с двигательными нарушениями после мозгового инсульта : метод. рекомендации. – Л., 1976. – 46 с.
6. Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Г. Основы реабилитации неврологических больных. – СПб. : Фолиант, 2004. – 304 с.
7. Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Г. Психотерапия при реабилитации больных в резидуальном периоде инсульта // Учен. зап. СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – 2007. – Т. 14, № 1. Приложение. – С. 44–46.
8. Ермакова Н.Г. Психологическая коррекция самоотношения у больных с когнитивными нарушениями после инсульта // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. – 2014. – № 167. – С. 90–104.
9. Ермакова Н.Г. Психологические особенности больных с последствиями инсульта в левом и правом полушарии головного мозга в процессе реабилитации // Вестн. С.-Петерб. гос. ун-та. Серия 11. Медицина. – 2008. – № 3. – С. 24–31.
10. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаранова Н.В. Реабилитация неврологических больных. – М. : Медпресс-информ, 2008. – 560 с.
11. Клочихина О.А., Стаховская Л.В. Анализ эпидемиологических показателей инсульта по данным территориально-популяционных регистров 2009–2012 гг. // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – № 6. – С. 63–70.
12. Ковальчук В.В. Особенности реабилитации пациентов после инсульта // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2012. – № 12. – С. 77–84.
13. Курако Ю.Л., Вайсфельд Д.Н. Восстановительное лечение в условиях курорта больных, перенесших инсульт. – Киев, 1981. – 134 с.
14. Курпатов В.А. Психотерапия в соматической клинике // Психосоматические расстройства в практике терапевта / под ред. В.И. Симаненкова. – СПб. : Спецлит, 2008. – С. 250–276.
15. Логунов К.В. Оценка эффективности лечебных и диагностических методов. – СПб. : СПбМАПО, 1999. – 26 с.
16. Панов Л.Г., Беляев Г.С., Лобзин В.С., Копылова И.А. Теория и практика аутогенной тренировки. – Л., 1980. – 271 с.
17. Парфенов В.А., Хасанова Д.Р. Ишемический инсульт. – М. : МИА, 2012. – 288 с.

18. Путилина М.В. Тревожно-депрессивные расстройства и инсульт // Журн. неврологии и психиатрии им С.С.Корсакова. – 2014. – № 6. – С. 86–93.
19. Практическая психодиагностика / сост. Райгородский Д.Я. – Самара : Бахрах-М, 2006. – 672 с.
20. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. – СПб. : Речь, 2007. – 350 с.
21. Sommerz-Flanagan Д., Sommerz-Flanagan Р. Клиническое интервьюирование. – [3-е изд.]. – М. : Вильямс, 2006. – 672 с.
22. Шевченко Ю.Л., Кузнецов А.Н., Виноградов О.И. Лакунарный инфаркт головного мозга. – М. : РЕАН, 2011. – 159 с.
23. Bidzan L., Bidzan M. Vascular factors and progression of cognitive decline in elderly people // Psychiatr. Pol. – 2005. – Vol. 39, N 5. – P. 987–995.
24. Gainotti G., Antonucci G., Marra C., Paolucci S. Relation between depression after stroke, antidepressant therapy, and functional recovery // J. of Neurology Neurosurgery and Psychiatry. – 2001. – Vol. 71, N 2. – P. 258–261.
25. Thomas S.A., Lincoln N.B. Predictors of emotional distress after stroke // Stroke. – 2008. – Vol. 39, N 4. – P. 1240–1245.

Ermakova N.G. Primenenie autogennoi trenirovki pri vosstanovitel'nom lechenii bol'nykh s posledstviyami insul'ta [Psychological care of patients with cognitive impairment after stroke]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 55. P. 79–95.

The Herzen State Pedagogical University of Russia
(Russia, St. Petersburg, Moika Embankment, 48)

Ermakova Nataliya Georgievna – PhD Psychol. Sci., Associate Prof. of the Chair of Clinical psychology and Psychological Care Herzen State Pedagogical University of Russia (Russia, 191186, Saint-Petersburg, Moika Embankment, 48); e-mail: nataliya.ermakova@yandex.ru.

Abstract. The results of testing of compiled programs of psychological care of patients with stroke, aimed at the development of skills of self-control and emotional regulation. The program was focused on the formation of a positive attitude to your body and to himself in the process of mastering techniques of autogenous training. The results of the use of autogenous training in 108 patients with ischemic stroke (I69.3 ICD-10) and hemorrhagic stroke (I69.1 ICD-10) in a stationary rehabilitation. Upon completion of the program of psychological correction with the use of autogenous training marked improvement in emotional state, reduction of anxiety and depression in patients with different localization of the lesion. As a result of repeated the clinical interview after the psychological correction noted the willingness of patients to take his body for what it was after the disease, increase adherence to treatment, awareness of the need for their own activity in the restoration of disturbed functions.

Keywords: clinical (medical) psychology, rehabilitation, stroke, psychological correction, autogenous training, self-regulation, psychological testing.

References

1. Aleksandrov A.A. Autotrening [Autogenous training]. Sankt-Peterburg, 2013. 240 p. (In Russ.)
2. Belova A.N., Shchepetova O.N. Shkaly, testy, oprosniki v meditsinskoj reabilitatsii [Scale, tests, questionnaires in medical rehabilitation]. Moskva, 2002. 440 p. (In Russ.)
3. Grigor'eva V.N. Psikhosomaticheskie aspekty neiroreabilitatsii. Khronicheskie boli [Psychosomatic aspects of neurorehabilitation]. Nizhnii Novgorod, 2004. 420 p. (In Russ.)
4. Gusev E.I., Bogolepova A.N. Kognitivnye narusheniya pri tserebrovaskulyarnykh zabolevaniyakh [Cognitive impairment in cerebrovascular disease]. Moskva, 2013. 176 p. (In Russ.)
5. Demidenko T.D., Gol'dblat Yu.V., Kiselev V.A. [et al.]. Vosstanovitel'noe lechenie bol'nykh s dvigatel'nymi narusheniyami posle mozgovogo insulta [Regenerative treatment of patients with locomotor disorders after stroke]. Leningrad, 1976. 46 p. (In Russ.)
6. Demidenko T.D., Ermakova N.G. Osnovy reabilitatsii nevrologicheskikh bol'nykh [Basics of the rehabilitation of neurological patients]. Sankt-Peterburg, 2004. 304 p. (In Russ.)
7. Demidenko T.D., Ermakova N.G. Psikhoterapiya pri reabilitatsii bol'nykh v rezidual'nom periode insulta [Psychotherapy in the rehabilitation of patients in the residual period after stroke]. *Uchenye zapiski Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta imeni akademika I.P. Pavlova* [Record of the I.P. Pavlov St. Petersburg State Medical University Record of IPP-SPSMU]. 2007. Vol. 14, N 1. Application. Pp. 44–46. (In Russ.)
8. Ermakova N.G. Psikhologicheskaya korektsiya samootnosheniya u bol'nykh s kognitivnymi narusheniyami posle insulta [Psychological correction the self-assessment in patients with cognitive impairment after stroke]. *Izvestiya Rossiiskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta imeni A.I. Gertsena* [Izvestia: Herzen University Journal of Humanities and Sciences]. 2014. N 167. Pp. 90–104. (In Russ.)
9. Ermakova N.G. Psikhologicheskije osobennosti bol'nykh s posledstviyami insulta v levom i pravom polusharii golovnogo mozga v protsesse reabilitatsii [Psychological characteristics of patients after stroke in the left and right hemisphere of the brain in the process of rehabilitation]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Seriya 11: Meditsina* [Vestnik of Saint Petersburg university. Series 11. Medicine]. 2008. N 3. Pp. 24–31. (In Russ.)
10. Kadykov A.S., Chernikova L.A., Shakhparanova N.V. Reabilitatsiya nevrologicheskikh bol'nykh [Rehabilitation of neurological patients]. Sankt-Peterburg, 2008. 560 p. (In Russ.)
11. Klochikhina O.A., Stakhovskaya L.V. Analiz epidemiologicheskikh pokazatelei insulta po dannym territorial'no-populyatsionnykh registrov 2009–2012 gg. [Analysis of epidemiological indicators of stroke according to the territorial and population registers 2009–2012]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2014. N 6. Pp. 63–70. (In Russ.)

12. Koval'chuk V.V. Osobennosti reabilitatsii patsientov posle insulta [Features rehabilitation of patients after stroke]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2012. N 12. Pp. 77–84. (In Russ.)
13. Kurako Yu.L., Vaisfel'd D.N. Vosstanovitel'noe lechenie v usloviyakh kurorta bol'nykh, perenessikh insult' [Restorative treatment in resort of patients after stroke]. Kiev, 1981. 134 p. (In Russ.)
14. Kurpatov V.A. Psikhoterapiya v somaticheskoi klinike [Psychotherapy in somatic clinic.]. *Psikhosomaticheskie rasstroistva v praktike terapevta* [Psychosomatic disorders in the practice of the therapist]. Ed. V.I. Simanenkov. Sankt-Peterburg, 2008. Pp. 250–276. (In Russ.)
15. Logunov K.V. Otsenka effektivnosti lechebnykh i diagnosticheskikh metodov [Evaluation of the effectiveness of therapeutic and diagnostic methods]. Sankt-Peterburg, 1999. 26 p. (In Russ.)
16. Panov L.G., Belyaev G.S., Lobzin V.S., Kopylova I.A. Teoriya i praktika autogennoi trenirovki [Theory and practice of autogenous training]. Leningrad, 1980. 271 p. (In Russ.)
17. Parfenov V.A., Khasanova D.R. Ishemicheskii insult' [Ischemic stroke]. Moskva, 2012. 288 p. (In Russ.)
18. Putilina M.V. Trevozhno-depressivnye rasstroistva i insult' [Anxiety and depressive disorders and stroke]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2014. N 6. Pp. 86–93. (In Russ.)
19. Prakticheskaya psikhodiagnostika [Practical psychological testing]. Ed. D.Ya. Raigorodskii. Samara, 2006. 672 p. (In Russ.)
20. Sidorenko E.V. Metody matematicheskoi obrabotki v psikhologii [Mathematical processing methods in psychology]. Sankt-Peterburg, 2007. 350 p. (In Russ.)
21. Sommerz-Flanagan D., Sommerz-Flanagan R. Klinicheskoe interv'yuirovanie [Clinical interviews]. Moskva, 2006. 672 p. (In Russ.)
22. Shevchenko Yu.L., Kuznetsov A.N., Vinogradov O.I. Lakunarnyi infarkt golovnogo mozga [Lacunar brain infarction]. Moskva, 2011. 159 p. (In Russ.)
23. Bidzan L., Bidzan M. Vascular factors and progression of cognitive decline in elderly people. *Psychiatr. Pol.* 2005. Vol. 39, N 5. Pp. 987–995.
24. Gainotti G., Antonucci G., Marra C., Paolucci S. Relation between depression after stroke, antidepressant therapy, and functional recovery. *J. of Neurology Neurosurgery and Psychiatry.* 2001. Vol. 71, N 2. Pp. 258–261.
25. Thomas S.A., Lincoln N.B. Predictors of emotional distress after stroke. *Stroke.* 2008. Vol. 39, N 4. Pp. 1240–1245.

Received 25.03.2014

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ, ПЕРЕНЕСШИМ РАЗНЫЕ ВИДЫ ОПЕРАЦИЙ НА СОСУДАХ СЕРДЦА

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

Представлены результаты психологического исследования больных, находящихся на санаторно-восстановительном лечении после операции на сосудах сердца. Выборка: мужчины и женщины в возрасте 50–60 лет, перенесшие стентирование коронарных артерий (СКА) и перенесшие аортокоронарное и маммокоронарное шунтирование (АКШ/МКШ). Выделены следующие мишени для оказания психологической помощи: у мужчин после СКА – формирование смысложизненных ориентаций и поиск возможностей для саморазвития в виде различных хобби, смены вида трудовой деятельности при необходимости и личностного роста, вне зависимости от наличия сердечно-сосудистого заболевания; у мужчин после АКШ/МКШ – развитие смысложизненных ориентаций и ценностного, эмоционально-включенного отношения к своему здоровью; у женщин после СКА – формирование компонента контроля, решительности, чувства свободы выбора; у женщин после АКШ/МКШ – переориентирование личности на ценностное отношение к любым событиям жизни (положительным и негативным) как к опыту и источнику новых знаний и умений.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, стентирование коронарных сосудов, аортокоронарное шунтирование, психологическая помощь, психологическое консультирование, клиническая психология, психология здоровья.

Введение

Ишемическая болезнь сердца является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний сердечно-сосудистой системы и по-прежнему остается основной причиной смертности населения России [11]. На сегодняшний день хирургическое лечение (операции аортокоронарного шунтирования и ангиопластика) данного заболевания считается одним из ведущих и наиболее эффективных методов [2, 4]. Больные, которые перенесли хирургическое вмешательство, сталкиваются с необходимостью изменений привычного уклада жизни, что требует от них пересмотра и собственных психологических характеристик, в большей степени тех, что отвечают за самоуправление, такой характеристикой является субъектность.

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

А.В. Брушлинский рассматривал субъектность как интегративное личностное, структурно-функциональное образование, характеризующее способность личности к самообусловливанию, самодетерминации, саморазвитию (как «внутренней» способности) и преобразованию (как «внешней» способности) [3]. Субъектность личности – целостная характеристика человека, определяющая его способность быть активным и самостоятельным, уметь ставить цели, осознавать мотивы, прогнозировать, анализировать и корректировать свою деятельность [8–10, 12]. Проявление субъектных атрибутов обеспечивает субъектное самоуправление человека. Причем субъектность личности проявляется в полной мере только когда проявляется весь комплекс атрибутов, а каждый из них не может проявиться в полной мере без полноценного проявления всех остальных [1]. Ключевой задачей работы психолога на этапе реабилитации больных является повышение уровня всех субъектных атрибутов для общего повышения уровня субъектности личности.

Безусловно, нельзя преуменьшать значимость всех составляющих комплекса реабилитации кардиологических больных (фармакотерапии, лечебной физкультуры, диеты, отказа от вредных привычек и т.д.) [5], но на сегодняшний день медиками и психологами признано, что психологическая реабилитация также является важным звеном в цепи всей кардиологической реабилитации. В период реабилитации, на этапе санаторно-восстановительного лечения, когда пациентов уже в меньшей степени отягощают физические переживания (боль, неприятные ощущения) следует обратить внимание на их психологическое состояние с целью профилактики рецидивов заболевания.

Цель исследования – выявить мишени для психологической помощи пациентам, перенесшим разные виды операций на сосудах сердца, на этапе восстановительного лечения в условиях санатория.

Материалы и методы

В санаторных условиях обследовали 62 пациента в возрасте 50–60 лет. Мужчин было 32, их средний возраст составил $(56,5 \pm 4)$ года, женщин – 30, средний возраст – $(56,8 \pm 4)$ года. 15 мужчин перенесли стентирование коронарных артерий (СКА), 17 – операцию по аортокоронарному/маммакоронарному шунтированию (АКШ/МКШ), у женщин – 15 и 15 соответственно.

Использовали следующие психодиагностические методики:

– опросник «Уровень развития субъектности личности» М.А. Щукиной [13], который представлен общим показателем уровня развития субъектности личности (УРСЛ) и 6 шкалами. Каждая шкала – парный атрибут для дифференцированной оценки субъектности личности: активность – реактивность (АР), автономность – зависимость (АЗ), целостность – неинтегративность (ЦН), опосредствованность – непосредственность (ОН), креативность – репродуктивность (КР), самооценочность – малоценность (ничтожность) (СМ);

– методику диагностики психологического благополучия личности К. Рифф в адаптации Т.Д. Шевелепковой и П.П. Фесенко, включающую в себя следующие шкалы: «Позитивные отношения с окружающими», «Автономия», «Управление средой», «Личностный рост», «Цели в жизни», «Самопринятие», «Баланс аффекта», «Осмысленность жизни», «Человек как открытая система»;

– тест жизнестойкости С. Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева и Е.И. Рассказовой [7], который позволяет оценить непосредственно уровень жизнестойкости и ее составляющие – вовлеченность, контроль и принятие риска;

– шкалу экзистенции (Existenzskala) А. Лэнгле и К. Орглер, которая имеет субшкалы самодистанцирование (SD) и самотрансценденция (ST), в сумме составляющие фактор личности (P), т.е. персональные предпосылки исполненности; субшкалы свобода (F) и ответственность (V), в сумме образующие фактор экзистенции (E) – экзистенциальное исполнение в связи с теми возможностями, которые представляет жизненная ситуация. В сумме факторы P и E дают общий показатель (G) по тесту субъективно переживаемую меру исполненности [6].

Полученные результаты обработали с помощью пакета статистических программ IBM SPSS Statistics 22. Для выявления различий (сходства) признаков применили критерий U-Манна–Уитни, для выявления значимых взаимосвязей – коэффициент корреляции Спирмена (r).

Результаты и их анализ

Основой данного исследование стало изучение уровня развития субъектности больных, перенесших разные операции на сосудах сердца, так как субъектные характеристики личности подразумевают под собой систему атрибутов, обеспечивающих самоуправление, самодетерминацию личности, и их выраженность может влиять на эффективность реабилита-

ции больных и успешность их адаптации к измененным условиям жизни после перенесенной операции.

Сравнительный анализ у мужчин статистически значимых различий между группами пациентов, перенесших СКА и АКШ/МКШ, не выявил. У женщин значимые различия установлены между группами пациенток, перенесших СКА и АКШ/МКШ, по шкале «Управление средой» ($p \leq 0,01$) методики диагностики психологического благополучия. У женщин, перенесших АКШ/МКШ, данный показатель был ниже нормативных значений ($48,5 \pm 3,6$) балла, при норме ($59,0 \pm 8,3$) балла. Полученные результаты можно интерпретировать как неспособность справляться с повседневными делами, бессилием в управлении окружающим миром. Вероятно, эти чувства вызваны субъективно значимыми для женщин ограничениями двигательной активности после АКШ/МКШ, в сравнении с рекомендованными ограничениями для пациентов после СКА.

При проведении сравнения по половому признаку были выявлены статистически значимые различия по показателям теста жизнестойкости (табл. 1). Среди мужчин и женщин, перенесших СКА, существуют значимые различия по показателю «Контроль» и общему показателю «Жизнестойкость», а среди пациентов, перенесших АКШ/МКШ, выявлены различия по показателям «Вовлеченность», «Контроль» и общему показателю «Жизнестойкость» (см. табл. 1). Оказалось также, что у женщин значения по всем представленным компонентам были меньше, чем у мужчин.

Таблица 1

Показатели теста жизнестойкости у мужчин и женщин,
перенесших операции на сосудах сердца

Шкала теста	Операции СКА		p <	Операции АКШ/МКШ		p <
	мужчины	женщины		мужчины	женщины	
«Вовлеченность»	$36,5 \pm 6,7$	$31,3 \pm 4,8$	0,05	$37,2 \pm 8,1$	$29,7 \pm 5,8$	0,01
«Контроль»	$26,5 \pm 6,6$	$16,9 \pm 7,5$	0,01	$30,1 \pm 9,2$	$17,1 \pm 8,8$	0,001
«Принятие риска»	$14,1 \pm 5,6$	$10,1 \pm 4,1$	0,05	$14,9 \pm 5,7$	$10,5 \pm 5,7$	
«Жизнестойкость»	$77,1 \pm 17,9$	$58,4 \pm 13,7$	0,01	$82,2 \pm 20,5$	$57,3 \pm 17,3$	0,001

Женщины, вне зависимости от вида хирургического лечения, довольно низко оценивают собственный уровень жизнестойкости, а следовательно, в данной группе больных снижена и возможность противостоять стрессогенному воздействию ситуации заболевания. Полученные данные следует учитывать при психологической работе с данным контингентом,

уделяя внимание формированию жизнестойких убеждений (подразумеваемая открытость новому, готовность действовать и активность в стрессовой ситуации).

Полученные результаты могут свидетельствовать о равноценности восприятия человеком того или иного оперативного вмешательства и его пребывания в санаторных условиях, так как оба метода направлены на лечение сердечно-сосудистых заболеваний, которые, в свою очередь, напрямую взаимосвязаны с функцией жизнеобеспечения. Таким образом, для больных характерны схожие переживания своего заболевания. Но следует обратить внимание на тот факт, что корреляционный анализ в группах пациентов, перенесших СКА и АКШ/МКШ, демонстрирует различия в пределах корреляционных взаимосвязей, следовательно, отличается структура взаимосвязей психологических характеристик пациентов перенесших разные операции, что необходимо учитывать при оказании психологической помощи пациентам.

Определение психокоррекционных мишеней для группы мужчин, перенесших СКА. По результатам исследования уровня развития субъектности личности в группе мужчин, перенесших СКА, был выявлен средний уровень субъектности с тенденцией к низкому, оценка всего профиля субъект-объектных атрибутов показала его неоднородность и разнополярность. Были выявлены значимые прямые взаимосвязи общего показателя уровня развития субъектности только со шкалами методики диагностики психологического благополучия личности К. Рифф, а именно: «Управление окружением», «Личностный рост», «Цели в жизни» и «Осмысленность жизни» (табл. 2).

Таблица 2

Взаимосвязи уровня развития субъектности личности в группе мужчин, перенесших стентирование коронарных сосудов

Методика (шкала)		г	р <
Опросник М.А. Шукиной	Шкала психологического благополучия		
Уровень развития субъектности личности (УРСЛ)	«Управление окружением»	0,551	0,05
	«Личностный рост»	0,678	0,01
	«Цели в жизни»	0,627	0,05
	«Осмысленность жизни»	0,565	0,05

Большинство респондентов демонстрируют средне-низкие значения данных характеристик, из чего можно сделать вывод, что актуальная взаи-

мосвязь субъектности и показателей психологического благополучия говорит о необходимости работы с переосмыслением прошлого пациента и ориентацией на привнесение смысла в будущее, создание привлекательных для респондента целей и жизненных перспектив.

Также видится эффективной проработка отношения к саморазвитию, так как пациенты при интервьюировании предъявляли жалобы на отсутствие интереса к жизни, возможности к саморазвитию и объективно низкие значения по шкале «Личностный рост». Сосредоточение внимания на минимальных положительных сдвигах и наблюдении за улучшениями в себе, своих действиях, изменениями в соответствии со своими достижениями способствует развитию чувства саморазвития, самореализации и контроля над происходящим вокруг. Подобные изменения, в свою очередь, повлияют на повышение уровня субъектности и развитие субъектных атрибутов личности, таких как активность, автономность, креативность, самоценность.

Развитие субъектности и сбалансированность профиля субъект-объектных характеристик – стремление к уравниванию выраженности всех субъектных атрибутов, является значимым для перестройки когнитивной сферы личности согласно перенесенному заболеванию. В период реабилитации основная задача психологической коррекции – осознание необходимости личностных изменений, самоконтроля и признание ответственности за собственную жизнь и здоровье, а также формирование чувства способности к контролю над окружающей действительностью, что оказывает прямое влияние на следование рекомендациям медицинского персонала по таким поведенческим факторам, как следование диете, своевременный приём лекарств, умеренные физические нагрузки и др.

Определение психокоррекционных мишеней для группы мужчин, перенесших АКШ/МКШ. В группе мужчин, перенесших АКШ/МКШ, были выявлены взаимосвязи уровня развития субъектности как с показателями психологического благополучия, так и с субшкалами методики оценки экзистенции (см. табл. 3).

Присутствие экзистенциальной составляющей в данной корреляционной плеяде является ключевым отличием структуры взаимосвязей субъектности между группами мужчин, перенесших стентирование и шунтирование, что является интересным результатом качественного анализа, так как сравнение средних по данным показателям не выявило статистически значимых отличий в данных группах.

Взаимосвязи уровня субъектности с экзистенциальными характеристиками личности, вероятно, свидетельствуют о том, что в группе мужчин,

перенесших столь инвазивное хирургическое вмешательство в виде шунтирования, существует дополнительная мишень для психологической коррекции. В данной группе следует обратить внимание на низкий показатель самодистанцирования (SD), свидетельствующий об отсутствии дистанции по отношению к самому себе в результате внутреннего смятения или внутренней фиксации, что, скорее всего, является результатом негативного воздействия болезни.

Таблица 3

Взаимосвязи уровня развития субъектности личности в группе мужчин, перенесших шунтирование коронарных сосудов

Методика (шкала)		r	p <	
Опросник М.А. Шукиной	Шкала психологического благополучия			
Уровень развития субъектности личности (УРСЛ)	• личностный рост	0,784	0,01	
	• цели в жизни	0,526	0,05	
	• осмысленность жизни	0,521	0,01	
	• человек как открытая система	0,502	0,01	
	Шкала экзистенции			
	– самодистанцирование (SD)	0,620	0,01	
	– самотрансценденция (ST)	0,624	0,01	
	– персональность (P)	0,629	0,01	
	– общий показатель экзистенциальной исполненности (G)	0,569	0,01	

Отвлечение, избавление пациента от излишней сосредоточенности на своих переживаниях и перенесение внимания пациента вовне, формирование дистанции по отношению к самому себе и возможности трезво оценивать ситуацию без влияния аффективной составляющей может стать эффективной тактикой для повышения показателя самодистанцирования и проработки излишней фиксации пациента на себе и своем заболевании. Прямая взаимосвязь уровня развития субъектности личности и самотрансценденции (ST) может свидетельствовать о том, что способность человека устанавливать внутреннее отношение к пережитому, обнаруживать и проживать субъективные ценности (что проявляется, например, в способности получать удовольствие, способности к страданию) напрямую взаимосвязано со способностью постоянно инициировать, организовывать и контролировать свою социальную активность и обеспечивать субъектное самоуправление собственной личности.

Наличие взаимосвязей субъектности с персональностью (P), характеризующие когнитивную и эмоциональную доступность человека для себя и для мира, и общим показателем экзистенциальной исполненности (G) у больных реабилитантов после АКШ/МКШ свидетельствует о необходимости проработки дистанцированного обращения с самим собой (преобладает при комбинации $SD > ST$), при котором человек легко перешагивает через собственную эмоциональность и можно говорить о «когнитивном стиле жизни». Для данной группы больных ценной будет проработка аффективной сферы, ценностного, эмоционально-включенного отношения к своему здоровью, так как оно зачастую нивелируется активным включением когнитивной проработки с позиции анозогностического и эргопатического отношения к болезни.

Определение психокоррекционных мишеней для группы женщин перенесших СКА. По результатам исследования корреляционных взаимосвязей уровня развития субъектности личности в группе женщин, перенесших коронарографию со СКА, были выявлены значимые прямые взаимосвязи общего показателя уровня развития субъектности со шкалами теста жизнестойкости «Вовлеченность», «Контроль» и общим показателем жизнестойкости, а также с показателем субшкалы свобода (F) методики экзистенции (см. табл. 4). Выявленные связи демонстрируют зависимость субъектности от параметров жизнестойкости, степени включенности в жизнь и убежденности в возможности влиять на собственную деятельность и в какой-то мере, но все же влиять на результат происходящего.

Таблица 4

Взаимосвязи уровня развития субъектности личности в группе женщин, перенесших стентирование коронарных сосудов

Методика (шкала)		r	p <
Опросник М.А. Щукиной	Тест жизнестойкости		
Уровень развития субъектности личности (УРСЛ)	• «Вовлеченность»	0,715	0,01
	• «Контроль»	0,592	0,05
	• «Жизнестойкость»	0,646	0,01
	Шкала экзистенции		
	– свобода (F)	0,571	0,05

В психологической работе с женщинами данной группы следует обратить внимание на развитие компонента контроля, ощущения уверенности в себе и вовлеченности в происходящее, что позволит повысить жизнестой-

кость больных, которая в свою очередь взаимосвязана с успешностью совладания со стрессом, снижением внутреннего напряжения, что положительно скажется на развитии субъектных атрибутов личности.

Данная взаимосвязь также может быть реализована и в обратную сторону, а именно, работа с повышением уровня развития сниженных у конкретного больного субъектных атрибутов, выравнивание профиля выраженности субъектных характеристик может способствовать повышению жизнестойкости. Взаимосвязь УРСЛ со субшкалой свобода (F) может свидетельствовать о взаимосвязи решительности человека с уровнем самодетерминации. Чем увереннее и свободнее человек принимает решения, тем он чаще он проявляет субъектные характеристики, и наоборот. Так как препятствия для осуществления свободы как человеческой способности могут иметь разные причины, то в отношении экзистенциальной проблемы свободы – ответственности следует выбирать психокоррекционную мишень в индивидуальном порядке.

Определение психокоррекционных мишеней для группы женщин, перенесших АКШ/МКШ. Корреляционная плеяда в группе женщин, перенесших шунтирование коронарных сосудов, схожа с плеядой группы женщин, перенесших стентирование. УРСЛ в данной плеяде также имеет взаимосвязи с показателями шкалы жизнестойкости, но есть и отличия (табл. 5).

Таблица 5

Взаимосвязи уровня развития субъектности личности в группе женщин, перенесших шунтирование коронарных сосудов

Методика (шкала)		r	p <
Опросник М.А. Щукиной	Тест жизнестойкости		
Уровень развития субъектности личности (УРСЛ)	• «Вовлеченность»	0,882	0,01
	• «Принятие риска»	0,524	0,05
	• «Жизнестойкость»	0,734	0,01
	Шкала психологического благополучия		
	«Автономия»	0,554	0,05
	Шкала экзистенции		
	– свобода (F)	0,545	0,05

Например, в данной плеяде УРСЛ не взаимосвязан со шкалой «Контроль» (см. табл. 4), но имеет прямую взаимосвязь со шкалой «Принятие риска» (см. табл. 5), что свидетельствует о взаимообусловленности формирования субъектности и идеи развития через активное усвоение знаний из опыта и последующее их использование, ведь принятие риска – это убеж-

денность человека в том, что то, что с ним случается, способствует его развитию вне зависимости от позитивного или негативного знака приобретенного опыта. В данном случае мишенью психологической работы с этой группой больных может стать переоценка значимости жизненных событий, извлечение знаний и умений из пережитых ситуаций и переориентация личности на концептуально иное отношение к происходящим с ней событиям.

Выводы

1. При оказании психологической помощи мужчинам общей мишенью является формирование смысложизненных ориентаций пациента. Для мужчин, перенесших стентирование коронарных сосудов, основными мишенями является поиск возможностей для саморазвития в виде различных хобби, смены вида трудовой деятельности при необходимости и личностного роста, вне зависимости от наличия сердечно-сосудистого заболевания, а для мужчин, перенесших аортокоронарное шунтирование, – формирование ценностного, эмоционально-включенного отношения к своему здоровью.

2. Для пациентов-женщин не выявлено общих мишеней психологической помощи. При работе с пациентками после стентирования коронарных сосудов следует обратить внимание на развитие компонента контроля, решительности, чувства свободы выбора, в то время как мишенью психологической помощи женщинам после аортокоронарного/маммакоронарного шунтирования является переориентация личности на ценностное отношение к любым событиям жизни (позитивным и негативным) как к опыту и источнику новых знаний и умений.

Литература

1. Алексеева Л.В. Психология субъекта и субъекта преступления. – Тюмень : Изд-во Тюмен. гос. ун-та. 2004. – 520 с.
2. Бокерия Л.А., Мерзляков В.Ю., Желихажева М.В. [и др.]. Малоинвазивная реваскуляризация миокарда у больных со сниженной сократительной способностью левого желудочка // *Анналы хирургии*. – 2006. – № 1. – С. 10–14.
3. Брушлинский А.В. Субъект: мышление, учение, воображение : избр. психол. тр. – М. : Изд-во МПСИ ; Воронеж : МОДЭК, 2008. – 406 с.
4. Грацианский Н.А. Лечение и предупреждение обострений ишемической болезни сердца (острых коронарных синдромов) // *Междунар. журн. мед. практики*. – 2000. – № 11. – С. 44–55.
5. Жанатаева Л.Л. Эффективность применения современных методов лечения ишемической болезни сердца // *Фундамент. исслед.* – 2012. – № 2 – С. 51–53.
6. Кривцова С.В., Лэнгле А., Орглер К. Шкала экзистенции = Existenzskala // *Экзистенциальный анализ*. – 2009. – № 1. – С. 141–170.

7. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. – М. : Смысл, 2006. – 63 с.
8. Петровский В.А. Личность в психологии: парадигма субъектности. Ростов н/Д : Феникс, 1996. – 512 с.
9. Петровский В.А., Огнев А.С. Основные положения субъектогенеза // Ежегодник Рос. об-ва психологов. – М., 1996. – Т. 2, вып. 1. – С. 11–12.
10. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. – СПб., 2008. – 705 с.
11. Руководство по медицине. Диагностика и терапия [пер. с англ.] : в 2 т. // под ред. Р. Беркоу, Э. Флетчера. – М. : Мир, 1997. – Т. 1. – 1045 с.
12. Слободчиков В.И., Исаев Е.И. Основы психологической антропологии. Психология человека: введение в психологию субъективности : учеб. пособие для вузов. – М. : Школа-Пресс, 1995. – 384 с.
13. Щукина М.А. Особенности развития субъектности личности в подростковом возрасте : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2004. – 19 с.

Lakomskaia A.V. Psihologicheskaja pomoshch' bol'nym, perenesshim raznye vidy operacij na osudah serdca [Psychological care to patients undergoing various types of operations on vessels of heart]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 55. P. 96–107.

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

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

Abstract. Presents the results of a psychological study of patients undergoing sanatorium and rehabilitation treatment after surgery on the great vessels of the heart. Sample: men and women aged 50–60 years who underwent coronary artery stenting (CAS) and underwent coronary artery bypass grafting (CABG). The following targets for the provision of psychological care in working with men after CAS: the meaning of life orientation of the patient and the possibilities of self-development regardless of the presence of cardiovascular disease. In working with the men after CABG: the meaning of life orientation of the patient and the formation of valued, emotional-enabled relationship to their own health. In working with women after CAS: the development of control component, determination, sense of the freedom of the choice. In working with women after CABG: the reorientation of personality for a value attitude to any developments of their life (positive and negative) as to the experience and source of new knowledge and skills.

Keywords: ischemic heart disease, coronary stenting, coronary artery bypass graft surgery, psychological care, psychological counseling, clinical psychology, health psychology.

References

1. Alekseeva L.V. Psikhologiya sub"ekta i sub"ekta prestupleniya [Psychology of subject and subject of crime]. Tyumen'. 2004. 520 p. (In Russ.)
2. Bokeriya L.A., Merzlyakov V.Yu., Zhelikhazheva M.V. [et al.]. Maloinvazivnaya revaskulyarizatsiya miokarda u bol'nykh so snizhennoi sokratitel'noi sposobnost'yu levogo zheludochka [Minimally invasive myocardial revascularization in patients with reduced contractile ability of the left ventricle]. *Annaly khirurgii* [Annals of surgery]. 2006. N 1. Pp. 10–14. (In Russ.)
3. Brushlinskii A.V. Sub"ekt: myshlenie, uchenie, voobrazhenie [Subject: thinking, learning and imagination]. Moskva ; Voronezh. 2008. 406 p. (In Russ.)
4. Gratsianskii N.A. Lechenie i preduprezhdenie obostrenii ishemicheskoi bolezni serdtsa (ostrykh koronarnykh sindromov) [Treatment and prevention of exacerbations of ischemic heart disease (acute coronary syndromes)]. *Mezhdunarodnyi zhurnal meditsinskoi praktiki* [International journal of medical practice]. 2000. N 11. Pp. 44–55. (In Russ.)
5. Zhanataeva L.L. Effektivnost' primeneniya sovremennykh metodov lecheniya ishemicheskoi bolezni serdtsa [Efficiency of application of modern methods of treatment of ischemic heart disease]. *Fundamental'nye issledovaniya* [Fundamental research]. 2012. N 2 Pp. 51–53. (In Russ.)
6. Krivtsova S.V., Lengle A., Orgler K. Shkala ekzistentsii = Existenzskala // Ekzistentsial'nyi analiz [The scale of existence]. 2009. N 1. Pp. 141–170. (In Russ.)
7. Leont'ev D.A., Rasskazova E.I. Test zhiznestoikosti [The test of hardiness]. Moskva. 2006. 63 p.
8. Petrovskii V.A. Lichnost' v psikhologii: paradigma sub"ektnosti [The person in psychology: paradigm of subjectness]. Rostov-na-Donu. 1996. 512 p. (In Russ.)
9. Petrovskii V.A., Ognev A.S. Osnovnye polozheniya sub"ektogeneza [The main provisions of subjectivity genesis]. *Ezhegodnik Rossiiskogo obshchestva psikhologov* [Yearbook of the Russian society of psychologists]. Moskva. 1996. Vol. 2, Issue 1. Pp. 11–12. (In Russ.)
10. Rubinshtein S.L. Osnovy obshchei psikhologii [Fundamentals of General Psychology]. Sankt-Peterburg. 2008. 705 p. (In Russ.)
11. Rukovodstvo po meditsine. Diagnostika i terapiya [The Merck Manual of diagnosis and therapy] : in 2 vol. Eds.: R. Berkou, E. Fletcher. Moskva. 1997. Vol. 1. 1045 p. (In Russ.)
12. Slobodchikov V.I., Isaev E.I. Osnovy psikhologicheskoi antropologii. Psikhologiya cheloveka: vvvedenie v psikhologiyu sub"ektivnosti [Fundamentals of psychological anthropology. Human psychology: an introduction to the psychology of subjectivity]. Moskva. 1995. 384 p. (In Russ.)
13. Shchukina M.A. Osobennosti razvitiya sub"ektnosti lichnosti v podrostkovom vozraste [Features of the development of the individual subjectivity in adolescence] : Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. Sankt-Peterburg. 2004. 16 p. (In Russ.)

Received 19.07.2015

КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Архангельский медицинский колледж
(Россия, г. Архангельск, Новгородский пр., д. 21);
Северный государственный медицинский университет
(Россия, г. Архангельск, Троицкий пр., д. 51)

Изучены стрессоустойчивость, личностные черты и копинг-стратегии у 50 больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в зависимости от локализации язвы. Выявлено, что лица с желудочной язвой имели более высокую стрессоустойчивость, чаще использовали копинг-стратегии «разрешение проблем» и «поиск социальной поддержки», имели более высокие показатели уравновешенности, реактивной агрессивности, открытости и более низкие значения депрессивности. Напротив, лица с дуоденальной язвой были склонны к выбору дезадаптивных копинг-стратегий, значительно чаще использовали копинг-стратегию «избегание проблем», имели более низкие значения личностных характеристик.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, язвенная болезнь, стрессоустойчивость, копинг-стратегии, копинг-поведение.

Введение

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, признанная важнейшей проблемой клинической медицины XX в., сохраняет свою актуальность и в настоящее время [4, 11]. Несмотря на неоспоримые успехи в изучении различных аспектов патогенеза, этиологии, диагностики, терапии язвенной болезни, что связано с внедрением в клиническую практику различных схем эрадикационной терапии *Helicobacter pylori*, применением мощных антисекреторных препаратов, язвенная болезнь остается в лидирующей группе заболеваний пищеварительной системы, снижающих качество жизни населения [12]. В России язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки выявляется у 6–10 % взрослого населения, а также наблюдается возрастание осложненных форм язвенной болезни. Как правило, данным заболеванием страдают люди трудоспособного возраста, что свидетельствует о ее социальной значимости [13, 15, 18].

Горчакова Анастасия Андреевна – клинич. психолог, препод. психологии Архангел. мед. колледжа (Россия, 163002, г. Архангельск, Новгородский пр., д. 21), e-mail: gorchakovaanastasia@yandex.ru;

Бочарова Елена Алексеевна – доц. каф. психиатрии и клинич. психологии Сев. гос. мед. ун-та (Россия, 163000, г. Архангельск, Троицкий пр., д. 51), e-mail: Bocharova-elena@mail.ru.

Психологическая адаптация личности к стрессовым ситуациям социальной действительности как одна из важнейших проблем медицинской психологии способствовала появлению новых направлений исследований в психологической науке, а именно изучению стресс-преодолевающего, или копинг-поведения. В результате теоретических и экспериментальных исследований были выявлены доказательства значительного влияния стрессоров среды, копинг-поведения на психологическое функционирование человека, что может проявляться в возникновении психологических проблем, развитии клинически оформленных нервно-психических и психосоматических расстройств, серьезных физических и психических изменений в организме [8].

Исследователями обнаружено, что для совладания со стрессом каждый человек на основе имеющегося у него опыта и психических резервов использует сформированные копинг-стратегии. Поэтому копинг-поведение описывается как результат взаимодействия копинг-стратегий и копинг-ресурсов [3, 14]. Вместе с тем в научной литературе недостаточно внимания уделялось проблеме совладания со стрессом, возникающим в результате болезни. Отечественные исследования копинг-поведения единичны и нередко противоречивы. Так, Е.Р. Исаева выявила ряд достоверных различий в предпочтении определенных копинг-стратегий у разных нозологических групп, однако больные язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки не обнаружили достоверных отличий от нормативных ответов [6]. При этом И.Р. Абитов отмечает преобладание дезадаптивного варианта совладания со стрессом, направленного на снятие эмоционального напряжения и избегание стрессовых ситуаций у лиц, страдающих психосоматическими расстройствами [1].

Цель исследования – изучить копинг-поведение у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы

В психологическом исследовании, проведенном на базе городской клинической больницы г. Архангельска, приняли участие 50 больных мужского пола с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, которые по преобладанию язвенного процесса были разделены на 2 группы:

– 1-я ($n = 25$) – с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке, возраст – $(43,4 \pm 1,3)$ года, стаж заболевания – $(7,7 \pm 0,4)$ года;

– 2-я ($n = 25$) – с локализацией язвы в желудке, возраст – $(44,0 \pm 1,1)$ года, стаж заболевания – $(7,7 \pm 0,3)$ года.

Обследование проводилось на добровольной основе. Выборку сформировали сплошным методом. Сбор эмпирических данных носил индивидуальный характер. Критерии включения в группу: согласие пациента на участие в исследовании, возраст от 30 до 55 лет, установленный диагноз язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, стаж заболевания – не менее 5 лет. Критерии невключения: наличие сопутствующих заболеваний, которые могли бы оказать влияние на возникновение и течение язвенной болезни. Критерии исключения: отказ пациента от дальнейшего участия в исследовании, нарушение протокола исследования. Диагностический комплекс включал:

- анкетирование для выявления локализации язвы, стажа заболевания и возраста испытуемого;
- методику для определения вероятности развития стресса Т.А. Немчина;
- методику «Индикатор копинг-стратегий» Д. Амирхана для выявления доминирующих копинг-стратегий личности, адаптированную Н.А. Сиротой (1994) и В.М. Ялтонским (1995) [10];
- Фрайбургский личностный опросник, FBI (модифицированная форма В) [9].

Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета прикладной программы STATA 12.0. Распределение количественного признака проверяли с помощью критерия Шапиро–Уилка. Для оценки значимости различий между независимыми группами применяли критерий Манна–Уитни. Данные представлены в виде моды (M_0), медианы, 1-го и 3-го квартилей [$Me (Q_1; Q_3)$].

При оценке различий между процентными долями выборок использовали критерий углового преобразования Фишера. С целью изучения взаимосвязи двух метрических переменных (уровень стрессоустойчивости и базовые копинг-стратегии; копинг-стратегии и личностные особенности испытуемых) применяли коэффициент корреляции Спирмена. Критический уровень статистической значимости составил $p \leq 0,05$.

Результаты их анализ

Показатели стрессоустойчивости больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки различались в зависимости от локализации язвенного дефекта. Стрессоустойчивость у пациентов 2-й группы была выше ($p < 0,05$). Также высокий уровень стрессоустойчивости на-

блюдался значительно чаще у пациентов 2-й группы по сравнению с 1-й (32 % и 4 %, соответственно; $p = 0,01$).

У 6 (24 %) пациентов 2-й группы наблюдался низкий уровень копинг-стратегии «избегание проблем» ($p < 0,05$). Они чаще использовали такие стратегии, как «разрешение проблем» ($p < 0,01$) и «поиск социальной поддержки» ($p < 0,05$) (табл. 1).

Таблица 1
Копинг-стратегии больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки по тесту Амирхана, Ме (Q₁; Q₃) баллов

Копинг-стратегия	Группа		p <
	1-я	2-я	
Разрешение проблем	18,0 (16,0; 22,5)	28,0 (22,0; 30,5)	0,01
Поиск социальной поддержки	17,0 (12,0; 26,5)	26,0 (17,5; 30,5)	0,05
Избегание проблем	28,0 (26,5; 31,0)	25,0 (19,0; 27,5)	0,01

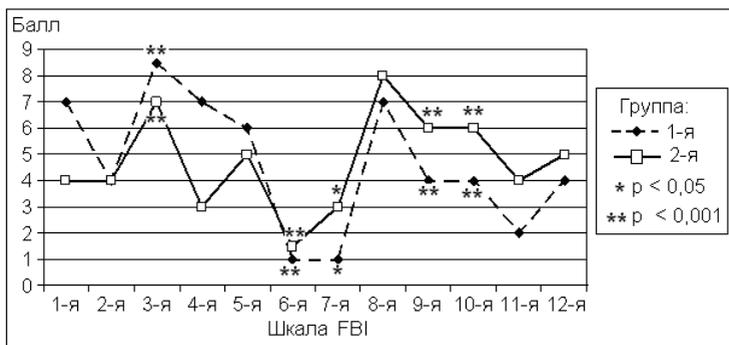
Напротив, у лиц 1-й группы преобладал высокий уровень стратегии избегания ($p < 0,01$), что свидетельствует о стремлении уклониться от решения проблем. В этой группе у 12 (48 %) пациентов отмечался низкий уровень копинг-стратегий «разрешение проблем» и у 9 (36 %) – «поиск социальной поддержки» ($p < 0,01$), что говорит о дефиците развития социальной системы поддержки, склонности отрицать наличие заболевания и нежелании признавать собственную роль в его развитии.

Личность пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в целом характеризовалась высокими показателями депрессивности, застенчивости и низкими показателями уравновешенности и реактивной агрессивности. При этом у больных 1-й группы имелись более низкие значения уравновешенности ($p < 0,001$), реактивной агрессивности ($p < 0,05$), открытости ($p = 0,001$) и высокие значения депрессивности ($p < 0,001$) (табл. 2).

Таблица 2
Профиль личностных особенностей больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки по опроснику FBI, Ме (Q₁; Q₃) баллов

Шкала	Группа		p <
	1-я	2-я	
Депрессивность	8,0 (8,0; 9,0)	5,0 (1,5; 7,0)	0,001
Уравновешенность	1,0 (1,0; 1,0)	3,0 (1,5; 6,5)	0,001
Реактивная агрессивность	4,0 (1,0; 7,0)	6,0 (3,0; 9,0)	0,05
Открытость	5,0 (4,0; 5,0)	6,0 (5,0; 6,0)	0,001
Экстраверсия–интроверсия	4,0 (1,0; 4,0)	6,0 (6,0; 7,0)	0,001

Низкое значение показателя по шкале «уравновешенность» отражает тревожность у пациентов 1-й группы, что в сочетании с низкой оценкой по шкале «реактивная агрессивность» приводит к повышенной идентификации с социальными нормами, конформности и уступчивости (рисунок). Напротив, пациенты 2-й группы имели более высокие значения этих показателей, за исключением депрессивности. Для обследуемых лиц данной группы характерны тревожность, неуверенность, внутренняя скованность, сочетающиеся с проявлениями активности и стремлением к открытости.



Усредненный профиль личности пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки по опроснику FBI (Мо, балл): 1-я – невротичность, 2-я – спонтанная агрессивность, 3-я – депрессивность, 4-я – раздражительность, 5-я – общительность, 6-я – уравновешенность, 7-я – реактивная агрессивность, 8-я – застенчивость, 9-я – открытость, 10-я – экстраверсия–интроверсия, 11-я – эмоциональная лабильность, 12-я – маскулинизм–феминизм

В зависимости от нозологической формы у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки были выявлены устойчивые взаимосвязи. Так, чем сильнее выражены черты уравновешенности, реактивной агрессивности, экстравертированности, эмоциональной лабильности, тем выше стрессоустойчивость пациентов 2-й группы и больше проявляется склонность к выбору конструктивных копинг-стратегий. Показатели стрессоустойчивости больных 2-й группы имели устойчивые корреляционные связи с такими копинг-стратегиями, как «разрешение проблем» ($r = -0,86$; $p < 0,001$) и «поиск социальной поддержки» ($r = -0,64$; $p = 0,001$). При этом данные стрессоустойчивости у больных 1-й группы также отрицательно связаны с проявлениями стратегии поведения «разрешение проблем» ($r = -0,50$; $p < 0,05$). Так, чем выше уровень стрессоустойчивости

пациентов с язвенной болезнью, тем больше выражена склонность к выбору копинг-стратегий, ориентированных на разрешение проблем и поиск социальной поддержки.

Различия в уровне стрессоустойчивости у пациентов 1-й и 2-й групп могли быть связаны с тем, что начало развития язвенной болезни двенадцатиперстной кишки обуславливалось сильным психическим, эмоциональным стрессом личного или общего характера, поэтому 1-я группа пациентов больше подвержена негативному воздействию стресса. Низкая стрессоустойчивость лиц 1-й группы как психическая детерминанта является фактором, который приобретает причинное значение в развитии заболевания при сочетании его с иммунными, генетическими и средовыми факторами (наличие *Helicobacter pylori*) [5, 13].

Возникновение заболевания само по себе является сильным стресс-фактором, затяжное течение которого создает длительное эмоциональное напряжение [16]. Такая особенность язвенной болезни, как склонность к рецидивированию, является дополнительным кофактором, усугубляющим состояние хронического стресса и приводящим к напряжению адаптационных механизмов.

Изучение стратегий совладания показало, что пациенты с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки имеют свои отличительные особенности в преодолении трудностей. Ситуация хронического заболевания, характеризующегося образованием язвенных дефектов в зависимости от психологических особенностей личности пациента, может стать фактором, снижающим общий уровень поведенческой активности в процессе совладания со стрессовой ситуацией или, наоборот, активизирующим человека для борьбы со своим недугом.

Данный процесс у больных с дуоденальной язвой проявляется в снижении активности в поиске социальной поддержки и решении проблем. Это косвенно свидетельствует о том, что лица с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, обладая низким уровнем стрессоустойчивости, стремятся избегать проблем, тем самым защищая себя от негативного воздействия факторов стресса. Напротив, пациенты с желудочной язвой при наличии хорошего потенциала социальной активности, получении поддержки от семьи, значимых лиц, социальных сообществ более резистентны к рецидиву заболевания.

Такая особенность пациентов с преобладанием язвенного процесса в желудке может быть связана с пониманием и осознанием необходимости получения квалифицированной медицинской помощи, потребностью в со-

циальной поддержке со стороны значимых для пациентов лиц. Редкое обращение за рекомендациями по разрешению ситуации лиц с дуоденальной язвой может свидетельствовать об ограничении возможности получения эмоциональной поддержки со стороны родных и близких, о нежелании выглядеть беспомощным в глазах других людей, а также об отрицании имеющихся трудностей [6].

Результаты нашего исследования частично совпадают с данными других исследований, выявивших особенности лиц с психосоматическими расстройствами, а именно: преобладание дезадапционного варианта совладания со стрессом, направленного на избегание стрессовых ситуаций. По нашему мнению, наличие различий в результатах изучения совладающего поведения лиц, заключающихся в одновременном выявлении исследователями как конструктивных [6], так и дезадапционных вариантов копинг-поведения [1], может быть связано с тем, что язвенная болезнь нередко рассматривается авторами как единое заболевание без выделения двух клинических форм.

В данной работе нами представлено исследование копинг-поведения лиц с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки как двух разных нозологических форм. Вместе с тем мы не изучали неосознаваемые психические процессы, направленные на минимизацию отрицательных переживаний (механизмы психологической защиты). Эти процессы и механизмы, а также использование копинг-ресурсов в формировании успешного совладающего поведения при разных формах язвенной болезни требуют дальнейшего изучения.

При исследовании психологических характеристик личности пациентов с язвенной болезнью было выявлено, что лица с преобладанием язвенного процесса в двенадцатиперстной кишке более склонны к проявлению депрессивных реакций в поведении, отношении к себе и социальной среде, конформности, зависимости, уступчивости. Такая особенность лиц с дуоденальной язвой, как интровертированность, проявляющаяся в сдержанности, малообщительности, склонности к уединению, не соответствует слишком интенсивной и насыщенной стрессовыми ситуациями современной жизни. В результате у таких лиц сильнее проявляется тенденция к развитию стресса [5]. Пациенты с преобладанием язвенного процесса в желудке отличаются большей активностью, стремлением устанавливать контакты и поддерживать доверительно-откровенное взаимодействие с окружающими людьми, преодолевая фазу борьбы с внутренней скованностью и нерешительностью. Экстравертированность и реактивная агрессивность

свидетельствуют о тенденции к доминированию, активной жизненной позиции, уверенности в себе и своих поступках, что значительно повышает устойчивость к стрессу. И наоборот, склонность к депрессивным реакциям быстрее приводит к декомпенсации при высоком уровне стресса. Эмоциональная лабильность, приводящая к смене настроения, позволяет переключаться с негативных эмоций на положительные, тем самым снижая длительность воздействия таких эмоций на человека [2, 7].

Наши результаты соответствуют приведенным выше данным, согласно которым больным с дуоденальной язвой свойственна повышенная тревожность и склонность к избирательности контактов. Общей чертой лиц с язвенной болезнью, предрасполагающей к выбору дезадаптивных стратегий совладания, является застенчивость, которая свидетельствует о тревожности и неуверенности испытуемых, в результате которых возникают трудности в социальных контактах [17]. Такому человеку трудно делиться с окружающими, значимыми близкими своими проблемами и переживаниями, в результате чего он не получает необходимую эмоциональную поддержку. Стрессовое реагирование на трудности и проблемы такого пациента протекают по пассивно-оборонительному типу, следствием которого является усиление эмоционального напряжения.

Проведенный корреляционный анализ выявил взаимосвязи копинг-стратегий лиц с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки с особенностями их личности и стрессоустойчивостью. Высокий уровень стрессоустойчивости, преобладание черт эмоциональной лабильности, реактивной агрессивности, экстравертированности и низкий уровень застенчивости связаны с преобладанием конструктивных копинг-стратегий (решение проблем, поиск социальной поддержки). Вероятно, пациенты с низкой стрессоустойчивостью стремятся сохранить, а не расходовать свои ресурсы, избегая решения своих проблем. Лица с высокой стрессоустойчивостью, обладая достаточными социальными и личностными ресурсами, способны бороться и преодолевать свои трудности.

Заключение

Таким образом, копинг-поведение лиц с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки имеет особенности в зависимости от локализации язвенного процесса. Лица с желудочной язвой более стрессоустойчивы и чаще используют конструктивные копинг-стратегии, в то время как лица с дуоденальной язвой обладают низким уровнем стрессоустойчивости и наиболее склонны к выбору дезадаптивных копинг-стратегий.

Профиль личности пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки характеризуется высокими показателями депрессивности, застенчивости и низкими показателями уравновешенности и реактивной агрессивности. При этом пациенты с дуоденальной язвой обладают более низким уровнем реактивной агрессивности, уравновешенности, открытости по сравнению с больными язвенной болезнью желудка. Выявленные взаимосвязи между стрессоустойчивостью лиц с язвенной болезнью с такими чертами, как реактивная агрессивность, экстравертированность, эмоциональная лабильность, и конструктивными копинг-стратегиями необходимо учитывать при планировании психотерапевтических и психопрофилактических мероприятий.

Литература

1. Абитов И.Р. Антиципационная состоятельность в структуре совладающего поведения: в норме и при психосоматических и невропатических расстройствах : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Казань, 2007. – 22 с.
2. Аникина Е.Б. Психологические особенности больных язвенной болезнью разного паспортного и биологического возраста : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2007. – 21 с.
3. Ашанина Е.Н. Психология копинг-поведения сотрудников Государственной противопожарной службы МЧС России : автореф. дис. ... д-ра психол. наук. – СПб., 2011. – 38 с.
4. Белоусова И.Г., Вязьмин А.М., Макарова В.И., Меньшикова Л.И. Особенности внедрения стандартов медицинской помощи при лечении подростков с язвенной болезнью в условиях дневного стационара // Экология человека. – 2012. – № 7. – С. 24–28.
5. Березин Ф.Б., Безносюк Е.В., Соколова Е.Д. Психологические механизмы психосоматических заболеваний // Рос. мед. журн. – 1998. – № 2. – С. 43–49.
6. Исаева Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. – СПб. : СПбГМУ, 2009. – 136 с.
7. Ковалев Ю.В., Золотухина О.Н. Депрессия. – Н. Новгород : Мед. книга, 2001. – 141 с.
8. Корнев К.И. Личностные детерминанты, стратегии копинга и типы руководителей высшего и среднего звена в условиях профессиональных стрессовых ситуаций : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Краснодар, 2008. – 23 с.
9. Крылов А.А., Маничев С.А. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии. – СПб. [и др.] : Питер, 2003. – 560 с.
10. Куприянов Р.В., Кузьмина Ю.М. Психодиагностика стресса. – Казань : Изд-во КНИТУ, 2012. – 212 с.
11. Лобанков В.М. Медико-социальные аспекты хирургического лечения больных язвенной болезнью в Беларуси (клинико-эпидемиол. исслед.) : автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. – М., 2007. – 42 с.

12. Новикова И.А., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Качество жизни при психосоматических заболеваниях // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. – № 5. – С. 7.

13. Оганезова И.А., Дерягина Л.Е., Успенский Ю.П. Особенности психологического статуса при язвенной болезни в экстремальных условиях профессиональной среды // Экология человека. – 2005. – № 4. – С. 40–44.

14. Рыбников В.Ю., Ашанина Е.Н. Психологические механизмы копинг-поведения специалистов экстремальных профессий // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2009. – № 2. – С. 46–50.

15. Сугоняко Е.А. Клинико-морфологическая характеристика, психологический профиль и качество жизни больных язвенной болезнью осложненного и неосложненного течения : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Красноярск, 2006. – 24 с.

16. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи. – СПб. [и др.] : Питер, 2008. – 672 с.

17. Яргина О.А. Клинико-психологическая характеристика язвенной болезни у детей, оптимизация лечения : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Екатеринбург, 2009. – 26 с.

18. Яценко Е.Ю., Попов В.В., Сенюков И.А., Яценко Ю.Д. Проблема язвенной болезни у военнослужащих Европейского Севера России // Экология человека. – 2003. – № 6. – С. 30–33.

Gorchakova A.A., Bocharova E.A. Coping-povedenie lits s yazvennoy boleznyu [Coping behaviour of patients with peptic ulcer disease]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 55. P. 108–119.

Arkhangelsk Medical College (Russia, Arkhangelsk, Novgorodskiy Ave., 21);
Northern State Medical University (Russia, Arkhangelsk, Troitskiy Ave., 51)

Gorchakova Anastasia Andreevna – clinical psychologist, college lecturer Arkhangelsk Medical College (Russia, 163002, Arkhangelsk, Novgorodskiy Prospekt (Ave.), 21), e-mail: gorchakovaanastasia@yandex.ru;

Bocharova Elena Alexeevna – Associate Prof. Department of Psychiatry and Clinical Psychology, Northern State Medical University (Russia, 163000, Arkhangelsk, Troitskiy Prospekt (Ave.), 51), e-mail: Bocharova-elena@mail.ru.

Abstract. The resistance to stress, personality traits, coping strategies in 50 patients with gastric ulcer and duodenal ulcer are studied depending on the nosology. It is established that persons with stomach ulcer disease had higher resistance to stress, used more often coping strategies like "solving the problems" and "search of social support", had higher indexes of the balance, reactive aggression, openness and lower results of the depression. On the other hand the persons with duodenal ulcer disease were apt to choose non-adaptive coping strategies, they used more often the coping strategy "avoiding of the problems", had lower results of the personality traits.

Key words: clinical (medical) psychology, peptic ulcer disease, the resistance to stress, coping strategies, coping behavior.

References

1. Abitov I.R. Antitsipatsionnaya sostoyatel'nost' v structure sovladayushchego povedeniya: v norme i pri psikhosomaticeskikh i nevropaticeskikh rasstroistvakh: Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. [Anticipation opulence in the structure of the coping behavior: in the norm and by psychosomatic disorders and neuropathic]. Kazan. 2007. 22 p. (In Russ.)
2. Anikina E.B. Psikhologicheskie osobennosti bol'nykh yazvennoy boleznyu raznogo pasportnogo i biologicheskogo vozrasta: Abstract dissertation PhD Med. Sci. [Psychological features of persons with peptic ulcer disease of different passport and biological age]. Tomsk. 2007. 21 p. (In Russ.)
3. Ashanina E.N. Psikhologiya koping-povedeniya sotrudnikov Gossudarstvennoy protivopozharnoy sluzhby MCHS Rossii: Abstract dissertation Dr. Psychol. Sci. [Coping behavior Psychology of Government fire-prevention service employees of Ministry of Emergency Situations of Russia]. Sankt-Peterburg. 2011. 38 p. (In Russ.)
4. Belousova I.G., Vyaz'min A.M., Makarova V.I., Men'shikova L.I. Osobennosti vnedreniya standartov meditsynskoy pomoshchi pri lechenii podrostkov s yazvennoy boleznyu v usloviyakh dnevnoy statsyonara [Features of the introduction of medical care standards at teenagers'treatment with peptic ulcer disease in the day hospital]. *Ecologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2012. Issue 7. P. 24–28. (In Russ.)
5. Berezin F.B., Beznosyuk E.V., Sokolova E.D. Psikhologicheskiye mekhanizmy pikhosomaticeskikh zabolevaniy [Psychological mechanisms of psychosomatic diseases]. *Rossiiskii meditsinskii zhurnal* [Russian Medical Journal]. 1998. Issue 2. P. 43–49 (In Russ.)
6. Isayeva E.R. Koping-povedeniye i psikhologicheskaya zashchita lichnosti v usloviyakh zdorovya i bolezni [Coping behavior and psychological protection in the conditions of health and disease]. Sankt-Peterburg. 2009. 136 p. (In Russ.)
7. Kovalev Yu.V., Zolotukhina O.N. Depressiya [Depression]. Nizhniy Novgorod. 2001. 141 p. (In Russ.)
8. Kornev K.I. Lichnostnye determinanty, strategii kopinga i tipy rukovoditeley vysshego i srednego zvena v usloviyakh professional'nysh stressovykh situatsiy: Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. [Personal determinants, coping strategies and types of heads of the top and average management in the conditions of professional stressful situations]. Krasnodar. 2008. 23 p. (In Russ.)
9. Krylov A.A., Manichev S.A., Praktikum po obshchey, eksperimental'noy i prikladnoy psikhologii [Practical work in general, experimental and applied psychology]. Sankt-Peterburg. 2003. 560 p. (In Russ.)
10. Kupriyanov R.V., Kuz'mina Yu.M., Psikhodiagnostika stressa [Stress psychodiagnosics]. Kazan. 2012. 212 p. (In Russ.)
11. Lobankov V.M. Mediko-sotsyal'nye aspekty khirurgicheskogo lecheniya bol'nykh yazvennoy boleznyu v Belarussi (kliniko-epidemiologicheskoe issledovaniye): Abstract dissertation Dr. Med. Sci. [Medical-social aspects of surgical treatment of persons with peptic ulcer disease in Belarus (kliniko-epidemiological research)]. Moscow. 2007. 42 p. (In Russ.)
12. Novikova I.A., Sidorov P.I., Soloviev A.G. Kachestvo zhizni pri psihosomaticeskikh zabolevaniyah [Quality of life in psychosomatic diseases]. *Problemy so-*

cial'noj gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny [Problems of Social Hygiene, Health Care and Medical History]. 2002. N 5. P. 7.

13. Oganezova I.A., Deryagina L.E., Uspenskiy Yu.P. Osobennosti psikhologicheskogo statusa pri yazvennoy bolezni v ekstremal'nykh usloviyakh professional'noy sredy [Features of the psychological status with peptic ulcer disease in extreme conditions of professional environment]. *Ecologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2005, Issue 4. P. 40–44. (In Russ.)

14. Rybnikov V.Yu., Ashanina E.N. Psikhologicheskie mekhanizmy koping-povedeniya spetsyalistov ekstremal'nykh professiy [Coping behavior psychological mechanisms of extreme professions' experts]. *Psikhopedagogika v pravookhranitel'nykh organakh* [Psychopedagogics in law enforcement agencies]. 2009. Issue 2. P. 46–50. (In Russ.)

15. Sugonyako E.A. Kliniko-morfologicheskaya kharakteristika, psikhologicheskii profil' i kachestvo zhizni bol'nykh yazvennoy boleznyu oslozhnennogo i neoslozhnennogo techeniya: Abstract dissertation PhD Med. Sci. [Kliniko- morphological characteristic, psychological profile and quality of life of persons with peptic ulcer disease of the complicated and uncomplicated course]. Krasnoyarsk. 2006. 24 p. (In Russ.)

16. Eydemiller E.G., Yustitskis V.V. Psikhologiya i psikhoterapiya semyi [Psychology and psychotherapy of the family]. Sankt-Peterburg. 2008. 672 p. (In Russ.)

17. Yarygina O.A. Kliniko-psikhologicheskaya kharakteristika yazvennoy bolezni u detey, optimizatsiya lecheniya: Abstract dissertation PhD Med. Sci. [The kliniko-psychological characteristic of peptic ulcer disease by children, treatment optimization]. Ekaterinburg, 2009. 26 p. (In Russ.)

18. Yatsenko E.Yu., Popov V.V., Senyukov I.A., Yatsenko Yu.D. Problema yazvennoy bolezni u voennosluzhashchikh Evropeyskogo Severa Rossii [The problem of peptic ulcer disease by military personnel in the European North of Russia]. *Ecologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2003. Issue 6. P. 30– 33 (In Russ.)

Received 01.06.2015

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПРЕВЕНЦИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Санкт-Петербургский государственный университет
(Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9)

Представлены основные понятия, положения, необходимые подходы и компоненты эффективной психологической превенции ВИЧ-инфекции. С позиций субъектно-объектного подхода и стратегии активного профилактического вмешательства обосновано и раскрыто понятие превенции как взаимодействия между агентом и объектом профилактики с целью предотвращения заражения и распространения ВИЧ. Описаны основные психологические детерминанты риска заражения, компоненты и мишени ВИЧ-превентивных вмешательств.

Ключевые слова: клиническая психология, методология, концепция, превенция, профилактика, рискованное поведение, ВИЧ/СПИД-инфекция.

Эпидемия ВИЧ-инфекции, то есть заболевания, связанного с заражением вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), в настоящее время рассматривается Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) как одна из наиболее серьезных и глобальных угроз для здоровья и социального благополучия человечества. По данным экспертов Объединенной программы Организации Объединенных Наций и ВОЗ по ВИЧ/СПИД, в мире в настоящее время насчитывается более около 38 млн человек, живущих с ВИЧ [40]. Мировые потери среди молодого населения от СПИД-ассоциированных заболеваний на протяжении последних лет устойчиво входят в десятку основных причин смертности.

Наиболее стремительными темпами эпидемия распространяется в странах Восточной Европы и Центральной Азии, включая Россию. По данным Всероссийского федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, на конец декабря 2014 г. в стране было выявлено 907 607 случаев ВИЧ-инфекции, а оценочное общее число зараженных превышает 1 млн 200 тыс человек [14].

Негативная динамика развития эпидемии ВИЧ-инфекции в России обусловлена как широким распространением инъекционной наркомании и неуклонным ростом инфицирования половым путем, так и отсутствием

Шаболтас Алла Вадимовна – канд. психол. наук, доц., декан факультета психологии С.-Петерб. гос. ун-та (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9); e-mail: a.shaboltas@spbu.ru.

масштабного внедрения комплексных государственных профилактических программ, учитывающих биомедицинские, психологические и социальные детерминанты эпидемического процесса. При опоре на более чем 12-летний опыт теоретических изысканий и проведения комплексных лонгитюдных исследований в области профилактики ВИЧ/СПИД нами были сформулированы основные положения психологической концепции эффективной превенции ВИЧ-инфекции [18].

Успешное противодействие эпидемии ВИЧ/СПИД в современных условиях требует выхода за рамки традиционных подходов здравоохранения и биомедицинской парадигмы. Особую актуальность наряду с сугубо медицинскими аспектами эпидемиологии и лечения ВИЧ-инфекции приобретают вопросы разработки программ превенции распространения данного заболевания, основанные на биопсихосоциальном подходе с учетом достижений различных наук, включая биологию, медицину, психологию, социологию и экономику.

Огромное влияние на отношение к этому заболеванию оказывают социальные стереотипы и индивидуальные установки, касающиеся собственного поведения и поведения других людей, связанного со сложными сферами и формами жизнедеятельности, как то сексуальное поведение, употребление психоактивных веществ, межличностное общение, гендерная идентичность, субъективное восприятие риска и личных профилактических возможностей. Данные обстоятельства обуславливают необходимость проведения комплексных психосоциальных исследований, направленных на изучение биологических, поведенческих и социальных детерминант риска, а также создание и внедрение успешных профилактических технологий.

Уникальная роль психологии как отрасли, занимающей центральное место в системе наук о человеке, призванной объединить и качественно переработать знания, полученные в естественнонаучных и общественных дисциплинах, отмечалась в работах многих известных российских и иностранных ученых – философов, социологов, психологов [2, 3, 7, 8, 12].

Один из основоположников Петербургской психологической школы Б.Г. Ананьев в своей работе 1977 г. «О проблемах современного человекознания» указывал на значимость междисциплинарного подхода и ведущую роль психологии в развитии медицины и охраны здоровья населения в целом. С его точки зрения, успешное реагирование на социально-значимые медицинские проблемы требует интеграции медицинских и превентивных технологий, углубленного изучения причин и условий возникновения

болезней, а также факторов, способствующих сохранению здоровья и формированию здоровьесберегающего поведения. По-прежнему актуальным является утверждение Б.Г. Ананьева о том, что эффективная работа специалистов в области индивидуального и общественного здоровья требует выхода за рамки биологической и патофизиологической ограниченности традиционных медицинских подходов. Ведущее значение приобретают вопросы изучения и коррекции психологических, социальных, экономических, культурных детерминант болезни и здоровья человека [3]. С нашей точки зрения, существует целый ряд объективных и субъективных факторов, определяющих необходимость наращивания усилий и научно-практического вклада психологии, и в первую очередь психологии здоровья – области междисциплинарных исследований поведения человека в области противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции в России.

Актуальная эпидемическая ситуация свидетельствует о приближении широкого проникновения ВИЧ-инфекции в основную популяцию нашей страны. Значение инъекционного пути распространения ВИЧ среди наркозависимых, который являлся основным с 1996 г. остается высоким, но при этом стремительно нарастает доля полового пути передачи инфекции. Это неминуемо приведет к той стадии развития эпидемии, когда основной группой риска в отношении заражения ВИЧ станет все наиболее активное и молодое население страны.

Наиболее уязвимые для заражения ВИЧ-инфекцией группы населения – наркозависимые, лица, вовлеченные в коммерческий секс, экономически и социально не защищенные слои населения – с точки зрения внедрения профилактических мероприятий, включая тестирование, лечение, поведенческие вмешательства, являются самыми труднодоступными для любой формы профилактической работы. Высокий уровень социальной стигмы в отношении определенных групп населения, в первую очередь ВИЧ-инфицированных, является серьезным барьером для раннего обращения за помощью в официальные медицинские, социальные и иные службы.

Создание вакцины против ВИЧ-инфекции остается делом далекого будущего. Специфика вируса иммунодефицита человека, отличающегося высочайшей изменчивостью и способностью к выживанию, обуславливает провал традиционных подходов и технологий разработки профилактических вакцин.

В области разработки и внедрения технологий лечения ВИЧ-инфекции и СПИДа человечество достигло огромных успехов. Примене-

ние современных противовирусных препаратов высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) позволяет успешно бороться с развитием вируса в организме больного и продлевает жизнь больных на целые десятилетия. Данные обстоятельства послужили причиной изменения отношения к заболеванию во многих развитых странах, которое все более приближается к восприятию ВИЧ-инфекции как хронического заболевания. О людях, инфицированных ВИЧ и получающих лечение, все чаще говорят не как об умирающих от СПИДа, а как о лицах, живущих с ВИЧ-инфекцией. При этом сохраняющаяся дороговизна препаратов ВААРТ, субъективные сложности сохранения приверженности терапии и побочные эффекты приема сильнодействующих противовирусных средств определяют объективные и субъективные барьеры для полномасштабного внедрения ВААРТ в нашей стране.

Социально-экономический кризис 1990-х гг. в России привел к росту экономических и социальных проблем, таких как наркомания, алкоголизм, ухудшение функционирования и доступности системы здравоохранения, что, безусловно, сопровождалось ухудшением благосостояния и здоровья российского населения, включая рост уровня распространенности нарушений психического здоровья, таких как дистресс, тревожно-депрессивные расстройства, сужение временных перспектив и отсутствие долгосрочной мотивации к сохранению здоровья [29].

С превентивной точки зрения, заражение ВИЧ-инфекцией, в отличие от многих других инфекций, передающихся воздушно-капельным путем, таких как грипп или острые респираторные вирусные инфекции, можно достаточно легко предотвратить. Хорошо изучены пути передачи и формы рискованного поведения, известны способы предотвращения заражения. Самым надежным способом предотвращения заражения ВИЧ на индивидуальном уровне является избегание рискованных поведенческих практик и контактов [18, 30]. При этом в реальной жизни изменение устойчивых рискованных моделей поведения является трудной задачей. Особенно трудно поддаются изменениям латентные поведенческие практики, к которым относятся сексуальная активность и употребление наркотиков.

Превентивные программы в отношении ВИЧ-инфекции, которые в настоящее время реализуются в России, в подавляющем числе случаев не проходили методически корректной разработки, применения, а также формализованной и лонгитюдной оценки эффективности. Также следует отметить, что большинство программ практически не содержат психологических технологий, приемлемых для работы с наиболее уязвимыми

группами населения и адекватных специфике распространения ВИЧ-эпидемии в нашей стране [10, 15, 17].

Включение психологов во все стадии – разработки, применения, оценки приемлемости, эффективности и внедрения ВИЧ-превентивных вмешательств – является необходимым компонентом комплексных междисциплинарных исследований. Следует отметить, что в России практически не проводились лонгитюдные клинические исследования, направленные на оценку эффективности и исследование поведенческих вмешательств различного уровня, вида и формы, которые рассматриваются на международном уровне в качестве «золотого» стандарта практического внедрения профилактических программ на основе научно-доказательного подхода [15]. Ввиду необходимости широкомасштабного и долгосрочного развертывания эффективных и экономически обоснованных превентивных вмешательств в отношении ВИЧ/СПИД для России актуальными являются задачи получения научных доказательств эффективности и приемлемости профилактических технологий в местных условиях. Обязательными компонентами разработки, планирования и оценки изучаемых поведенческих программ, по нашему опыту, должны являться не только психологические параметры эффективности, в первую очередь поведенческие характеристики, но и объективные биологические показатели эпидемиологического процесса и успешности профилактики, такие как уровень распространенности и уровень заболеваемости ВИЧ в течение фиксированного периода времени в целевой группе, на которую направлено профилактическое вмешательство.

Психологическая концепция превенции ВИЧ-инфекции, с нашей точки зрения, предполагает использование корректной терминологии и понятийного аппарата. В первую очередь, речь идет об использовании в контексте разработки и внедрения поведенческих профилактических вмешательств термина «превенция», а не традиционного термина «профилактика», которые формально имеют одинаковое значение, но содержательно отражают преобладание различных подходов к предотвращению распространения заболевания.

Традиционно в сфере профилактики различных заболеваний преобладали информационный и директивный подходы, которые отражают активное участие в процессе профилактики специалистов и пассивное включение лиц, на которых направлено профилактическое вмешательство. Многолетний опыт отечественного здравоохранения и гигиенического просвещения характеризуется сведением профилактики социально-

значимых заболеваний преимущественно к образовательному компоненту, т. е. информированию, что является недостаточным для решения актуальных задач предотвращения острых социально-значимых заболеваний, обусловленных рискованными поведенческими практиками или образом жизни, к которым относится и эпидемия ВИЧ/СПИД.

Термин «превенция» в настоящее время больше ассоциируется с недирективным и психосоциальным подходами к предотвращению заражения и распространения инфекций, в частности ВИЧ-инфекции. В таком формате под превенцией ВИЧ-инфекции следует понимать интерактивное взаимодействие субъекта, т. е. специалиста, реализующего профилактическое вмешательство, и объекта – лица или группы лиц, на которых направлена профилактика с целью предотвращения заражения или распространения ВИЧ-инфекции. В рамках, по сути, партнерского превентивного взаимодействия должны осуществляться несколько основных задач, а именно, оценка актуальной ситуации и конкретной проблемы, разработка и осуществление профилактических мероприятий, краткосрочная и долгосрочная оценка эффективности и приемлемости вмешательства, прогнозирование и мониторинг дальнейшего развития события. С нашей точки зрения, эффективная и долгосрочная превенция социально-значимых заболеваний, таких как ВИЧ-инфекция, возможна лишь на основе стратегии активного и недирективного профилактического вмешательства.

В поддержку использования термина «превенция» в контексте профилактики рискованного поведения в сфере индивидуального и общественного здоровья служат имеющиеся обширные эмпирические данные клинических исследований поведенческих вмешательств, свидетельствующие об эффективности интерактивных технологий при распространении профилактической информации и формировании здоровьесберегающих моделей поведения.

Использование термина «превенция» позволяет подчеркнуть ведущую роль стратегии активного профилактического вмешательства и интерактивного взаимодействия субъектов и объектов профилактического процесса в разработке и успешной реализации профилактических программ. Дополнительным доводом в пользу использования термина «превенции», а не «профилактики» в контексте тематики ВИЧ/СПИД является необходимость интеграции отечественных ученых и практиков, работающих в сферах общественного и индивидуального здоровья в современное международное профессиональное пространство, в котором данная терминология является более распространенной и принимаемой.

Психологическая концепция превенции ВИЧ-инфекции предполагает также использование термина «рискованное поведение», которое следует понимать как совокупность поведенческих практик высокого риска с точки зрения заражения и распространения ВИЧ, включающую, в первую очередь, те виды поведения, которые потенциально поддаются контролю со стороны индивида. Поскольку ВИЧ передается в контексте близких взаимоотношений человека с человеком или группой людей (в случае совместного употребления наркотиков), рискованное поведение как совокупность поведенческих актов детерминировано спецификой конкретных взаимоотношений или ситуаций, т. е. всегда имеет личностное значение и является гораздо более сложным с точки зрения контроля и изменения.

По сути, данное поведение разворачивается в контексте, определяемом всем спектром установок, привычек, характеристик взаимоотношений, характеристиками и поведением конкретных людей, моральными и коммуникативными составляющими. В этой связи, для конкретного человека в конкретной рискованной ситуации с медицинской точки зрения простая гигиеническая задача – прервать путь заражения – превращается в сложную психологическую – изменить привычный образ жизни и отношений, а также быть способным активно вести переговоры с другими людьми о протективных поведенческих практиках и уверенно отстаивать свою точку зрения.

Психологическая превенция заражения и распространения ВИЧ-инфекции, в первую очередь, должна быть направлена на изменение детерминант рискованного поведения, относящихся к внутренним и внешним психологическим феноменам: знаниям, установкам, отношениям к себе и окружающим, мотивационной сфере, ценностям и поведенческим навыкам. В качестве основной цели в рамках психологической превенции выступает формирование и развитие здоровьесберегающих психологических характеристик, включая информированность, мотивацию, навыки эффективной социальной коммуникации и уверенного здоровьесберегающего поведения. Конкретные вмешательства в рамках психологических профилактических мероприятий могут включать индивидуальное консультирование, консультирование пар, групповые тренинги и программы с привлечением членов сообществ. Психологические методы профилактики ВИЧ-инфекции в наибольшей степени соответствуют формату превенции, который предполагает интерактивный компонент при разработке, планировании и внедрении профилактических мероприятий.

Как уже отмечалось выше, основные формы рискованного поведения в отношении ВИЧ разворачиваются в сложных ситуациях социального взаимодействия и детерминируются комплексом факторов индивидуально-психологического и социально-психологического уровней. На основании данных современных исследований можно выделить основные психологические факторы, влияющие на уязвимость человека в отношении инфицирования ВИЧ. К индивидуально-психологическому уровню детерминации рискованного поведения в отношении ВИЧ относятся: уровень знаний о проблеме ВИЧ/СПИД и способах профилактики, субъективное восприятие риска, возрастные и личностные особенности, характеристики ценностно-мотивационной сферы, когнитивные особенности, эмоциональные и психические расстройства.

Низкий уровень осведомленности и знаний о путях распространения ВИЧ, рискованных формах поведения и о способах профилактики является одним из базовых психологических факторов риска заражения ВИЧ. При отсутствии достоверной информации о ВИЧ человек может практиковать рискованное поведение, потому что не осведомлен о возможном риске и, следовательно, не осознает возможных негативных последствий. Большинство моделей детерминации рискованного поведения в отношении ВИЧ, построенных на основании эмпирических данных, акцентируют внимание на значимости уровня знаний о передаче инфекции и превентивных поведенческих практиках как одном из основных факторов изменения поведения.

В качестве примера можно привести модель J.D. Fisher и W.A. Fisher «Информация–мотивация–поведения», в которой информированность рассматривается как одна из трех основных детерминант рискованного поведения и его изменения [26]. Специалисты отмечают, что на стадиях разработки и реализации ВИЧ-превентивных вмешательств важной задачей является оценка уровня и динамики знаний о проблеме ВИЧ/СПИД и рискованных форм поведения. Подобная оценка позволяет корректировать содержание программы, получать обратную связь для усиления осознания риска, судить об эффективности превентивного вмешательства [24, 26]. Единодушно соглашаясь с тем, что предоставление информации должно быть неотъемлемой частью работы по профилактике ВИЧ, исследователи отмечают, что связь между информированностью и реальным поведением человека далеко не однозначна. Знания человека не всегда определяют то, что он делает. Поэтому профилактическая работа не может ограничиваться

информированием, но должна включать в себя целый ряд других индивидуально-психологических факторов.

Восприятие риска (англ. – risk perception) заражения ВИЧ, в целом, и личного риска, в частности, является важным психологическим фактором, влияющим на выбор индивидуального поведения в ситуации потенциальной угрозы инфицирования. Важно отметить, что значимое влияние на риск заражения оказывают как представления о своем собственном риске, так и установки в отношении риска других лиц, а также ВИЧ-инфицированных и проблемы ВИЧ/СПИД в целом.

Результаты масштабного репрезентативного исследования информированности, отношения и поведения молодежи в сфере репродуктивного здоровья и ВИЧ/СПИД, проведенное в 10 регионах России, в котором в общей сложности принял участие 4021 респондент в возрасте от 15 до 29 лет, показали, что для российской молодежи характерно значительное количество неправильных представлений о путях передачи ВИЧ, низкое осознание собственного риска и негативное отношение к методам защиты от ВИЧ при высоком уровне распространенности рискованного сексуального поведения, а также недостаточная приверженность протективному поведению в области репродуктивного здоровья и ВИЧ/СПИД [1].

Психологическими причинами, обуславливающими более высокий уровень рискованного поведения среди молодежи, являются возрастные особенности поведения, связанные с планированием и прогнозированием (например, предпочтение быстрого вознаграждения в ущерб достижению отдаленных во времени целей), импульсивность, подверженность групповому давлению, чувство собственной физической неуязвимости и т. д. [17].

Несмотря на то что личностные особенности в настоящее время не рассматриваются специалистами как основные детерминанты риска заражения и передачи ВИЧ, при разработке и реализации превентивных вмешательств необходимо учитывать данные научных исследований о связи некоторых личностных особенностей с рискованным поведением в сфере здоровья. Существуют зарубежные и отечественные данные о связи рискованного сексуального поведения с заниженной самооценкой личности, антисоциальными наклонностями и аутоагрессией [6, 13, 19].

Импульсивность и низкий социальный самоконтроль могут детерминировать сексуальное поведение, коррелирующее с риском ВИЧ-инфицирования в определенных группах населения [37]. Данные исследований такой личностной характеристики, как поиск ощущений (англ. – sensation seeking), свидетельствуют о связи данной особенности личности с выра-

женностью различных типов рискованного поведения. Доказательства значимой связи стремления к сильным ощущениям с рискованным сексуальным поведением получены на выборках студентов, молодежи, взрослых женщин и мужчин [20, 35, 39].

Среди факторов ценностно-мотивационной сферы особое значение для детерминации рискованного поведения в отношении здоровья играют убеждения, особенно фаталистические убеждения в отношении своего будущего. А.В. Левченко и Л.В. Боговин в исследовании студентов с табачной зависимостью выявили у них склонность фиксироваться на негативных событиях ближайшего прошлого, описывать преимущественно ближайшее будущее и наполнять его неудачами [9].

Стресс и аффективные нарушения также могут приводить к различным формам рискованного поведения в сфере здоровья, включая употребление алкоголя, наркотиков и рискованные сексуальные практики. С точки зрения Л.И. Вассермана и Е.А. Трифоновой, социальный стресс следует рассматривать не только как реакцию на изменения в общественной жизни, но и как несоответствие психических ресурсов индивида новым требованиям социальной среды, что может приводить к негативным последствиям для физического и психического здоровья [4]. Данные международных исследований в области психологии здоровья свидетельствуют о том, что эмоциональный дистресс, в частности депрессия, могут увеличивать риск распространения ВИЧ и других инфекций, передаваемых половым путем [23, 31, 38].

Среди социально-психологических факторов риска заражения ВИЧ, которые играют важную роль как в создании внешней среды, которая повышает уязвимость индивида к заражению ВИЧ, так и в детерминации индивидуального рискованного поведения самого человека, следует выделить: характеристики родительской семьи и воспитание, взаимодействие со сверстниками, особенности и динамику интимных отношений, отсутствие социального принятия и поддержки, опыт насилия со стороны близких и незнакомых людей. Групповые нормы и давление со стороны социального окружения и сверстников (англ. – peer pressure) зачастую подталкивают как молодых, так и взрослых лиц к вступлению в сексуальные контакты и пренебрежению к мерам профилактики [17].

Характер и динамика взаимоотношений с интимным партнером и влияние этих факторов на риск заражения и распространения ВИЧ также являются объектом исследования. Чаще всего речь идет о проблеме доверия и верности, а также о возможности или невозможности обсуждения

профилактических мер, например использования презерватива во время половых контактов. Крайней формой нарушения взаимоотношений в паре является насилие одного партнера по отношению к другому, включая принуждение к нежелательным и рискованным сексуальным контактам (англ. – intimate partner violence).

По данным Министерства внутренних дел России, в 1998 г. случаи насилия в отношении женщин были зафиксированы в каждой четвертой семье. Опрос 3900 женщин, проживающих в трех городах России, показал, что каждая седьмая женщина имела опыт насилия средней или сильной степени тяжести со стороны своего партнера [25].

Необходимо отметить, что негативная динамика интимных взаимоотношений, неспособность пары обсуждать предпочтения и ограничения в сексуальном общении могут быть связаны с особенностями родительских семей и воспитания, негативным детским опытом, полученными взрослыми людьми, вступающими в интимные отношения. Табуированность обсуждения вопросов, касающихся сексуальной жизни, насильственные и иные формы дисфункциональных и дезадаптивных моделей взаимоотношений с партнерами могут передаваться из поколения в поколение. Опыт насилия, пережитого в детстве, особенно физического насилия, является одним из значимых факторов, связанных с совершением насилия в отношении своего партнера. Этот вывод, в частности, подтверждается американскими данными масштабного 20-летнего лонгитюдного исследования супружеских пар [27].

Хроническое насилие различного вида, пережитое в детстве или развивающееся в близких отношениях во взрослой жизни, с большой вероятностью приводит к выученной беспомощности, которая развивается у людей в ситуации длительного неконтролируемого стресса. Признаками выученной беспомощности являются неуверенность, потеря контроля над своей жизнью, снижение самооценки, потеря личного мнения. В ситуациях потери контроля, связанных с насилием, люди оказываются не способными к оказанию сопротивления и к защите себя [16]. Еще одним значимым социально-психологическим фактором риска заражения и распространения ВИЧ является недостаточное информирование окружающих о существовании возможного риска, связанного с прошлым или настоящим опытом партнеров.

По нашему мнению, теоретико-методологические основы успешного изменения поведения и психологической превенции ВИЧ/СПИД должны базироваться на гуманистической парадигме, системном подходе, а также

когнитивно-поведенческих и экологических моделях, включающих комплексную детерминацию поведения человека, о чем свидетельствует обширная доказательная база строгих клинических исследований, реализованных в разных странах [21, 28]. Экологическая перспектива и системный подход при рассмотрении детерминант здоровья и поведения являются наиболее перспективными, поскольку позволяют включить в превентивное вмешательство отдельные компоненты воздействия на все уровни, влияющие на здоровье человека, включая индивидуальный, групповой и средовой [5, 22, 36].

В рамках серии комплексных лонгитюдных исследований, проведенных в Санкт-Петербурге в период с 2002 по 2013 г. для оценки эффективности превентивных поведенческих индивидуальных и групповых вмешательств в различных группах населения с использованием базовых компонентов поведенческого подхода и практики оказания психологической помощи в формате гуманистического (экзистенциального) подхода, нами были получены убедительные доказательства значимости индивидуализированного клиент-центрированного разрешения проблем и приоритета уважения к индивидуальности для достижения устойчивого изменения рискованного поведения в отношении ВИЧ-инфекции [18].

Поведенческие вмешательства, направленные на изменение рискованных поведенческих практик, связанных с передачей ВИЧ, необходимо строить на универсальных принципах изменения поведения, которые доказали свою эффективность применительно к другим проблемам в сфере здоровья. Мишенями для поведенческих вмешательств в отношении риска заражения ВИЧ являются знания, установки и поведенческие навыки, которые могут способствовать повышению защищенности индивида, изменению его поведения, а также, в равной степени, формированию навыков и систем поддержки, которые бы помогали устойчивому удержанию желаемых поведенческих изменений. Несмотря на четкое обозначение основных целей изменения поведения, сами изменения происходят крайне сложно.

Набор основных поведенческих изменений, необходимых для элиминации риска заражения, также короток и четко определен (избегание незащищенных сексуальных контактов, использование презервативов, использование стерильного инъекционного оборудования). Однако в реальности кажущаяся простота превенции ВИЧ оборачивается серьезными сложностями. Отчасти это обусловлено тем обстоятельством, что сексуальное поведение и употребление психоактивных веществ связаны с сильнейшими мотивами, детерминирующими поведение индивида. Было бы наивным

полагать, что можно легко изменить сексуальное поведение как сложное сочетание поведенческих практик, детерминированных факторами разного уровня, начиная с биологического и физиологического и заканчивая эмоциональной и когнитивной сферами, включая межличностные отношения, чувства любви, привязанности и самоидентичности.

Точно так же рискованное совместное употребление инъекционных наркотиков в реальном контексте является не медицинской процедурой, а формой поведения, обусловленной как социально-экономическими причинами, так и факторами доверия, принятия, символизирующими принадлежность к определенной группе. Разнообразие и набор изменений поведения, которые необходимо осуществить для снижения риска заражения ВИЧ, по своей природе являются сложными для человека. Вторым обстоятельством, обуславливающим сложность изменения поведения в отношении ВИЧ, является культурный контекст, в котором реализуется превентивное вмешательство. Не во всех ситуациях превентивное вмешательство, направленное, например, на подчеркивание значения воздержания от сексуальной активности или исключительной моногамии в интимных отношениях, может быть адекватно и культурно уместно.

В этой связи превентивные мероприятия должны учитывать культуральный контекст и включать вмешательства, направленные не только на стабильные моногамные отношения, но и на серийные партнерские отношения или случайные контакты. Третьим серьезным обстоятельством, усложняющим превенцию заражения и распространения ВИЧ/СПИД, является низкий уровень обращения с запросами об оказании помощи в изменении поведения, даже со стороны лиц с высоким уровнем риска.

По сравнению с другими проблемами в области здоровья, например ожирение или курение, при которых обращение за помощью социально приемлемо и даже стимулируется рекламой различных государственных и коммерческих центров и программ, самостоятельное обращение за помощью или консультацией для изменения рискованного поведения в отношении ВИЧ является крайне редким случаем. В таких обстоятельствах превентивные вмешательства необходимо активно внедрять в сообщества извне для того, чтобы достичь наиболее уязвимых лиц. Чаще всего это достигается или прямой работой в сообществах, так называемые аутрич-программы (англ. – outreach), или внедрением превентивных вмешательств в существующие медицинские, социальные и образовательные учреждения и работу других специалистов, имеющих возможность контактов с целевой группой.

Базовые принципы и компоненты успешного изменения поведения человека в отношении заражения и распространения ВИЧ/СПИД основываются на исследовательских и практических данных успешных превентивных программ применительно к другим поведенческим проблемам в сфере здоровья. Перечень необходимых компонентов успешного вмешательства, направленного на изменение поведения в рамках психологической превенции ВИЧ-инфекции, включает: обучение, повышение осознания личной угрозы (персонализацию угрозы), формирование убеждений относительно успешности изменений и намерений реально действовать (готовность), выработку здоровьесберегающих поведенческих навыков, а также навыков разрешения проблемных ситуаций и поддержку позитивных изменений.

Фундаментальным механизмом поведенческого подхода для изменения поведения человека является наличие подкрепления (положительной обратной связи). Применительно к превенции ВИЧ это означает, что здоровьесберегающие практики (использование презервативов, снижение риска во время употребления наркотиков и т. д.), которые были приобретены в ходе превентивного вмешательства, будут реализовываться в течение дальнейшей жизни только в случае наличия положительных последствий для индивида.

Трудность превенции ВИЧ заключается в том, что превентивное поведение, по существу, не ведет к прямым сиюминутным выгодам. Для поддержки желаемого поведения можно использовать показавшие свою эффективность когнитивные техники, направленные на осознание и модификацию внутренних барьеров для нового опыта, техники саморегуляции и самоподдержки. Полезными являются упражнения на идентификацию и усиление личных выгод от здоровьесберегающих практик. Например, осознание личной выгоды от отказа вступить в рискованные сексуальные отношения с человеком, который возражает против превентивных мер, поскольку подобные отношения могут быть сопряжены с чувствами потери, отвержения и разочарования. Большое значение в долгосрочной перспективе имеет оказание поддержки индивиду в выработке индивидуального стиля и способов поддержки своих личных изменений, а также возможных альтернатив рискованным поведенческим практикам.

Рассматривая в рамках психологической концепции превенцию ВИЧ/СПИД как взаимодействие субъектов и объектов превентивного вмешательства с целью изменения рискованного поведения и формирования здоровьесберегающих практик, считаем необходимым рассматривать

этот процесс с обеих сторон. Психологические особенности, поведенческие навыки и установки агентов профилактики, т. е. специалистов (консультантов, ведущих групп и т. д.), реализующих профилактические мероприятия, имеют огромное значение для успешных поведенческих изменений лиц, с которым проводится профилактическая работа.

Исследования, проведенные в области психотерапевтической практики, свидетельствуют, что на успешность психотерапии в меньшей, а возможно, и в большей степени, чем психотерапевтический подход, оказывают влияние такие характеристики психотерапевтов, как сенситивность, эмпатия, коммуникабельность, искренность и внимание к проблемам клиента. Клиническая практика показывает, что при равных условиях некоторые специалисты лучше, чем другие, достигают положительных результатов с клиентами в целом, при этом есть психотерапевты, которые достигают лучших результатов с некоторыми типами клиентов [33].

Сами клиенты психотерапевтического лечения часто приписывают положительные результаты терапии личным качествам своих терапевтов. D.E. Orlinsky, K. Grawe и B.K. Parks в рамках мета-анализа более 2000 исследований эффективности психотерапевтических вмешательств, проведенных с 1950 по 1994 г., выделили несколько характеристик, описывающих терапевтов и положительно сказывающихся на результатах терапевтического взаимодействия, а именно, искренность, навыки эмпатического слушания, уважение к пациенту, а также способность сконцентрировать свое внимание на клиенте и умение направлять его внимание на аффективно значимый опыт [34]. Эти качества перекликаются с тремя базовыми принципами и условиями клиент-центрированного подхода: конгруэнтностью, эмпатией и безусловным принятием клиента как человека, который способен самостоятельно строить свою жизнь [11]. Большое значение для успешности психотерапии имеет также способность терапевта гибко подстраиваться под конкретного клиента, его нужды и актуальную жизненную ситуацию [32].

Несмотря на то что психологические превентивные вмешательства, строго говоря, не являются психотерапией, наличие альянса между субъектом и объектом вмешательства и формат взаимодействия позволяют предполагать, что психологические характеристики специалиста играют значимую роль в успешности поведенческих изменений. Основное значение в случае превенции ВИЧ-инфекции имеют следующие характеристики специалиста: искреннее внимание и забота, способность свободно обсуждать вопросы сексуальности и употребления наркотиков, способность к форми-

рованию помогающего альянса, навыки подкрепления и поддержки, навыки активного слушания, способствующие формированию доверительных и безоценочных отношений как основы эффективного взаимодействия специалиста и клиента.

На всех этапах взаимодействия со специалистом по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции людям бывает сложно раскрыться и искренне говорить о своих проблемах, особенно о рискованных поведенческих практиках, которые сильно стигматизированы и осуждаются в обществе. Вышеперечисленные характеристики и навыки консультанта позволяют не только создать атмосферу доверия, но и помогают специалисту и клиенту детально разобраться во всей системе детерминации индивидуальных рисков заражения ВИЧ, включая индивидуальные, межличностные и средовые факторы.

В качестве заключения важно сформулировать несколько базовых практических рекомендаций для реализации успешных поведенческих вмешательств в отношении заражения или распространения ВИЧ-инфекции:

- эффективное превентивное вмешательство требует учета и коррекции многих факторов, детерминирующих индивидуальный риск заражения, а не только повышения уровня знаний по проблеме ВИЧ/СПИД;

- необходимыми этапами превентивной работы являются выявление и оценка уровня знаний, индивидуальных убеждений, установок, уязвимости и готовности к поведенческим изменениям и поведенческим навыкам у объектов профилактического вмешательства, а также выявление и оценка уровня знаний, убеждений и установок по отношению к ним у субъектов профилактики, реализующих то или иное вмешательство;

- тренировка поведенческих навыков, направленных на предотвращение риска заражения или распространения ВИЧ является обязательным компонентом поведенческих интервенций. Несмотря на когнитивную и волевую готовность, недостаток реальных поведенческих навыков может быть барьером для успешного и долгосрочного изменения привычных моделей поведения. Конкретный перечень навыков, необходимых для успешной профилактики ВИЧ, включает, в частности, использование презерватива, уверенное поведение в контексте интимных отношений, навыки саморегуляции и совладания с проблемными ситуациями;

- рискованное поведение с точки зрения заражения или распространения ВИЧ всегда разворачивается в контексте межличностных отношений, а также в социальном и культурном окружении, включая конкретные ситуационные факторы (люди, состояния, места).

Планируя конкретные шаги по изменению поведения, необходимо учитывать все значимые факторы, детерминирующие индивидуальный риск и успешность реализации здоровьесберегающих практик. Содержание превентивной программы должно включать моделирование и практическую тренировку реализации профилактического поведения конкретных индивидов в конкретных специфических ситуациях, соответствующих обстоятельствам их реальной жизни.

Литература

1. Алексеева Е.Г., Баркалова О.Г., Алексеева Д.В., Касаткин В.Н. Исследование состояния знаний, отношения и поведения молодежи 10 регионов России в сфере репродуктивного здоровья и ВИЧ-инфекции // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2010. – № 4. – С. 27–32.
2. Ананьев Б.Г. Человек как общая проблема современной науки // Вестн. Ленингр. ун-та. Серия: Экономика. Философия. Право. – 1957. – № 11, вып. 2. – С. 90–101.
3. Ананьев Б.Г. О проблемах современного человекознания. – М., 1977. – 380 с.
4. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. Социально-психологические факторы в формировании здоровья личности // Обозр. психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 2012. – № 3. – С. 3–8.
5. Ганзен В.А. Системные описания в психологии. – Л., 1984. – 176 с.
6. Иванов А.В. Некоторые результаты изучения лиц молодого возраста, склонных к рискованному поведению // Здоровье и образование в XXI веке. Серия: Медицина. – 2009. – Т. 11, № 1. – С. 28–29.
7. Кедров Б.М. Классификация наук. – М., 1961. – Т. 1. – 472 с.
8. Константинов Ф.В. Заключительное слово на симпозиуме «Проблемы сознания» // Сознание. – М., 1967. – С. 77–82.
9. Левченко А.В., Боговин Л.В. Содержание временной транспективы студентов с табачной зависимостью // Бюл. физиологии и патологии дыхания. – 2011. – № 40. – С. 108–112.
10. Махаматова А.Ф., Левина О.С., Ерицян К.Ю., Антонова Н.А. Психологический компонент эффективных профилактических программ в сфере противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции в России // Вестн. С.-Петерб. ун-та. Серия 12: Психология. Социология. Педагогика. – 2013. – Вып. 2. – С. 54–65.
11. Роджерс К. Клиент-центрированная психотерапия: теория, современная практика и применение. – М., 2007. – 560 с.
12. Пиаже Ж. Психология, междисциплинарные связи и система наук // Материалы XVIII Междунар. психологического конгресса. – М., 1966. – С. 113–119.
13. Светлов В.А., Семенов А.А. Конфликтология : учеб. пособие. – СПб., 2011. – 350 с.
14. Справка: ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2014 г. / Федер. науч.-метод. центр по профилактике и борьбе со СПИД. – URL: <http://hivrussia.ru/doc/docs.shtml/>.

15. Шаболтас А.В., Тюсова О.В., Козлов А.П. ВИЧ-инфекция и особенности рискованного поведения потребителей инъекционных наркотиков: результаты лонгитюдного исследования в Санкт-Петербурге. – СПб., 2010. – 120 с.
16. Шаболтас А.В., Жуков Д.А. Рискованное поведение как реакция на неконтролируемый стресс // *Вестн. С.-Петерб. ун-та. Серия 12: Психология. Социология. Педагогика.* – 2011. – Вып. 1. – С. 227–234.
17. Шаболтас А.В., Боголюбова О.Н., Скочиллов Р.В. ВИЧ-инфекция: психологические и социальные основы исследований и превенции. – СПб., 2012. – 104 с.
18. Шаболтас А.В. Психологические основы превенции ВИЧ-инфекции. – СПб., 2015. – 694 с.
19. Шарок В.В. Некоторые психологические особенности лиц с рискованным поведением // *Вестн. С.-Петерб. ун-та. Серия 12: Психология. Социология. Педагогика.* – 2009. – Вып. 1. – С. 364–370.
20. Apt C., Hulbert D.F. The sexuality of women in physically abusive marriages: a comparative study // *J. Fam. Violence.* – 1993. – Vol. 8, N 1. – P. 57–69.
21. Bandura A. Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection // *Preventing AIDS: Theories, methods and behavioral interventions* / Eds.: Di Clemente R., Peterson J. – New York : Plenum, 1994. – P. 25–60.
22. Bronfenbrenner U. *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design.* – Cambridge : Harvard University Press, 1979. – 330 p.
23. Burchell A.N., Calzavara L.M., Myers T. [et al.] Stress and Increased HIV infection risk among gay and bisexual men // *AIDS.* – 2010. – Vol. 24. – P. 1757–1764.
24. Carey M.P., Lewis B.P. Motivational Strategies Can Augment HIV-Risk Reduction Programs // *AIDS Behav.* – 1999. – Vol. 3, N 4. – P. 269–276.
25. Fastenko A., Timofeeva I. Russia // *International perspectives on family violence and abuse: A cognitive ecological approach* / Ed. Malley-Morrison K. – Mahwah : Erlbaum, 2004. – P. 109–126.
26. Fisher J.D., Fisher W.A. Changing AIDS risk behavior // *Psychological Bulletin.* – 1992. – Vol. 111. – P. 455–474.
27. Gil-Gonzalez D., Vives-Cases C., Ruiz M.T. [et al.] Childhood experiences of violence in perpetrators as a risk factor of intimate partner violence: a systematic review // *J. Public. Health (Oxf).* – 2008. – Vol. 30. – P. 14–22.
28. Glanz K. Rimer B.K., Viswanath K. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice.* – 4th ed. – San Francisco : Jossey-Bass, 2008. – 592 p.
29. Kalichman S.C., Kelly J.A., Sikkema K.J. [et al.]. The emerging AIDS crisis in Russia: review of enabling factors and prevention needs // *Int. J. of STD and AIDS.* – 2000. – Vol. 10, N 2. – P. 71–75.
30. Kelly J.A., St. Lawrence J.S., Hood H.V., Brasfield T.L. Behavioral intervention to reduce AIDS risk activities // *J. of Consulting and Clinical Psychology.* – 1989. – Vol. 57. – P. 60–67.
31. Khan M.R., Kaufman J.S., Pence B.W. [et al.]. Depression, sexually transmitted infection, and sexual risk behavior among young adults in the United States // *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* – 2009. – Vol. 163. – P. 644–652.

32. Norcross J.C., Wampold B.E. What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person // *J. Clin. Psychol.* – 2011. – Vol. 67, N 2. – P. 127–132.
33. Okiishi J.C., Lambert M.J., Eggett D. [et al.]. An analysis of therapist treatment effects: toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome // *J. Clin. Psychol.* – 2006. – Vol. 62, N 9. – P. 1157–1172.
34. Orlinsky D.E., Grawe K., Parks B.K. Process and outcome in psychotherapy – noch einmal // *Handbook of psychotherapy and behavior change* / Eds.: A. Bergin, S. Garfield. – 4th ed. – New York : Wiley, 1994. – P. 270–378.
35. Ostrow D., Di-Francheisco W., Chmeil J. [et al.]. A case-control study of human immunodeficiency virus type-1 seroconversion and risk-related behaviors in the Chicago MACS/CCS cohort, 1984–1992 // *American J. of Epidemiology.* – 1995. – Vol. 142. – P. 1–10.
36. Sallis J.F., Owen N., Fisher E.B. Ecological models of health behavior // *Health behavior and health education: theory, research and practice* / Eds.: K. Glanz [et al.]. – San Francisco : Jossey-Bass, 2008. – P. 464–485.
37. Seal D.W., Agostinelli G. Individual differences associated with high-risk sexual behavior: implications for intervention programmes // *AIDS Care.* – 1994. – Vol. 6, N 4. – P. 393–399.
38. Sikkema K.J., Watt M.H., Meade C.S. [et al.]. Mental Health and HIV Sexual Risk Behavior among Patrons of Alcohol Serving Venues in Cape Town, South Africa // *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* – 2011. – Vol. 57, N 3. – P. 230–237.
39. Temple M.T., Leigh B.C., Schafer J. Unsafe sexual behavior and alcohol use at the event level: results of a national survey // *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* – 1993. – Vol. 6, N 4. – P. 393–401.
40. UNAIDS/WHO, AIDS Epidemic Update: Global Report. 2014. –URL: <http://www.unaids.org>.

Shaboltas A.V. Psikhologicheskaia kontsepsiia preventsii VICH-infektsii [Psychological conception of HIV prevention]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2015. N 55. P. 120–141.

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

Shaboltac Alla Vadimovna – PhD Psychol. Sci. Associate Prof, Dean of the Faculty of Psychology Saint-Petersburg state university (Russia, 199034, Saint-Petersburg, Universitetskaya embank., 7/9); e-mail: a.shaboltas@spbu.ru.

Abstract. The article presents the main definitions, concepts, approaches and components of effective psychological HIV prevention. Based on subject-objective approach and strategy of active prevention intervention the author formulates the term prevention as the interactive process between prevention agent and subject aimed to prevent HIV acquisition and transmission. The main psychological risk factors, HIV prevention components and targets are described.

Keywords: clinical psychology, methodology, conception, prevention, risky behavior, HIV/AIDS-infection.

References

1. Alekseeva E.G., Barkalova O.G., Alekseeva D.V., Kasatkin V.N. Issledovanie sostoyaniya znaniy, otnosheniya i povedeniya molodezhi 10 regionov Rossii v sfere reproduktivnogo zdorov'ya i VICH-infektsii [The research of knowledge, attitudes and behavior of the youth from 10 regions of Russia in area of reproductive health]. *Profilaktika zabolevanii i ukreplenie zdorov'ya* [Disease prevention and health strengthening], 2010. N 4. Pp. 27–32. (In Russ.)
2. Anan'ev B.G. Chelovek kak obshchaya problema sovremennoi nauki [The Human Being as general problem of modern science]. *Vestnik Leningradskogo universiteta. Seriya: Ekonomika. Filosofiya. Pravo* [The Bulletin of Leningrad University. The series: Economy. Philosophy. Law]. 1957. Issue 2, N 11. Pp. 90–101. (In Russ.)
3. Anan'ev B.G. O problemakh sovremennogo chelovekozniyaniya [On issues of modern human understanding]. Moskva. 1977. 380 p. (In Russ.)
4. Vasserman L.I., Trifonova E.A. Sotsial'no-psikhologicheskie faktory v formirovaniy zdorov'ya lichnosti [Social and psychological factors of personality health development]. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology], 2012. N 3. Pp. 3–8. (In Russ.)
5. Ganzen V.A. Sistemnye opisaniya v psikhologii. Leningrad [The system descriptions in psychology]. 1984. 176 p. (In Russ.)
6. Ivanov A.V. Nekotorye rezultaty izucheniya lits molodogo vozrasta, sklonnykh k riskovannomu povedeniyu [Some reseach results on young age subjects susceptible to risk behavior]. *Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke. Seriya: Meditsina* [Health & education millennium. Series Medicine]. 2009. Vol. 11, N 1. Pp. 28–29. (In Russ.)
7. Kedrov B.M. Klassifikatsiya nauk [The classification of sciences]. Moskva. 1961. Vol. 1. 472 p. (In Russ.)
8. Konstantinov F.V. Zaklyuchitel'noe slovo na simpoziume «Problemy soznaniya» [The final word at the symposium "The problems of consciousness"]. *Soznanie* : Scientific. Conf. Proceedings. Moskva. 1967. Pp. 77–82. (In Russ.)
9. Levchenko A.V., Bogovin L.V. Soderzhanie vremennoi transspektivy studentov s tabachnoi zavisimost'yu [The content of time transperspective of the students with tobacco addiction]. *Byulleten' fiziologii i patologii dykhaniya* [Bulletin physiology and pathology of respiration], 2011. N 40. Pp. 108–112. (In Russ.)
10. Makhamatova A.F., Levina O.S., Eritsyun K.Yu., Antonova N.A. Psikhologicheskii komponent effektivnykh profilakticheskikh programm v sfere protivodeistviya epidemii VICH-infektsii v Rossii [The psychological component of the effective profylactic in area of HIV-infection prevention in Russia]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Seriya 12: Psikhologiya. Sotsiologiya. Pedagogika* [Vestnik of Saint Petersburg university. Series 12. Psychology. Sociology. Education]. 2013. Issue 2. Pp. 54–65. (In Russ.)
11. Rodzhers K. Klient-tsentrirovannaya psikhoterapiya: teoriya, sovremennaya praktika i primenenie [The client-centered psychotherapy: theory, modern practice and application]. M. 2007. 560 p. (In Russ.)

12. Piazhe Zh. Psikhologiya, mezhdistsiplinarnye svyazi i sistema nauk [The psychology, interdisciplinary connections and the system of sciences]. *Materialy XVIII Mezhdunarodnogo psikhologicheskogo kongressa* [Proceedings of the XVIII International Congress of Psychology]. Moskva. 1966. Pp. 113–119. (In Russ.)

13. Svetlov V.A., Semenov A.A. Konfliktologiya [The conflictology]. Sankt-Peterburg. 2011. 350 p. (In Russ.)

14. Cpravka: VICH-infektsiya v Rocciickoi Federatsii v 2014 g. [The fact sheet: HIV-infection in Russian Federation in 2014]. Federal'nyi nauchno-metodicheskii tsentr po profilaktike i bor'be co CPID [The Federal research and methodical center on AIDS prevention and struggle]. URL: <http://hivrussia.ru/doc/docs.shtml/>. (In Russ.)

15. Shaboltas A.V., Tyusova O.V., Kozlov A.P. VICH-infektsiya i osobennosti riskovannogo povedeniya potrebitelei in"eksionnykh narkotikov: rezul'taty longitudnogo issledovaniya v Sankt-Peterburge [HIV-infection and specific of risk behaviors in injection drug abusers: results of longitudinal study in St.Petersburg]. Sankt-Peterburg. 2010. 120 p. (In Russ.)

16. Shaboltas A.V., Zhukov D.A. Riskovannoe povedenie kak reaktsiya na nekontroliruemyi stress [The risk behavior as reaction on uncontrollable stress]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Seriya 12: Psikhologiya. Cotsiologiya. Pedagogika* [Vestnik of Saint Petersburg university. Series 12. Psychology. Sociology. Education]. 2011. Issue 1. Pp. 227–234. (In Russ.)

17. Shaboltas A.V., Bogolyubova O.N., Skochilov R.V. VICH-infektsiya: psikhologicheskie i sotsial'nye osnovy issledovaniya i preventsii [HIV-infection: psychological and social bases for research and prevention]. Sankt-Peterburg. 2012. 104 p. (In Russ.)

18. Shaboltac A.V. Psikhologicheskie osnovy preventsii VICH-infektsii [The psychological bases for HIV-infection prevention]. Sankt-Peterburg. 2015. 694 p. (In Russ.)

19. Sharok V.V. Nekotorye psikhologicheskie osobennosti lits s riskovannym povedeniem [Some psychological specifics of persons with risk behaviors]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Seriya 12: Psikhologiya. Sotsiologiya. Pedagogika* [Vestnik of Saint Petersburg university. Series 12. Psychology. Sociology. Education]. 2009. Issue 1. Pp. 364–370. (In Russ.)

20. Apt C., Hulbert D.F. The sexuality of women in physically abusive marriages: a comparative study. *J. Fam. Violence*. 1993. Vol. 8, N 1. Pp. 57–69.

21. Bandura A. Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. Preventing AIDS: Theories, methods and behavioral interventions. Eds.: Di Clemente R., Peterson J. New York : Plenum. 1994. Pp. 25–60.

22. Bronfenbrenner U. The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge : Harvard University Press. 1979. 330 p.

23. Burchell A.N., Calzavara L.M., Myers T. [et al.] Stress and Increased HIV infection risk among gay and bisexual men. *AIDS*. 2010. Vol. 24. Pp. 1757–1764.

24. Carey M.P., Lewis B.P. Motivational Strategies Can Augment HIV-Risk Reduction Programs. *AIDS Behav*. 1999. Vol. 3, N 4. Pp. 269–276.

25. Fastenko A., Timofeeva I. Russia. International perspectives on family violence and abuse: A cognitive ecological approach. Ed. Malley-Morrison K. Mahwah : Erlbaum. 2004. Pp. 109–126.

26. Fisher J.D., Fisher W.A. Changing AIDS risk behavior. *Psychological Bulletin*. 1992. Vol. 111. Pp. 455–474.
27. Gil-Gonzalez D., Vives-Cases C., Ruiz M.T. [et al.] Childhood experiences of violence in perpetrators as a risk factor of intimate partner violence: a systematic review. *J. Public. Health (Oxf.)*. 2008. Vol. 30. Pp. 14–22.
28. Glanz K. Rimer B.K., Viswanath K. Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice. 4th ed. San Francisco : Jossey-Bass. 2008. 592 p.
29. Kalichman S.C., Kelly J.A., Sikkema K.J. [et al.]. The emerging AIDS crisis in Russia: review of enabling factors and prevention needs. *Int. J. of STD and AIDS*. 2000. Vol. 10, N 2. Pp. 71–75.
30. Kelly J.A., St. Lawrence J.S., Hood H.V., Brasfield T.L. Behavioral intervention to reduce AIDS risk activities. *J. of Consulting and Clinical Psychology*. 1989. Vol. 57. Pp. 60–67.
31. Khan M.R., Kaufman J.S., Pence B.W. [et al.]. Depression, sexually transmitted infection, and sexual risk behavior among young adults in the United States. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2009. Vol. 163. Pp. 644–652.
32. Norcross J.C., Wampold B.E. What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *J. Clin. Psychol.* 2011. Vol. 67, N 2. Pp. 127–132.
33. Okiishi J.C., Lambert M.J., Eggett D. [et al.]. An analysis of therapist treatment effects: toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. *J. Clin. Psychol.* 2006. Vol. 62, N 9. Pp. 1157–1172.
34. Orlinsky D.E., Grawe K., Parks B.K. Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. Handbook of psychotherapy and behavior change. Eds.: A. Bergin, S. Garfield. 4th ed. New York : Wiley. 1994. Pp. 270–378.
35. Ostrow D., Di-Francheisco W., Chmeil J. [et al.]. A case-control study of human immunodeficiency virus type-1 seroconversion and risk-related behaviors in the Chicago MACS/CCS cohort, 1984–1992. *American J. of Epidemiology*. 1995. Vol. 142. Pp. 1–10.
36. Sallis J.F., Owen N., Fisher E.B. Ecological models of health behavior. Health behavior and health education: theory, research and practice. Eds.: K. Glanz [et al.]. San Francisco : Jossey-Bass. 2008. Pp. 464–485.
37. Seal D.W., Agostinelli G. Individual differences associated with high-risk sexual behavior: implications for intervention programmes. *AIDS Care*. 1994. Vol. 6, N 4. Pp. 393–399.
38. Sikkema K.J., Watt M.H., Meade C.S. [et al.]. Mental Health and HIV Sexual Risk Behavior among Patrons of Alcohol Serving Venues in Cape Town, South Africa. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* 2011. Vol. 57, N 3. Pp. 230–237.
39. Temple M.T., Leigh B.C., Schafer J. Unsafe sexual behavior and alcohol use at the event level: results of a national survey. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* 1993. Vol. 6, N 4. Pp. 393–401.
40. UNAIDS/WHO, AIDS Epidemic Update: Global Report. 2014. URL: <http://www.unaids.org>.

Received 31.07.2015



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 ежеквартально** (март, июнь, сентябрь, декабрь).

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.).

Статьи, присланные авторами в редакцию, рецензируются редакционной коллегией (редакционным советом) и ведущими специалистами отрасли науки. Направленные статьи в журнал должны соответствовать следующим правилам:

1. Автор(ы) представляет(ют) в журнал экземпляр статьи, подписанный на титульном листе всеми авторами с указанием даты и электронную версию статьи. При необходимости редакция может запросить акт экспертизы. В сопроводительном письме следует указать *фамилии, имена и отчества полностью, занимаемые должности, ученые звания и ученые степени, а также почтовый и электронный адрес*, и телефон автора, с которым редакции следует вести переписку. Статьи рассматриваются редакцией после получения бумажного и электронного вариантов.

Электронные версии могут представляться на электронных носителях (дискеты, CD, флэш-накопители и др.) или направляться по сети Интернет. В состав электронной версии статьи должны входить файл, содержащий текст статьи (в формате Microsoft Word – любая версия, *без переносов слов*). Если в файл со статьей включены иллюстрации и таблицы, то необходимо дополнительно представить файлы с иллюстрациями и таблицами.

При посылке файлов по e-mail желательно придерживаться следующих правил:

- указывать в поле subject (тема) фамилию первого автора и дату представления статьи (например, egorow01.01.2007; egorow01.01.2007_Ris-1; egorow01.01.2007_Ris-2; egorow01.01.2007_Tab1;

- использовать вложение файлов;

- в случае больших файлов следует использовать общеизвестные архиваторы (ARJ, ZIP).

2. Текст статьи набирается шрифтом Times New Roman 14, интервал полуторный. Абзацный отступ 1,25 см. Поля с каждой стороны по 2,5 см. Запрещается любые действия со шрифтом (подчеркивание, курсив, полужирный, прописной (заглавный), разрядка-уплотнение, переносы слов и пр.). Оформление статьи должно соответствовать ГОСТу 7.89-2005 «Оригиналы текстовые авторские и издательские. Общие требования» (<http://gostexpert.ru/gost/gost-7.89-2005>). Диагнозы заболеваний и формы расстройств поведения следует соотносить с Международной классификацией болезней и расстройств поведения (МКБ-10) (<http://mkb-10.com/>). Единицы измерений приводятся по ГОСТу 8.471-2002 «Государственная система обеспечения единства измерений. Единицы величин» (<http://docs.cntd.ru/document/gost-8-471-2002-gsi>)

Объем передовых и обзорных статей не должен превышать 15 с., экспериментальных и общетеоретических исследований – 10 с. В этот объем входят текст, иллюстрации (фотографии, рисунки) – не более четырех, таблицы (не более трех) и список литературы.

3. Схема построения статьи:

а) инициалы и фамилии авторов, название статьи, учреждение, страна, город, адрес:

П.П. Петров, И.И. Иванов

Психотерапия игровых зависимостей и особенности мониторинга психического состояния пациентов

(обычный строчный, не заглавный шрифт!)

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины

им. А.М. Никифорова МЧС России

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

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова

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

б) реферат – обеспечивает понимание основных положений статьи. Объем реферата не менее ¼ с. (250 знаков) При составлении реферата следует руководствоваться ГОСТом 7.9-95 «Реферат и аннотация. Общие требования» (<http://gostexpert.ru/gost/gost-7.9-95>). Составляется реферат по следующей схеме:

- цели и задачи работы, объекты исследования, методики, использованные в работе (в тех случаях, когда они новые или необходимы для понимания сути и особенностей содержания статьи);

- основные теоретические и экспериментальные результаты работы.

Предпочтение следует отдавать новым и проверенным фактам, результатам длительных исследований. Нужно указать, являются ли приводимые числовые значения первичными или производными, пределы точности, надежности, интервалы достоверности, оценки, рекомендации, принятые или отвергнутые гипотезы, обсуждаемые в статье. При оформлении реферата указываются фамилии всех авторов и название статьи;

в) ключевые слова – емко отражают содержание статьи. Они позволяют в каталогах или электронных базах данных найти необходимое издание. Ключевые слова следует соотносить с рубрикаторм «Медицинские предметные рубрики» (MESH), разработанным сотрудниками Национальной медицинской библиотекой США. Русскоязычная версия рубрикатора содержится на сайте Центральной медицинской научной библиотеки Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (<http://193.232.7.102/cgiopac/opacg/opac.exe>). Обычно применяют 3–7 слов или коротких словосочетаний, вначале следует поставить основное (медицина катастроф, чрезвычайная ситуация, экстремальная психология, военная медицина, гигиена катастроф и пр.). Если в списках отсутствуют подходящие обозначения новых терминов, следует подобрать наиболее близкие из имеющихся.

Перевод реферата и ключевых слов на английский язык обязателен;

г) введение – излагается актуальность проведения исследования и формулируется цель статьи. В этом разделе следует упоминать только работы, имеющие непосредственное отношение к теме исследования, и нежелательно давать широкий обзор предмета исследования (исключения составляют обзорные статьи). Дайте определение исследуемым категориям;

д) материал и методы – ясно и достаточно подробно описывается отбор групп для наблюдений или экспериментов. Сообщите число лиц, выбывших из исследования, укажите причины. Применяемые новые методы или работа на аппаратуре излагаются так, чтобы читатель мог воспроизвести результаты. На общепринятые методы приводятся ссылки на публикации, включая страницы их описания в документах. При использовании лекарственных средств точно указываются их названия (включая коммерческие), дозы и способы применения (пути введения).

При проведении исследований на человеке или экспериментов на животных следует указать соответствовала ли их процедура этическим стандартам. Не следует использовать фамилии больных, номера историй болезней, особенно в материалах, содержащих иллюстрации (фотографии).

В этом разделе статьи кратко представляются сведения о методах статистики. При использовании параметрических методов статистики следует указать на проведенную проверку результатов исследования на нормальность распределения. В противном случае – использовать непараметрические методы;

е) результаты – компактному изложению статьи способствует представление материалов исследований в виде таблиц или иллюстраций в логической последовательности. Ограничьтесь теми иллюстрациями (таблицами), которые объясняют основные аргументы статьи и оценивают степень их обоснованности. Данные таблиц и рисунков не должны дублироваться. Не повторяйте в тексте все данные таблиц (рисунков), выбирайте только самое важное, обобщающее. Результаты количественной оценки представляются с показателями ошибок измерения, доверительными интервалами: $(M \pm m)$ или $(M \pm \sigma)$;

ж) обсуждение – делается акцент на новых и важных аспектах исследования. Не следует полагаться только на статистическую оценку гипотез. Обсуждение проводится путем соотнесения собственных наблюдений с другими исследованиями в изучаемой области знаний. Намечаются возможные пути применения полученных фактов и формулируется новая гипотеза (предположение);

з) список литературы – должен содержать, кроме основополагающих, публикации за последние 5–10 лет. В оригинальных статьях цитируется не более 10–15 источников, в передовых и обзорных статьях – не более 50. Автор несет ответственность за правильность библиографических данных.

Список литературы оформляется в виде алфавитного библиографического указателя по ГОСТу 7.0.5.-2008 «Библиографическая ссылка. Общие требования и правила составления» (<http://gostexpert.ru/search?text=7.0.5-2008&gost=1>). Независимо от количества авторов все они помещаются в заголовке (вначале) библиографической записи. Если авторов 5 и более, то можно указать фамилии 3 авторов и в квадратных скобках сокращенное словосочетание и другие [и др.]. В зоне ответственности (после косой линии) авторы не повторяются. Для оптимизации транслитерации знак точка и тире (.-), которые отделяют зоны библиографической записи, заменяется точкой.

Пальцев М.А. О биологической безопасности // Вестн. РАН. 2003. Т. 73, № 2. С. 99–103.

Новиков В.С., Никифоров А.М., Чепрасов В.Ю. Психологические последствия аварии // Воен.-мед. журн. 1996. № 6. С. 57–62.

Гончаров С.Ф., Ушаков И.Б., Лядов К.В., Преображенский В.Н. Профессиональная и медицинская реабилитация спасателей. М.: ПАРИТЕТ ГРАФ, 1999. 320 с.

Цыб А.Ф. [и др.]. Разработка Всесоюзного регистра лиц, подвергшихся радиационному воздействию в результате аварии на ЧАЭС // Мед. радиология. 1989. № 7. С. 3–6.

В библиографической записи иностранных документов следует различать том и номер выпуска периодического издания.

Kirik O.V., Stepanov R.P., Fedortseva R.F., Bychkovskaia I.B. Unusual cellular effects of small doses of radiation: a massive, persisting, dose-independent increase in yield of ultrastructural pathology in the rat nephrocyte population // Int. J. Low Radiation. 2010. Vol. 7, N 3. Pp. 208–216.

Mirmohammadi S.J., Mehrparvar A.H., Kazemeini K. [et al.]. Epidemiologic characteristics of occupational burns in Yazd, Iran // Int. J. Prev. Med. 2013. Vol. 4, N 6. Pp. 723–727.

4. Требования к рисункам:

- допускаются только черно-белые рисунки, заливка элементов рисунка – косая, перекрестная, штриховая. Не допускаются тоновые заливки;

- формат файла – TIFF, любая программа, поддерживающая этот формат (Adobe Photoshop, CorelDRAW и т. п.);

- разрешение – не менее 300 dpi;

- ширина рисунка – не более 100 мм, высота рисунка – не более 150 мм, легенда рисунка должна быть легко читаемой, шрифт не менее 8 пт.

Рисунки присылаются отдельными файлами, при пересылке запрещается помещать рисунки в файлы Word.

5. Транслитерация и перевод. Для изучения статей читателями, не знающими русского языка, в конце каждой статьи помещаются переведенные на английский язык сведения об авторах, учреждениях, транслитерированное оригинальное название статьи, переведенные название статьи, расширенный реферат и ключевые слова, транслитерированный список процитирован-

ной литературы. В ряде компьютерных систем нет кириллического шрифта, в связи с чем русскоязычное оригинальное название документа представляется латинским (романским) шрифтом. Транслитерация проводится по стандарту British Standards Institution (BSI) (<http://translit.net/>). Для перевода **отдельных слов!** (словосочетаний) можно воспользоваться автоматизированным переводом (<https://translate.google.ru/>).

6. Сведения об авторах. Перечень сведений об авторе на русском и английском языке

Фамилия имя отчество – ученая степень, ученое звание [указание ученого звания и должности – факультативно], название места работы / учебы без сокращений, даже если оно общепринято в стране. При переводе следует использовать официальное название из **Устава учреждения**, иначе аффилиация с учреждением в международных базах данных будет затруднена), почтовый адрес (страна, почтовый индекс, город, улица, дом); e-mail: автора.

Admakin Aleksandr Leonidovich – PhD Med. Sci., Senior Lecturer, Thermal Lesions Department, Kirov Military Medical Academy (Russia, 194044, St. Petersburg, Academica Lebedeva Str., 6); e-mail: admakin@yandex.ru;

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

Рекомендованные переводы ученых степеней и ученых званий:

- доктор медицинских наук – Dr. Med. Sci.;
- доктор биологических наук – Dr. Biol. Sci.;
- доктор психологических наук – Dr. Psychol. Sci.;
- кандидат медицинских наук – PhD Med. Sci.;
- кандидат биологических наук – PhD Biol. Sci.
- кандидат психологических наук – PhD Psychol. Sci.;
- профессор – Prof.
- доцент – Associate Prof.
- аспирант – PhD Student;
- младший научный сотрудник – Junior Research Associate;
- научный сотрудник – Research Associate;
- старший научный сотрудник – Senior Research Associate;
- ведущий научный сотрудник – Leading Research Associate;
- главный научный сотрудник – Principal Research Associate;
- декан / заместитель декана – Dean / Vice Dean;
- заведующий кафедрой (отделом) – Head of Department;
- член-корреспондент [академии наук] – Corresponding Member, [после запятой – название Академии].

- действительный член Российской академии наук (Российской академии медицинских наук) – Member, Russian Academy of Sciences (Member, Russian Academy of Medical Sciences) [после запятой – название академии].

Редакция оставляет за собой право сокращения статей, не изменяя их концептуальной основы содержания. Рукописи авторам не возвращаются.

Адрес редакции: журнал «Вестник психотерапии», ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России, Придорожная аллея, д.11, Санкт-Петербург. Сайт ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России: www.arcerm.spb.ru; сайт МИРВЧ: www.mirvch.com. Телефон (812) 592-35-79, 923-98-01 – заместитель главного редактора журнала – кандидат психологических наук доцент Миельчакова Валентина Александровна, e-mail: vestnik-pst@yandex.ru.

Главный редактор – заместитель директора по научной и учебной работе ФГБУ ВЦЭРМ им.А.М. Никифорова МЧС России, заслуженный деятель науки РФ, доктор психологических наук, доктор медицинских наук профессор Виктор Юрьевич Рыбников (e-mail: rvikirina@mail.ru).

Научный редактор – доктор медицинских наук профессор Владимир Иванович Евдокимов (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 25.09.2015. Печать – ризография.

Бумага офсетная. Формат 60/84¹/₁₆. Тираж 1000 экз.

Объем 9,19 п. л. Заказ 9440.