

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

**ВЕСТНИК
ПСИХОТЕРАПИИ**

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор В.Ю. Рыбников

№ 57 (62)

Санкт-Петербург
2016

Редакционная коллегия

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

Редакционный совет

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

Адрес редакции:

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

ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ

Научно-практический журнал

- © Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, 2016
- © Международный институт резервных возможностей человека, 2016

**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 57 (62)

St. Petersburg
2016

Editorial Board

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

Editorial Council

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

For correspondence:

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

BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY

Research & clinical practice journal

© Nikiforov Russian Centre of Emergency and Radiation
Medicine, EMERCOM of Russia, 2016

© International Institute of Human Potential Abilities, 2016

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХОТЕРАПИЯ

Александров А.А.

Соотношение когнитивного и аффективного в аналитико-катартической терапии 7

Курпатов В.И., Гладышенко А.В.

Кризис или коллапс российской психотерапии? 19

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Ермакова Н.Г.

Применение программы индивидуальной психологической коррекции в процессе реабилитации больных с когнитивными и двигательными нарушениями после инсульта 30

Яковлева М.В.

Особенности личности и отношения к болезни пациентов, приверженных и неприверженных к лечению в восстановительном периоде после коронарного шунтирования 49

Гордиенко А.В., Сорокин Н.В., Рыжков А.И., Сердюков Д.Ю.

Эмоциональные расстройства у больных с гипертонической болезнью молодого возраста при различных вариантах метаболического синдрома 59

Леушина Е.А.

Особенности самооценки подростков с хроническими аллергическими заболеваниями 71

Змановская Е.В., Миропольская О.В.

Теоретико-методологическое обоснование применения проективной методики Роршаха в комплексной диагностике психосоматических расстройств 83

Суховская О.А., Иванова С.С., Смирнова М.А.

Психологические особенности личности при различном статусе курения 100

Рыбников В.Ю., Морозова Е.В.

Структурно-динамическая модель внутренней картины инвалидности в контексте психологической реабилитации 113

Улюкин И.М., Григорьев С.Г.

Многомерный факторный анализ психологического статуса больных в динамике ВИЧ-инфекции 134

Информация о журнале 147

CONTENTS

PSYCHOTHERAPY

Aleksandrov A.A. Cognitive and affective interaction in the analytic-cathartic therapy	7
Kurpatov B.I., Gladyschenko A.V. The crisis and the collapse of the Russian psychotherapy	19

MEDICAL PSYCHOLOGY

Ermakova N.G. Psychological care in rehabilitation of patients with cognitive and motor disorders after stroke	30
Iakovleva M.V. Features of the personality and the attitude towards the disease of adherent and non-adherent to treatment patients during the recovery period after coronary bypass surgery	49
Gordienko A.V., Sorokin N.V., Ryzhkov A.I., Serdyukov D.Y. Anxiety-depressive disorders in the young age patients with the essential hypertension and the diverse variants of the metabolic syndrome	59
Leushina E.A. The features of self-esteem of adolescents suffering from chronic allergic diseases	71
Zmanovskaya E.V., Miropol'skaya O.V. Application of the Rorschach method in comprehensive diagnostics of psychosomatic disorders: theoretical and methodological validation	83
Sukhovskaya O.A., Ivanova S.S., Smirnova M.A. Accentuation depending on the smoking status	100
Rybnikov V.Y., Morozova E.V. Structural-dynamic model of the internal picture of disability in the context of psychological rehabilitation	113
Uliukin I.M., Grigorjev S.G. Multivariate factor analysis of the psychological status of patients in the dynamics of HIV infection	134
Information about the Journal	147

ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 615.851

А.А. Александров

СООТНОШЕНИЕ КОГНИТИВНОГО И АФФЕКТИВНОГО В АНАЛИТИКО-КАТАРТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

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

В статье рассматривается проблема соотношения аффективного и когнитивного в аналитико-катартической терапии Александрова (АКТА) — современной краткосрочной модели патогенетической психотерапии В.Н. Мясищева. Метод «беседы» патогенетической психотерапии дополняется использованием техники «диалога с воображаемым собеседником», в результате чего выравнивается баланс между когнитивным и аффективным воздействиями: аналитический метод патогенетической психотерапии трансформируется в аналитико-катартический, что повышает эффективность терапии и сокращает сроки ее проведения.

Ключевые слова: аналитико-катартическая терапия (АКТА), патогенетическая психотерапия, «беседа-дискуссия», «диалог с воображаемым собеседником», инсайт, катарсис.

Древний спор между Аристотелем и Платоном, разумом и чувством, актуален и в наше время как ведущийся между психотерапевтами, подчеркивающими важность интеллектуального «прозрения», и поборниками эмоционального опыта. Другими словами, речь идет о проблеме соотношения в терапевтическом процессе аффективного и когнитивного, о значении катарсиса и инсайта, интеллектуального и эмоционального осознания. Оба эти понятия – катарсис и инсайт – тесным образом связаны и частично перекрывают друг друга, отражая тем самым идею единства аффекта и интеллекта. В отечественной психологии эта идея изначально возникла в трудах Л.С. Выготского, который открыл существование динамической смысловой системы, представляющей собой единство аффективных и интеллектуальных процессов [2].

Для нас, приверженцев школы психологии отношений В.Н. Мясищева [10], вопрос о соотношении когнитивного и аффективного в психотера-

Александров Артур Александрович – д-р мед. наук проф., Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И.И. Мечникова (Россия, 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41); e-mail: profalexandrov@yandex.ru.

пии приобретает особое значение в связи с разработкой современной модели патогенетической психотерапии – аналитико-катартической терапии (АКТА) [1]. Патогенетическая психотерапия генеалогически связана с психоанализом и рациональной психотерапией. В связи с этим важно проследить, как решалась проблема «разума и чувства» в этих подходах.

Катартический метод Брейера как предтеча психоанализа. Итак, сначала был катарсис. Впервые этот термин был употреблен Аристотелем в его «Поэтике». Трагедия, по мнению Аристотеля, вызывая страх, гнев, сострадание и другие сильные чувства, заставляет зрителя переживать эти чувства, тем самым «очищая» его душевное состояние. В психотерапии термин «катарсис» впервые употребил Й. Брейер, создав «катартический метод», который явился предтечей психоанализа.

В работе «Этюды по истерии» (1895), написанной Фрейдом совместно с Брейером [15], авторы развили концепцию психогенеза неврозов, согласно которой, истерические симптомы вызываются бессознательными эмоционально заряженными воспоминаниями о перенесенной психической травме. Необходимо подчеркнуть, что речь идет о воспоминании неприятного события, действительно имевшего место в прошлом. За невротическими симптомами лежит реальный травматический опыт. Фрейд и Брейер писали о том, что симптомы истерии исчезали, когда им удавалось вызвать в памяти больного, приведенного в состояние гипнотического сна, воспоминание о событии, которое спровоцировало эти симптомы, и вызвать сопровождающие это событие переживания. Важно не просто вспомнить событие, а пережить его вновь. «Воспоминание же без соответствующего переживания, – писали авторы, – никаких результатов не дает». Элемент «когнитивного знания» («память о событии») подчеркивался Фрейдом в контексте эмоциональной разрядки (катарсиса, или абреакции). То есть излечение мыслилось через разрядку переживания в форме абреакции, или катарсиса [14]. В «Критическом словаре психоанализа» Ч. Райкрофта катарсис относится не к очищению страданием и ужасом, вызванными трагедией, а к терапевтическому эффекту отреагирования (абреакции) [13]. Эта идея связывалась с предположением о том, что в таких состояниях, как истерия, в роли патогенного агента выступает какое-то специфическое событие травматического характера. На заре психоанализа, как яствует из того же словаря со ссылкой на ту же работу Фрейда и Брейера, считалось, что «отреагирование терапевтично само по себе, независимо от того, понимает ли пациент важность вытесненного переживания» [13, с. 117]. Необходимость эмоционального аккомпанемента при восстановлении подавленных

воспоминаний очень близко по смыслу к тому, что многие психоаналитики называют сегодня «эмоциональным инсайтом».

Поначалу Фрейд лечил своих пациентов исключительно методом катарсиса, однако вскоре он обнаружил, что симптомы возвращаются, как только нарушается его личная связь с пациентом. Фрейд убедился в том, что с помощью этого метода невозможно одолеть сопротивление, которое пациент оказывает вспоминанию вытесненного материала. Метод гипнотического внушения маскировал это сопротивление. Разочарование в катартическом методе привело Фрейда к отказу от теории травматического происхождения неврозов и переходу к идее, что в основе невроза лежат не реальные события (травматическая ситуация), а бессознательные желания и импульсы. Основной причиной неврозов, по Фрейду, являются теперь не психические травмы, не влияние внешней среды, а фактически внутренние причины – бессознательные переживания раннего детского возраста («инфантильно-сексуальные комплексы»). Фрейд отказывается от катартического метода в пользу созданного им психоаналитического метода, перейдя от переживания реального травматического события к анализу-толкованию символов вытесненных желаний. Метод катарсиса был тесно связан с психологией истерии. В основе катартического метода лежал неправильный взгляд, будто все неврозы возникают вследствие какой-либо психической травмы (в основном сексуальной), вытесненной в бессознательную сферу, то есть подвергнутой амнезии. Во время гипноза воспроизводятся в памяти больного «ущемленные аффекты», вернее, сексуальные травмы, подвергшиеся забвению. Основным приемом катарсиса является вызывание у больного гипноидного состояния, с тем чтобы, ослабив «цензуру» сознания, снова воспроизвести бывшие травмирующие переживания больного. Метод катарсиса, по существу, являлся патогномоничным в отношении истерической амнезии. Амнезия в результате психической травмы наблюдается при истерии и в случаях шоковых эмоциональных неврозов.

Со времен Шарко многие авторы высказывали мнение, что истерическое сумеречное состояние имеет много общего с сомнамбулической стадией гипноза. И.П. Павлов указывал: «...истерика часто можно и должно представлять себе даже при обыкновенных условиях жизни хронически загипнотизированным в известной степени...» [10, с. 211]. С.И. Консторум писал, что механизм катарсиса – как воспроизведения травмирующей сцены так, словно нечто давно прошедшее разыгрывается в данный момент, – похож, как две капли воды, на то, что наблюдается у больных травматической истерией. И в катарсисе, и в истерическом припадке такого типа речь

идет, по существу, об истерических механизмах короткого замыкания, когда травмирующее переживание целиком овладевает субъектом. Это те же механизмы, что и в истерических сумеречных состояниях, как правило, воспроизводящих то или иное травмирующее переживание [9]. Таким образом, метод катарсиса подходил к лечению больных истерией, погруженных в глубокий (сомнамбулический) гипнотический транс, как ключ к замку. Естественно, такой метод не мог распространиться на другие категории больных и психотерапия не могла ограничиваться таким методом долгое время. Кроме того, его применение имело и другие ограничения: трудность достижения сомнамбулической фазы гипноза, низкая гипнабельность многих пациентов.

Проблема соотношения когнитивного и аффективного в психоанализе. Главным методом психоанализа становится интерпретация, само же понятие «катарсиса» было упразднено и заменено «абреакцией». Таким образом, был произведен переход от катарсиса (переживания) к инсайту (осознанию). Тем не менее Фрейд подчеркивал важность абреакции как фактора, необходимого для полноценного осознания. В начале существования психоанализа считалось, что анализ должен пользоваться только когнитивными средствами (интерпретация, осознание). Фрейд предписывал своим ученикам правило умеренности, или нейтралитета. Инсайт стал рассматриваться как понимание смысла материалов, получаемых от пациента и передаваемых ему; при таком разъяснении часто использовались и интеллектуальные аргументы. В 1913 г. Фрейд написал: «В ранний период психоанализа мы придерживались взгляда, что ситуацию следует рассматривать с интеллектуальной точки зрения. Мы придавали большое значение знанию пациента о том, что было им забыто, и при этом почти не проводили различия между нашим знанием ситуации и знанием пациента. То, что в результате такого подхода не последовало успеха, явилось жестоким разочарованием» [14, с. 148].

Развитие психоанализа заставило усомниться в правомерности самой формулы «излечение через осознание». Интерес к аффективно-эмоциональным сторонам межличностного отношения все более усиливался. Подвергался критике акцент на интеллектуально-интерпретативную сторону психоанализа в ущерб его эмоционально-аффективной стороне. Вызывал сомнение главный тезис Фрейда о господстве сознания над чувствами, о преимущественной роли интеллектуального истолкования в излечении больного [16]. Ш. Ференци был одним из первых, кто поставил под сомнение первостепенную роль интеллектуальных основ лечебного про-

цесса. В 1924 г. он совместно с О. Ранком опубликовал книгу, в которой обсуждался разрыв между теорией психоанализа и практикой. Авторы объясняют такой пробел «фанатизмом в интерпретации», поскольку «прерывание» курса анализа серий формальных объяснений не приводит к ожидаемым результатам. «Слишком хорошим знаниям аналитика» Ференци и Ранк противопоставляют «Erleben» – переживание. Они ратуют за то, чтобы пациент «повторял целые фрагменты своего прошлого». Такое переживание прошлого обязательно принимает ярко выраженный аффективный характер, вовлекает пациента и терапевта в интенсивное эмоциональное общение, и считают, что надо «заменить интеллектуальные процессы аффективными переживаниями». Другими словами, надо было так или иначе восстановить катарсис. И Ференци снова начал использовать гипноз (по крайней мере эпизодически) в своей практике – в своем «неокатартическом методе» [17].

Дальнейшие нововведения в психоанализе также были связаны с попытками усиления доли эмоциональности в процессе аналитического лечения. Начиная с 1960-х гг. приверженцы теории объектных отношений (Малер, Когут, Серлз) подчеркивали важнейшее значение симбиотических связей между матерью и грудным ребенком. Эту точку зрения разделяли тогда некоторые английские авторы (Балинт, Боулби, Масуд Кхан, Винникотт), которые добивались успеха при психоаналитическом лечении пограничных состояний, а также больных с психозами. Расстройства у таких больных связаны с аффективной недостаточностью, имевшей место в раннем детстве, и терапевт старался устранить это путем установления с пациентом эмпатических отношений, то есть установить интенсивное эмоциональное общение, например, в форме «холдинга», используемой Винникоттом. Он говорит, что единственный способ обратиться к самому раннему опыту – это вновь пережить его; поэтому задача пациента – не просто понять, а вместе с принимающим (поддерживающим) аналитиком как бы заново прожить начало своей жизни, в которой по разным причинам не хватало принятия. (Идея восполнения дефицитарности в противовес идее исследования и инсайта.) Таким образом, психоанализ как терапевтический метод (а не как способ познания психики), на что указывают сами психоаналитики, начиная с Ференци, пребывает уже несколько десятилетий в состоянии кризиса. В своей знаменитой статье «Анализ, имеющий конец, и бесконечный анализ», написанной в 1937 г., Фрейд заявил о том, что «большие надежды, которые он возлагал на целебную силу интерпретации и осознания, рухнули. Его опыт лечения больных убеждал его в

этом, а научная порядочность требовала откровенной констатации фактов» [17, с. 188]. Несомненно, интерпретация и осознание могут привести некоторых пациентов к определенным изменениям в их поведении. Однако сами по себе они не способны вызвать глубокие изменения.

Соотношение когнитивного и аффективного в рациональной психотерапии. Как уже отмечалось, патогенетическая психотерапия связана с двумя направлениями психотерапии: с психоанализом и рациональной психотерапией Дюбуа и Дежерина. Неправильно представлять патогенетическую психотерапию как «завуалированный советский психоанализ» или записывать имя В.Н. Мясешева в один ряд с реформаторами психоанализа, такими как Адлер или, скажем, Хорни. Он не ставил перед собой такие задачи. Психоанализ не получил широкого развития в России поскольку, по мнению Б.Д. Карвасарского, идеи нервизма и учение И.П. Павлова взяли верх над спекулятивными теориями психоанализа [8]. Патогенетическая психотерапия заимствовала ряд идей психоанализа, однако гораздо больше общего у нее с рациональной психотерапией Дюбуа и Дежерина. Эти имена обыкновенно объединяют как создателей рациональной психотерапии. На самом деле у них были диаметрально противоположные позиции в решении проблемы соотношения рационального и эмоционального в лечении неврозов.

Дюбуа считал, что в основе невроза лежит логическая ошибка больного в отношении причины заболевания. Поэтому задача врача состоит в том, чтобы найти эту логическую ошибку и путем правильных логических суждений исправить ее. Рациональная психотерапия опиралась на логику врача и на логику и интеллект больного [4]. Соотечественники и современники Дюбуа Дежерин и его ученик Гоклер [3] принципиально не соглашались с концепцией неврозов Дюбуа, считая, что в основе невроза лежит не логическая ошибка, а эмоциональная травма. Дежерин не был знаком ни с «Очерками истерии» Брейера и Фрейда, ни с психоанализом, однако обосновал схожие представления на роль эмоций в происхождении психических заболеваний, в частности истерии. Он приводил случай больной, у которой парализовало руку, когда она хотела ударить мужа, или девушку с параличом ноги, поразившим ее после попытки изнасилования [16].

Дежерин противопоставлял рациональной психотерапии Дюбуа как чисто интеллектуальной психотерапии убеждением, в которой центральное место отводится эмоциональному компоненту. Дежерин считал, что психотерапия невозможна без атмосферы доверия, создаваемой «чувст-

вом», без «эмоциональной поддержки», которая подкрепляет убежденность больного. «Психотерапия, если она хочет изменить психику больного, – писал он, – должна обращаться почти единственно к чувству и только изредка посещать высокие вершины чистого разума» [3]. Авторы «Психотерапевтической энциклопедии» под ред. Б.Д. Карвасарского [12] пишут, что по своим целям, задачам и технике проведения психотерапия Дежерина имеет много общего с личностно-ориентированной психотерапией. Психотерапия, по убеждению Дежерина, направлена на выполнение двух главных задач: 1) восстановление, реконструирование личности больного; 2) осуществление «освобождающих действий», под которыми Дежерин понимает нравственное освобождение (сегодня мы сказали бы — катарсис!). В качестве одного из наиболее эффективных освобождающих действий он предлагает исповедь.

Решение проблемы в патогенетической психотерапии. Основной метод патогенетической психотерапии – «беседа-дискуссия», что и сближает ее с рациональным методом Дьюбуа и психотерапией посредством убеждения Дежерина. В отношении роли эмоций в психотерапевтическом процессе симпатии патогенетической психотерапии, несомненно, на стороне Дежерина. Создатели патогенетической психотерапии – В.Н. Мясищев, Е.К. Яковлева, Р.А. Зачепиский, Б.Д. Карвасарский – подчеркивали, что процесс осознания должен быть эмоционально насыщенным в своей сущности. Работая с пациентами, они создавали климат доверительных отношений, способствующий ослаблению психологической защиты и самораскрытию пациента. Изучая механизмы лечебного действия психотерапии, Г.Л. Исурина [6] показала, что индивидуальная патогенетическая психотерапия не сводится к осознанию с помощью генетического анализа. Во-первых, в процессе психотерапии происходит реальное эмоциональное взаимодействие между терапевтом и пациентом; во-вторых, рассказ пациента о себе, своей жизни, о своем прошлом вызывает зачастую сильные актуальные переживания, что способствует адекватной и точной вербализации своих эмоций и их осознанию. Эмоциональные механизмы лечебного действия психотерапии Исурина определяет «как корригирующее эмоциональное переживание, которое включает переживание и анализ собственного эмоционального опыта, как прошлого, так и настоящего, связанного с процессом психотерапии. Другой важной составляющей корригирующего эмоционального переживания является положительное эмоциональное принятие пациента психотерапевтом» [7, с 108]. Тем не менее механизмы корригирующего эмоционального переживания (коррективного опыта) не

могли быть в полной мере реализованы в связи с ограниченными возможностями метода «беседы».

Таким образом, относительный недостаток патогенетической психотерапии состоит в том, что она акцентирует когнитивный аспект изменений, не оказывая достаточного воздействия на изменения в эмоциональной сфере. Центр тяжести психотерапии переносится на сферу интеллектуального осознания, а ее возможности в непосредственной коррекции эмоциональной и поведенческой сфер ограничивается. Поэтому, как указывали Г.Л. Исурина, Б.Д. Карвасарский и др., она и относится к рациональной [5]. Этот момент отражался и в рабочем названии патогенетической психотерапии, который использовался в прежние времена, — «психогенетический анализ». Устранению этого дисбаланса в значительной степени способствовала интеграция в патогенетическую психотерапию методов групповой психотерапии. И если прежде реальное эмоциональное воздействие ограничивалось диадой «пациент–терапевт», то при групповой психотерапии пациент оказывался включенным в широкий диапазон различных отношений, эмоциональных и поведенческих реакций. Это обстоятельство повышало эффективность психотерапевтической системы, которая позднее получила название личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии [12]. Однако в отношении индивидуальной патогенетической психотерапии проблема соотношения рационального и аффективного оставалась актуальной.

Решение проблемы в аналитико-катартической терапии. Принцип патогенетической психотерапии – «осознание должно быть эмоционально насыщенным» – в АКТА претворяется в применении техники «диалога с воображаемым собеседником» – диалога с эмоционально значимой для пациента фигурой, включенной в сферу его переживаний. В этих диалогах, проясняя конфликтные отношения со значимыми другими, пациент приходит к осознанию внутренних конфликтов, в основе которых лежат нарушенные отношения его личности. Благодаря такому нововведению аналитический (рациональный) метод патогенетической психотерапии преобразуется в аналитико-катартический. «Беседа» сочетается с методом «непосредственного переживания». Под переживанием понимается активный, результативный внутренний процесс, реально преобразующий психологическую ситуацию – переживание–деятельность. Терапевт активно включается в эту внутреннюю работу пациента, побуждая его к деятельности и направляя ее к достижению цели.

Аналитическая «беседа–дискуссия» и «диалоги» пациента со значимыми другими составляют в АКТА два последовательно сменяемых и взаимно дополняющих друг друга блока. Преследуя одну стратегическую цель – коррекцию нарушенных отношений, эти блоки имеют разные тактические задачи. «Беседа» готовит почву для «внутреннего переворота», сеет сомнения, расшатывает убеждения пациента, обостряет противоречия, – здесь терапевт акцентирует когнитивный аспект изменений, в большей степени обращается к разуму, логике; в «диалогах» же акцент переносится на переживания, чувства и желания пациента, задача диалога – достижение катарсиса или, как минимум, приближение к нему. Терапевт в этом процессе выполняет роль режиссера: он помещает себя между этими двумя блоками и, постоянно перемещаясь наподобие челнока от одного полюса к другому, перемежает беседу–дискуссию с диалогами. Тем самым обеспечивается баланс между воздействием на когнитивный и эмоциональный аспекты отношений пациента.

Диалоги в АКТА находятся под контролем терапевта. Он как тайный агент проникает внутрь переживаний пациента и изнутри наблюдает, что происходит с пациентом, разбирается в его противоречивых чувствах, играет на противоречиях, сталкивает их, подогревает конфликт и доводит его до взрыва. Такая позиция терапевта – проникновение во внутренний мир пациента и соучастие в процессе его самопознания – может быть названа «управляемой интроспекцией». Весь процесс сравним с «внутренним переворотом», личной революцией, подготовленной, спровоцированной и осуществленной терапевтом силами пациента.

Для уточнения понятия «катарсиса», которое является центральным в АКТА, обратимся к близкому понятию «инсайта». Впервые термин «инсайт» применил в психоанализе Френч (1939), заимствовав его у гештальт-психолога Келера, который рассматривал его как практическое осознание («схватывание») конфликтной ситуации. С тех пор основная проблема в психоаналитической литературе заключается в различении «истинного» или «эмоционального» инсайта от чисто интеллектуального инсайта. Большинство авторов считает, что такое различие существует и что оно играет огромную роль, с точки зрения психотерапевтического метода.

АКТА разграничивает понятия инсайта и катарсиса следующим образом. Инсайт – это интеллектуальное явление, суть которого во внезапном понимании проблемы и нахождении её решения. Катарсис – это феномен, при котором прежде подавленное, вытесненное психологическое содержание становится осознанным (в виде озарения) в результате предвари-

тельной мучительной внутренней работы по преодолению душевного кризиса. Катарсис – это момент прорыва психологической защиты, сопровождаемый эмоциональными, когнитивными и телесно-физиологическими процессами. Катарсис связан не только с осознанием, но и с последующей трансформацией личности. Если инсайт – это «эврика!», то катарсис – это «очищение» (нравственное, духовное). Если инсайт связан с «муками творчества», с интеллектуальными поисками решения задачи, то катарсис связан с «муками совести».

Исходя из такого понимания механизма «катарсиса», применение АКТА наиболее уместно в тех случаях, когда внутренние противоречия возникают в сфере нравственных отношений человека, когда затрагиваются его честь, достоинство, чувства справедливости, сострадания и другие нравственные категории. В этом смысле катарсис выполняет очистительную функцию.

Заключение

Таким образом, в АКТА решается одна из наиболее актуальных проблем психотерапии – проблема соотношения когнитивного и аффективного. Аналитико-катартическая терапия фокусируется на процессе самопознания, который, как и всякое познание, представляет собой единство отражения (когнитивных процессов) и «отношения к отражению» (эмоциональных процессов). В основе переживаний лежат отношения человека. Сами же переживания являются следствием нарушения взаимоотношений (В.Н. Мясищев). Техника «управляемой интроспекции» позволяет взглянуть на проблему пациента изнутри, «его глазами», погрузиться в мир его субъективных переживаний и помочь ему преодолеть эмоциональные блоки, стоящие на пути к самопознанию — процессу, неизбежно ведущему к переоценке ценностей и реконструкции нарушенной системы отношений.

Литература

1. Александров А.А. Аналитико-катартическая терапия эмоциональных нарушений. – СПб. : СпецЛит, 2014. – 231 с.
2. Выготский Л.С. Собр. соч. : в 6 т. – М., 1982. – Т. 2: Проблемы общей психологии. – 504 с.
3. Дежерин И., Гоклер Е. Функциональные проявления психоневрозов, их лечение психотерапией. – М. : Космос, 1912. – 517 с.
4. Дюбуа П. Психоневрозы и их психическое лечение. – СПб. : Изд-во К.Л. Риккера, 1912. – 382 с.

5. Исурина Г.Л., Карвасарский Б.Д. [и др.]. Сравнительная эффективность индивидуальной и групповой психотерапии при неврозах : метод. рекомендации. – Л. : Изд-во НИИ им. В.М. Бехтерева, 1989. – 31 с.

6. Исурина Г.Л. Задачи и механизмы лечебного действия личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии в свете разработки интегративной модели // Интегративные аспекты современной психотерапии. – СПб., 1992. – С. 33–39.

7. Исурина Г.Л., Карвасарский Б.Д., Ташлыков В.А. [и др.]. Развитие патогенетической концепции неврозов и психотерапии В.Н. Мясищева на современном этапе // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. – СПб., 1994. – С. 100–109.

8. Карвасарский Б.Д. Психотерапия в России: ретроспектива и задачи дальнейшего развития // Психотерапия: от теории к практике. – СПб., 1995. – С. 8–15.

9. Консторум С.И. Опыт практической психотерапии. – М. : Мед. книга, 2010. – 172 с.

10. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. – Л. : Изд-во ЛГУ, 1960. – 428 с.

11. Павлов И.П. Полн. собр. соч. : в 6 т. – М. ; Л., 1951. – Т. 3, кн. 2, – 439 с.

12. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб. : Питер, 2000. – 1019 с.

13. Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа. – СПб. : Вост.-Европ. ин-т психоанализа, 1995. – 288 с.

14. Сандлер Дж., Дэр К., Холдер А. Пациент и психоаналитик. – М. : Смысл, 1995. – 193 с.

15. Фрейд З., Брейер Й. Исследование истерии // Фрейд З. Собр. соч. : в 26 т. – СПб. : Вост.-Европ. ин-т психоанализа, 2005. – Т. 1. – 466 с.

16. Шертюк Л., Соссюр Р. Рождение психоаналитика: от Месмера до Фрейда. – М. : Прогресс, 1991. – 287 с.

17. Шертюк Л. Гипноз. – М. : Медицина, 1992. – 222 с.

Aleksandrov A.A. Sootnoshenie kognitivnogo i affektivnogo v analitiko-katarticheskoj terapii [Cognitive and affective interaction in the analytic-cathartic therapy]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2016. N 57. P. 7–19.

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

Aleksandrov Artur Aleksandrovich – Dr. Med. Sci. Prof., North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (Russia, 191015, Saint-Petersburg, Kirochnaya Str., 41).

Abstract. A problem of cognitive and affective interaction in the analytic-cathartic therapy (ACTA) – a short-term modern model of the pathogenetic psychotherapy by V.N. Miasischev – is considered. The method of "conversation" of the pathogenetic psychotherapy is completed by using the technique of "dialogue with

imaginary person”, owing to cognitive and affective interventions come to balance so that analytic method of the pathogenetic psychotherapy transforms to analytic-cathartic method. That raises efficacy and shortens duration of the psychotherapy.

Keywords: analytic-cathartic therapy (ACTA), pathogenetic psychotherapy, "conversation", "dialogue with imaginary person", insight, catharsis.

References

1. Aleksandrov A.A. Analitiko-katarticheskaya terapiya emotsional'nykh narushenii [Analytic-cathartic therapy of the emotional disturbances]. Sankt-Peterburg. 2014. 231 p.

2. Vygotskii L.S. Sbranie sochinenii [Collection of Works] : in 6 Vol. Moskva, 1982. Vol. 2: *Problemy obshchei psikhologii* [Problems of general psychology]. 504 p.

3. Dezherin I., Gokler E. Funktsional'nye proyavleniya psikhonevrozov, ikh lechenie psikhoterapiiei [Functional indicators of psychoneuroses and their psychotherapy]. Moskva. 1912. 517 p.

4. Dyubua P. Psikhonevrozy i ikh psikhicheskoe lechenie [Psychoneuroses and their psychotherapy]. Sankt-Peterburg. 1912. 382 p.

5. Isurina G.L., Karvasarskii B.D. [et al.]. Sravnitel'naya effektivnost' individual'noi i grupповoi psikhoterapii pri nevrozakh [Comparative efficacy of individual and group psychotherapy by neuroses]. Leningrad. 1989. 31 p.

6. Isurina G.L. Zadachi i mekhanizmy lechebnogo deistviya lichnostno-orientirovannoi (rekonstruktivnoi) psikhoterapii v svete razrabotki integrativnoi modeli [Tasks and mechanisms of therapeutic effect of personality-oriented (reconstructive) psychotherapy in the light of the integrative model development]. *Integrativnye aspekty sovremennoi psikhoterapii* [Integrative aspects of modern psychotherapy] : collection of scientific works. Sankt-Peterburg. 1992. Pp. 33–39.

7. Isurina G.L., Karvasarskii B.D., Tashlykov V.A. [et al.]. Razvitie patogeneticheskoi kontseptsii nevrozov i psikhoterapii V.N. Myasishcheva na sovremennom etape [Development of V.N.Myasishchev's pathogenetical conception of neuroses and psychotherapy at current stage]. *Teoriya i praktika meditsinskoi psikhologii i psikhoterapii* [Theory and practice of medical psychology and psychotherapy] : collection of scientific works. Sankt-Peterburg. 1994. Pp. 100–109.

8. Karvasarskii B.D. Psikhoterapiya v Rossii: retrospektiva i zadachi dal'neshego razvitiya [Psychotherapy in Russia: retrospects and tasks of further development]. *Psikhoterapiya: ot teorii k praktike* [Psychotherapy: from theory to practice] : collection of scientific works. Sankt-Peterburg. 1995. Pp. 8–15.

9. Konstorum S.I. Opyt prakticheskoi psikhoterapii [Experience of practical psychotherapy]. Moskva. 2010. 172 p.

10. Myasishchev V.N. Lichnost' i nevrozy [Personality and neuroses]. Leningrad. 1960. 428 p.

11. Pavlov I.P. Polnoe sbranie sochinenii [Full collection of works] : in 6 Vol. Moskva : Leningrad. 1951. Vol. 3, Part 2. 439 p.

12. Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya [Psychotherapy encyclopedia]. Ed. B.D. Karvasarskii. Sankt-Peterburg. 2000. 1019 p.

13. Raikroft Ch. Kriticheskii slovar' psikhooanaliza [Critical psychotherapy glossary]. Sankt-Peterburg. 1995. 288 p.

14. Sandler Dzh., Der K., Kholder A. Patsient i psikhoanalitik [The patient and the analyst]. Moskva. 1995. 193 p.

15. Freid Z., Breier I. Issledovanie isterii [Essays of Hysteria]. Freid Z. So-branie sochinenii [Collected papers] : in 26 Vol. Sankt-Peterburg. 2005. Vol. 1. 466 p.

16. Shertok L., Sosyur R. Rozhdenie psikhoanalitika: ot Mesmera do Freida [Birth of the psychoanalyst: from Mesmer to Freud]. Moskva. 1991. 287 p.

17. Shertok L. Gipnoz [Hypnosis]. Moskva. 1992. 222 p.

Received 11.12.2015

УДК 615.851 : [159.9 : 616.89]

В.И. Курпатов, А.В. Гладышенко

КРИЗИС ИЛИ КОЛЛАПС РОССИЙСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ?

Санкт-Петербургский психоневрологический диспансер № 7
(со стационаром) (Россия, Санкт-Петербург, Канонерская ул., д. 12)

Анализируется сложная ситуация, сложившаяся как в психотерапевтической службе России, так и в российском психотерапевтическом сообществе. Обращается внимание организаторов здравоохранения и психотерапевтов на происходящую подмену медицинской модели психотерапии на психологическую модель и уход от врачевания к консультированию. Освещаются имеющиеся проблемы: интердисциплинарные взаимоотношения специалистов, участвующих в психотерапевтическом процессе, психотерапевтическая полипрагмазия, социальный взрыв «альтернативной психотерапии», недостаточное использование биологической терапии врачами, слабые знания клиники психических расстройств. Анализируется положительный опыт использования медицинской модели психотерапевтическим центром Санкт-Петербургского психоневрологического диспансера № 7. В связи с регулирующей ролью общественных организаций в развитии психотерапии в 2016 г. образована «Профессиональная медицинская психотерапевтическая ассоциация».

Ключевые слова: психотерапия, клиническая (медицинская) психология, психиатрия, медицинская модель, полипрофессиональная бригада, психотерапевтический центр, Профессиональная медицинская психотерапевтическая ассоциация.

Курпатов Владимир Иванович – д-р мед. наук проф., гл. нештат. психотерапевт Санкт-Петербурга, зав. психотерапевт. центром, С.-Петерб. психоневрол. диспансер № 7 со стационаром (Россия, 190121, Санкт-Петербург, Канонерская ул., д. 12); e-mail: ptcentr@bk.ru;

Гладышенко Андрей Васильевич – врач-методист отделения профилактики С.-Петерб. психоневрол. диспансера № 7 со стационаром (Россия, 190121, Санкт-Петербург, Канонерская ул., д. 12); e-mail: ptcentr@bk.ru.

*Когда о худшем слушать не хотите,
Оно на вас обрушится неслышно...
Вильям Шекспир*

Психотерапия – это активно развивающаяся дисциплина в области теории и практики, как в нашей стране, так и во всем цивилизованном мире. Сегодня в России остро стоят вопросы о границах профессии, понимании объекта и предмета психотерапии как специальности, становлении ее как самостоятельной научной дисциплины со своими научно-методическими основами, системой подготовки специалистов, организации психотерапевтической службы [3–5].

Согласно статистическим данным о состоянии психотерапевтической службы в России за 2005–2012 гг. [8], за 7 лет в России количество психотерапевтических кабинетов сократилось на 368 кабинетов. Значительное уменьшение числа психотерапевтических кабинетов имело место в 29 регионах России. Число физических лиц врачей сократилось в 48 регионах России с 1898 до 1659 (на 239 человек). В 2015 г. была ликвидирована Психотерапевтическая поликлиника № 223 Москвы.



Показатели числа психотерапевтических кабинетов и врачей-психотерапевтов в 2005–2013 гг. по России

Все изменения в психотерапевтической службе происходят при отсутствии главного нештатного психотерапевта Минздрава России и орга-

низационно-методического отдела по службе. По состоянию на 2013 г. обеспеченность физическими лицами врачей психотерапевтов по России на 10 тыс. населения составляла 0,12, в Москве и Санкт-Петербурге – 0,4 [8].

На протяжении ряда лет очень слабо развивается сеть бюджетной психотерапевтической помощи (специализированной медико-санитарной помощи) в поликлиниках, психоневрологических диспансерах и общесоциальных лечебно-профилактических учреждениях в виде психотерапевтических кабинетов, отделений, психотерапевтических центров. Только по Санкт-Петербургу потребность во врачах психотерапевтах в бюджетной сфере составляет 306 специалистов, при том что в наличии имеется только 98 специалистов. Из необходимых 213 психотерапевтических кабинетов функционируют 58, а из 10 психотерапевтических центров создан и полноценно работает только 1 [1, 2].

Сейчас в Интернете по запросу «Психотерапевтические центры России» выдается 1001 адрес, примерно $\frac{4}{5}$ которых находятся в Европейской части России и подавляющее большинство из них коммерческие.

В целом независимо от того, бюджетная эта психотерапевтическая сфера или частная, нет должной востребованности в полноценной психиатрической подготовке врача-психотерапевта, слабо отработана система супервизии, низкое качество последипломной подготовки, отсутствует система непрерывного образования.

В этой ситуации происходит отход ряда специалистов от «медицинской модели» оказания психотерапевтической помощи (в которой основной упор делается на знание нозологии, клиники расстройств, биологическую терапию, психотерапевтические, психокоррекционные методы воздействия) и врач работает «клиническим психологом с врачебным дипломом».

Происходит «размывание границ» психотерапии путем активного внедрения в практику врачей «психологического подхода» к больному, когда не реализуются нозологический принцип и биологическая терапия. Процесс лечения заменяется консультированием и использованием психокоррекционных индивидуальных и групповых техник.

Данная ситуация недостаточно контролируется органами здравоохранения, во многих регионах России отсутствуют штатные специалисты психотерапевты, а там, где они назначены, как правило, нет организационно-методических отделов психотерапевтической службы.

В сложившихся обстоятельствах возрастает влияние общественных организаций на процессы становления адекватной психотерапевтической помощи. Должны сформироваться и набрать силу саморегулируемые про-

фессиональные организации и сообщества психотерапевтов, разрабатывающие и утверждающие стандарты оказания психотерапевтической помощи при различных нозологических формах, осуществляющие контроль по использованию методов психотерапии, реализующие на практике медицинскую модель специализированной помощи.

Отдельно следует остановиться на том, что Б.Д. Карвасарский, уже более 15 лет назад прогнозируя дальнейшее становление российской психотерапии, указывал на ряд серьезных проблем, которые должны были быть осознаны и разумно преодолены [6, 7]:

- не успев оформиться в самостоятельную область медицины, психотерапия практически уже распалась на множество субспециальностей;

- весьма непростой задачей является взаимодействие в психотерапевтическом процессе врача-психотерапевта с медицинским психологом, специалистом по социальной работе, не имеющими медицинского образования, но очень мотивированными на психотерапию;

- постоянно возрастающее число методов, методик, технических приемов в области психотерапии, на овладение навыками работы с которыми у психотерапевта-практика просто не хватает времени, ведет к неэффективной психотерапевтической полипрагмазии;

- альтернативная психотерапия (маги, экстрасенсы и т. д.) сформировалась в нашей стране в виде социального взрыва. Подобные явления наблюдались в истории и других стран в период кризисов, но самопроизвольно исчезали при выходе из них. К сожалению, в нашей стране эти оздоравливающие тенденции отсутствуют до настоящего времени;

- в соответствии с историческими традициями развитие российской психотерапии определяется ее медицинской моделью. Дискуссия о психотерапии как гуманитарной специальности, не требующей базисного медицинского и психологического образования, не может найти поддержки. Это касается также и призывов к отделению психотерапии от психиатрии при недоучете того, что не только в психиатрических клиниках, но и в других областях медицины определение целей, задач, направленности психотерапии, выбор ее методов осуществляются на основании знания особенностей психики и личности больных.

Необходимо заметить, что все изложенное сегодня звучит еще острее, актуальность всех названных тем остается очень высокой, все эти проблемы требуют дальнейшего и скорейшего решения. И это не праздный вопрос. В недалеком будущем, при сохранении вышеперечисленных неблагоприятных тенденций, психотерапия будет дозволена каждому, у кого

есть так называемый «сертификат», и медицинский диплом для этого будет не обязателен.

Современные тенденции в психиатрии характеризуются развитием биопсихосоциального представления о природе психических расстройств и необходимости системы лечебных воздействий, направленных на биологическое, психологическое и социальное восстановление больных. Это положение изменило подход к организации психотерапевтической помощи, в переносе акцента оказания помощи со стационарных во внебольничные условия. Такой стационар-замещающий подход является оправданным не только с клинической точки зрения, но и имеет отчетливые экономические преимущества: снижаются трудопотери, рентные установки, инвалидизация.

Идя в ногу со временем, с 2014 г. в Психотерапевтическом центре Санкт-Петербургского психоневрологического диспансера № 7 была внедрена стационар-замещающая форма оказания психотерапевтической помощи пациентам в амбулаторных условиях, без отрыва от учебной и производственной деятельности.

Она включает в себя оказание психотерапевтической консультативно-лечебной помощи всем пациентам, не нуждающимся на момент обращения в диспансерном наблюдении. Длительность лечения 4 мес. для невротических расстройств, расстройств адаптации, аффективных расстройств и 6 мес. – для эндогенных психических расстройств. Подтверждена эффективность данной модели и при работе с пациентами «первого психотического эпизода».

Психотерапевтическая помощь оказывается бригадным методом. В бригаду входят врач-психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе и медицинская сестра. У каждого из специалистов своя зона ответственности:

- 1) врач-психотерапевт проводит клиническую диагностику, биологическую терапию, индивидуальную и групповую психодинамическую психотерапию, разрабатывает и контролирует всю стратегию лечебного процесса;

- 2) медицинский психолог осуществляет психодиагностику, а также психологическое консультирование и психокоррекцию в соответствии с подготовкой по психодинамическому, когнитивно-поведенческому или экзистенциальному направлениям.

- 3) специалист по социальной работе реализует поведенческие индивидуальные и групповые методы, тренинги стрессоустойчивости, коммуникативный тренинг, тренинг преодоления созависимых отношений и др.;

4) медицинские сестры проводят групповые занятия по саморегуляции и аутогенной тренировке.

В процессе лечения пациент получает активную биологическую терапию и психотерапевтическую помощь: до 16 посещений к каждому из специалистов (всего около 48 индивидуальных посещений за период лечения), имеет возможность посещать 2–5 открытых и 1-2 закрытые группы. По завершении лечения при необходимости динамическое наблюдение за пациентом, дальнейшая поддерживающая терапия осуществляются по месту жительства в психоневрологическом диспансере или психотерапевтическом кабинете.

Работа полипрофессиональной бригады позволяет обеспечить:

– краткосрочность психотерапевтической помощи: одновременно начать работу на поведенческом, когнитивном и эмоциональном уровнях, совместить групповые и индивидуальные формы работы, которые позволяют в более короткие сроки создать разнообразные модели поведения и общения и работать с ними;

– эффективность психотерапевтической помощи: подключение четырех специалистов позволяет увидеть пациента с разных сторон, собрать клиническую, психодиагностическую, динамическую информацию, а также создать минимум три модели отношений с пациентом, раскрыть и проработать его внутриличностные и межперсональные конфликты;

– экономичность психотерапевтической помощи: подготовка и работа врача-психотерапевта более дорогостоящая, чем медицинского психолога, специалиста по социальной работе и медицинской сестры, в связи с чем включение данных специалистов в работу с пациентом позволяет снизить количество часов работы врача, сделать экономические затраты на лечение ниже. Групповые формы работы создают условия для обслуживания большего числа пациентов в единицу времени.

Таким образом, медицинская модель, при которой основной упор делается на знание нозологии, клиники расстройств, биологическую терапию, психотерапевтические и психокоррекционные методы лечения, осуществляемая полипрофессиональной бригадой, является необходимым условием современной эффективной психотерапевтической помощи [1, 2].

Однако есть и такая особенность современного этапа – это попытка отрыва психотерапевтического сообщества от психиатрии, подмены понятия психотерапии как медицинского метода лечения психических расстройств психокоррекцией и психологическим консультированием за счет активного внедрения во врачебное мышление и менталитет философско-

психологических моделей психотерапии, в которых нет места биологическим методам лечения. Видимо, поэтому врач-психотерапевт часто воспринимается не как врач, имеющий опыт и полноценную подготовку по психиатрии, методам и средствам биологической терапии психических расстройств, а как «вожатый» клуба пациентов по интересам, врач-психолог, что полностью противоречит нормативным документам и задачам по сохранению психического здоровья населения, стоящим перед психотерапевтической службой.

Организационные изменения в психотерапевтической службе, развитие медицинской психологии и социальной работы привели к появлению многих общественных объединений, ассоциаций, союзов как по профессиональному признаку, так и по различным направлениям психотерапевтической деятельности. Набрали силу психотерапевтические сообщества, такие как Профессиональная психотерапевтическая лига, Российская психотерапевтическая ассоциация, Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии, Гильдия психологов, психотерапевтов и тренеров им. В.А. Ананьева, Гильдия психотерапии и тренинга и др.

В этой ситуации важно не забывать, что психотерапевт – прежде всего врач-психиатр, имеющий психотерапевтическую подготовку. Он проводит лечение пациентов с психическими расстройствами как с помощью биологических средств лечения, так и психотерапевтических техник. Учитывая неадекватные современные тенденции в психотерапевтическом сообществе (стремление к внедрению «Австрийской модели» психотерапевтической помощи через психотерапевтические лиги), не следует допускать подмены психотерапии как медицинского метода лечения психических расстройств, проводимого врачом, психокоррекционными техниками, используемыми психологами и немедицинскими специалистами для решения психологических проблем в рамках психологического консультирования. Считаем, что данные вопросы должны регулярно обсуждаться в медицинском сообществе.

Возможно, назрела целесообразность полноценной подготовки каждого психиатра по психотерапии в рамках последипломного образования и отмене специальности врач-психотерапевт (по аналогии с подготовкой врачей в Германии, Израиле и других странах).

Понимая значение общественных организаций в развитии психотерапии, а именно общественных организаций, объединяющих профессионалов, врачей-психотерапевтов и медицинских психологов, учитывая современную ситуацию, сложившуюся в психотерапевтическом сообществе,

в 2016 г. образована «Профессиональная медицинская психотерапевтическая ассоциация». Основные цели, которые ставит перед собой ассоциация:

– отстаивание и внедрение в практику психотерапии «медицинской модели» лечения больных;

– объединение врачей-психотерапевтов, психиатров, медицинских психологов, специалистов по социальной работе, медицинских сестер психотерапевтических подразделений, реабилитационных и психосоматических отделений;

– образовательная деятельность в части реализации дополнительных образовательных программ; содействие в защите прав членов ассоциации и пациентов.

Ассоциация состоит из самостоятельных сообществ врачей, медицинских психологов, специалистов по социальной работе, медицинских сестер, деятельность которых координируется правлением. Членами ассоциации могут быть врачи и специалисты, участвующие в психотерапевтическом процессе, врачи психиатры, разделяющие цели ассоциации и признающие устав ассоциации.

Электронный адрес: pmpaspb@mail.ru;

адрес сайта: www.pmpaspb.org.

Заключение

Таким образом, настоящий период развития психотерапии в России характеризуется следующими особенностями:

1) отсутствует главный штатный психотерапевт Минздрава России и организационно-методический отдел по службе;

2) отсутствует четкая организационная модель психотерапии в России;

3) отмечается некоторая стагнация развития научных основ психотерапии с сохранением ее активной дифференциации;

4) слабо развивается сеть бюджетной психотерапевтической помощи (специализированной медико-санитарной помощи) в виде психотерапевтических кабинетов, психотерапевтических центров в поликлиниках, психоневрологических диспансерах и общесоматических лечебно-профилактических учреждениях;

5) во многих лечебных учреждениях происходит «размывание границ» психотерапии, уход от «медицинской модели» путем активного введения в практику врачей «психологического подхода» к больному, не требуя нозологии, биологической терапии, уводя процесс от лечения к кон-

сультированию и использованию психокоррекционных индивидуальных и групповых техник;

б) создаются предпосылки к вытеснению психотерапии из психиатрии и медицины, делая доступным метод лечения не только врачам, а и любому «специалисту» немедицинской специальности, что создает реальную угрозу для психического здоровья людей и ситуацию бесконтрольного ведения деятельности, влияющей на психическое состояние человека;

7) созданная в 2016 г. «Профессиональная медицинская психотерапевтическая ассоциация» объединяет в своих рядах всех специалистов, участвующих в психотерапевтическом процессе (врачей психотерапевтов, психиатров, медицинских психологов, специалистов по социальной работе, медицинских сестер) и стоит на позициях «медицинской модели» психотерапии.

Литература

1. Гладышенко А.В., Курпатов В.И. Модель эффективного оказания психотерапевтической помощи // Интеграция и эволюция в психотерапии: достижения, актуальные проблемы и перспективы : сб. материалов конф. / под ред. В.И. Курпатова. – СПб. : Человек и его здоровье, 2015. – С. 25.

2. Гладышенко А.В., Курпатов В.И. Опыт организации стационарзамещающих технологий на базе Психотерапевтического центра СПб ГБУЗ «Городской психоневрологический диспансер № 7 (со стационаром)» // Там же. С. 24.

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

4. Евдокимов В.И., Тонкошкурова Л.А., Чехлатый Е.И. Динамика и структура отечественных диссертационных исследований по научной специальности 14.01.06 (14.00.18) «Психиатрия» (1985–2011) // Обзор психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 2014. – № 3. – С. 135–140.

5. Евдокимов В.И., Рыбников В.Ю., Зотова А.В. Структура диссертаций, представленных в диссертационные советы СССР–России по специальности 19.00.04 – «Медицинская психология» (1990–2011 гг.) // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2012. – № 4. – С. 119–125.

6. Карвасарский Б.Д. Перспективы развития психотерапии в России // Психология и психотерапия. Психотерапия детей, подростков и взрослых: состояние и перспективы : материалы IV ежегод. всерос. науч.-практ. конф. – СПб. : ИМАТОН, 2002. – С. 3–9.

7. Карвасарский Б.Д., Назыров Р.К., Подсадный С.А., Чехлатый Е.И. Теория и практика психотерапии в России // Психиатрия и психофармакология. – 2001. – Т. 2, № 1. – С. 12–14.

8. Психиатрическая помощь населению Российской Федерации в 2012 году : аналит. обзор / под ред. З.И. Кекелидзе, Б.А. Казаковцева. – М., 2013. – 109 с.

Kurpatov B.I., Gladysenko A.V. Krizis ili kollaps rossiiskoi psikhoterapii? [The crisis and the collapse of the Russian psychotherapy]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2016. N 57. P. 19–29.

City Psycho-Neurological Clinic N 7
(Russia, Saint Petersburg, Kanonerskaya Str., 12)

Kurpatov Vladimir Ivanovich – Dr. Med. Sci. Prof., chief freelance therapist of St. Petersburg, head of the psychotherapy centre, City Psycho-Neurological Clinic N 7 (Russia, 190121, Saint Petersburg, Kanonerskaya Str., 12); e-mail: ptcentr@bk.ru;

Gladysenko Andrei Vasil'evich – doctor-methodologist of the Department of prevention, City Psycho-Neurological Clinic N 7 (Russia, 190121, Saint Petersburg, Kanonerskaya Str., 12); e-mail: ptcentr@bk.ru.

Abstract. Analyzes a complicated situation, as in the psychotherapeutic service of Russia and the Russian psychotherapeutic community. Attention is drawn to health care providers and psychotherapists to what is happening substitute a medical model of psychotherapy on the psychological model and the care from medicine to consulting. Highlights the existing problems: interdisciplinary relations professionals involved in the psychotherapeutic process the psychotherapeutic polypharmacy, social explosion "alternative psychotherapy", insufficient use of biological therapy doctors, poor knowledge of clinics of mental disorders. Analyzed positive experience of using the medical model, the psychotherapy center of the Saint Petersburg psychoneurological dispensary N 7. In connection with the regulatory role of public organizations in the development of psychotherapy in 2016 educated "Medical Professional psychotherapeutic Association".

Keywords: psychotherapy, clinical (medical) psychology, psychiatry, medical model, multiprofessional team, psychotherapy centre, Professional medical psychotherapy Association.

References

1. Gladysenko A.V., Kurpatov V.I. Model' effektivnogo okazaniya psikhoterapevticheskoi pomoshchi [A model of effective psychotherapeutic help]. *Integratsiya i evolyutsiya v psikhoterapii: dostizheniya, aktualnye problemy i perspektivy* [Integration and evolution in psychotherapy: advances, current challenges and perspectives] : Scientific. Conf. Proceedings. Ed. V.I. Kurpatov. Sankt-Peterburg. 2015. P. 25. (In Russ.)

2. Gladysenko A.V., Kurpatov V.I. Opyt organizatsii statsionarzameshchayushchikh tekhnologii na baze Psikhoterapevticheskogo tsentra SPb GBUZ "Gorodskoi psikhonevrologicheskii dispanser № 7 (so stacionarom)" [The experience of organization of stationary replacing technologies based Psychotherapy center SPb SBHCI "City psychoneurological dispensary № 7 (with hospital)"]. *Integratsiya i evolyutsiya v psikhoterapii: dostizheniya, aktualnye problemy i perspektivy* [Integration and evolution in psychotherapy: advances, current challenges and perspectives] : Scientific. Conf. Proceedings. Ed. V.I. Kurpatov. Sankt-Peterburg. 2015. P. 24. (In Russ.)

3. Evdokimov V.I., Karvasarskii B.D. Psikhoterapiya: analiz mirovogo massiva doktorskikh dissertatsii (1983–2012 gg.) [Psychotherapy: an analysis of the global array of doctoral theses (1983–2012)]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy] 2013. N 46. Pp. 7–21. (In Russ.)

4. Evdokimov V.I., Tonkoshkurova L.A., Chekhlatyi E.I. Dinamika i struktura otechestvennykh dissertatsionnykh issledovaniĭ po nauchnoi spetsial'nosti 14.01.06 (14.00.18) «Psikhiatriya» (1985–2011) [Dynamics and structure of domestic dissertation research on scientific specialty 14.01.06 (14.00.18) Psychiatry (1985–2011)]. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoi psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2014. N 3. Pp. 135–140. (In Russ.)

5. Evdokimov V.I., Rybnikov V.Yu., Zotova A.V. Struktura dissertatsii, predstavlenykh v dissertatsionnye sovery SSSR–Rossii po spetsial'nosti 19.00.04 «Meditsinskaya psikhologiya» (1990–2011 gg.) [Analysis of dissertations submitted to dissertation boards of the USSR and Russia by specialty 19.00.04 Medical psychology in 1990–2011]. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh* [Medical-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2012. N 4. Pp. 119–125. (In Russ.)

6. Karvasarskii B.D. Perspektivy razvitiya psikhoterapii v Rossii [Prospects of development of psychotherapy in Russia]. *Psikhologiya i psikhoterapiya. Psikhoterapiya detei, podrostkov i vzroslykh: sostoyanie i perspektivy* [Psychology and psychotherapy. Psychotherapy of children, adolescents and adults: state and prospects] : Scientific. Conf. Proceedings. Sankt-Peterburg. 2002. Pp. 3–9. (In Russ.)

7. Karvasarskii B.D., Nazyrov R.K., Podsadnyi S.A., Chekhlatyi E.I. Teoriya i praktika psikhoterapii v Rossii [Theory and practice of psychotherapy in Russia]. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya* [Psychiatry and Psychopharmacotherapy]. 2001. Vol. 2, N 1. Pp. 12–14. (In Russ.)

8. Psikhiatricheskaya pomoshch' naseleniyu Rossiiskoi Federatsii v 2012 godu [Psychiatric help to the population of the Russian Federation in 2012 year]. Eds. Z.I. Kekelidze, B.A. Kazakovtsev. Moskva. 2013. 109 p. (In Russ.)

Received 10.03.2016

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 615.851 : 616.831-005

Н.Г. Ермакова

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОГРАММЫ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С КОГНИТИВНЫМИ И ДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

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

Представлены результаты опытного применения программы индивидуальной психологической коррекции больных с нарушениями когнитивных и двигательных функций после инсульта, направленной на эмоциональную стабилизацию и активизацию больных. Программа была ориентирована на формирование положительного отношения к самому себе, к болезни и к лечению в процессе реабилитации. Наряду с индивидуальной психологической коррекцией проводились малогрупповые занятия с применением арттерапии, музыкотерапии, библиотерапии, видеотерапии. Проанализированы результаты применения коррекционной программы у 84 больных с последствиями ишемического (I69.3 по МКБ-10) и геморрагического инсульта (I69.1 по МКБ-10) в условиях стационарной реабилитации. По завершении программы индивидуальной психологической коррекции отмечается улучшение эмоционального состояния, самоотношения, приверженности к лечению.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, реабилитация, инсульт, нарушения когнитивных и двигательных функций, индивидуальная психологическая коррекция, приверженность к лечению, психодиагностика.

Введение

В последние десятилетия отмечается увеличение частоты возникновения острых нарушений мозгового кровообращения, отрывающих от общественно полезной деятельности наиболее трудоспособную часть населения [6].

Длительный период восстановительного лечения после инсульта, инвалидизирующие последствия оказывают значительное влияние на самооценку больного, способствуют формированию невротических, депрес-

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

сивных, ипохондрических реакций на заболевание, возникновению пессимистической лечебной и жизненной перспективы [5, 10, 13]. Лечение и реабилитация больных после инсульта является сложной общебиологической и психосоциальной проблемой, решение которой предполагает наличие биопсихосоциального подхода.

У больных после инсульта блокирована возможность самообслуживания в связи с тяжелыми последствиями заболевания в виде нарушений соматических, двигательных сенсорных, когнитивных функций. Невозможность самообслуживания и реализации насущных биологических потребностей приводит к ощущению беспомощности и сопровождается депрессивными и невротическими реакциями на заболевание.

На восстановление работы соматических систем организма, двигательных функций направлены прежде всего биологические (физические) методы лечения (лекарственная терапия, лечебная физкультура, физиотерапия, кинезотерапия). Дальнейшее расширение двигательных возможностей больного – возможность доходить до туалета, передвигаться по палате (квартире) – в значительной мере уменьшает физическую зависимость больного.

Восстановление самообслуживания затрудняется также нарушением сенсорных функций (снижение остроты слуха, зрения, гемианопсия) и когнитивных функций (прежде всего речи, а также памяти, внимания, мышления, праксиса, гнозиса). Нередко больной забывает о процедурах, затрудняется в уборке кровати и др. [21, 22]. Восстановлению речи и других когнитивных функций (памяти, внимания, праксиса) способствуют занятия с логопедом и психологом.

Восстановление навыков самообслуживания в повседневной жизни возвращает больному физическую и психологическую независимость от помощи других людей. Ощущение независимости в значительной мере повышает самооценку больного. Как отмечает Г. Аммон (2000), «body image» является ядром личности.

Эмоциональные реакции на заболевание и ситуации болезни возникают как реакция на стресс, на внезапную болезнь [19, 20] с трудно прогнозируемым восстановлением нарушенных функций.

Больные со значительными двигательными и когнитивными нарушениями на этапе ранней реабилитации, а в ряде случаев и в более поздние сроки от начала заболевания, испытывают депривацию (эмоциональную, сенсорную, социальную). Депривация может приводить к депрессивным и ипохондрическим реакциям на заболевание.

Эмоциональная депривация связана с изоляцией больного в больничных условиях, где пребывание значимых лиц ограничено, ограничена эмоциональная поддержка, принятие больного. Сенсорная депривация нередко усиливается нарушениями зрительной функции (гемианопсия, снижение остроты зрения, зрительная агнозия и др.); снижением слуховой функции (снижение остроты слуха, слуховая агнозия). Социальную депривацию усиливают нарушение коммуникативной функции речи, значительные двигательные нарушения. Депривация корректируется правильно организованной терапевтической средой отделения, общением с больными на отделении, участием в группах психологической помощи; при индивидуальной коррекции – доверительными отношениями больного с психологом [1].

Психологические реакции больного на последствия заболевания связаны также с осознанием больным трудоемкости и длительности восстановления нарушенных функций [3, 9, 12, 25].

Ряд авторов отмечают депрессию у 25–30 % больных с последствиями инсульта [16, 23]. Депрессия в ряде случаев обусловлена самим заболеванием, в виде снижения уровня функционирования активирующих структур мозга. С другой стороны, могут возникать и депрессивные реакции на болезнь [14, 24]. В то же время, у больных отмечаются тревога за свое здоровье, за перспективы выздоровления, боязнь повторного инсульта, что оказывает влияние на отношение к болезни и к лечению.

О.А. Балунов и Т.Д. Демиденко [2] наблюдали при исследовании постинсультных больных в процессе восстановительного лечения доминирование смешанного типа отношения к болезни. У 45 % больных отмечался сенситивный тип, и лишь у 30 % наблюдалось благоприятное сочетание гармонического и эргопатического типа отношения к болезни (по методике ТОБОЛ-тип отношения к болезни и отношения к лечению). После курса восстановительного лечения количество больных гармонического типа увеличилось до 40 %.

Преимущественная группа психических расстройств после инсульта – расстройства адаптации, эмоционально лабильные расстройства, которые доступны коррекции при необходимости с помощью транквилизаторов, реже антидепрессантов, а также с помощью психотерапевтических средств [3, 12].

Нарушения когнитивных функций, психологическая реакция больных на заболевание затрудняют активное включение больного в лечение и

делают необходимым применение в реабилитационном процессе психокоррекционных мероприятий.

Цель исследования – разработка и применение программы индивидуальной коррекции больных после инсульта с нарушениями самообслуживания вследствие когнитивных и двигательных нарушений, направленная на коррекцию эмоционального состояния, самоотношения и отношения к лечению.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 84 больных с последствиями перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения, женщин было 29, мужчин – 55. В возрасте до 40 лет оказался 1 больной, 40–49 лет – 13, 50–59 лет – 31, 60–69 лет – 34, старше 70 лет – 5. Последствия ишемического инсульта наблюдались у 72 больных (169.3 по МКБ-10), геморрагического – у 12 больных (169.1 по МКБ-10). Первый инсульт наблюдался у 59 больных, повторный – у 35.

Локализация очага поражения в бассейнах артерий левого полушария отмечалась у 40 больных, правого полушария – у 27, в ветребро-базиллярном бассейне – у 17. Давность заболевания от 2 до 6 мес была у 36 больных, 7–12 мес – у 26, от 1 до 3 лет – у 22. Двигательные нарушения в виде гемипареза легкой степени наблюдались у 11 человек, средней тяжести – у 40, выраженной – у 22, вестибулярные двигательные нарушения (атаксия) – у 9, тетрапареза – у 2 больных.

Легкие когнитивные расстройства (F06.7 по МКБ-10) были у 53 больных, из них остаточные проявления речевых нарушений – у 45 (в виде дизартрии – у 12 пациентов, афферентной-моторной, эфферентной-моторной, семантической, динамической афазии – у 32, постинсультное заикание – 1). Органические эмоционально-лабильные расстройства (F06.6 по МКБ-10) наблюдались у 18 больных, расстройства адаптации (F43.2 по МКБ-10) в виде легкого депрессивного эпизода – у 13 больных, сенсорные нарушения – у 27 больных (снижения остроты слуха – у 8, зрения – у 19).

В исследование не включали больных с длительностью заболевания меньше 2 месяцев и больных с сенсорной афазией. Все больные получали комплексное восстановительное лечение в городской клинической больнице № 40 Санкт-Петербурга.

У всех больных получили письменное информированное согласие на проведение психодиагностики и программы психологической коррекции. С больными вначале и после психологической коррекции проводили кли-

ническое интервью, которое позволяло оценить жалобы, эмоциональное состояние, самоотношение и установки больных [18]. Осуществляли изучение качества жизни [11], самооценки по методике Дембо–Рубинштейн (оценка здоровья, настроения, самообслуживания, участия в лечении) [15]. Оценивали возможность самообслуживания по шкале Бартела [4].

Сравнение результатов провели с помощью t-критерия Стьюдента и G критерия знаков [17].

Программа индивидуальной психологической коррекции больных с нарушениями самообслуживания после инсульта вследствие когнитивных и двигательных расстройств была направлена на осознание и принятие больным нарушенных болезнью функций организма, повышение самопринятия, приверженности лечению (положительного комплайенса), на формирование активной позиции в лечении и интеграцию образа «Я».

Психологическую коррекцию проводили с больными 2-3 раза/нед в течение 20–30 мин в условиях палаты или кабинета психотерапии. Впоследствии подключали малогрупповые занятия 1-2 раза/нед, в зависимости от возможностей и склонностей больного. С каждым больным провели от 8 до 12 занятий.

Наряду с традиционными приемами гуманистической психотерапии (эмоциональная поддержка, сопереживание, эмпатия, терапевтические метафоры), с больными проводили психологическую коррекцию с использованием разработанных нами психологических приемов, применительно к больным с нарушениями самообслуживания после инсульта [7]:

1) эмоциональную поддержку оказывали в процессе индивидуальной коррекции в палате или в кабинете в виде сочувствия, сопереживания, поддержки, укрепления веры в восстановление нарушенных функций. Применяли внушение и убеждение, направленные на укрепление самопринятия;

2) формировали собственную активность путем информирования пациентов о необходимости возвращения навыков самообслуживания (самостоятельного приема пищи, одевания, осуществления личной гигиены), выполнения самостоятельных упражнений лечебной физкультуры и заданий логопеда;

3) формировали отношения сотрудничества с персоналом побуждением к принятию помощи, готовности к взаимодействию, проявлению терпимости к нравам других людей (соседей по палате, медперсоналу);

4) формировали принятие болезни – принятие себя после болезни, понимание того, что с этой болезнью можно жить и проявлять свои интересы и привязанности;

5) формировали позитивную лечебную перспективу – использовали информирование о назначении лечебных процедур и их влиянии на организм, патронирование лечебных процедур;

6) при недоверии больного возможностям восстановления применяли терапевтические метафоры, например «Не боги горшки обжигают», при побуждении к необходимости собственных усилий в разработке движений руки, ноги, тренировке ходьбы – «Без труда не вынешь рыбку из пруда», при недовольстве медленным процессом восстановления – «Тише едешь – дальше будешь» или «Торопись медленно», при трудностях восстановления – «Терпение и труд все перетрут» и др. Нередко больные и сами применяли поговорки и пословицы, укрепляющие свои лечебные и жизненные установки;

7) формировали навык контроля над ритмом движений ходьбы. Больные часто стремились выполнять упражнения лечебной физкультуры или ходьбы в быстром темпе, что приводило к учащенному сердцебиению и к быстрому утомлению. Ставили задачу распознавания своего ритма ходьбы и его регуляции с помощью ритма песни. Если ходьба проходила в ритме марша («Вих / ри / враждеб / ные / ве / ют / над / нами...»), то больные должны были перейти на более медленный ритм, например вальса – («Плавно / Амур / свои воды / несет...») или еще более медленный ритм – («В понедельник / до второго / мы поедем / в Комарово...»). Больные вспоминали и применяли свои знакомые мелодии, что повышало их эмоциональную включенность в процесс восстановления.

Приемы коррекции отношения к болезни и к лечению имели разную направленность.

1. «Сужение и конкретизация цели деятельности – восстановление нарушенных функций». Психологическое воздействие направляли на осознание больным собственных возможностей организма. Это достигалось за счет формирования реально достижимой цели восстановления нарушенных функций, за счет конкретизации и сужения масштаба цели. Так, вместо далекой и кажущейся нереальной цели «научиться ходить» перед больным ставили более реальную и достижимую цель: «научиться стоять». Решение этой цели могло быть обеспечено реальным состоянием двигательных функций. На следующем этапе формировали задачу: «ходить с поддержкой другого человека», затем «ходить с поддержкой другого чело-

века и с опорой на трость», затем «ходить без поддержки другого человека с опорой на трость». И лишь потом «ходить без поддержки и опоры на трость», то есть самостоятельно. Таким образом, формировали ступеньки реального приближения к главной цели: «научиться ходить».

При афазиях, например, ставили цель: научиться выражать мысли короткими фразами вместо «научиться говорить» и т. д. Сужение и конкретизация цели деятельности способствовали формированию адекватной возможностям мотивации.

Неконкретизированная цель при сопоставлении с реальными возможностями расценивалась едва ли достижимой, что делало желание её добиться слабо выраженным, возникало чувство беспомощности. С другой стороны, попытки воплощения нереальных целей, не подкрепленных реальными двигательными возможностями, приводили к потере равновесия, травмам или усилению мышечного тонуса и к снижению мотивации к лечению, усилению депрессивных реакций.

При психологическом воздействии, направленном на коррекцию цели деятельности (различных лечебных процедур – лечебной физкультуры, трудотерапии, самообслуживания, логопедических занятий), использовали элементы этих специальных методов лечения, которые служили специальным психологическим «мостиком» к созданию у больного адекватной мотивации к данному виду лечения.

2. «Формирование партнерства с персоналом» применяли в случаях трудностей принятия больным помощи специалистов-реабилитологов. В случае завышенной ответственности больного за исход лечения его требования, предъявляемые к себе, были выше реальных возможностей организма. Психологической задачей в этом случае являлось снижение чувства ответственности больного и повышения терпимости к помощи других людей, формирование партнерства с методистом лечебной физкультуры, логопедом, трудотерапевтом и другими специалистами-реабилитологами. Объектом воздействия этого партнерства являлись нарушенная функция или навык.

В процессе восстановления происходило освобождение пациента от образа «Я – тяжело больной» и создание образа «Я – выздоравливающий». У больного формировали терпеливое отношение к своим неудачным действиям, что способствовало самопринятию и интеграции образа «Я».

3. «Сужение зоны болезни – конкретизация достижений» применяли в случае переоценки тяжести состояния и неверия в возможности восстановления. Возникла задача доведения до сознания больного уже имею-

щихся достижений в восстановлении функций. Для этого использовали убеждение, внушение, демонстрацию упражняемости функций больного, способности его организма к выработке новых условных рефлексов и возможности сознательного управления новым навыком. На занятиях предлагали задания на выполнение различных движений и действий, запоминание слов, ориентацию в пространстве; подчеркивалось улучшение выполнения их от занятия к занятию. Принцип наглядности помогал больному более объективно оценивать свои достижения

4. «Расширение зоны болезни» применяли в случае недооценки больным заболевания и непринятия помощи специалистов. Ставилась задача доведения до сознания больного наличия дефекта, коррекция которого была реальной и могла стать ближайшей задачей восстановления. Занятия проводили в процессе естественного эксперимента, который переходил в обучающий эксперимент и формирование навыка. Предлагали задания на психомоторную координацию (удержать трость, карандаш), на долговременную память (назвать соседей по палате) и др. Осуществляли положительное подкрепление в виде эмоциональной поддержки, похвалы. Больные осознавали наличие нарушений функций и включались в процесс восстановления.

Работа психолога являлась неким психотерапевтическим мостиком и способствовала более успешному включению больных в процесс лечения, в работу со специалистами реабилитационной бригады (методистом ЛФК, логопедом, эрготерапевтом и др.).

Наряду с индивидуальной коррекцией, применяли работу в малой группе, направленной на уменьшение сенсорной, эмоциональной и социальной депривации, формирование самопринятия через принятие другими. В процессе занятий больные проявляли поддержку и принятие друг друга. Занятия проводили 1-2 раза/нед в условиях кабинета. В малогрупповые занятия не включали больных с нестабильным артериальным давлением, судорожным синдромом, с обострением сердечной патологии. С ними продолжали индивидуальные занятия в палате. В малой группе применяли музыкотерапию, арттерапию, видеотерапию, библиотерапию, терапию занятостью.

Музыкотерапия. Применяли пассивную музыкотерапию в виде прослушивания музыкальных произведений в малой группе (длительностью 30–40 мин). Она была направлена на активизацию больных, побуждение к коммуникативной активности. Музыкальные темы выбирали сами больные, часто это были мелодии их юности. В отдельных занятиях музыкаль-

ные прослушивания сопровождали рассказами о композиторах и их творчестве. В конце занятия проводили обсуждение чувств и ассоциаций.

Арттерапия. Приемы и техники арттерапии применяли в виде создание коллажа в малой группе (3-4 человека), при индивидуальной работе в виде совместного рисования в паре с психологом или родственником больного. Создание коллажа проводили из заранее вырезанных заготовок цветной бумаги, изображений предметов, геометрических форм. Рисование красками, кистью, масляными мелками, рисование клякс больные выполняли самостоятельно больным или совместно с другим членом группы. Работа кистью не требует нажима, может выполняться одной рукой на закрепленном листе бумаги, способствует отражению чувств, настроений и ассоциаций. Арттерапия была направлена на эмоциональное отреагирование, осознание своих ресурсов и возможностей, коррекции нарушенных когнитивных функций (оптико-пространственных функций, зрительного прогноза и др).

В том случае, когда больной не мог участвовать в арттерапии и в музыкотерапии (снижение остроты зрения, гемианопсия, низкая мотивация, астения, депрессия, значительные двигательные и когнитивные нарушения), применялась разработанная автором методика видеотерапии.

Видеотерапия была направлена на формирование позитивного отношения к самому себе, на самопринятие, коррекцию депрессивных и невротических реакций на болезнь, коррекцию сенсорной депривации больных. Разработанная видеотерапия [7] рассматривается нами как метод седативной психологической коррекции, как разновидность музыкотерапии.

В процессе видеотерапии использовали специально подобранные видеофильмы с различными сюжетами природы: морские пейзажи, реки, водопады, степи, леса, пустыни, флора и фауна, закат и восход солнца, смены времен года на фоне спокойной классической музыки (Л. ван Бетховен, П.И. Чайковский, Э. Григ). Важным при подборе видеокассет являлось отсутствие вербального сопровождения сюжета. Таким образом, визуальное и звуковое воздействие были ориентированы на правое полушарие. Отсутствие текста (активизирующего левое полушарие) давало больший простор ассоциациям. Занятия проводились в группе 1-2 раза/нед, в течение 30–40 мин.

Больным рекомендовали расположиться удобно в кресле, «отодвинуть» мысли, расслабить мышцы рук и ног и наблюдать за изменениями сюжетов на экране. В случае возникновения утомления предлагали прикрыть глаза и сосредоточиться на восприятии музыки. При подборе видео-

материалов отдавали предпочтение фильмам с медленно сменяющимися друг друга кадрами, с однородной цветовой гаммой в течение одного сеанса, с медленным переходом от дальнего плана к крупному плану, а также с более спокойной музыкой. Терапевтическим действием, по нашим представлениям, обладает спокойный, гуманистический видеоряд, способствующий формированию ощущения целостности и гармонии мира, а также размышлениям о вечности явлений природы, дающий простор ассоциациям, формирующий жизнеутверждающее настроение.

По завершении занятий проводили опрос больных о состоянии во время занятия. На основании словесных отчетов все больные отмечали ощущение умиротворения и покоя, улучшение настроения во время занятия, улучшения сна.

По нашим наблюдениям, видеотерапия как симптомоцентрированная психологическая коррекция в процессе реабилитации больных с последствиями мозгового инсульта способствует уменьшению сенсорной депривации, формированию позитивной установки к окружающей среде, укреплению положительной Я-концепции и положительного комплайенса.

Библиотерапия. Индивидуально и в малой группе больных осуществляли библиотерапию, направленную на коррекцию сенсорной депривации, на формирование позитивного настроения больного и приверженности к лечению [8]. Больным рекомендовали читать книги, которые подбирались совместно с родственниками больных, в зависимости от интересов больного. Выбирали книги с оптимистическим настроением. По нашим наблюдениям, интересы к чтению в значительной мере изменялись после болезни. Те произведения и авторы, которые раньше радовали и доставляли удовольствие (Бунин, Чехов), перестали быть интересными. Интересы больных сместились к более простому, оптимистичному сюжету и короткому объему (юмористические рассказы, реже детективы, сказки, приключения). Если больной не мог читать самостоятельно, то читать книги для больного рекомендовалось родственникам больного. С родственниками обсуждали возможность применения современных форм библиотерапии: прослушивание больным записей стихов, рассказов, спектаклей на электронных носителях, прослушивание радиопередач (театр у микрофона и др.), просмотр определенных программ телевидения (клуб кинопутешествий, рассказы о животных, старые советские комедии).

Наряду с индивидуальными занятиями и занятиями в малой группе больным рекомендовали ежедневное посещение кабинета бытовой реабилитации, где они проходили занятия по *терапии занятости* и по *восста-*

новлению бытовых навыков (восстановлению навыков самообслуживания). На занятиях ставились индивидуальные задачи. Назначение занятий согласовывали с лечащим врачом. Занятия проводила специально подготовленная медсестра в отдельном кабинете.

Психолог осуществлял также семейное консультирование родственников, направленное на улучшение взаимодействия родственников и больных. Нередко инициаторами обращения к психологу были родственники, обеспокоенные эмоциональным состоянием больных, неверием их в выздоровление, апатичностью, нежеланием участвовать в лечебных мероприятиях. В ряде случаев родственники интересовались возможностью восстановления нарушенных функций (когнитивных, эмоциональных, поведенческих) больных, а также возможным их участием в сопровождении процесса восстановления, выполнения вместе с больным каких-либо заданий. В ряде случаев проводили семейное консультирование, направленное на улучшение возможностей взаимодействия родственников с больным (муж–жена, мать–дочь и др.). Социальная поддержка больных со стороны родственников имела важное значение в укреплении самопринятия после инсульта.

Результаты и их анализ

По результатам психологического интервью выявлены ведущие соматические жалобы и жалобы на сенсорные и когнитивные нарушения больных (табл. 1).

Доминировали нестабильность артериального давления (97,6 %), двигательные нарушения (95,2 %), утомление (92,8 %), боли в руках и ногах (90,4 %), головная боль (89,3 %), среди психологических жалоб – снижение памяти (82,1 %), снижение сообразительности (47,6 %), нарушение сна (61,9 %), нарушение речи (39,3 %).

Положительные и отрицательные доминирующие эмоциональные состояния представлены в табл. 2. Отрицательные состояния явились мишенями при проведении психокоррекционной работы. Среди положительных качеств наиболее значимыми оказались надежда на выздоровление и терпение. Обследованные больные в силу большей выраженности двигательных и когнитивных нарушений с начала заболевания уже частично осознали необходимость этих двух качеств, без которых трудно восстанавливаться.

Таблица 1

Динамика показателей жалоб больных, n (%)

Показатель	Период коррекции		Изменение показателей	p* <
	до	после		
Ведущие соматические жалобы				
Нестабильность АД	82 (97,6)	29 (34,5)	-53 (-63,1)	0,05
Двигательные нарушения	80 (95,2)	73 (86,9)	-7 (-8,3)	0,05
Утомление	78 (92,8)	46 (54,7)	-32 (-38,1)	0,05
Боли в руках и ногах	76 (90,5)	57 (67,9)	-19 (-22,6)	0,05
Головная боль	75 (89,3)	25 (29,8)	-50 (-59,5)	0,05
Беспокойство в области сердца	21 (25,0)	13 (15,5)	-8 (-9,5)	0,05
Ведущие жалобы на сенсорные и когнитивные нарушения				
Снижение памяти	69 (82,1)	42 (50,0)	-27 (-32,1)	0,05
Нарушение сна	52 (61,9)	19 (22,6)	-33 (-39,3)	0,05
Снижениесообразительности	40 (47,6)	18 (21,4)	-22 (-26,2)	0,05
Нарушение речи	33 (39,3)	25 (29,8)	-8 (-9,5)	0,05
Снижение зрения	19 (22,6)	11 (13,1)	-8 (-9,5)	0,05
Снижение слуха	8 (9,5)	6 (7,1)	-2 (-2,4)	-

Здесь и в табл. 2, 3 знаком * отмечены различия по критерию знаков (G).

Таблица 2

Динамика показателей эмоционального состояния больных, n (%)

Показатель	Период коррекции		Изменение показателей	p <
	До	после		
Отрицательное эмоциональное состояние				
Апатия	74 (88,1)	45 (53,6)	-29 (-34,5)	0,05
Боязнь повтора	59 (70,2)	28 (33,3)	-31 (-36,9)	0,05
Обида	49 (58,3)	21 (25)	-28 (-33,3)	0,05
Депрессия	42 (50,0)	14 (16,7)	-28 (-33,3)	0,05
Раздражительность	16 (19,1)	9 (10,7)	-7 (-8,4)	0,05
Чувство вины	14 (16,7)	11 (13,1)	-3 (-3,6)	-
Мнительность	15 (17,8)	13 (15,4)	-2 (-2,4)	-
Положительное эмоциональное состояние				
Надежда на выздоровление	41 (48,8)	76 (90,5)	+35 (+41,7)	0,05
Терпение	37 (44,1)	71 (84,5)	+34 (+40,4)	0,05
Удовлетворение восстановлением	19 (22,6)	38 (45,2)	+19 (+22,6)	0,05
Спокойствие	15 (17,8)	36 (42,8)	+21 (+25,0)	0,05
Интерес к лечению	13 (15,5)	48 (57,1)	+35 (+41,6)	0,05
Доверие к лечению	17 (20,2)	25 (29,7)	+8 (+9,5)	0,05

Самоотношение больных характеризовалось отрицательными и положительными оценками самого себя (табл. 3). Среди отрицательных оценок наблюдались: снижение своих способностей, физическая зависимость от помощи других людей. Больные считали себя иждивенцем, беспомощным инвалидом, выбитым из колеи жизни, утратившим авторитет в семье.

Таблица 3
Динамика показателей самоотношения больных, n (%)

Показатель	Период коррекции		Изменение показателей	p* <
	до	после		
Отрицательное самоотношение				
Снижение способностей	84 (100)	73 (86,9)	-11 (-13,1)	0,05
Физически зависимый от помощи других	76 (90,5)	63 (75,0)	-13 (-15,5)	0,05
Иждивенец	68 (80,9)	47 (55,9)	-21 (-25,0)	0,05
Беспомощный, инвалид	54 (64,3)	24 (28,6)	-30 (-35,7)	0,05
Выбитый из колеи жизни	52 (61,9)	28 (33,3)	-24 (-28,6)	0,05
Утративший авторитет в семье	51 (60,7)	39 (46,4)	-12 (-14,3)	0,05
Положительное самоотношение				
Обучающийся	55 (65,5)	70 (83,3)	+15 (+17,8)	0,05
Терпеливый	53 (63,1)	66 (78,6)	+13 (+15,5)	0,05
Заботящийся о себе	43 (51,2)	51 (60,7)	+8 (+9,5)	0,05
Больной	33 (39,3)	49 (58,3)	+16 (+19,0)	0,05
Выздоровливающий	31 (36,9)	59 (70,2)	+28 (+33,3)	0,05
Самодостаточный	16 (19,1)	27 (32,2)	+11 (+13,1)	0,05
Достойный	13 (15,5)	38 (45,2)	+25 (+29,7)	0,05
Помогающий другим	9 (10,7)	12 (14,3)	+3 (3,6)	–

Среди своих позитивных, ресурсных, саногенных качеств больные отметили оценку «обучающийся» («научился сам садиться, самостоятельно надевать тапочки, сам вставать»), что повышало позитивную самооценку. Позитивными достижениями отмечалась следующие высказывания: «заботящийся о себе» («кладу руку (больную) в карман, чтобы не мешала»); «выздоровливающий» («стали пальчики шевелиться», «нога меньше подворачивается»). В меньшей степени были выражены оценки «самодостаточный»; «достойный»; «помогающий другим».

В процессе клинического интервью было выделены следующие установки больных по отношению к болезни:

1) переоценка тяжести заболевания наблюдалась у 54 (49,1 %) больных. В отношении к себе звучало самообесценивание («беспомощный, ин-

валид»), недооценка собственных возможностей восстановления («жизнь кончилась, все это уже не для меня»). У части больных сопровождалась депрессивными, ипохондрическими реакциями, самонеприятием и самонаказанием (уходом от возможных радостей жизни: интересная книга, вкусная еда, музыка);

2) недооценка болезни («все пройдет само по себе, со временем», «ничего делать не надо») сопровождалась отказом от процедур, негативизмом и была у 5 (5,9 %) пациентов. С больными с переоценкой тяжести состояния и с недооценкой болезни проводились прежде всего индивидуальная коррекция и затем, по возможности, 1 раз/нед занятия в малой группе;

3) принятие болезни – жизнь продолжается («я болен, и мне нужно лечиться») – наблюдалось у 25 (29,7 %) больных. После 2-3 установочных индивидуальных занятий больные включались в занятия малой группы.

Выявленные неадекватные установки больных препятствовали формированию приверженности к лечению и отношений сотрудничества с персоналом – они были мишенями при психокоррекционной работе.

После проведения программы психологической коррекции отмечается достоверно значимое снижение соматических и психологических жалоб (на сенсорные и когнитивные нарушения). У пациентов уменьшились вариабельность АД, головная боль, боль в руках и ногах, улучшился сон, снизилось утомление, отмечалось улучшение движений (см. табл. 1). Уменьшились жалобы на когнитивное снижение памяти и сообразительность. Больные выполняли задания на тренировку внимания, памяти, речи, которые необходимо было выполнять также самостоятельно и продолжить в домашних условиях.

После проведения психологической коррекции отмечается достоверное улучшение эмоционального состояния (см. табл. 2). В процессе индивидуальной коррекции больные осознавали, что выполнение назначений лечащего врача (регулярный контроль за АД, прием лекарств, соблюдение гипохолестериновой диеты, дозированной физической и психической нагрузки) является главным в профилактике рецидива и зависит во многом от самого себя. Больные осознавали собственную ответственность за свое восстановление и здоровье.

Также положительно изменилось и самоотношение (см. табл. 3). Достоверно значимо уменьшилась оценка себя как физически зависимого индивиденца, беспомощного инвалида, выбитого из колеи жизни.

Отмечаются положительная динамика по результатам методик: шкале самообслуживания Бартела, шкалам самооценки Дембо–Рубинштейн (табл. 4).

Таблица 4
Динамика показателей методик у больных, (M ± σ) балл

Показатель	Период коррекции		p* <
	до	после	
Шкала самообслуживания Бартела	79,7 ± 3,8	85,0 ± 3,5	0,05
Качество жизни	2,2 ± 0,5	2,7 ± 0,2	–
Шкала самооценки Дембо–Рубинштейн:			
здоровье	31,4 ± 4,3	42,6 ± 3,7	0,05
настроение	31,3 ± 3,4	47,1 ± 3,2	0,05
самообслуживание	48,2 ± 4,2	66,1 ± 3,8	0,01
участие в лечении	46,8 ± 3,3	63,3 ± 3,5	0,01

* – различия по t-критерию Стьюдента.

Заключение

По завершении программы индивидуальной психологической коррекции с применением малогрупповых форм работы (музыкотерапии, арт-терапии, библиотерапии, видеотерапии, а также терапии занятостью и восстановлением бытовых навыков) отмечается улучшение эмоционального состояния и самоотношения больных. По результатам повторного клинического интервью после проведения программы психологической коррекции отмечаются готовность больных к принятию болезни и самопринятию, повышение приверженности к лечению, осознание необходимости собственной активности при восстановлении нарушенных функций.

Следует отметить, что значительные двигательные и когнитивные нарушения препятствовали части больным участвовать в малогрупповых занятиях арттерапии и музыкотерапии. В то же время больные смогли участвовать в видеотерапии. Таким образом, при оказании психологической помощи наиболее тяжелому контингенту больных после инсульта возможно применение видеотерапии, направленной на эмоциональную стабилизацию, снижение депривации. Библиотерапия у больных с сохранными функциями чтения также успешно применима, а в случае нарушения чтения – в виде прослушивания записей, просмотра телефильмов, старых советских комедий.

Применение программы индивидуальной психологической коррекции с использованием малогрупповых форм работы с больными со значительными нарушениями самообслуживания вследствие двигательных и когнитивных нарушений способствовало уменьшению депривации больных, эмоциональной стабилизации и самопринятию, повышению активизации больных в лечении.

Литература

1. Александров А.А. Современная психотерапия. – СПб. : Акад. проект, 1997. – 334 с.
2. Балунов О.А., Демиденко Т.Д. Факторы, определяющие устойчивость уровня реабилитации постинсультных больных : метод. рекомендации. – СПб. : Изд-во С.-Петерб. психоневрол. науч.-исслед. ин-та им. В.М. Бехтерева, 1995. – 16 с.
3. Балунов О.А., Ананьева Н.И., Сафонова Н.Ю. Лакунарные инфаркты головного мозга: клиника, диагностика, вторичная профилактика : пособие для врачей. – СПб. : Изд-во С.-Петерб. психоневрол. науч.-исслед. ин-та им. В.М. Бехтерева, 2011. – 46 с.
4. Белова А.Н., Щепетова О.Н. Шкалы, тесты, опросники в медицинской реабилитации. – М. : Антидор, 2002. – 440 с.
5. Григорьева В.Н. Психосоматические аспекты нейрореабилитации. Хронические боли. – Н. Новгород : Изд-во НГМА, 2004. – 420 с.
6. Гусев Е.И., Боголепова А.Н. Когнитивные нарушения при цереброваскулярных заболеваниях. – [3-е изд.]. – М. : Медпресс-информ, 2013. – 176 с.
7. Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Г. Основы реабилитации неврологических больных. – СПб. : Фолиант, 2004. – 304 с.
8. Ермакова Н.Г. Применение библиотерапии в процессе восстановительного лечения постинсультных больных // ESSJ = Европейский журнал социальных наук. – 2015. – Т. 1, № 1. – С. 313–320.
9. Ермакова Н.Г. Концепция психологической реабилитации больных с последствиями инсульта в условиях восстановительного лечения // Комплексная психологическая помощь в образовании и здравоохранении : материалы 5-й науч.-практ. конф. – СПб. : Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2015. – С. 28–36.
10. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаранова Н.В. Реабилитация неврологических больных. – М. : Медпресс-информ, 2008. – 560 с.
11. Логунов К.В. Оценка эффективности лечебных и диагностических методов. – СПб. : СПбМАПО, 1999. – 26 с.
12. Михайлов В.А., Лукина Л.В., Балунов О.А. [и др.]. Терапия непсихотических психических расстройств в практике невролога // Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2014. – № 4. – С. 100–105.
13. Парфенов В.А., Хасанова Д.Р. Ишемический инсульт. – М. : МИА, 2012. – 288 с.
14. Путилина М.В. Тревожно-депрессивные расстройства и инсульт // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – № 6. – С. 86–93.

15. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методы патопсихологии и опыт их применения в клинике. – М. : Ин-т психотерапии, 2010. – 384 с.
16. Савина М.А. Постинсультная депрессия // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2005. – № 7. – С. 67– 77.
17. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. – СПб. : Речь, 2007. – 350 с.
18. Sommerz-Flanagan Д., Sommerz-Flanagan Р. Клиническое интервьюирование. – М. : Вильямс, 2006. – 672 с.
19. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. – Л., 1984. – 186 с.
20. Ташлыков В.А. Психологическая коррекция и психотерапия в соматической клинике // Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике / Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова, О.Ю. Щеглова. – СПб. : Речь, 2011. – С. 194–206.
21. Цветкова Л.С. Афазиология: современные проблемы и пути их решения. М. ; Воронеж : МОДЭК, 2010. – 744 с
22. Шевченко Ю.Л., Кузнецов А.Н., Виноградов О.И. Лакунарный инфаркт головного мозга. – М. : ПЕАН, 2011. – 159 с.
23. 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.
24. Paolucci, S. Epidemiology and treatment of post-stroke depression // Neuropsychiatric Disease and Treatment. – 2008. – Vol. 4, N 1. – P. 145–154.
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 individualnoi psikhologicheskoi korreksii pri vosstanovitel'nom lechenii bol'nykh s posledstviyami kognitivnykh i dvigatelnykh narushenii posle insulta [Psychological care in rehabilitation of patients with cognitive and motor disorders after stroke]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2016. N 57. P. 30–48.

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 the psychological care in patients with impaired cognitive and motor function after a stroke aimed at the emotional stabilization and activation of patients. The program was focused on the formation of a positive attitude to himself, to the illness and the treatment in the rehabilitation process. Along with individual psychological correction were conducted applied lessons in small groups with the use of art therapy, music therapy, bibliotherapy,

videoterapii. The results of the application of correctional programs in 84 patients with ischemic effects (I69.3 ICD-10) and hemorrhagic stroke (I69.1 ICD-10) in a stationary rehabilitation. Upon completion of the program of individual psychological care marked improvement in the emotional state of the self, adherence to treatment.

Keywords: clinical (medical) psychology, rehabilitation, stroke, cognitive and motor disorders, individual psychological care, adherence to treatment, psychological testing.

References

1. Aleksandrov A.A. *Sovremennaya psikhoterapiya* [Modern psychotherapy]. Sankt-Peterburg. 1997. 334 p. (In Russ.)
2. Balunov O.A., Demidenko T.D. *Faktory opredelyayushchie ustoichivost' urovnya reabilitatsii postinsul'tnykh bol'nykh* [Factors determining the sustainable level of rehabilitation of post-stroke patients]. Sankt-Peterburg. 1995. 16 p. (In Russ.)
3. Balunov O.A., Anan'eva N.L., Safonova N.Yu. *Lakunarnye infarkty golovnogo mozga: klinika, diagnostika, vtorichnaya profilaktika* [Lacunar infarction of the brain: clinic, diagnosis, secondary prevention]. Sankt-Peterburg. 2011. 46 p. (In Russ.)
4. Belova A.N., Shchetpova O.N. *Shkaly, testy, oprosniki v meditsinskoj reabilitatsii* [Scale, tests, questionnaires in medical rehabilitation]. Moskva. 2002. 440 p. (In Russ.)
5. Grigor'eva V.N. *Psikhosomaticheskie aspekty neiroreabilitatsii. Khronicheskie boli* [Psychosomatic aspects of neurorehabilitation]. Nizhnii Novgorod. 2004. 420 p. (In Russ.)
6. Gusev E.I., Bogolepova A.N. *Kognitivnye narusheniya pri tserebrovaskulyarnykh zabol'evaniyakh* [Cognitive impairment in cerebrovascular disease]. Moskva. 2013. 176 p. (In Russ.)
7. 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.)
8. Ermakova N.G. *Primenenie biblioterapii v protsesse vosstanovitel'nogo lecheniya postinsul'tnykh bol'nykh* [The use of bibliotherapy in the process of rehabilitation treatment of patients after stroke]. *ESSJ Evropeiskii zhurnal sotsial'nykh nauk*. [European Social Science Journal]. 2015. Vol. 1, N 1. Pp. 313–320.
9. Ermakova N.G. *Kontseptsiya psikhologicheskoi reabilitatsii bol'nykh s posledstviyami insul'ta v usloviyakh vosstanovitel'nogo lecheniya* [The concept of psychosocial rehabilitation of patients with stroke in a rehabilitation treatment]. *Kompleksnaya psikhologicheskaya pomoshch' v obrazovanii i zdravookhraneniye* [Complex psychological care in education and health] : Scientific. Conf. Proceedings. Sankt-Peterburg. 2015. Pp. 28–36. (In Russ.)
10. Kadykov A.S., Chernikova L.A., Shakhparanova N.V. *Reabilitatsiya nevrologicheskikh bol'nykh* [Rehabilitation of neurological patients]. Moskva. 2008. 560 p. (In Russ.)
11. 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.)

12. Mikhailov V.A., Lukina L.V., Balunov O.A. [et al.]. Terapiya nepsichoticheskikh psikhicheskikh rasstroistv v praktike nevrologa [Therapy non-psychotic mental disorders in the practice of the neurologist]. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2014. N 4. Pp. 100–105. (In Russ.)
13. Parfenov V.A., Khasanova D.R. Ishemicheskii insult [Ischemic stroke]. Moskva. 2012. 288 p.
14. Putilina M.V. Trevozhno-depressivnye rasstroistva i insult [Anxiety and depressive disorders and stroke]. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2014. N 6. Pp. 86–93. (In Russ.)
15. Rubinshtein S.Ya. Eksperimental'nye metody patopsikhologii i opyt ikh primeneniya v klinike [Experimental methods pathopsychology and experience of their use in the clinic]. Moskva. 2010. 384 p. (In Russ.)
16. Savina M.A. Postinsul'tnaya depressiya [Depressive disorders after stroke]. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova* [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]. 2005. N 7. Pp. 67–77. (In Russ.)
17. Sidorenko E.V. Metody matematicheskoi obrabotki v psikhologii [Mathematical processing methods in psychology]. Sankt-Peterburg. 2007. 350 p. (In Russ.)
18. Sommerz-Flanagan D., Sommerz-Flanagan R. Klinicheskoe interv'yuirovanie [Clinical interviews]. Moskva. 2006. 672 p. (In Russ.)
19. Tashlykov V.A. Psikhologiya lechebnogo protsesssa [The psychology of the therapeutic process]. Leningrad. 1984. 186 p. (In Russ.)
20. Tashlykov V.A. Psikhologicheskaya korrektsiya i psikhoterapiya v somaticheskoi klinike [Psychological correction and psychotherapy in somatic clinic]. *Psikhologicheskaya diagnostika i korrektsiya v somaticheskoi klinike* [Psychological diagnostics and correction in somatic clinic] : collection of scientific works. Eds. L.I. Vasserman, E.A. Trifonova. O.Yu. Shcheglova. Sankt-Peterburg. 2011. Pp. 194–206. (In Russ.)
21. Tsvetkova L.S. Afaziologiya: sovremennye problemy i puti ikh resheniya [Aphasiology: current problems and and their solutions]. Moskva ; Voronezh. 2010. 744 p. (In Russ.)
22. Shevchenko Yu.L., Kuznetsov A.N., Vinogradov O.I. Lakunarnyi infarkt golovnogogo mozga [Lacunar brain infarction]. Moskva. 2011. 159 p. (In Russ.)
23. 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.
24. Paolucci, S. Epidemiology and treatment of post-stroke depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2008. Vol. 4, N. 1. Pp. 145–154.
25. Thomas S.A., Lincoln N.B. Predictors of emotional distress after stroke. *Stroke*. 2008. Vol. 39, N 4. Pp. 1240–1245.

Received 20.01.2016

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ И ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПРИВЕРЖЕННЫХ И НЕПРИВЕРЖЕННЫХ К ЛЕЧЕНИЮ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

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

Рассматривается проблема приверженности к лечению у пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца и перенесших операцию коронарного шунтирования, а также психологических факторов, влияющих на уровень приверженности. Проводился сравнительный анализ личностных особенностей (методика «Большая пятерка») и внутренней картины болезни (методика ТООБЛ) 2 групп пациентов – приверженных (n = 42) и неприверженных (n = 43) лечению. Выявлено, что пациенты, не соблюдающие рекомендации врачей, отличаются низкой готовностью к сотрудничеству, более низкой организованностью и меньшими личностными ресурсами, а также для них характерны более высокие шкальные оценки по анозогнозическому типу отношения к болезни и более низкие значения по шкалам неврастенического, сенситивного и паранойяльного типов отношения к болезни. Полученные данные позволяют в дальнейшем более дифференцировано подходить к работе с пациентами, а также разрабатывать программы сопровождения пациентов после операции коронарного шунтирования с целью повышения их приверженности к лечению.

Ключевые слова: клиническая психология, ишемическая болезнь сердца, коронарное шунтирование, приверженность к лечению, личностные особенности, внутренняя картина болезни, тип отношения к болезни.

Введение

Общеизвестно, что сердечно-сосудистые заболевания на сегодняшний день широко распространены, особенно в развитых странах. Ведущее место в структуре сердечно-сосудистой смертности занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС). Смертность от ИБС среди сердечно-сосудистых заболеваний в России достигает 53,1 % [2].

При лечении ИБС широко применяются хирургические методы, их эффективность давно доказана клинической практикой [1]. Однако для

Яковлева Мария Викторовна – аспирант каф. мед. психологии и психофизиологии С.-Петерб. гос. ун-та (Россия, 199034, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6); e-mail: mariaiakovleva@mail.ru.

полноценного восстановления после операции, а также для продления положительного эффекта от хирургического вмешательства со стороны пациента должна быть проявлена определенная активность – сознательное и полное соблюдение всех рекомендаций, предписанных ему врачами.

Соответствие поведения пациента рекомендациям врача, включая прием лекарств, диету и/или изменение образа жизни, согласно определению ВОЗ, составляет суть приверженности к лечению (англ. adherence to treatment) [14].

Имеется много факторов, которые могут влиять на приверженность к лечению. Среди подобных исследователи называют, например, экономические и социальные факторы [10], а также фактор отношений между пациентом и лечащим врачом [11, 12] и другие.

В последнее время предпринимаются попытки составить универсальную классификацию этих факторов [13]. Однако именно психологические аспекты выпадают из рассмотрения исследователей.

Цель исследования – изучить и провести сравнительный анализ личностных особенностей и внутренней картины болезни пациентов, страдающих ИБС, с различной степенью приверженности к лечению после операции коронарного шунтирования.

Материал и методы

Обследовали 85 пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца и перенесших полную реваскуляризацию миокарда в условиях искусственного кровообращения – операцию коронарного шунтирования (КШ) в Северо-Западном федеральном медицинском исследовательском центре им. В.А. Алмазова. Мужчин было 68, женщин – 17, средний возраст – $(60,8 \pm 8,8)$ года. 82 % пациентов, включенных в исследование, до операции КШ страдали стенокардией III–IV функционального класса, 69 % – перенесли один или несколько инфарктов миокарда.

На момент обследования семейное положение пациентов характеризовалась следующим распределением: 2,1 % пациентов были одиноки, 82,3 % состояли в браке, 7,3 % – в разводе, 8,3 % были вдовы. По уровню образования выборка распределилась следующим образом: начальное образование – 2,1 % пациентов, среднее – 18,9 %, среднее специальное – 33,7 %, неоконченное высшее – 4,2 %, высшее – 41,1 %.

Обследование пациентов психологом, а также оценка уровня их приверженности к лечению проводилась спустя 3 мес после операции КШ, когда физическое восстановление после хирургического вмешательства было

полным, а пациенты вернулись к своему привычному образу жизни и работе. В дальнейшем данные о приверженности к лечению пациентов подтверждались на последующих приемах у кардиолога (спустя 1 год после операции).

Экспертным методом пациенты были разделены на две группы:

1-я (n = 42) – приверженные к лечению (соблюдающие врачебные рекомендации по медикаментозной и немедикаментозной терапии);

2-я (n = 43) – неприверженные к лечению (пациенты самовольно заменяли лекарственные препараты и изменяли их дозировки, вовсе отказывались от приема назначенных им медикаментов, систематически не соблюдали врачебные рекомендации по питанию, двигательной активности, отказу от вредных привычек).

Настоящее исследование реализовывали с применением двух методов: клинико-психологического и психометрического. Клинико-психологический метод осуществлялся путем сбора анамнеза болезни и анамнеза жизни пациентов, структурированного интервью пациентов, направленного на изучение их социально-демографических характеристик, а также с помощью специально разработанной анкеты для врачей, направленной на экспертную оценку степени приверженности к лечению пациентов [5]. Психометрический метод реализовывался при помощи методик:

– методики диагностики типов отношения к болезни ТОБОЛ [7]. Обследовано методикой в 1-й группе 40 пациентов, во 2-й – 41 пациент;

– теста-опросника «Большая пятерка» (BIG V) [6], направленного на выявление индивидуально-психологических особенностей и структуры личности (адаптирован Д.П. Яничевым [9]).

Анализ данных проводили с использованием стандартных методов математической статистики, включенных в статистические пакеты SPSS 20.0 и Excel XP.

Результаты и их анализ

В результате изучения внутренней картины болезни пациентов при помощи методики ТОБОЛ были получены данные о частоте встречаемости 12 «чистых» и некоторых смешанных типов отношения к болезни среди пациентов выделенных групп (табл. 1).

На основании данных (см. табл. 1) можно сделать вывод, что для значительного числа пациентов обеих групп характерны типы отношения к болезни, относящиеся к так называемому первому блоку (гармоничный, эргопатический, анозогнозический), при которых психическая и социаль-

ная адаптация существенно не нарушается. Данные типы отношения к болезни диагностируются у 57,5 % пациентов из 1-й группы и у 63,4 % пациентов из 2-й группы.

Таблица 1
Частота встречаемости типов отношения к болезни у пациентов, перенесших операцию КШ, n (%)

Тип отношения к болезни		Группа		
		1-я	2-я	общая
«Чистый»	Гармоничный (Г)	7 (17,5)	1 (2,4)	8 (9,9)
	Эргопатический (Р)	15 (37,5)	14 (34,3)	29 (35,9)
	Анозогнозический (З)	1 (2,5)	11 (26,8)	12 (14,9)
	Тревожный (Т)	0 (0)	1 (2,4)	1 (1,2)
	Ипохондрический (И)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Неврастенический (Н)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Меланхолический (М)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Апатический (А)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Сенситивный (С)	2 (5)	2 (4,9)	4 (4,9)
	Эгоцентрический (Э)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Паранойальный (П)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Дисфорический (Д)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	«Смешанный»	Т, И	0 (0)	1 (2,4)
Р, З		8 (20)	7 (17,2)	15 (18,6)
Р, С		2 (5)	0 (0)	2 (2,5)
Т, С		2 (5)	1 (2,4)	3 (3,7)
З, С		0 (0)	1 (2,4)	1 (1,2)
Н, С, Т		1 (2,5)	0 (0)	1 (1,2)
Р, З, С		0 (0)	1 (2,4)	1 (1,2)
С, А, И		1 (2,5)	0 (0)	1 (1,2)
С, Т, И		1 (2,5)	0 (0)	1 (1,2)
И, С, Д		0 (0)	1 (2,4)	1 (1,2)
Всего		40 (100)	41 (100)	81 (100)

Среди пациентов 1-й группы наиболее часто встречающимися являются эргопатический (37,5 %), смешанный эргопатический-анозогнозический (20 %) и гармоничный (17,5 %) типы. Практически аналогичные типы отношения к болезни доминируют и среди пациентов 2-й группы: эргопатический (34,1 %), анозогнозический (26,8 %) и смешанный эргопатический-анозогнозический (17,1 %).

Анализ и сравнение шкальных оценок всех типов отношения к болезни позволил выявить статистически достоверные различия по двум группам пациентов (табл. 2).

Таблица 2

Шкальные оценки типов отношения к болезни пациентов,
перенесших операцию КШ, (M ± σ) балл

Тип отношения к болезни	Группа пациентов		p <
	1-я	2-я	
Гармоничный (Г)	20,5 ± 3,4	15,8 ± 2,7	–
Эргопатический (Р)	31,1 ± 2,3	28,7 ± 2,2	–
Анозогностический (З)	15,9 ± 2,4	26,4 ± 2,6	0,01
Тревожный (Т)	6,9 ± 1,4	6,1 ± 1,1	–
Ипохондрический (И)	8,6 ± 0,9	6,6 ± 0,9	–
Неврастенический (Н)	8,5 ± 1,1	5,3 ± 0,8	0,05
Меланхолический (М)	2,0 ± 0,5	1,9 ± 0,7	–
Апатический (А)	3,6 ± 0,6	3,1 ± 0,6	–
Сенситивный (С)	21,0 ± 1,4	13,6 ± 1,5	0,001
Эгоцентрический (Э)	7,5 ± 0,7	5,9 ± 0,7	–
Паранойяльный (П)	7,1 ± 0,8	4,5 ± 0,5	0,01
Дисфорический (Д)	3,4 ± 0,7	3,3 ± 0,8	–

Данные, представленные в табл. 2, позволяют отметить наличие статистически значимых различий между средними значениями по шкалам методики ТОБОЛ среди пациентов двух групп. У пациентов 1-й группы получены в среднем более высокие значения по шкалам неврастенического ($p < 0,05$), сенситивного ($p < 0,001$) и паранойяльного ($p < 0,01$) типов отношения к болезни. У пациентов из 2-й группы отмечаются в среднем более высокие шкальные оценки по анозогностическому типу отношения к болезни ($p < 0,01$).

Изучение структуры личности пациентов, перенесших операцию КШ, с помощью методики «Большая пятерка» позволило выявить индивидуально-психологические особенности, характерные для пациентов изучаемых групп (табл. 3).

Анализ средних значений по шкалам методики «Большая пятерка» показал, что между обследованными группами пациентов существуют статистически значимые различия по некоторым личностным особенностям.

Таблица 3

Личностные особенности пациентов, перенесших операцию КШ, ($M \pm \sigma$) балл

Шкала опросника «Большая пятерка»	Группа пациентов		
	1-я	2-я	p <
Экстраверсия	26,3 ± 0,7	26,3 ± 0,8	–
Самосознание, организованность	31,9 ± 0,6	27,3 ± 0,8	0,001
Готовность к согласию, сотрудничество	32,3 ± 0,6	29,7 ± 0,9	0,05
Эмоциональная стабильность	24,5 ± 0,9	27,5 ± 0,9	0,05
Личностные ресурсы	27,5 ± 0,8	21,0 ± 1,0	0,001

Среди данных пациентов 2-й группы отмечаются более низкие значения по шкале «самосознание, организованность» на высоком уровне статистической значимости ($p < 0,001$), а также по шкале «личностные ресурсы» ($p < 0,001$). У этих пациентов также были отмечены статистически значимые отличия от 1-й группы по шкале «готовность к согласию» – для пациентов 2-й группы характерны более низкие значения по данной шкале ($p < 0,05$). С другой стороны, пациенты 1-й группы отличаются более низкими значениями по шкале «эмоциональная стабильность» ($p < 0,05$) по сравнению с больными 2-й группы.

Основываясь на полученных при помощи двух психометрических методик данных, можно предположить, что пациенты, не соблюдающие медицинские рекомендации после операции КШ, отличаются некоторыми характерными личностными особенностями, а также особенностями внутренней картины болезни и отношения к своему заболеванию.

Дисперсионный анализ выявил статистически значимые различия между двумя группами пациентов. 2-я группа пациентов отличается от 1-й более низкой организованностью, меньшими личностными ресурсами, а также низкой готовностью к сотрудничеству; при этом у них отмечается достаточно высокая эмоциональная стабильность в сравнении с пациентами из 1-й группы. Для пациентов 2-й группы характерны также в среднем более низкие значения по шкалам неврастенического, сенситивного и паранойяльного типов отношения к болезни и более высокие шкальные оценки по анозогнозическому типу, а также значительно более высокая частота встречаемости данного типа отношения к болезни в «чистом» виде, подразумевающего отказ признать у себя наличие заболевания, игнорирование болезни.

Полученные результаты исследования характерных особенностей личности и отношения к болезни в целом совпадают с клиническими на-

блюдениями медицинских работников, осуществляющих восстановительное лечение больных с ИБС после перенесенной операции КШ. В научных исследованиях психологические особенности пациентов после хирургических вмешательств в связи с их приверженностью к лечению также активно изучаются, но полученные данные зачастую противоречивы [4, 8]. Несмотря на это, изучение вышеупомянутых характеристик имеет определенный теоретико-практический потенциал, так как различные исследования доказывают наличие достоверных различий по психологическим особенностям пациентов, принимающих активное участие в процессе своего лечения и реабилитации и сознательно соблюдающих все медицинские рекомендации, а также пациентов, относимых медицинским персоналом к группе неприверженных к лечению [3].

Заключение

Изучение психологических особенностей различных нозологических групп пациентов соматической клиники всегда является актуальным в связи с серьезным практическим значением полученных данных. Выявление факторов, связанных с приверженностью к лечению и определяющих ее, на сегодняшний день является одной из первостепенных задач клинической психологии, так как эти факторы могут обладать прогностической ценностью в плане предсказания поведения пациентов и риска их неприверженности к лечению.

Разработка психокоррекционных программ сопровождения пациентов после хирургического вмешательства на основе данных эмпирических исследований позволит в дальнейшем повышать эффект от операций, продолжительность и качество жизни пациентов после операций, в частности коронарного шунтирования, благодаря повышению приверженности к восстановительному лечению среди пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца.

Литература

1. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г., Ступаков И.Н. Хирургическое лечение больных с сосудистой патологией в Российской Федерации // Здравоохранение. – 2010. – № 6. – С. 15–23.
2. Естественное движение населения Российской Федерации в 2012 году: бюллетень [Электронный ресурс] / Федер. служба гос. статистики (Росстат). – М. : Стат. бюл. – URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/b12_106/Main.htm (дата обращения 25.01.2015).
3. Зеленская И.А., Демченко Е.А., Лубинская Е.И. Психологические особенности больных ИБС после аортокоронарного шунтирования в процессе ре-

билитации // Психология XXI века : материалы междунар. науч.-практ. конф. молодых ученых. – СПб. : Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2011. – С. 174–176.

4. Зеленская И.А., Лубинская Е.И., Великанов А.А., Демченко Е.А. Психологические особенности пациентов, перенесших операцию коронарного шунтирования, в зависимости от их приверженности к участию в реабилитационной программе // Вестн. ЮУрГУ. Сер. Психология. – 2011. – Вып. 15, № 42. – С. 73–76.

5. Лубинская Е.И. Клиническая и социально-экономическая эффективность многопрофильной реабилитации больных ишемической болезнью сердца, перенесших плановое коронарное шунтирование : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2013. – 18 с.

6. Первин Л., Джон О. Психология личности: теория и исследования / пер. с англ. – М. : Аспект Пресс, 2001. – 607 с.

7. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / авторы-сост. Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс. – СПб. : Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 32 с.

8. Яковлева М.В., Лубинская Е.И., Демченко Е.А. Внутренняя картина болезни как фактор приверженности лечению после операции коронарного шунтирования // Вестн. ЮУрГУ. Сер. Психология. – 2015. – Т. 8, № 2. – С. 59–70.

9. Яничев Д.П. Когнитивные аспекты самовосприятия личностных черт у пациентов с невротической и неврозоподобной симптоматикой : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2006. – 25 с.

10. DiMatteo M.R. Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis // Health Psychology. – 2004. – Vol. 23, N 2. – P. 207–218.

11. Escolar-Gutiérrez M.C., López-Moya B., Portabales Barreiro L. [et al.]. Influencia de la relación profesional sanitario-paciente en la adherencia al tratamiento en un programa de rehabilitación cardíaca (PRC) // Proceedings of 6th International and 11th National Congress of Clinical Psychology 6–8 June 2013, Santiago de Compostela, Spain, 2014. – P. 50–55. – URL: http://www.aepc.es/psclinica_web/proceedin/.

12. Marchena-Giráldez C., Calero-Elvira A., Galván-Domínguez N. La importancia de las instrucciones del psicólogo para favorecer la adhesión terapéutica // Clínica y Salud. – 2013. – Vol. 24. – P. 55–65. – URL: <http://clysa.elsevier.es/es/la-importancia-las-instrucciones-del/articulo/S1130527413700070/> (date of access 26.09.2015)

13. Mathes T., Jaschinski Th., Pieper D. Adherence influencing factors: A systematic review of systematic reviews // Archives of Public Health. – 2014. – Vol. 72, N 1. – P. 37.

14. World Health Organization: Adherence to Longterm Therapies, Evidence for Action. – Geneva, 2003. – URL: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/ (date of access 10.03.2015).

Iakovleva M.V. Osobennosti lichnosti i otnosheniya k bolezni patsientov, priverzhennykh i ne priverzhennykh k lecheniyu v vosstanovitel'nom periode posle koronarnogo shuntirovaniya [Features of the personality and the attitude towards the

disease of adherent and non-adherent to treatment patients during the recovery period after coronary bypass surgery]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2016. N 57. P. 49–58.

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

Iakovleva Mariia Viktorovna – Post-graduate, Department of medical psychology and psychophysiology, Saint-Petersburg State University (Russia, 199034, Saint-Petersburg, Makarova embank., 6); e-mail: mariaiakovleva@mail.ru.

Abstract. The paper presents the reflections about the actual problem of adherence to treatment among patients with coronary heart disease after coronary bypass surgery, and the psychological factors that influence the level of adherence. A comparative analysis of personality characteristics (the Big Five Questionnaire) and the internal picture of the disease (Questionnaire of Types of Attitude towards the Disease) of two groups of patients (adherent (n = 42) and nonadherent (n = 43) to treatment) was made. It was found that patients who do not comply with medical recommendations have a low willingness to cooperate, lower self-organization and fewer personality resources. They are characterized by higher average scores on the scale related to the "anosognostic" type of attitude towards the disease and lower values on the scale related to the "neurasthenic", "sensitive" and "paranoid" types of attitude towards the disease. The data obtained will help to establish a more differentiated approach to dealing with patients, as well as to develop in the future supportive programs for patients after coronary bypass surgery in order to improve their adherence to treatment.

Key words: clinical psychology, coronary heart disease, coronary bypass surgery, adherence to treatment, personality traits, internal picture of the disease, type of attitude towards the disease.

References

1. Bockeria L.A., Gudkova R.G., Stupakov I.N. Khirurgicheskoe lechenie bol'nykh s sosudistoy patologiei v Rossiyskoy Federatsii [Surgical Treatment of Patients with Vascular Pathology in the Russian Federation]. *Zdravookhranenie* [Public Health]. 2010. N 6. Pp. 15–23. (In Russ.)

2. Estestvennoe dvizhenie naseleniya Rossiyskoy Federatsii v 2012 godu : byulleten' [Vital Statistics of the Russian Federation in 2012: Bulletin] [Electronic Resource] / Federal State Statistics Service. Moscow. URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/b12_106/Main.htm. (In Russ.)

3. Zelenskaya I.A., Demchenko E.A., Lubinskaya E.I. Psikhologicheskie osobennosti bol'nykh IBS posle aortokoronarnogo shuntirovaniya v protsesse reabilitatsii [Psychological Characteristics of Patients with CHD after Coronary Artery Bypass Surgery in the Rehabilitation Process]. *Psikhologiya XXI veka* [Psychology of the XXI Century : Proceedings of the International Scientific-Practical. Conf. Saint-Petersburg. 2011. Pp. 174–176. (In Russ.)

4. Zelenskaya I.A., Lubinskaya E.I., Velikanov A.A., Demchenko E.A. Psikhologicheskie osobennosti patsientov, perenesshikh operatsiyu koronarnogo shuntiro-

vaniya, v zavisimosti ot ikh priverzhennosti k uchastiyu v reabilitatsionnoy programme [Psychological Characteristics of Patients Undergoing Coronary Bypass Surgery, Depending on their Adherence to Participation in a Rehabilitation Program]. *Vestnik YuUrGU, Ser. Psikhologiya* [Bulletin of the South Ural State University. Ser. Psychology]. 2011. Issue 15, N 42. Pp. 73–76. (In Russ.)

5. Lubinskaya E.I. Klinicheskaya i sotsial'no-ekonomicheskaya effektivnost' mnogoprofil'noy reabilitatsii bol'nykh ishemicheskoy bolezn'yu serdtsa, perenesshikh planovoe koronarnoe shuntirovanie [Clinical and Socio-Economic Effectiveness of Multidisciplinary Rehabilitation of Patients with Coronary Artery Disease Undergoing Elective Coronary Artery Bypass Grafting] : Abstract dissertation PhD Med. Sci. Saint-Petersburg. 2013. 18 p. (In Russ.)

6. Pervin L.A., John O.P. Psikhologiya lichnosti: teoriya i issledovaniya [The Psychology of Personality: Theory and Research] : transl. from Eng. Moscow. 2001. 607 p. (In Russ.)

7. Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni: posobie dlya vrachey [Psychological Diagnostics of the Attitude towards the Disease: a Manual for Doctors]. Authors and Compilers L.I. Vasserman [et al.]. Saint-Petersburg. 2005. 32 p. (In Russ.)

8. Iakovleva M.V., Lubinskaya E.I., Demchenko E.A. Vnutrennyaya kartina bolezni kak faktor priverzhennosti lecheniyu posle operatsii koronarnogo shuntirovaniya [Internal Picture of the Disease as a Factor of Adherence to Treatment after Coronary Bypass Surgery]. *Vestnik YuUrGU, Ser. Psikhologiya* [Bulletin of the South Ural State University. Ser. Psychology]. 2015. Vol. 8, N. 2. Pp. 59–70. (In Russ.)

9. Yanichev D.P. (2006). Kognitivnye aspekty samovospriyatiya lichnostnykh chert u patientsov s nevroticheskoy i nevrozopodobnoy simptomatikoy [Cognitive aspects of self-perception of personality traits in patients with neurotic and neurosis-like symptoms] : Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. Saint-Petersburg. 2006. 25 p. (In Russ.)

10. DiMatteo M.R. Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology*. 2004. Vol. 23, N 2. Pp. 207–218.

11. Escolar-Gutiérrez M.C., López-Moya B., Portabales Barreiro L. [et al.]. Influencia de la relación profesional sanitario-paciente en la adherencia al tratamiento en un programa de rehabilitación cardíaca (PRC). *Proceedings of 6th International and 11th National Congress of Clinical Psychology*, 6–8 June 2013, Santiago de Compostela, Spain, 2014. – P. 50–55. URL: http://www.aepc.es/psclinica_web/proceedin/.

12. Marchena-Giráldez C., Calero-Elvira A., Galván-Domínguez N. La importancia de las instrucciones del psicólogo para favorecer la adhesión terapéutica. *Clínica y Salud*. 2013. Vol. 24. Pp. 55–65. URL: <http://clysya.elsevier.es/es/la-importancia-las-instrucciones-del/articulo/S1130527413700070/>.

13. Mathes T., Jaschinski Th., Pieper D. Adherence influencing factors: A systematic review of systematic reviews. *Archives of Public Health*. 2014. Vol. 72, N 1. Pp. 37.

14. World Health Organization: Adherence to Longterm Therapies, Evidence for Action. Geneva. 2003. URL: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/.

Received 25.01.2016

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

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

Исследованы особенности негативного влияния тревоги и депрессии на липидный и углеводный обмен у пациентов молодого возраста с гипертонической болезнью. В клинике госпитальной терапии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова было проведено комплексное обследование 90 пациентов (63 мужчины и 27 женщин) в возрасте ($38,6 \pm 3,4$) года с гипертонической болезнью I и II стадий и сопутствующими эмоциональными расстройствами. Все пациенты были проконсультированы психиатром, а также было проведено анкетирование по методикам HADS и CES-D и биохимическая оценка функционального состояния гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. Были сформированы 3 группы пациентов: 1-я ($n = 12$) – с артериальной гипертензией; 2-я ($n = 59$) – с артериальной гипертензией, ожирением и нарушением либо липидного, либо углеводного обмена; 3-я ($n = 19$) – с развернутой картиной метаболического синдрома. Дислипидемия была выявлена у 18 человек, метаболический синдром в различных проявлениях манифестировал у 87 % лиц из всей совокупности больных. По результатам проведенного исследования у пациентов с выраженными проявлениями тревоги и депрессии в сочетании с гиперкортизолиемией выявлены значимые нарушения углеводного обмена в виде более высоких значений глюкозы через 2 ч после стандартного глюкозотолерантного теста, было отмечено проатерогенное изменение липидного спектра при примерно одинаковых значениях суточных показателей артериального давления. Наличие длительного эмоционального стресса также могло объяснить выявленное сни-

Гордиенко Александр Волеславович – д-р мед. наук проф., зав. каф. госпит. терапии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6); e-mail: gord503@mail.ru;

Сорокин Николай Васильевич – канд. мед. наук, ассистент каф. госпит. терапии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6); e-mail: nsor2464@inbox.ru;

Рыжков Алексей Иванович – аспирант каф. госпит. терапии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6); e-mail: alexeyuzhkovff@gmail.com;

Сердюков Дмитрий Юрьевич – канд. мед. наук, ассистент каф. госпит. терапии, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6); e-mail: serdukovdu@yandex.ru.

жение стресс-протективных факторов (дефицит моноаминов), свидетельствовавшее о возможном истощении гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. Таким образом, прогрессирование нарушений липидного и углеводного обменов сопровождается клиническими и биохимическими проявлениями эмоциональных расстройств, что свидетельствует о тесной взаимосвязи этих патологических процессов. Эмоциональные расстройства характеризуются не только нарушениями психической сферы, но и сложными биохимическими изменениями, которые ведут к прогностически неблагоприятному симптомокомплексу метаболических расстройств, завершающихся формированием развернутой картины метаболического синдрома, что может потребовать дополнительной медикаментозной коррекции.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, тревога, тревожность, депрессия, гипертоническая болезнь, метаболический синдром, дислипидемия, гиперкортизолемиа.

Введение

Известно, что метаболический синдром (МС) представляет собой кластер факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2-го типа [3, 4]. Роль связующего звена между такими факторами риска, как абдоминальный тип ожирения, артериальная гипертензия, нарушения углеводного обмена и дислипидемия отводится синдрому инсулинорезистентности, значительно ухудшающему прогноз у пациентов с ишемической болезнью сердца [4]. Сохраняется высокая распространенность МС в российской популяции. Так, у половины обследованных жителей г. Санкт-Петербурга в возрасте 30–55 лет выявлен абдоминальный тип ожирения, а МС диагностирован у 66,5 % [3, 4].

У людей, страдающих депрессией, МС встречается существенно чаще, чем в общей популяции (36 и 13–15 % соответственно). Вместе с тем в российской научной литературе этот аспект проблемы освещен недостаточно. В большей степени изучаются частные вопросы взаимосвязи депрессии с некоторыми сердечно-сосудистыми заболеваниями и отдельно с сахарным диабетом 2-го типа [5, 7, 9, 12, 13]. Большинство публикаций на тему коморбидности МС и депрессии касается западноевропейской и североамериканской популяций.

В настоящее время наибольшее признание имеет так называемая моноаминная гипотеза патогенеза депрессии, в основе которой лежит дефицит норадреналина и/или серотонина в головном мозге. Как известно, норадреналин и серотонин выполняют роль медиаторов в центральной нервной системе и, что особенно важно, в тех отделах головного мозга, которые участвуют в формировании эмоций, инстинктивного поведения, побу-

ждений, а также являются звеньями вегетативной и нейроэндокринной регуляции [1, 2].

В рамках нейропластической теории тревоги и депрессии известна роль гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, особенно кортизола, в формировании тревожно-депрессивных расстройств [5, 8, 11]. Кортизол оказывает непосредственное влияние на различные моноаминэргические системы. В последнее время убедительно показано, что высокий уровень кортизола обладает ингибирующим влиянием на активность серотонинэргической системы, вызывает снижение синтеза 5HT₁-рецепторов [8, 11]. Кроме того, кортизол оказывает стимулирующее влияние на ферменты деградации моноаминов, в частности на моноаминоксидазу [8].

Моноаминэргические нейротрансмиттеры (серотонин), взаимодействуя с нервной клеткой, приводят к активации нейротрофических факторов – гена фактора роста нервов (англ. Nerve growth factor – NGF) и гена мозгового нейротрофического фактора (англ. Brain derived neurotrophic factor – BDNF). Вследствие активации этих факторов происходит образование или реорганизация новых синапсов [6]. Выявлено, что BDNF принимает участие в формировании аффективных расстройств. Также важна его роль в росте нервных клеток, формировании новых синапсов и их модификации путем стимулирования генов, вовлеченных в регуляцию уровня серотонина [6, 10].

Существует и обратная связь – стимуляция серотониновых рецепторов приводит к активации экспрессии BDNF-гена. В процессе развития мозга именно этот циклический процесс играет одну из главных ролей в выживании, синаптической пластичности и росте серотонинэргических нейронов. Его дисбаланс может привести к структурным и функциональным нарушениям в участках мозга, ответственных за эмоциональное состояние [6, 10].

Отрицательное влияние длительной гиперсекреции кортизола на нервную систему существенно блокируется другим стероидным гормоном – дегидроэпиандростероном (ДГЭА), который преобладает в сульфанированной форме (ДГЭА-С). ДГЭА и другие нейростероиды (такие как аллопрегненолон) оказывают влияние на ЦНС, модулируя функции рецепторов нейромедиаторов – гамма-аминомасляной кислоты, серотонина, глутамата и других рецепторов [5, 11]. Большой интерес у исследователей вызывает изучение вопросов соотношения катаболических и анаболических процессов при депрессивных расстройствах. Всё более очевидным становится тот факт, что отрицательные эффекты кортизола проявляются не сами по себе, а на фоне истощения резерва анаболических гормонов при депрессии [5].

Несмотря на то что вопрос коморбидности таких нозологий, как МС, его компонентов и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы остается открытым и не до конца исследованным, работ на данную тему крайне мало, и проделаны они в основном иностранными авторами. Актуальность данной работы обусловлена крайне недостаточной изученностью данной проблемы и ее освещением в отечественной литературе.

Цель работы – исследовать особенности эмоционального и биохимического статуса у мужчин с артериальной гипертензией и разными компонентами МС.

Материал и методы

В клинике госпитальной терапии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова (Санкт-Петербург) обследовали 90 пациентов (63 мужчины и 27 женщин) с гипертонической болезнью (ГБ) I–II стадий и сопутствующими эмоциональными расстройствами, в возрасте от 28 до 44 лет (средний возраст – $(38,6 \pm 3,4)$ года). Пациентов с ГБ I стадии было 51 (56 %), с ГБ II стадии – 39 (44 %). Критериями включения в исследование пациентов являлись наличие верифицированного эмоционального расстройства по результатам консультации психиатра и проведенного психологического тестирования, ГБ I–II стадий, информированное согласие на участие в исследовании.

В рамках исследования эмоциональных нарушений мы выявляли наличие и степень выраженности тревоги и депрессии у исследуемых больных.

Критериями исключения были: застойная хроническая сердечная недостаточность, гемодинамически значимые нарушения ритма и проводимости, онкологические заболевания, сопутствующие гепатиты В, С и наличие вируса иммунодефицита человека.

По результатам проведенных лабораторно-инструментальных исследований пациенты были разделены на группы (табл. 1):

- 1-я (n = 12, 13,3 % от всех исследованных) – пациенты с артериальной гипертензией, эмоциональными расстройствами без МС;
- 2-я (n = 59, или 65,1 %) – пациенты с артериальной гипертензией, эмоциональными расстройствами, абдоминальным типом ожирения, нарушениями углеводного обмена или дислипидемией, в данной группе. МС в данной группе носит неполный характер;
- 3-я (19 человек, или 21,1 %) – пациенты с полнокомпонентным МС: с артериальной гипертензией, эмоциональными расстройствами, абдоми-

нальным типом ожирения, нарушениями углеводного обмена и дислипидемией.

Таблица 1
Характеристика обследованных больных, (M ± σ)

Показатель	Группа			p <
	1-й	2-я	3-я	
Возраст, лет	42 ± 2,8*	33 ± 3,7	36 ± 5,3	(1/2) 0,05; (1/3) 0,05
Мужчины, n (%)	7 (58)	37 (63)	10 (52)	
Женщины, n (%)	5 (42)	22 (37)	9 (48)	
Давность АГ, лет	11,0 ± 1,0*	7,2 ± 1,1	5,1 ± 1,2	(1/2) 0,05; (1/3) 0,05
Давность ожирения, лет	-	6,0 ± 0,9	5,1 ± 0,9	(2/3) 0,05
ИМТ, кг/м ²	21,4 ± 2,2*	33,6 ± 2,01	33,2 ± 1,8	(1/2) 0,05
HADS, балл	8,8 ± 1,1	8,8 ± 0,8	8,8 ± 1,0	
CES-D, балл	23,7 ± 2,4*	25,1 ± 2,7	25,2 ± 1,8	(1/2) 0,05

Всем пациентам проводили физикальное обследование, в том числе антропометрию с измерением роста, веса, окружности талии. Основным критерием ожирения считали показатель индекса массы тела (ИМТ) более 30 кг/м².

Осуществили рутинные лабораторные исследования. В сыворотке крови определяли уровни холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицеридов (ТГЛ), глюкозы натощак. Наличие МС определяли согласно диагностическим критериям как сочетание увеличенной окружности талии (94 см и более), повышенного уровня АД (140/90 мм рт. ст. и более) и одного или нескольких из дополнительных критериев, касающихся повышения сывороточного содержания ТГЛ (1,7 ммоль/л и более), ЛПНП (более 3,0 ммоль/л), снижения ХС ЛПВП (менее 1,0 ммоль/л), нарушения гликемии натощак (6,1 ммоль/л и более) [7, 8].

Выявление расстройств тревожно-депрессивного спектра проводили по результатам осмотра психиатра и заполнения пациентами опросников HADS (Hospital anxiety and depression scale – госпитальной шкалы тревоги и депрессии) и CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale – шкалы центра эпидемиологических исследований). При интерпретации полученных данных по шкале HADS выделяли 3 области значений:

- 0–7 баллов – норма;
- 8–10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия;
- 11 баллов и более – клинически выраженная тревога/депрессия.

Для интерпретации данных шкалы CES-D были использованы следующие критерии:

- 0–17 баллов – норма;
- 18–26 баллов – легкая депрессия;
- 27–30 баллов – депрессия средней тяжести;
- 31 балл и более – тяжелая депрессия.

Для оценки функционального состояния гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы пациентов дополнительно методом прямого конкурентного иммуноферментного анализа определяли пролактин, ДГЭА-С, кортизол (утренний и вечерний), BDNF. Референсные значения исследуемых веществ:

- кортизол утренний (8.00) – 200–700 нмоль/л;
- кортизол вечерний (20.00) – 55–250 нмоль/л, разница в значениях утреннего и вечернего кортизола должна быть не менее 100 нмоль/л;
- ДГЭА-С – 1,6–16,7 мкмоль/л;
- пролактин у женщин – 61–512 мМЕ/л
- пролактин у мужчин – 58–475 мМЕ/л
- BDNF: низкая продукция – 0–15 пг/мл, средняя продукция – 15–30 пг/мл, высокая продукция – больше 30 пг/мл

Статистическую обработку данных проводили с помощью прикладной программы «Statistica for Windows 8.0». При сравнении распределений количественных показателей в группах использовался t-критерий Стьюдента. Оценка силы, направления и значимости корреляционной связи между показателями выполнена с применением коэффициента корреляции ρ Спирмена.

Результаты и их анализ

МС был выявлен у 87 % лиц из всей совокупности обследованных больных. Пациенты 1-й группы были несколько старше остальных обследуемых, в связи с этим у них отмечалась большая длительность гипертензии (см. табл. 1).

Такой компонент МС, как дислипидемия, была выявлена у 90 (20 %) пациентов. Она выражалась в большинстве случаев в виде повышения уровней ТГЛ и ХС ЛПНП – $(1,71 \pm 0,34)$ ммоль/л и $(3,01 \pm 0,53)$ ммоль/л соответ-

ственно. Снижения уровня ХС ЛПВП не отмечено. Особенности липидного и углеводного обмена исследованных пациентов отображены в табл. 2.

Таблица 2
Характеристика липидного и углеводного обмена обследованных пациентов, (M ± σ)

Показатель	Группа			p <
	1-я	2-я	3-я	
Глюкоза натощак, ммоль/л	5,57 ± 0,18	5,37 ± 0,55	5,70 ± 0,27	(1/2) 0,001; (1/3) 0,001
Постпрандиальная гликемия, ммоль/л	8,01 ± 0,29	7,54 ± 0,72	8,26 ± 0,30	(1/2) 0,001; (1/3) 0,001
ХС ЛПВП, ммоль/л	1,54 ± 0,17	1,34 ± 0,21	1,49 ± 0,16	(1/2) 0,001; (1/3) 0,001
ХС ЛПНП, ммоль/л	2,99 ± 0,61	2,90 ± 0,54	3,35 ± 0,16	(1/2) 0,001; (1/3) 0,001
ТГЛ, ммоль/л	1,62 ± 0,33	1,65 ± 0,31	1,98 ± 0,33	(1/2) 0,001; (1/3) 0,001

В рамках текущего исследования проводилось изучение уровня ряда биохимических и клинических маркеров эмоциональных расстройств у пациентов с различными видами нарушения обмена жиров и углеводов (табл. 3).

Таблица 3
Биохимические маркеры и степень клинической выраженности эмоциональных расстройств у пациентов с разными компонентами МС, (M ± σ)

Показатель	Группа			p <
	1-я	2-я	3-я	
BDNF, пг/мл	11,75 ± 1,39	10,75 ± 1,23	10,52 ± 1,50	(1/2) 0,001; (1/3) 0,001
ДГЭА-С, мкмоль/л	2,84 ± 0,87	2,07 ± 0,75	1,89 ± 0,47	(1/2) 0,001; (1/3) 0,001
Утренний кортизол, нмоль/л	326,50 ± 34,1	388,01 ± 53,52	450,79 ± 51,7	(1/2) 0,001; (1/3) 0,001
Вечерний кортизол, нмоль/л	150,08 ± 37,53	162,51 ± 42,62	171,42 ± 27,56	(1/2) 0,001; (1/3) 0,001
Кортизол утренний/ BDNF	27,90 ± 3,11	36,30 ± 2,82	42,90 ± 3,00	(1/2) 0,01; (1/3) 0,001
Кортизол утренний/ ДГЭА-С	114,90 ± 4,91	187,40 ± 3,96	211,30 ± 4,10	(1/2) 0,01; (1/3) 0,001
HADS, балл	8,8 ± 1,1	8,8 ± 0,8	8,8 ± 1,0	
CES-D, балл	23,7 ± 2,4*	25,1 ± 2,7	25,2 ± 1,8	(1/2) 0,05; (1/3) 0,05

Из представленных в табл. 3 данных следует, что значения стресс-протекторных факторов (ДГЭА-С, BDNF) в 1-й группе достоверно больше, чем во 2-й и 3-й группах. Однако значения утреннего кортизола в 3-й группе достоверно превысили значения данного показателя в остальных исследуемых группах. Значимых отличий по значению вечернего кортизола выявлено не было.

Взаимосвязь между клинической выраженностью тревоги и депрессии по данным стандартизированных опросников, биохимическими маркерами эмоциональных расстройств и вариантами МС отображены в табл. 4.

Таблица 4

Оценка корреляционной связи между компонентами МС
и клинико-биохимическими маркерами эмоциональных расстройств

Показатель	Варианты МС (количество компонентов)	
	г	p <
НADS, балл	0,01	0,9
CES-D, балл	0,25	0,03
BDNF, пг/мл	-0,26	0,03
ДГЭА-С, мкмоль/л	-0,34	0,003
Утренний кортизол, нмоль/л	0,49	0,001
Вечерний кортизол, нмоль/л	0,09	0,4
Кортизол/ДГЭА-С	0,46	0,001
Кортизол/BDNF	0,47	0,001

Проведенный корреляционный анализ показал значимую взаимосвязь клинических (балльная оценка по шкале CES-D) и биохимических (ДГЭА-С, BDNF, кортизол) компонентов эмоциональных расстройств с нарушениями липидно-углеводного обмена и ожирением. Иными словами, клинико-биохимические показатели выраженности эмоциональных расстройств тесно связаны со степенью выраженности (количеством компонентов) МС.

Естественной формой биохимического ответа на психический стресс является гиперкортизолемиа [5, 8, 11]. Возникающая на фоне регулярного отрицательного психического стресса гиперкортизолемиа воздействует на обмен моноаминов, приводя к их дефициту и уменьшая эффективность их биологического воздействия, что было также подтверждено данными нашего исследования. Изменение обмена моноаминов, а также снижение выработки BDNF отмечалось у пациентов с эмоциональными расстройствами

и вело к появлению и утяжелению симптомов тревоги и депрессии, что подтверждалось результатами психологического тестирования.

Доказано, что кортизол обладает также рядом биологических эффектов, среди которых воздействие на липидный, углеводный и водно-минеральный обмен и опосредованное вазопрессорное действие. По результатам нашего исследования у пациентов с более выраженными проявлениями эмоциональных расстройств (более высокими баллами по шкале CES-S) и гиперкортизолиемией выявлялись значимые нарушения углеводного обмена в виде более высоких значений постпрандиальной глюкозы, отмечалось проатерогенное изменение липидного спектра. Наличие психического стресса и эмоциональных расстройств также могло объяснить выявленное нами снижение ДГЭА-С, свидетельствующее о возможном истощении гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы.

Таким образом, тревога и депрессия характеризуются не только нарушениями психической сферы, но и сложными биохимическими изменениями, которые ведут к прогностически неблагоприятному симптомокомплексу метаболических расстройств, завершающихся формированием развернутой картины МС, что может требовать дополнительной медикаментозной коррекции.

Выводы

1. Прогрессирование нарушений липидного и углеводного обменов сопровождается клиническими и биохимическими проявлениями эмоциональных расстройств, что свидетельствует о тесной взаимосвязи этих патологических процессов.

2. Наличие симптомов тревоги и депрессии может рассматриваться как фактор прогрессирования метаболического синдрома и должно учитываться при подборе индивидуальной терапии.

Литература

1. Кононенко В.Я. Гормоны и обмен биогенных аминов в головном мозге // Эндокринология сегодня : сб. науч. тр. – Киев : Наук. думка, 1982. – С. 65–74.

2. Михаленко И.Н. Опыт применения предшественников биогенных аминов при лечении депрессии // Фармакодиагностика и фармакотерапия в психиатрии. – Л., 1973. – С. 43–47.

3. Рекомендации по диабету, предиабету и сердечно-сосудистым заболеваниям. EASD/ESC // Рос. кардиологич. журн. – 2014. – № 3. – С. 7–61.

4. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. Психокardiология. – М. : Мед. информ. аг-во, 2005. – 777 с.

5. Binder E.B., Nemeroff C.B. The CRF system, stress, depression and anxiety-insights from human genetic studies // *Mol. Psychiatry*. – 2010. – Vol. 15, N 6. – P. 574–588.

6. Bocchio-Chiavetto L., Bagnardi V., Zanardini R. [et al.]. Serum and plasma BDNF levels in major depression: a replication study and meta-analyses // *World J. Biol. Psychiatry*. – 2010. – Vol. 11, N. 6. – P. 763–773.

7. Bruehl H., Rueger M., Dziobek I. [et al.]. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation and memory impairments in type 2 diabetes // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2007. – Vol. 92, N 7. – P. 2439–2445.

8. Burke H.M., Davis M.C., Otte C., Mohr D.C. Depression and cortisol responses to psychological stress: a meta-analysis // *Psychoneuroendocrinology*. – 2005. – Vol. 30, N 9. – P. 846–856.

9. Demakakos P., Pierce M.B., Hardy R. Depressive symptoms and risk of type 2 diabetes in a national sample of middle-aged and older adults: the English longitudinal study of aging // *Diabetes Care*. – 2010. – Vol. 33, N 4. – P. 792–797.

10. Kurita M., Nishino S., Kato M., Numata Y., Sato T. Plasma brain-derived neurotrophic factor levels predict the clinical outcome of depression treatment in a naturalistic study // *PLoS One*. – 2012. – Vol. 7, N 6. – P. 139–212

11. Mangold D., Marino E., Javors M. The cortisol awakening response predicts subclinical depressive symptomatology in Mexican American adults // *J. Psychiatr. Res.* 2011. – Vol. 45, N 7. – P. 902–909.

12. Rustad J.K., Musselman D.L., Nemeroff C.B. The relationship of depression and diabetes: Pathophysiological and treatment implications // *Psychoneuroendocrinology*. – 2011. – Vol. 36, N 9. – P. 1276–1286.

13. Vogelzangs N., Suthers K., Ferrucci L. [et al.]. Hypercortisolemic depression is associated with the metabolic syndrome in late-life // *Psychoneuroendocrinology*. 2007. – Vol. 32, N 2. – P. 151–159.

Gordienko A.V., Sorokin N.V., Ryzhkov A.I., Serdyukov D.Y. Emocional'nye rasstrojstva u bol'nyh s gipertonicheskoj bolezn'yu mladogo vozrasta pri razlichnyh variantah metabolicheskogo sindroma [Anxiety-depressive disorders in the young age patients with the essential hypertension and the diverse variants of the metabolic syndrome]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2016. N 57. P. 59–70.

Kirov Military Medical Academy
(Russia, St. Petersburg, Academica Lebedeva Str., 6)

Gordienko Aleksandr Voleslavovich – Dr. Med. Sci. Prof., Head of Department, Hospital Therapy Department, Kirov Military Medical Academy (Russia, 194044, St. Petersburg, Academica Lebedeva Str., 6); e-mail: gord503@mail.ru;

Sorokin Nikolai Vasil'evich – PhD Med. Sci., assistant Hospital Therapy Department, Kirov Military Medical Academy (Russia, 194044, St. Petersburg, Academica Lebedeva Str., 6); e-mail: nsor2464@inbox.ru;

Ryzhkov Aleksei Ivanovich – PhD Student Hospital Therapy Department, Kirov Military Medical Academy (Russia, 194044, St. Petersburg, Academica Lebedeva Str., 6); e-mail: alexeyryzhkoff@gmail.com;

Serdyukov Dmitrii Yur'evich – PhD Med. Sci., assistant Hospital Therapy Department, Kirov Military Medical Academy (Russia, 194044, St. Petersburg, Academica Lebedeva Str., 6); e-mail: serdukovdu@yandex.ru.

Abstract. Have been investigated the special features of the negative influence of emotional disorders on the lipid and carbohydrate metabolism in the young age patients with the hypertonic disease in this article. Have been carried out the complex clinical examination 90 patients (63 men and 27 women) in the age (38.6 ± 3.4) of years with the I–II stages of hypertonic disease in association with emotional disorders in the Hospital Therapy Department, Military Medical Academy. All patients have been consulted by psychiatrist, and also the questioning employing procedures HADS and CES-D and the biochemical estimation of the functional state of hypothalamic-pituitary-adrenal system has been carried out. Have been formed 3 groups: the 1st group – 12 patients with arterial hypertension; the 2nd group – 59 patients with arterial hypertension, obesity and disturbance either of lipid or carbohydrate metabolism; the 3rd group – 19 patients with the expanded picture of metabolic syndrome. Dyslipidemia has been revealed in 18 patients, metabolic syndrome in different manifestations has been demonstrated in 87 % the persons from the entire totality of patients. According to the results of the conducted investigation in patients with the expressed manifestations of depression and anxiety in combination with hypercortisolemia have been revealed the significant disturbances of the carbohydrate metabolism such as higher values of post-load glucose, there was noted proatherogenic changes in the lipid spectrum with the approximately identical values of the daily indices of blood pressure. The presence of prolonged emotional stress also could explain the revealed by us reduction in the stress-protective factors (insufisiantion of monoamine), which testified about the possible exhaustion of hypothalamic-pituitary-adrenal system. Thus, the progression of the disturbances of lipid and carbohydrate metabolism is accompanied by the clinical and biochemical manifestations of the emotional disorders, which indicate the close interrelation of these pathologic processes. Emotional disorders are characterized not only by the disorders of mental sphere, but also by the complex biochemical changes, which lead to the prognostically unfavorable symptom of the metabolic disturbances, which are completed by shaping of the expanded picture of metabolic syndrome, which can require additional drug correction.

Keywords: clinical (medical) psychology, depression, anxiety, emotional disorders, hypertonic disease, metabolic syndrome, dyslipidemia, hypercortisolemia.

References

1. Kononenko V.Ya. Gormony i obmen biogenykh aminov v golovnom mozge [Hormones and exchange of biogenic amines in the brain]. *Endokrinologiya segodnya [Endocrinology today]*: collection of scientific works. Kiev. 1982. Pp. 65–74. (In Russ.)
2. Mikhalenko I.N. Opyt primeneniya predshestvennikov biogenykh aminov pri lechenii depressii [Experience of using precursors of biogenic amines in the treat-

ment of depression]. *Farmakodiagnostika i farmakoterapiya v psikiatrii* [Pharmacology diagnostics and pharmacotherapy in psychiatry]: collection of scientific works. Leningrad. 1973. Pp. 43–47. (In Russ.)

3. Rekomendatsii po diabetu, prediabetu i serdechno-sosudistym zabolevaniyam. EASD/ESC [Recommendations on diabetes, pre-diabetes and cardiovascular disease]. *Rossiiskii kardiologicheskii zhurnal* [Russian journal of cardiology]. 2014. N 3. Pp. 7–61. (In Russ.)

4. Smulevich A.B., Syrkin A.L., Drobizhev M.Yu., Ivanov S.V. Psikhokardiologiya [Psychokardiology]. Moskva. 2005. 777 p. (In Russ.)

5. Binder E.B., Nemeroff C.B. The CRF system, stress, depression and anxiety-insights from human genetic studies. *Mol. Psychiatry*. 2010. Vol. 15, N 6. Pp. 574–588.

6. Bocchio-Chiavetto L., Bagnardi V., Zanardini R. [et al.]. Serum and plasma BDNF levels in major depression: a replication study and meta-analyses. *World J. Biol. Psychiatry*. 2010. Vol. 11, N 6. Pp. 763–773.

7. Bruehl H., Rueger M., Dziobek I. [et al.]. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation and memory impairments in type 2 diabetes. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2007. Vol 92, N 7. Pp. 2439–2445.

8. Burke H.M., Davis M.C., Otte C., Mohr D.C. Depression and cortisol responses to psychological stress: a meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology*. 2005. Vol. 30, N 9. Pp. 846–856.

9. Demakakos P., Pierce M.B., Hardy R. Depressive symptoms and risk of type 2 diabetes in a national sample of middle-aged and older adults: the English longitudinal study of aging. *Diabetes Care*. 2010. Vol. 33, N 4. Pp. 792–797.

10. Kurita M., Nishino S., Kato M., Numata Y., Sato T. Plasma brain-derived neurotrophic factor levels predict the clinical outcome of depression treatment in a naturalistic study. *PLoS One*. 2012. Vol.7, N 6. Pp. 139–212

11. Mangold D., Marino E., Javors M. The cortisol awakening response predicts subclinical depressive symptomatology in Mexican American adults. *J. Psychiatr. Res.* 2011. Vol. 45, N 7. Pp. 902–909.

12. Rustad J.K., Musselman D.L., Nemeroff C.B. The relationship of depression and diabetes: Pathophysiological and treatment implications. *Psychoneuroendocrinology*. 2011. Vol. 36, N 9. Pp. 1276–1286.

13. Vogelzangs N., Suthers K., Ferrucci L. [et al.]. Hypercortisolemic depression is associated with the metabolic syndrome in late-life. *Psychoneuroendocrinology*. 2007. Vol. 32, N 2. Pp. 151–159.

Received 02.11.2015

ОСОБЕННОСТИ САМООЦЕНКИ ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

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

Представлены результаты эмпирического изучения самооценки подростков с хроническими аллергическими заболеваниями дыхательных путей и кожных покровов. В результате обследования 59 подростков с бронхиальной астмой и сопутствующими аллергическим ринитом и атопическим дерматитом было показано, что низкий уровень актуальной самооценки среди болеющих подростков встречается не чаще, чем среди их здоровых сверстников. Однако сопоставление актуальной и социальной самооценок показало, что среди мальчиков-подростков с аллергическими заболеваниями чаще регистрируется комплекс недостаточности, чем среди условно здоровых мальчиков ($p < 0,05$). К тому же, для подростков с хроническими аллергическими заболеваниями характерно желание иметь более высокую самооценку в настоящий момент. Девочки с аллергическими заболеваниями склонны более высоко оценивать свою личность, чем здоровые сверстницы ($p < 0,01$). В группе болеющих подростков уровень актуальной самооценки среди мальчиков и девочек не отличается, тогда как в группе здоровых подростков актуальная самооценка мальчиков достоверно выше ($p < 0,01$). Также было показано, что в целом более раннее начало заболевания, его большая длительность и тяжесть положительно влияют на уровень актуальной, социальной, потенциальной самооценок и на самооценку максимальных достижений.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, подростки, самооценка, аллергические заболевания.

Введение

Несмотря на активный интерес специалистов к вопросу формирования самооценки в подростковом возрасте, исследования особенностей самооценки подростков с хроническими соматическими заболеваниями носят единичный характер. Наибольшее внимание уделяется изучению самооценки детей и подростков с различными видами нарушений психического развития. Остается нерешенным вопрос о том, может ли влиять первичное заболевание на формирование самооценки и каковы возможные механизмы такого влияния. Таким образом, одной из главных исследовательских

Леушина Екатерина Александровна – ассистент каф. клинич. психологии и психол. помощи Рос. гос. пед. ун-та им. А.И. Герцена, мед. психолог С.-Петербург. науч.-исслед. психоневролог. ин-та им. В.М. Бехтерева (Россия, 191186, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48); e-mail: leushina.katya@gmail.com.

задач на современном этапе развития психологической науки является раскрытие механизмов влияния хронического заболевания на процесс формирования и развития самосознания в целом, а также на отдельные его компоненты. Решение данной задачи предполагает учет всей совокупности опосредующих факторов, таких как характер нарушения, ограничения физического и социального функционирования, возникающих вследствие имеющегося заболевания, длительность и тяжесть заболевания и т. д. В настоящий момент экспериментально показано, что осознание своего физического недостатка (возникающего как результат социального сравнения) может приводить к формированию чувства собственной недостаточности, неполноценности, однако возможно и развитие компенсаторных видов активности [12].

В связи с тем что такое аллергическое заболевание, как бронхиальная астма, является хроническим и имеет прогрессирующее течение, которое в ряде случаев может привести к инвалидизации ребенка, вносит определенные ограничения в образ жизни, а также диктует необходимость систематических госпитализаций (до 2 раз в год), оно вызывает ряд психологических трудностей, представляющих риск развития искаженной самооценки. Приведенные выше факты определяют актуальность изучения особенностей самооценки у подростков с хроническими аллергическими заболеваниями.

Как показано в исследовании Г.Ф. Ахметовой, при нормальном развитии 50 % подростков имеют завышенную самооценку, 33 % – адекватную самооценку и 17 % подростков – заниженную самооценку. Сравнение самооценки по полу показало, что самооценка у девочек ниже, чем у мальчиков, что, по мнению ученого, объясняется низкой самооценкой девочек своей внешности [3].

Экспериментально показано, что у подростков с идиопатическим сколиозом уровень самооценки отрицательно коррелирует с выраженностью косметического дефекта. Такие пациенты выказывают большее беспокойство по поводу собственной внешности, нежели по поводу функциональных ограничений, накладываемых заболеванием. Недовольство собственной внешностью и физическими возможностями со временем перерастает в общее чувство неуверенности, что, в свою очередь, влияет на социальную адаптацию [12]. Изучение самооценки подростков с нарушениями прикуса показало, что их оценка своей личности зависит от тяжести заболевания и в целом ниже, чем в здоровой популяции. Среди девочек снижение самооценки выражено особенно сильно [13]. Экспериментальное изу-

чение самооценки подростков с ревматоидными заболеваниями показало наличие положительной самооценки у большинства обследованных лиц, однако зарегистрированы неустойчивые и сниженные данные по оценке внешней привлекательности. В период обострения заболевания наблюдалось снижение показателей самооценки [4]. Исследование эмоциональной сферы у больных акне позволило установить, что для таких пациентов характерно чувство неуверенности в себе, затрудняющее их жизнедеятельность [11].

Проведенный анализ литературных данных, посвященных изучению самооценки подростков с хроническими соматическими заболеваниями, показал их противоречивый характер, затрудняющий выделение общих закономерностей и нозоспецифических особенностей. Данный факт определяет необходимость детального и системного изучения особенностей оценки собственной личности в условиях хронического заболевания. В настоящей работе представлены данные экспериментально-психологического исследования особенностей самооценки у подростков с аллергическими заболеваниями дыхательных путей и кожными аллергическими заболеваниями. Распространенность аллергических заболеваний в России составляет по разным источникам от 20 до 40 %. При этом аллергический ринит бывает у 13–24 % лиц от всей популяции, бронхиальная астма – у 5,6–7,3 %, атопический дерматит – у 5,9 % [1]. По причине того, что бронхиальная астма является заболеванием, характеризующимся высокой частотой коморбидных состояний [7], в экспериментальную группу исследования вошли подростки, страдающие бронхиальной астмой, ассоциированной с аллергическим ринитом и атопическим дерматитом разной степени тяжести.

Цель исследования – изучить особенности самооценки подростков с хроническими аллергическими заболеваниями.

Материал и методы

Экспериментальную группу (ЭГ) составили 59 подростков с хроническими аллергическими заболеваниями: бронхиальная астма (J45.0, J45.8 МКБ-10), аллергический ринит (J30.0 МКБ-10), атопический дерматит (L20.8 МКБ-10), из которых девочек было 30, мальчиков – 29. Средний возраст обследованных был $(13,2 \pm 1,2)$ года. 38 подростков было в возрасте 12–13 лет, 21 подросток – в возрасте 14–15 лет.

Выбор возрастного периода в исследовании обусловлен ориентацией на принятое в психолого-психиатрической литературе разделение подросткового возраста на «негативную» и «позитивную» фазы, где негативной фазе

соответствует возраст 12–15 лет. Негативная стадия подросткового возраста представляет собой этап, когда подросток склонен себя противопоставлять окружающим и имеет тенденцию не подчиняться общепринятым правилам [5]. Распределение подростков по возрасту представлено в табл. 1.

Таблица 1
Распределение подростков по возрасту, n (%)

Подростки	Возраст			
	12–13 лет		14–15 лет	
	Группа			
	ЭГ	КГ	ЭГ	КГ
Девочки	17 (28,8)	18 (18,1)	13 (22,0)	26 (26,3)
Мальчики	21 (35,6)	27 (27,3)	8 (13,6)	28 (28,3)

Контрольную группу (КГ) составили 99 условно здоровых подростков, из которых девочек было 55, мальчиков – 44. Средний возраст обследованных здоровых подростков был $(13,0 \pm 1,1)$ года. 45 подростков было в возрасте 12–13 лет, 54 подростка – в возрасте 14–15 лет (см. табл. 1). Критерием отбора в контрольную группу являлось отсутствие выявленных хронических соматических заболеваний, а также соматических заболеваний в остром периоде.

Исследование самооценки проводили с помощью методики, предложенной G.J. Manaster и R.J Corsini, в которой рассматриваются следующие виды самооценки: актуальная, социальная, оценка максимальных достижений, потенциальная и идеальная [10]. Согласно инструкции, испытуемому предлагается оценить свои возможности и способности по шкале от 0 до 100 баллов. Исследование самооценки основано на трех типах сопоставления:

- 1) сравнение представления о себе с идеальным образом «Я», включающим в себя и физические характеристики;
- 2) сравнение представления о себе с представлением о мнении окружающих;
- 3) оценка расхождения между актуальным представлением о себе и представлениями о своих достижениях в будущем.

Результаты исследования полученных данных на нормальность распределения диктуют необходимость использования U-критерия Манна–Уитни для определения статистической значимости различий средних величин. Связь возраста дебюта заболевания, его длительности, а также тя-

жести течения с показателями самооценки изучалась при помощи коэффициента корреляции ρ -Спирмена.

Результаты и их анализ

В табл. 2 указано возникновение у детей первых симптомов аллергического заболевания. Разделение на группы проводилось с опорой на возрастную периодизацию, принятую в 1965 г. на 7-й Всесоюзной конференции по проблемам возрастной морфологии, физиологии и биохимии АПН СССР [2]: грудной период (1–12 мес), раннее детство (1–2 года), первое детство (3–7 лет), второе детство (8–11 лет), подростковый период (12–15 лет).

Таблица 2
Распределение подростков ЭГ по возрасту начала заболевания (%)

Подростки	Возрастной период				
	грудной	раннее детство	первое детство	второе детство	подростковый
Девочки	12,5	41,7	12,5	33,3	0,0
Мальчики	19,2	38,5	15,4	23,1	3,8

Также была учтена длительность течения аллергического заболевания. Общепринятая классификация заболеваний по длительности течения (острое, подострое, хроническое) в данном исследовании не может быть использована, так как рассматривались случаи только с хронической формой аллергических заболеваний, в связи с чем мы условно разделили испытуемых на 3 группы: длительность заболевания до 5 лет, от 5 до 10 лет, более 10 лет (табл. 3).

Таблица 3
Распределение подростков ЭГ по длительности заболевания (%)

Подростки	Длительности заболевания, лет		
	до 5	5–10	более 10
Девочки	29,2	20,8	50,0
Мальчики	26,9	30,8	42,3

Определение степени тяжести течения заболевания производилось экспертным методом врачами аллергологами-пульмонологами. Распределение подростков по степени тяжести представлено в табл. 4.

Таблица 4

Распределение подростков ЭГ по тяжести течения заболевания (%)

Подростки	Тяжесть течения заболевания		
	легкая	средняя	тяжелая
Девочки	70,4	22,2	7,4
Мальчики	61,5	34,6	3,6

Результаты обследования подростков методикой G.J. Manaster и R.J Corsini представлены в табл. 5. Значимые различия были выявлены у подростков КГ и ЭГ только по шкале «Идеальная самооценка» ($p < 0,05$), в связи с чем были определены уровни выраженности показателей.

Таблица 5

Показатели самооценки по методике G.J. Manaster и R.J Corsini,
($M \pm m$) балл

Самооценка	ЭГ	КГ	$p <$
Актуальная	66,5 \pm 2,6	63,3 \pm 2,5	–
Социальная	62,3 \pm 2,8	62,6 \pm 2,5	–
Оценка максимальных достижений	91,5 \pm 1,4	87,6 \pm 1,8	–
Потенциальная	82,8 \pm 2,1	81,0 \pm 2,7	–
Идеальная	86,4 \pm 2,1	80,3 \pm 2,2	0,05

Актуальная самооценка. Термин «актуальная самооценка» подчеркивает временную отнесенность – это самооценка, наблюдаемая в данный момент времени. Анализ полученных данных показал, что низкий уровень актуальной самооценки в КГ и ЭГ встречается не чаще, чем в 9 % случаев (см. табл. 6). По данным разных авторов, частота встречаемости низкого уровня самооценки в норме может достигать 17 % [3, 9]. Таким образом, не наблюдается ожидаемого занижения самооценки у подростков с аллергическими заболеваниями.

По результатам статистического анализа в КГ среди мальчиков высокая самооценка встречается достоверно чаще, чем среди девочек ($p < 0,01$), чего не наблюдается среди подростков с аллергическими заболеваниями. Данный факт объясняется тем, что у девочек-подростков ЭГ высокая актуальная самооценка встречается чаще, чем у их здоровых сверстниц ($p < 0,05$). В современной психологической литературе имеются данные экспериментального подтверждения о наличии более высокой самооценки у мальчиков-подростков в сравнении с девочками (при норме развития) [9]. Также было обнаружено, что в группе подростков КГ наблюдается не-

которое снижение актуальной самооценки по мере взросления ($p < 0,05$). Данный факт объясняется наблюдаемым в подростковом возрасте снижением общего самоуважения, самооценки по отдельным качествам в связи с увеличением критичности подростка к самому себе, его способности отмечать свои положительные и отрицательные стороны [8, 9].

Таблица 6
Выраженность результатов по шкале «Актуальная самооценка» у подростков в КГ и ЭГ (%)

Подростки	Уровень выраженности результатов		
	низкий	средний	высокий
Девочки (КГ)	6,1	72,7	21,2
Девочки (ЭГ)	3,3	50,0	46,7
Мальчики (КГ)	8,9	37,8	53,3
Мальчики (ЭГ)	0,0	44,4	55,6

Социальная самооценка. Не менее важным показателем является так называемая социальная самооценка – «что, как я думаю, обо мне думают окружающие». Ожидаемое отношение окружающих является неотъемлемой частью системы регуляции поведения человека. Анализ полученных данных показал (см. табл. 7), что частота высоких показателей по шкале «Социальная самооценка» среди девочек и мальчиков-подростков в ЭГ не отличаются, тогда как в КГ подростков мальчики чаще склонны ожидать высоких оценок со стороны окружающих ($p < 0,05$).

Таблица 7
Выраженность результатов по шкале «Социальная самооценка» у подростков в КГ и ЭГ (%)

Подростки	Уровень выраженности результатов		
	низкий	средний	высокий
Девочки (КГ)	6,1	63,6	30,3
Девочки (ЭГ)	6,7	56,7	36,6
Мальчики (КГ)	4,4	46,7	48,9
Мальчики (ЭГ)	3,7	51,9	44,4

Сопоставление социальной и актуальной самооценок. Более низкая оценка окружающими в сравнении с самооценкой в данном исследовании обозначена как «ощущение недостаточности», а значительная разница ме-

жду социальной и актуальной самооценкой (20 % и более) – как «комплекс недостаточности». Анализ полученных данных показал, что, несмотря на высокие показатели актуальной и социальной самооценок, у мальчиков ЭГ достоверно чаще регистрируется комплекс недостаточности ($p < 0,05$). Данный факт дает основания предполагать, что осознаваемая, вербализуемая актуальная самооценка у болеющих мальчиков-подростков может носить компенсаторный характер и не в достаточно полной мере отражать реальную картину.

Самооценка максимальных достижений. Данный вид самооценки предполагает оценку максимально возможных результатов при условии того, что все обстоятельства для их достижения будут складываться самым благоприятным образом, а также окажутся в наличии все необходимые ресурсы. Исследование показало, что и для подростков ЭГ и ГК характерна очень высокая самооценка своих максимальных успехов.

Потенциальная самооценка. Как и в случае с актуальной самооценкой, термин «потенциальная самооценка» подчеркивает временной аспект исследования феномена – это предполагаемая самооценка через некоторый промежуток времени (в данном исследовании – через 5 лет). Результаты исследования свидетельствуют о том, что лишь около 1 % подростков, как в КГ, так и в ЭГ, склонны низко оценивать себя в будущем.

Идеальная самооценка. Под идеальной самооценкой в представленном исследовании подразумевается желаемый уровень своих возможностей и способностей в настоящий момент времени. Статистический анализ данных показал, что желание иметь высокую самооценку в настоящий момент времени достоверно чаще встречается среди подростков ЭГ (см. табл. 5).

Сопоставление актуальной и идеальной самооценок. Исследование величины расхождения между актуальной и идеальной самооценками в зависимости от возраста испытуемых показало, что в КГ данный показатель увеличивается по мере их взросления.

Изучение зависимости показателей самооценки от возраста начала аллергического заболевания, длительности его течения, а также его тяжести обнаружило следующие взаимосвязи:

- чем более раннее начало заболевания, чем больше его длительность и тяжесть, тем более высокую оценку со стороны окружающих склонны ожидать подростки с хроническими аллергическими заболеваниями ($p = 0,545$, $p = 0,564$ и $p = 0,492$ соответственно; $p < 0,01$);
- чем более раннее начало заболевания, чем больше его длительность, тем выше актуальная самооценка болеющих подростков ($p = 0,403$ и

$\rho = 0,391$ соответственно; $p < 0,05$), а также более высокая самооценка максимальных достижений ($\rho = 0,416$ и $\rho = 0,418$ соответственно; $p < 0,01$);

- чем более раннее начало заболевания, тем более высоко подростки с аллергическими заболеваниями оценивают свои возможности в будущем ($\rho = 0,491$; $p < 0,05$).

Отсутствие снижения уровня актуальной самооценки по мере взросления, наблюдаемое при норме развития, дает основание предположить, что в условиях хронического аллергического заболевания происходит некоторая задержка в развитии способности критически оценивать свою личность, выделять в ней как положительные, так и отрицательные стороны. Также возможен вариант, при котором описываемое снижение так и не будет происходить. Таким образом, представляется необходимым дальнейшее изучение особенностей возрастной динамики уровня актуальной самооценки при хронических аллергических заболеваниях. Возрастающее расхождение между показателями актуальной и идеальной самооенок по мере взросления также не наблюдается у болеющих подростков, что может свидетельствовать о невысоком уровне дифференцированности некоторых компонентов самооценки личности.

Несмотря на то что в целом уровень актуальной самооценки среди болеющих и здоровых подростков не отличается, существуют основания предполагать, что осознаваемый, вербализуемый уровень самооценки болеющих подростков носит компенсаторный характер: при высоком уровне актуальной самооценки у подростков с аллергическими заболеваниями в большей степени выражено желание иметь в настоящий момент более высокую самооценку. Этот предположение подтверждает и более часто регистрируемый комплекс недостаточности среди болеющих мальчиков-подростков, нежели среди их здоровых сверстников.

Показанная в данном исследовании положительная взаимосвязь раннего начала заболевания, большей его длительности и тяжести с уровнем актуальной, социальной, потенциально самооенок и самооенкой максимальных достижений объясняется предположением, что факт столкновения с хроническим заболеванием в более позднем возрасте вызывает ситуацию снижения качества жизни индивида и является фактором, способным утяжелить прохождение кризиса подросткового возраста.

Выводы

1. Низкий уровень актуальной самооценки среди хронически болеющих подростков с аллергическими заболеваниями встречается не чаще,

чем среди их здоровых сверстников. В группе подростков с хроническими аллергическими заболеваниями высокая актуальная оценка одинаково часто встречается как среди мальчиков, так и среди девочек, в отличие от группы условно здоровых подростков, где мальчики более высоко склонны оценивать свою личность. Данный факт связан с тем, что у болеющих девочек-подростков высокая актуальная самооценка встречается чаще, чем среди здоровых девочек.

2. Для хронически болеющих подростков с бронхиальной астмой и сопутствующими аллергическим ринитом и атопическим дерматитом не характерно снижение уровня актуальной самооценки по мере прохождения пубертатного периода, наблюдаемое при норме развития. Также для них не характерно увеличение расхождения между актуальной и идеальной самоооценок.

3. Сопоставление показателей актуальной и социальной самоооценок показало, что у хронически болеющих мальчиков с аллергическими заболеваниями чаще регистрируется комплекс недостаточности, чем у условно здоровых сверстников. Среди подростков с хроническими аллергическими заболеваниями в большей степени выражено желание иметь более высокую самооценку в настоящий момент.

4. Раннее начало заболевания, его большая длительность и тяжесть в целом положительно взаимосвязаны с показателями актуальной, социальной, потенциальной самоооценок, а также самооценкой максимальных достижений.

Таким образом, было показано некоторое влияние хронического аллергического заболевания на формирование самооценки подростков, однако все еще остается открытым вопрос о характере и механизмах этого влияния, поэтому данная проблема требует своего дальнейшего изучения.

Литература

1. Аллергические болезни: этиология, патогенез, основные принципы лечения : метод. рекомендации для студентов лечеб., педиатр. и стоматол. факультетов. – Тверь : Тверская ГМА, 2012. – 12 с.
2. Антонова О.А. Возрастная анатомия и физиология. – М. : Высш. образование, 2006. – 192 с.
3. Ахметова Г.Ф., Бильданова В.Р. Самооценка и ее выраженность в подростковом возрасте // Междунар. журн. прикладных и фундамент. исслед. – 2012. – № 1. – С. 142.
4. Буслаева А.С. Особенности развития личности детей и подростков с ревматическими болезнями // Вопр. современной педиатрии. – 2012. – Т. 11, № 6. – С. 92–96.
5. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. – Л. : Медицина, 1985. – 416 с.

6. Лютина Е.И., Манеров Ф.К. К вопросу об эпидемиологии аллергических заболеваний // *Аллергология*. – 2004. – № 4. – С. 55–57.
7. Ненашева М.Н. Бронхиальная астма и сопутствующие заболевания: в фокусе аллергический ринит // *Лечеб. дело*. – 2014. – № 1. – С. 18–26.
8. Ондар Л.М. Самосознание в подростковом возрасте // *Вестн. Тувинского гос. ун-та. Сер. 1: Соц. и гуманитар. науки*. – 2012. – № 1 (12). – С. 69–73.
9. Сабельникова Н.В. Исследование возрастных и половых особенностей самооценки школьников подросткового и раннего юношеского возраста // *Пед. образование на Алтае*. – 2001. – № 4. – С. 107–114.
10. Сидоренко Е.В. Экспериментальная групповая психология. Комплекс «неполноценности» и анализ ранних воспоминаний в концепции Альфреда Адлера : учеб. пособие. – СПб. : Изд-во СПбГУ, 1993. – 150 с.
11. Юцковская Я.А., Мельникова Е.В., Метляева Н.Б. Оценка состояния психоэмоциональной сферы у больных акне // *Вестн. дерматол. и венерол.* – 2005. – № 3. – С. 12–13.
12. Carrasco M.I., Ruiz M.C. Perceived self-image in adolescent idiopathic scoliosis: an integrative review of the literature // *Rev. Esc. Enferm. USP*. – 2014. – Vol. 48, N 4. – P. 48–58.
13. Perillo L., Esposito M., Caprioglio A. [et al.]. Orthodontic treatment need for adolescents in the Campania region: the malocclusion impact on self-concept // *Patient Prefer Adherence*. – 2014. – N 8. – P. 353–359.

Leushina E.A. Osobennosti samoocenki podrostkov s khronicheskimi allergicheskimi zabolevaniyami [The features of self-esteem of adolescents suffering from chronic allergic diseases]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2016. N 57. P. 71–83.

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

Leushina Ekaterina Aleksandrovna – PhD student, The Herzen State Pedagogical University of Russia (Russia, 191186, St. Petersburg, Moika Embankment, 48); e-mail: mail@herzen.spb.ru.

Abstract. In the article are presented the results of empirical research of self-esteem of adolescents who suffer from chronic allergic respiratory and skin diseases. The research of 59 adolescents suffering from bronchial asthma accompanying with allergic rhinitis and atopic dermatitis has shown that a low level of actual self-esteem among diseased teenagers occurs not more often than among their healthy peers. However, a comparison of actual and social self-esteem has shown that the inferiority complex occurs more often among teenage boys suffering from the allergic diseases than among conditionally healthy teenage boys ($p < 0.05$). Furthermore, adolescents suffering from chronic allergic diseases tend to have a desire to possess a higher self-esteem at the moment. Teenage girls suffering from the chronic allergic diseases tend to rate their personality higher than their healthy peers ($p < 0.01$), in view of

which the level of actual self-esteem in the groups of diseased and healthy teenagers does not differ, whereas in the group of healthy teenagers actual self-esteem of boys is significantly higher ($p < 0.01$). Also it has been shown that in general an earlier onset of the disease, its the longest duration and severity positively influence the level of actual, social, potential and maximum achievements self-esteem.

Key words: clinical (medical) psychology, adolescence, self-esteem, allergic diseases.

References

1. Allergicheskie bolezni: etiologiya, patogenez, osnovnye printsipy lecheniya [Allergical diseases. Etiology, pathogenesis, the basic principles of treatment]. Tver'. 2012. 12 p.
2. Antonova O.A. Vozrastnaya anatomiya i fiziologiya [Age-specific anatomy and physiology]. Moskva. 2006. 192 p.
3. Akhmetova G.F., Bil'danova V.R. Samoostenka i ee vyrazhennost' v podrostkovom vozraste [Self-esteem and its expressive at adolescence]. *Mezhdunarodnyi zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy* [International Journal of applied and fundamental research]. 2012. N 1. P. 142. (In Russ.)
4. Buslaeva A.S. Osobennosti razvitiya lichnosti detei i podrostkov s revmaticheskimi boleznymi [The peculiarities the development of the personality of children and adolescents with rheumatic diseases]. *Voprosy sovremennoi pediatrii* [Current pediatrics]. 2012. Vol. 11, N 6. Pp. 92–96. (In Russ.)
5. Lichko A.E. Podrostkovaya psixiatriya [Psychiatry of adolescent]. Leningrad. 1985. 416 p. (In Russ.)
6. Lyutina E.I., Manerov F.K. K voprosu ob epidemiologii allergicheskikh zabolevanii [The towards allergical diseases epidemiology]. *Allergologiya* [Allergology]. 2004. N 4. Pp. 55–57. (In Russ.)
7. Nenasheva M.N. Bronkhial'naya astma i sopushtvuyushchie zabolevaniya: v fokuse allergicheskii rinit [A bronchial asthma and attendant diseases: allergic rhinitis in the focus]. *Lechebnoe delo* [Medical business]. 2014. N 1. Pp. 18–26. (In Russ.)
8. Ondar L.M. Samosoznanie v podrostkovom vozraste [Self-consciousness at adolescence]. *Vestnik Tuvinskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya 1: Sotsial'nye i gumanitarnye nauki* [Bulletin of the Tuvan State University. Series 1: Social and Human Sciences]. 2012. N 1. Pp. 69–73. (In Russ.)
9. Sabel'nikova N.V. Issledovanie vozrastnykh i polovykh osobennosti samoostenki shkol'nikov podrostkovogo i rannego yunosheskogo vozrasta [The research of age and gender characteristics of self-esteem of adolescent and early youthful age schoolchildren]. *Pedagogicheskoe obrazovanie na Altae* [The pedagogical education in the Altai]. 2001. N 4. Pp. 107–114. (In Russ.)
10. Sidorenko E.V. Eksperimental'naya gruppovaya psikhologiya. Kompleks «nepolnotsennosti» i analiz rannikh vospominanii v kontseptsii Al'freda Adlera [The experimental group psychology. The «inferiority complex» and analysis of early memories in the Alfred Adler concept]. Sankt-Peterburg. 1993. 150 p. (In Russ.)
11. Yutskovskaya Ya.A., Mel'nikova E.V., Metlyaeva N.B. Otsenka sostoyaniya psikhoemotsional'noi sfery u bol'nykh akne [The assessment of the psycho-

emotional sphere of patients with acme]. *Vestnik dermatologii i venerologii* [The Herald of Dermatology and Venereology]. 2005. N 3. Pp. 12–13. (In Russ.)

12. Carrasco M.I., Ruiz M.C. Perceived self-image in adolescent idiopathic scoliosis: an integrative review of the literature. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2014. Vol. 48, N 4. Pp. 48–58.

13. Perillo L., Esposito M., Caprioglio A. [et al.]. Orthodontic treatment need for adolescents in the Campania region: the malocclusion impact on self-concept. *Patient Prefer Adherence*. 2014. N 8. Pp. 353–359.

Received 09.11.2015

УДК 159.9.072.5 : 616.89

Е.В. Змановская, О.В. Миропольская

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОЕКТИВНОЙ МЕТОДИКИ РОРШАХА В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

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

На основе анализа существующих методологических концепций определены психологические компоненты психосоматических расстройств. Проанализированы проблемные области и направления психологической диагностики. Обоснована целесообразность и возможности использования интегративной проективной методики Роршаха в комплексной диагностике психосоматических расстройств. Представлен клинический случай применения метода Роршаха в работе с психосоматическим пациентом.

Ключевые слова: медицинская (клиническая) психология, психосоматическое расстройство, психологическая диагностика, симбиотические отношения, психологическая защита, соматизация психологического конфликта, структурное интервью, психологический опросник, проективный тест Роршаха.

Змановская Елена Валерьевна – д-р психол. наук, проф., Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 4/2) e-mail: evz-spb@mail.ru;

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

Введение

В соответствие с эпидемиологическими данными, психосоматические расстройства (ПСР) представляют собой широко распространенную проблему – их частота колеблется от 15 до 60 % от общего массива популяции, достигая максимальных значений в высокоразвитых странах [13, 14, 16, 18]. По данным ВОЗ, 30–50 % пациентов, обратившихся за медицинской помощью в поликлиники с соматическими проблемами, нуждаются преимущественно в психотерапевтической помощи [17].

ПСР являются предметом исследования психосоматической медицины и медицинской психологии, возникших на стыке ряда дисциплин, включая психиатрию, терапию, хирургию и психологию [9, 14, 18]. В современных отечественных и зарубежных публикациях используется множество определений данных заболеваний. По мнению Ф.Б. Березина и соавт., ПСР являются такими формами соматической патологии, в возникновении которых решающую роль играют психофизиологические соотношения [4]. А.Б. Смулевич рассматривает ПСР как группу болезненных состояний, возникающих на основе взаимодействия психических и соматических факторов, проявляющихся соматизацией психических нарушений [15].

Одновременно с определением этиологии ПСР, дискутируется вопрос о классификации данных феноменов. Наиболее распространенная классификация включает 3 группы:

1) конверсионные симптомы – психогенные расстройства, влекущие за собой утрату сенсорной или моторной функции, но не имеющие в своей основе органического нарушения (истерический паралич, психогенная слепота и глухота, болевые феномены);

2) функциональные синдромы – функциональные нарушения в отдельных органах или системах, как правило, сопровождающие негативные изменения в эмоциональном состоянии (неприятные ощущения в области сердца, ком в горле, функциональное расстройство желудка и т. д.)

3) психосоматозы (психосоматические заболевания в узком смысле), к которым традиционно относят «классическую семерку» расстройств: бронхиальную астму (J45 МКБ-10), язвенный колит (K51), эссенциальную гипертензию (I10), ревматоидный артрит (M05), нейродермит (L20), язву желудка (K25) и двенадцатиперстной кишки (K26 МКБ-10) [8].

ПСР представляют собой некий континуум, на одном полюсе которого располагаются соматические проявления, а на другом – психогенные факторы, взаимодействие которых осуществляется под приматом субъективного отношения к болезни. При этом любой конкретный эпизод ПСР

должен рассматриваться как уникальное индивидуальное соотношение выделенных компонентов.

К настоящему времени исследования в области ПСР проделали достаточно большой путь от классических психоаналитических взглядов до биопсихосоциальной и холистической парадигмы [16, 18].

Первые психологические концепции ПСР были разработаны в рамках психоанализа. З. Фрейд впервые описал механизм истерической конверсии, состоящий в преобразовании и разрядке психического конфликта в телесных симптомах. Открытие психогенного происхождения истерических симптомов явилось отправной точкой развития не только психоанализа, но также и психосоматической медицины. Другим открытием стал тот факт, что если эмоциональные переживания личности не могут быть выражены посредством вербальной и произвольной поведенческой активности (например, при алекситимии), они способны стать причиной не только нервно-психических, но и соматических заболеваний [6].

Ф. Александер, Н. Бройтигам, Э. Вейнер осуществили психодинамическое изучение взаимосвязи интрапсихического конфликта и телесного недуга [1, 5, 14].

Раскрывая связь «телесного и душевного», Ф. Александер предложил многофакторную модель ПСР, в этиологии которого участвуют следующие факторы [1]:

B (болезнь) = f (функция) { $a, b, c, d, e, g, h, i, j, \dots n$ },

где: a – наследственная предрасположенность;

b – родовые травмы;

c – органические заболевания раннего возраста, вызвавшие повышенную чувствительность определенных органов;

d – особенности воспитания в раннем возрасте (особенности отнятия от груди, приучение к туалету, укладывание спать и т. д.);

e – переживание телесно травмирующего опыта в детстве и младенчестве;

g – переживание эмоционально травмирующего опыта в детстве и младенчестве;

h – эмоциональный климат в семье и характерные личностные особенности родителей и сиблингов;

i – недавние телесные повреждения;

j – недавние эмоциональные переживания, связанные с интимными, личностными, профессиональными отношениями.

Согласно современной системно-динамической концепции развития ПСР, заболевание проходит этапы социо-, психо- и патогенеза. Стрессор, взаимодействуя с психофизиологическими особенностями пациента, формирует психосоматические нарушения, появлению которых будут способствовать такие конституциональные факторы, как слабый неуравновешенный тип нервной системы; высокая эмоциональность и эмоциональная неустойчивость; низкая активность и преобладание процессов торможения; высокая тревожность [2, 14, 16].

Наряду с конституциональными, психофизиологическими и психодинамическими факторами, семейные отношения выступают еще одним значимым детерминантом ПСР. Для психосоматических семей характерны высокий уровень тревоги, сложности вербального выражения чувств, запрет на телесные контакты и выражение агрессии, гиперпротекция в воспитании детей. По результатам исследования Е.В. Змановской, для психосоматических и поведенческих расстройств характерны 4 типа семейных отношений [7]:

- 1) отчуждение (отказ от теплых открытых отношений);
- 2) тревожная привязанность (компульсивное стремление контролировать и нарушать личные границы близкого человека);
- 3) симбиотическое слияние (делегирование другому человеку ряда личностных функций, в том числе ответственности, инициативы, заботы о себе);
- 4) подозрительная враждебность (защитно-агрессивная позиция).

Все перечисленные тенденции сопровождаются повышенным уровнем эмоционального напряжения и ограниченными адаптивными возможностями.

Взаимодействие ряда конституциональных, соматических, психологических, семейных и социальных факторов приводит к формированию психосоматической предрасположенности личности. Одновременно с этим решающее значение в этиологии ПСР имеет механизм вытеснения (устранения из сознания) конфликтно-негативных переживаний с последующим их преобразованием в соматические симптомы. Данный процесс носит преимущественно бессознательный характер, что определяет высокую сложность его диагностики и терапии, а также ведущую роль психодинамических подходов в изучении ПСР [6, 7, 16].

Опираясь на имеющиеся подходы, выделяем 3 взаимообусловленных компонента, наиболее значимых для комплексной диагностики и терапии психосоматических расстройств:

– соматическая составляющая (локализация и проявление соматических симптомов);

– психогенные факторы (психосоциальные, психологические и психические нарушения различного спектра и уровня);

– субъективное отношение к болезни (индивидуальная эмоциональная реакция пациента на соматическое заболевание, внутренняя картина болезни, установки на выздоровление, вторичная выгода от болезни).

Современные подходы к диагностике психологических компонентов и детерминант психосоматических расстройств

Многообразие и сложность психосоматических расстройств определяет проблему диагностики психологических факторов ПСР в целях повышения эффективности медицинской, а в некоторых случаях и социальной помощи конкретному пациенту [9, 14, 16, 17].

В настоящее время для оценки психического статуса психосоматического пациента используют набор методов, включающий клиническую беседу (структурированное интервью) и бланковые психологические опросники [9, 14, 18]. Клиническая беседа направлена на выявление ведущих социальных, семейных, индивидуально-психологических и биографических триггеров ПСР, а также исследование ситуации появления и динамики течения самого заболевания. Одновременно с этим выявляется внутренняя картина болезни, а также решается вопрос о субъективном отношении пациента к ней. Основное значение клинического интервью заключается в интеграции всего массива данных, значимых для диагностики ПСР.

В дополнение к диагностической беседе применяются разнообразные опросники [6, 9, 14]. Обычно используется эклектичный набор методик, созданных в рамках различных концептуальных подходов. Главной задачей психодиагностики является выявление нарушенных психических состояний, свойств и процессов, коррелирующих с ПСР. Выявленные психологические нарушения становятся мишенями последующего психокоррекционного и психотерапевтического воздействия.

Наибольшее распространение в психодиагностике ПСР получили такие методики, как опросник Г. Айзенка; методика 16-факторного исследования личности Р. Кеттелла; миннесотский многофакторный личностный опросник (ММРІ), включающий 566 вопросов; опросник мини-мульти (сокращенный вариант ММРІ, состоящий из 71 вопроса); шкала личностной и реактивной тревожности Спилбергера–Ханина; личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ); шкала депрессии А. Бека; торонтская алек-

ситимическая шкала; опросник для изучения самооценки социальной значимости болезни; методика дифференциальной самооценки функционального состояния (САН); Гиссенская анкета жалоб и др.

Перечисленные методики помогают конкретизировать особенности личности, сопутствующие ПСР. В то же время, опросники имеют ряд очевидных ограничений, включая сопротивление и негативное отношение пациентов к малоинтересной работе с бланковыми материалами, выраженный субъективный характер самооценки (низкая надежность), громоздкость и большие временные затраты бланкового тестирования, искажение результатов вследствие работы бессознательных защит респондента. Одновременно с этим, при использовании личностных опросников недостаточное внимание уделяется семье пациента, в то время как последняя может выступать главным фактором формирования психосоматического расстройства, например в случае детей и подростков.

В результате перечисленных обстоятельств опросные методы широко используются в целях проведения научных исследований, но игнорируются или имеют вспомогательное значение в клинической работе с ПСР.

Главным препятствием в использовании бланковых методик в практике ПСР является противоречие между преимущественно бессознательной динамикой психосоматических заболеваний, с одной стороны, и сознательной самооценкой при тестировании – с другой. Специальные тесты для психологической диагностики ПСР не разработаны. В связи с этим выбор диагностических методов психодиагностики психосоматических больных можно отнести к актуальной проблеме [7, 9, 14].

Другой проблемой является неспособность пациента принять эмоциональную природу своего расстройства и его заинтересованность в соматическом симптоме вследствие вторичной выгоды от болезни (в форме привлечения внимания близких, ухода от ответственности и т. д.). Многочисленные трудности диагностики влекут за собой проблемы предоставления адекватной медицинской, а в случае с психосоматическим больным и психологической помощи. По мнению Н. Мак-Вильямс, адекватная психологическая диагностика позволяет использовать диагноз для планирования терапии, дает информацию о прогнозе, защищает интересы пациента, помогает терапевту эмпатически относиться к пациенту и снижает вероятность того, что пациенты уклонятся от лечения [10].

В связи с перечисленными обстоятельствами важное значение в психодиагностике ПСР приобретают проективные и полупроективные методики, позволяющие обойти сознательные рационализации и бессознатель-

ные защиты личности, а также избежать навязывания респонденту заложных в опроснике тематических рамок.

Интегративная система психодиагностики методом Роршаха

Одним из перспективных направлений в области психодиагностики ПСР является профессиональное применение проективного теста Роршаха. Метод чернильных пятен был предложен в 1921 г. Германом Роршахом (1884–1922 гг.) в работе «Психодиагностика: диагностический тест, основанный на перцепции», где автор изложил результаты 10-летнего исследования более 400 пациентов, половина из которых страдала шизофренией.

Тест основан на предположении, согласно которому специфика зрительного восприятия определяется базовыми особенностями личности. Испытуемому предлагается дать интерпретацию 10 симметричных относительно вертикальной оси чернильных клякс. Каждая такая фигура служит стимулом для свободных ассоциаций – обследуемый должен назвать любое возникающее у него слово, образ или идею. После опроса исследователь обрабатывает и кодирует каждый ответ с помощью специально разработанной системы символов по определенным категориям.

Сопоставляя индивидуальные ассоциации с объективными данными о личности, Роршах пришел к выводу, что перцептивные образы эквивалентны содержанию сновидений, раскрывающих скрытые желания или страхи, лежащие в основе длительных неразрешимых личностных конфликтов. Например, было установлено, что те пациенты, которые видят правильную симметричную фигуру в бесформенной чернильной кляксе, обычно хорошо понимают реальную ситуацию, способны к самокритике и самоконтролю. Напротив, лица с психическими нарушениями продуцируют специфические реакции и формы.

В отличие от существовавших ранее методик, в тесте Роршаха обследуемые лица дают полностью самостоятельные ответы, никак не направляемые и не искажаемые экспериментатором. Вторым очевидным достоинством методики является более полное самораскрытие личности вследствие снижения активности психологических защит. Респондент не может сознательно влиять на результаты выполнения теста, поскольку критерии оценки и правильные ответы ему неизвестны. Данный способ диагностики позволяет снизить субъективность процедуры и изучить глубинные особенности личности.

После смерти Роршаха тест получил широкое признание и дальнейшее развитие. В 1968 г. Джоном Эриксоном был создан исследовательский

центр «Rorschach Research Foundation» (фонд «Rorschach Workshops»), в рамках деятельности которого были собраны сотни протоколов, отобраны эмпирически подтвержденные переменные и соответствующие психометрические характеристики. Результатом этой работы стала первая версия новой системы «Comprehensive System», введенная в практику в 1974 г. [3, 19].

В настоящее время интегративная система диагностики методом Роршаха продолжает развиваться: уточняются имеющиеся и вводятся новые показатели, проводится разработка алгоритмов и стратегий анализа данных, осуществляется тестирование на различных критериальных выборках, а также в разных культурных условиях. В целом новый подход успешно зарекомендовал себя на практике и в научных исследованиях не только в США, но и в ряде других стран [3, 21].

Современная интегративная методика Роршаха оценивает не только проективный, но и структурный материал, имеет четкий регламент проведения процедуры и обработки данных, обладает достоверностью психометрических показателей и интегративным подходом к интерпретации полученных данных. Исследование ретестовой надежности структурных показателей Интегративной системы выявило, что почти все показатели имели коэффициенты надежности выше 0,7, а большая часть – 0,8 [19, 21].

Процедура тестирования осуществляется в 5 этапов:

- 1) диагностическая беседа с применением анамнестического (биографического) метода;
- 2) ознакомление с тестом, разъяснение задач;
- 3) получение ответов и фиксация реакций обследуемого лица;
- 4) опрос и конкретизация ответов;
- 5) заключительная беседа.

Интегративная система Роршаха является проективной по способу получения информации и формализованной по форме ее обработки. Каждый ответ пациента кодируется по ряду критериев и записывается в виде формулы. Для регистрации кодировки используется бланк формализованного протокола или программа CHESS 1.21. После завершения кодирования данные проверяются, рассчитываются и переносятся в структурную психограмму, где они распределяются по кластерам для более удобной интерпретации, а также на бланк комплексных индексов (при использовании программы CHESS процедура переноса данных выполняется автоматически).

Детерминанты интегративной системы насчитывают одиннадцать формальных показателей, включающие в себя следующие характеристики: форму (F), движение человеческое (M), движение животных (FM), движе-

ние неодушевленных предметов (m), цвет (FC, CF, C), ахроматический цвет (FC', CF', C'), текстура (FT, TF, T), трехмерность и глубина на основе светотени (FV, VF, V), диффузия (FV, VF, Y), трехмерность на основе контуров (FD), а также отражение (Fr, rF) [3, 19].

Категория содержания ответов (символы и смыслы) насчитывает 26 смысловых подкатегорий. К содержательным критериям относятся: целая реалистическая фигура человека (H), целая фигура нереалистичного персонажа ((H)), части тела реалистичной человеческой фигуры (Hd), части тела нереалистичного персонажа ((Hd)), целая фигура реального животного (A), части тела реального животного (Ad), целая фигура сказочного или мифологического животного ((A)), части тела сказочного или мифологического животного ((Ad)), человеческие переживания (Hx), анатомические образования (An), кровь (Bl), огонь (Fi), объект искусства (Art), объект из области антропологии или истории (Ay), растения (Bt), одежда (Cg), взрыв (Ex), облака (Cl), еда (Fd), географические объекты (Ge), домашняя утварь (Hh), ландшафт (Ls), природа (Na), продукты научно-технического производства (Sc), половые органы или сексуальная активность (Sx), рентгеновский снимок (Xy). Выделены наиболее часто встречающиеся ответы, которые включены в интегративную систему как популярные [3, 19].

В результате тестирования определяются более 70 показателей, распределенных по разным кластерам и шкалам, что значительно облегчает исследователю последующую интерпретацию и дает возможность определить направленность и уровень функционирования личности испытуемого [20].

На основе первичных показателей составляется психограмма, в которой полученные данные распределяются по следующим кластерам: 1) стиль (функционирования, принятия решения и совладания с проблемной ситуацией); 2) контроль поведения; 3) особенности эмоциональной сферы; 4) межличностные отношения; 5) самовосприятие; 6) когнитивная триада (структурирование информации, распознавание различных аспектов действительности, концептуализация и смыслообразование).

Далее заполняется бланк комплексных индексов, которые показывают нарушения функционирования личности (табл. 1) [3, 19].

Наличие комплексных показателей, совпадающих с патопсихологическими компонентами ПСР, определяют целесообразность и адекватность использования интегративной системы Роршаха в диагностике и лечении ПСР.

Таблица 1

Комплексные показатели нарушенного функционирования личности
(в рамках интегративной системы Роршаха)

Индекс функционирования	Содержание
Суицидальная конституция (S-CON)	Наличие аутодеструкции, суицидальной продукции и степень выраженности суицидального риска
Депрессия (DEPI)	Депрессивные переживания, состояния, расстройства
Копинг-дефицит (CDI)	Наличие ситуационного стресса и характер его влияния на личность, содержание фрустрирующих переживаний, трудности в межличностных отношениях, эмоциональной сфере и сфере контроля
Когнитивные нарушения (PTI)	Расстройства мышления и нарушения когнитивных функций и смыслообразования
Обсессивность (OBS)	Наличие обсессивно-навязчивых проявлений, повышающих сложность процессов структурирования информации
Гипервигильность (HVI)	Наличие психологической травмы или посттравматического стрессового расстройства

Использование данного метода на практике позволяет думать о том, что он обладает не только уникальными возможностями по раскрытию глубинных конфликтов личности, но и выраженным терапевтическим потенциалом, достигаемым благодаря сочетанию клинического интервью, диагностической процедуры и психотерапевтического воздействия. В ходе работы с картами Роршаха происходит безопасное выражение ряда подавленных аффектов, способствующее катарсису и частичному осознанию вытесненного материала. Проработка выявленных конфликтов в последующей психотерапевтической работе приводит к разрешению актуального интрапсихического конфликта, составляющего психологическую основу соматических симптомов в рамках ПСР.

Клинический случай применения метода Роршаха в работе с психосоматическим пациентом. Пациентка С., 33 года, руководитель среднего звена юридической компании. Обратилась за психотерапевтической помощью по рекомендации лечащего гинеколога с диагнозом «бесплодие». На момент обращения состояла в браке 10 лет. Органическая патология не была выявлена, в связи с чем пациентка была направлена к медицинскому психологу.

В ходе психологического интервью пациентка предъявляла многочисленные жалобы невротического реестра: подавленность, раздражительность, сниженный интерес к окружающему миру, тревога, плохой сон на фоне общей неудовлетворенности жизнью.

Семейный анамнез отягчен в аспекте конфликтных взаимоотношений и нарушенного репродуктивного поведения. Папа ушел из семьи, когда С. было 15 лет. Мама проживает одна. Сестра – на 6 лет старше, 12 лет в браке, детей нет.

Во время тестирования испытуемая проявляла беспокойство, выражала опасения, что она что-то не то говорит – дает неправильные ответы. Делала долгие паузы. После 5-й карты настроение резко изменилось, возникла подавленность. По окончании тестирования расплакалась. Стала рассказывать об аборте, про который никому никогда не говорила и за который испытывает невыносимый стыд. Со слов пациентки, аборт физически прошел нормально, без осложнений, однако на психологическом уровне ситуация переживалась как острая травма. Несмотря на высокую значимость данной ситуации, пациентка ее ни с кем не обсуждала, приложив усилия к подавлению воспоминаний, несмотря на сохраняющиеся чувства вины, стыда и трудно-переносимого унижения.

Первичные реакции пациентки С. на предъявление карт Роршаха, представлены в табл. 2.

Таблица 2

Ответы пациентки С. на карты по тесту Роршаха

Карта теста Роршаха	Ответ
I	Кости таза
II	(Пауза 20 с). Кости таза с кровью
III	(Пауза 50 с) Ваза с бабочкой
IV	Человек, вид снизу, грубо говоря, если стоит человек, снизу сфотографирован. Какое-то животное, какой-то енот
V	Летучая мышь в полете или с расправленными крыльями
VI	Вешалка, а на ней пиджак и бабочка
VII	Ничего не вижу, кроме симметричных предметов. В верхней части можно предположить, что это какая-то бабушка
VIII	Скелетные кости, части скелета. Чем-то похоже на череп лошади, коровы. Изображение каких-то животных по бокам
IX	Позвоночник. И опять кости тазовые. Всплески цветов в разные стороны, как, бывает, рисуют, эмоции изображают
X	Какой-то ужас, я вижу позвоночник и бедра. Крабы с большой клешней. Зеленое напоминает репродуктивные женские органы – влагалище и шейка матки

Приведенный протокол наглядно демонстрирует проективные возможности метода Роршаха. Уже на этапе первичных реакций (даже без формализованного анализа) становится очевидно, что пациентка фиксирована на женских половых органах, телесной травме, деструкции, конфликтно-негативных переживаниях. Характер психосоматической природы ее заболевания не вызывает сомнений. Последующая интегральная оценка первичных данных подтвердила первоначальные гипотезы. В табл. 3 приводятся комплексные показатели нарушенного функционирования личности пациентки С.

Таким образом, в ходе комплексного обследования пациентки с бесплодием подтвердилась гипотеза о невротическом радикале, состоящем в длительном глубинном конфликте между вытесненными негативными переживаниями и сознательным стремлением к рождению.

По результатам тестирования была рекомендована психотерапия, направленная на снижение депрессивных тенденций, проработку чувства вины и негативного самовосприятия; формирование продуктивных копинг-стратегий с опорой на имеющиеся копинг-ресурсы; формирование адекватного восприятия окружающих; стимулирование способности к сотрудничеству и ассертивности. В процессе прохождения психотерапии через 10 мес была восстановлена репродуктивная функция.

Таблица 3
Регистрационная карта показателей по тесту Роршаха пациентки С.

Индекс	Критерий индекса	Значение	Интерпретация
S-CON		7	Высокий уровень суицидальной тенденции и скрытой фиксации на теме смерти
	MOR > 3	2 > 3	Критерий не выражен, что уменьшает реальный риск суицидальных действий
	EGO < 0,31	0,11 < 0,31	Низкий уровень самофокусирования, избегание обращения к своим интересам и потребностям вследствие неудовлетворенности собой, заниженная самооценка
	Zd < -3,5	-5,5 < -3,5	Поверхностный взгляд на проблемную ситуацию, недооценка отдельных аспектов действительности, непродуманность и поверхностность решений, что способствует импульсивным поступкам
	es > EA	14 > 3,5	Недостаточность ресурсов для совладания с фрустрирующими переживаниями
	X+% < 0,70	0,44 < 0,70	Специфический взгляд на ситуацию, низкая конвенциональность восприятия, конфликтные отношения с общепринятой системой ценностей
	P < 3	2 < 3	Игнорирование социальных условностей, неконформизм
	PURE H < 2	1 < 2	Неадекватное восприятие поведения окружающих людей
DEPI		5	Выявляется достаточно высокий показатель депрессии. Среди негативных переживаний, которые предрасполагают к развитию депрессивных эпизодов, следует выделить выраженную неудовлетворенность и дисфоричность, а также выраженное чувство самоуничтожения и вины. Пациентка С. находится в состоянии эмоционального дистресса, обусловленного непродуктивностью механизмов психологической защиты

Индекс	Критерий индекса	Значение	Интерпретация
	SumV > 0 или FD > 2	5 > 0 3 > 2	Негативная интроспекция Чрезмерная навязчивая саморефлексия
	Col-shd blends > 0 или S > 2	0 3 > 2	Внутреннее раздражение, дисфоричность
	SumShd > FM+m или SumC' > 2	9 > 5	Эмоциональный дистресс, переполнение негативными эмоциями
	COP < 2 или ISOL > 0,24	0 < 2	Отсутствие стремления к сотрудничеству
CDI		5	Умеренный копинг-дефицит и ситуативные трудности в межличностных отношениях. Испытуемая способна устанавливать зрелые партнерские отношения с окружающими, но ситуативно переживает чувство беспомощности, неудовлетворенности жизнью и ощущает непонимание со стороны других. Дефицит социальных навыков может создавать основу для развития вторичных депрессивных расстройств и снижать толерантность к стрессовым ситуациям.
	EA < 6 или Daj < 0	3,5 < 6 -3 < 0	Ограниченные ресурсы совладания со стрессом Сниженный контроль над поведением
	COP < 2 и AG < 2	0 < 2 0 < 2	Низкая способность к сотрудничеству Низкий уровень агрессии
	p > a + 1 или pure H < 2	1 < 2	Неадекватное социальное восприятие
PTI		2	Показатель когнитивных нарушений PTI равен 2, что свидетельствует об отсутствии нарушения ясности мышления, смыслообразования и восприятия.
	XA% < 70 и WDA% < 75	0,61 < 70 0,69 < 75	Выраженное нарушение адекватности восприятия и распознавания действительности как в малознакомых, так и в обычных ситуациях
	X-% > 0.29	0,44 > 0,29	Значительные искажения в восприятии реальности
OVC			Не превышает границы нормы
HVI			Не превышает границы нормы
<i>Заключение.</i> Отягченный семейный анамнез, травматический личный опыт репродуктивного поведения, высокая тревожность, выраженные проявления интрапсихического конфликта, отрицание собственных проблем и их преимущественно психологической природы, невротическая симптоматика вследствие подавления негативных переживаний, неадекватное отношение к болезни (бесплодию), когнитивные искажения, малопродуктивное копинг-поведение, низкая социальная компетентность.			

Выводы

1. В этиологии психосоматических расстройств ведущее значение имеет психодинамический механизм вытеснения (устранения из сознания) конфликтно-негативных переживаний с последующим их преобразованием в соматические симптомы. Данный процесс носит преимущественно бессознательный характер, что определяет высокую сложность диагностики и терапии данного вида заболеваний, а также ведущую роль психодинамических подходов в изучении психосоматических расстройств.

2. Основное значение в психодиагностике психосоматических расстройств приобретают проективные методы исследования личности. Комплексные показатели нарушенного функционирования личности, разработанные в рамках современной интегративной системы Роршаха, дают основания утверждать о целесообразности и адекватности использования данного метода в диагностике и лечении психосоматических расстройств.

3. Медицинским психологам, работающим с психосоматическими расстройствами, рекомендуется использование двух взаимодополняющих методов: клинического интервью и метода Роршаха. Данный подход обладает не только широкими возможностями по раскрытию глубинных конфликтов личности, но и выраженным терапевтическим потенциалом. Проработка выявленных конфликтов в последующей психотерапевтической работе способствует разрешению актуального интрапсихического конфликта, составляющего психологическую основу соматических симптомов в рамках психосоматических расстройств.

Литература

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение : [пер. с англ.]. – М. : Эксмо-Пресс, 2002. – 352 с.
2. Александров А.А. Психотерапия психосоматических расстройств // Вестн. психотерапии. – 2009. – № 29 (34). – С. 9–17.
3. Асанович М.А. Интегративная система психодиагностики методом Роршаха. – М. : Когито-Центр, 2011. – 397 с.
4. Березин Ф.Б. Безносюк Е.В., Соколова Е.Д. Психологические механизмы психосоматических заболеваний // Рос. мед. журн. – 1998. – № 2. – С. 43–49.
5. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина : краткий учебник : [пер с нем.]. – М. : Гозтар Мед., 1999. – 376 с.
6. Введение в классический психоанализ: лекции / под науч. ред. М.М. Решетникова. – СПб. : Вост.-Европ. ин-т психоанализа, 2014. – 318 с.
7. Змановская Е.В., Рыбников В.Ю. Девиантное поведение личности и группы : учеб. пособие. – СПб [и др.]. : Питер, 2011. – 352 с.

8. Любан-Плоцца Б., Пёльдингер В., Крёгер Ф., Ледерах-Хофман К., Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. – СПб. : СпецЛит, 2000. – 288 с.

9. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. – М. : Эксмо, 2010. – 1024 с.

10. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: понимание структуры личности в клиническом процессе. – М. : Класс, 1998. – 480 с.

11. Михайлов Б.В., Сердюк А.И., Федосеев В.А. Психотерапия в общесоматической медицине : клинич. руководство / под общ. ред. Б.В. Михайлова. – Харьков : Прапор, 2002. – 128 с.

12. МКБ-10: Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. – СПб., 1994. – 303 с.

13. Сидоров П.И., Новикова И.А. Психосоматические заболевания: концепции, распространенность, качество жизни, медико-социальная помощь больным. [Электронный ресурс] // Мед. психология в России: электрон. науч. журн. 2010. N 1. – URL: <http://medpsy.ru>.

14. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новиков И.А. Психосоматическая медицина : руководство для врачей. – М. : Медпрессинформ, 2006. – 568 с.

15. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Т. 2, № 2. – С. 35–39.

16. Старостин О.А. Холистический подход в диагностике и психотерапии соматоформных расстройств // Вестн. психотерапии. – 2013. – № 47 (52). – С. 23–29.

17. Старшенбаум Г.В. Психосоматика : руководство по диагностике и сапомощи. – Ростов н/Д : Феникс, 2015. – 251 с.

18. Сторожаков Г.И. Расстройства психосоматического спектра: патогенез, диагностика, лечение : руководство для врачей / под ред. Г.И. Сторожакова, В.К. Шамрея. – СПб. : СпецЛит, 2014. – 303 с.

19. Exner J.E. The Rorschach: A comprehensive system. Vol. 1. Basic foundations. – N.Y., 1993. – 171 p.

20. Weiner I.B. Principles of Rorschach interpretation. – Mahwah, New Jersey : LEA, 1998 – 307 p.

Zmanovskaya E.V., Miropol'skaya O.V. Teoretiko-metodologicheskoe obosnovanie primeneniya proektivnoi metodiki Rorshakha v kompleksnoi diagnostike psikhosomaticheskikh rasstroivst [Application of the Rorschach Method in Comprehensive Diagnostics of Psychosomatic Disorders: Theoretical and Methodological Validation]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2016. N 57. P. 83–99.

The Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine,
EMERCOM of Russia (Russia, Saint-Petersburg, Academica Lebedeva Str., 4/2);
Saint-Petersburg State University of Film and Television
(Russia, Saint Petersburg, Pravdy Str., 13)

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

Miropol'skaya Oksana Vladimirovna – educational psychologist. Saint-Petersburg State University of Film and Television (Russia, 191119, Saint-Petersburg, Pravdy Str., 13); e-mail: 969427@mail.ru.

Abstract. The article defines the psychological components of psychosomatic disorders basing on the analysis of the existing concepts. Problem areas and types of psychological diagnostics are also analysed. The advisability and capability of the usage of the integrative Rorschach methodic comprehensive diagnostics of psychosomatic disorders are validated. The article presents a clinical case of a psychosomatic patient with the application of the Rorschach method involved.

Keywords: clinical (medical) psychology, psychosomatic disorder, psychological diagnosis, symbiotic relationship, psychological defenses, somatization of psychological conflict, structured interview, psychological testing differential, projective test of Rorschach.

References

1. Aleksander F. Psikhosomaticheskaya meditsina. Printsipy i prakticheskoe primeneniye [Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications]. Moskva. 2002. 352 p. (In Russ.)

2. Aleksandrov A.A. Psikhoterapiya psikhosomaticheskikh rasstroystv [Psychotherapy in Psychosomatic Disorders]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2009. N 29. Pp. 9–17.

3. Assanovich M.A. Integrativnaya sistema psikhodiagnostiki metodom Rorschakha [Intergrative System of the Rorschach Psychodiagnostic Test]. Moskva 2011. 397 p. (In Russ.)

4. Berezin F.B. Beznosyuk E.V., Sokolova E.D. Psikhologicheskie mekhanizmy psikhosomaticheskikh zabolevanii. *Rossiiskii meditsinskii zhurnal* [Russian Medical Journal]. 1998. N 2. Pp. 43–49. (In Russ.)

5. Bräutigam W., Christian P., von Rad M. Psikhosomaticheskaya meditsina [Psychosomatische Medizin] [Transl. German]. Moskva. 1999. 376 p. (In Russ.)

6. Vvedenie v klassicheskii psikhoanaliz [Introduction to classical psychoanalysis]. Ed. M.M. Reshetnikov. Sankt-Peterburg. 2014. 318 p. (In Russ.)

7. Zmanovskaya E.V., Rybnikov V.Yu. Deviantnoe povedenie lichnosti i gruppy [Deviant behavior of individuals and groups]. Sankt-Peterburg. 2011. 352 p. (In Russ.)

8. Lyuban-Plottsa B., Pel'dinger V., Kreger F., Lederakh-Khofman K., Psikhosomaticheskie rasstroystva v obshchei meditsinskoi praktike [Psychosomatic Disorders in General Medical Practice]. Sankt-Peterburg. 2000. 288 p. (In Russ.)

9. Malkina-Pykh I.G. Psikhosomatika [Psychosomatics]. Moskva. 2010. 1024 p. (In Russ.)

10. Mak-Vil'yams N. Psikhoanaliticheskaya diagnostika: ponimanie struktury lichnosti v klinicheskom protsesse [Psychoanalytic diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process]. Moskva. 1998. 480 p. (In Russ.)

11. Mikhailov B.V., Serdyuk A.I., Fedoseev V.A. Psikhoterapiya v obshchecosomaticheskoi meditsine [Psychotherapy in General Medical Practice: Clinical Practice Guideline]. Ed. B.V. Mikhailov. Khar'kov. 2002. 128 p. (In Russ.)

12. MKB-10: Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznei (10-i peresmotr). Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroistv [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. CD-10 Chapter V: Mental and behavioural disorders]. Sankt-Peterburg 1994. 303 p. (In Russ.)

13. Sidorov P.I., Novikova I.A. Psikhosomaticheskie zabolevaniya: kontseptsii, rasprostranennost', kachestvo zhizni, mediko-sotsial'naya pomoshch' bol'-nym [Psychosomatic Disorders: Concepts, Prevalence Rate, Quality of Life, Medical and Social Aid] [Electronic resource]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii* [Medical psychology in Russia]. 2010. N 1. URL: <http://medpsy.ru>. (In Russ.)

14. Sidorov P.I., Solov'ev A.G., Novikov I.A. Psikhosomaticheskaya meditsina [Psychosomatic Medicine]. Moskva. 2006. 568 p. (In Russ.)

15. Smulevich A.B. Psikhosomaticheskie rasstroistva (klinika, terapiya, organizatsiya meditsinskoj pomoshchi) [Psychosomatic Disorders (Clinical Picture, Therapy, Medical Aid Organisation)]. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya* [Psychiatry and Psychopharmacotherapy]. 2000. Vol. 2, N 2. Pp. 35–39. (In Russ.)

16. Starostin O.A. Kholisticheskii podkhod v diagnostike i psikhoterapii somatoformnykh rasstroistv [A holistic approach to diagnosis and therapy of somatoform disorders]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2013. N 47. Pp. 23–29. (In Russ.)

17. Starshenbaum G.V. Psikhosomatika [Psychosomatics]. Rostov-na-Donu. 2015. 251 p. (In Russ.)

18. Storozhakov G.I. Rasstroistva psikhosomaticheskogo spektra: patogenez, diagnostika, lechenie [Psychosomatic Disorders: Pathogenesis, Diagnostics, Treatment]. Eds. G.I. Storozhakov, V.K. Shamrei. Sankt-Peterburg. 2014. 303 p. (In Russ.)

19. Exner J.E. The Rorschach: A comprehensive system. Vol. 1. Basic foundations. N.Y., 1993. 171 p.

20. Weiner I.B. Principles of Rorschach interpretation. Mahwah, New Jersey : LEA, 1998 307 p.

Received 12.02.2016

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ПРИ РАЗЛИЧНОМ СТАТУСЕ КУРЕНИЯ

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт
фтизиопульмонологии (Россия, Санкт-Петербург, Лиговский пр., д. 2/4)

Изучены психологические особенности в зависимости от статуса курения у 636 человек, в том числе 300 курящих и 336 некурящих лиц в возрасте от 18 до 70 лет с помощью многофакторного личностного опросника «Адаптивность». У курящих и некурящих доминировал профиль личности, характерный для психической нормы с выраженностью тревожно-депрессивных особенностей. У курящих выявлено увеличение значений шкал депрессии, психастении, шизоидности и социальной интроверсии, чаще определялись тревожно-депрессивные, тревожно-мнительные, импульсивные и невротические черты личности. Раннее начало (до 13 лет включительно) регулярного табакокурения было характерно для лиц с гипертичными чертами личности, с повышенной импульсивностью, им свойственны поиск новизны, агрессивность и конфликтность, они склонны к социальной дезадаптации и аффективному поведению. Лица с высокими (более 70 Т-баллов) значениями шкал выкуривали большее число сигарет, имели более высокие значения никотиновой зависимости по тесту Фрагерстрома, у них чаще определялась высокая ее степень. Ассоциированным с прогрессированием табакокурения являлось повышение профиля по шкалам ипохондрии, депрессии, психастении, психопатии, шизоидности, с прогрессированием табачной зависимости – по шкалам ипохондрии, депрессии, психастении. Выраженность синдрома отмены была больше при высоких значениях шкал опросника, кроме шкалы паранойальности.

Ключевые слова: медицинская (клиническая) психология, табакокурение, особенности характера, адаптивность.

Суховская Ольга Анатольевна – д-р биол. наук, руководитель Консультативного телефон. центра помощи в отказе от потребления табака, С.-Петерб. науч.-исслед. ин-т фтизиопульмонологии (Россия, 191036, Санкт-Петербург, Лиговский пр., 2/4); e-mail: sukhovskaia@mail.ru;

Иванова Светлана Сергеевна – психолог Консультативного телефон. центра помощи в отказе от потребления табака, С.-Петерб. науч.-исслед. ин-т фтизиопульмонологии (Россия, 191036, Санкт-Петербург, Лиговский пр., 2/4); e-mail: ktc_psycholog@mail.ru;

Смирнова Мария Александровна – врач-терапевт Консультативного телефон. центра помощи в отказе от потребления табака, С.-Петерб. науч.-исслед. ин-т фтизиопульмонологии (Россия, 191036, Санкт-Петербург, Лиговский пр., 2/4); e-mail: ktcniif_smirnova@mail.ru.

Введение

Курение приводит не только к развитию многих заболеваний и ухудшению здоровья, но и к формированию зависимости у большинства заядлых курильщиков, поэтому при отказе от курения возникает синдром отмены, обусловленный как изменениями ацетилхолиновых рецепторов в головном мозге, так и изменениями привычного курительного поведения. Для успешного отказа необходим комплекс методов, включающих, помимо лекарственной терапии (при средней и высокой степени зависимости), и когнитивно-поведенческую терапию, цель которой – изменить психологические установки в отношении потребления табака и обучить методам самопомощи при возникновении желания курить.

Исследований, посвященных психологическим особенностям курящих в зависимости от статуса курения и эффективности отказа от курения, немного. Предпринимались попытки обнаружить факторы, облегчающие и затрудняющие отказ от курения [10], выделить акцентуации характера, ассоциированные с курением [1]. Авторы обнаружили, что наличием акцентуаций характера можно объяснить до 20 % случаев формирования привычки табакокурения (ТК) у молодых мужчин и до 30 % у девушек [1].

Цель исследования – изучить характерологические особенности в зависимости от статуса курения.

Материал и методы

Обследовали 636 человек, в том числе 243 мужчин (155 курящих и 88 некурящих) и 393 женщины (145 курящих и 248 некурящих) в возрасте от 18 до 70 лет. Критерии исключения: психические заболевания и расстройства, алкогольная и наркотическая зависимости. Средний возраст курящих лиц составил $(40,7 \pm 3,9)$ года и некурящих – $(34,7 \pm 2,8)$ года. Различия между группами курящих и некурящих по возрасту недостоверны ($p > 0,05$).

Исследование включало определение статуса курения: числа выкуренных в день сигарет, длительности ТК, степени никотиновой зависимости (НЗ) по тесту Фагерстрема, мотивации к отказу от курения по методике В.Ф. Левшина. Значения теста Фагерстрема 0–4 балла соответствуют низкой степени НЗ, 5 баллов – средней степени, 6–10 баллов – высокой степени НЗ. Тест по мотивации к отказу от курения состоит из двух вопросов: «Бросили бы Вы курить, если бы это было легко?» (варианты ответов: определённо, да; вероятно, да; не знаю; вероятно, нет; определённо, нет) и «Насколько сильно вы хотите бросить курить?» (варианты ответов: не хочу; слабое желание; в средней степени; сильное желание; однозначно хочу

бросить сейчас). Значения теста от 0 до 3 баллов соответствуют отсутствию желания отказаться от курения; от 4 до 6 баллов – средней степени мотивации к отказу от табакокурения и выше 6 баллов – высокой мотивация к отказу от курения.

Психологические особенности изучались по многофакторному личностному опроснику (МЛО) «Адаптивность» [5, 6]. Определяли характерологические особенности по шкалам: Hs (ипохондрии), D (депрессии), Hy (истерии), Pd (психопатии), Mf (мужественности–женственности), Pa (паранойальности), Pt (психастении), Sc (шизоидности), Ma (гипомании), Si (социальной интроверсии). О выраженности шкал свидетельствовали показатели выше 71 T-балла.

Статистическую обработку провели с использованием программы SPSS 11.0.

Результаты и их анализ

Исследование, проведенное по опроснику МЛО «Адаптивность» показало, что значения шкал Hs, Pt, Sc и Si были выше у курящих по сравнению с некурящими (табл. 1).

Таблица 1
Значения шкал МЛО «Адаптивность» в группах курящих и некурящих, (M ± m) T-балл

Шкала	Группа курящих	Группа некурящих	p =
Hs	58,2 ± 0,8	55,1 ± 0,9	
D	68,4 ± 0,8	65,1 ± 0,8	0,049
Hy	57,5 ± 0,8	55,8 ± 0,8	
Pd	65,8 ± 0,7	63,7 ± 0,9	
Mf	60,1 ± 0,6	60,2 ± 0,6	
Pa	56,9 ± 0,7	56,6 ± 0,7	
Pt	68,5 ± 0,6	65,9 ± 0,7	0,040
Sc	68,4 ± 0,8	65,9 ± 0,9	0,040
Ma	62,0 ± 0,7	61,0 ± 0,9	
Si	62,4 ± 0,7	59,3 ± 0,8	0,040

Анализ различных значений шкал у курящих и некурящих, имеющих на момент обследования острых заболеваний и не получающих лечения по поводу обострения хронических заболеваний, показал, что у курящих достоверно чаще определялись заостренные черты характера, в

том числе и высокие значения шкал (более 70 Т-баллов) опросника МЛЮ «Адаптивность» (рис. 1).

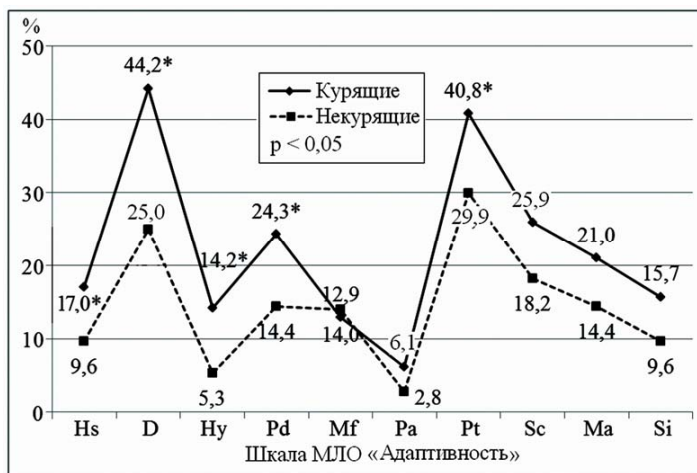


Рис. 1. Частота встречаемости повышенных значений (более 70 Т-баллов) в группах курящих и некурящих

В общем профиле как у курящих, так и у некурящих лиц отмечался подъем по D и Pt шкале. Такой профиль характерен для психической нормы с выраженностью тревожно-депрессивных особенностей. Повышенные значения по этим шкалам характерны для тревожных, напряженных и суетливых людей. Такие люди склонны к предвосхищению проблем до того, как они появятся, и способны чрезмерно реагировать даже на небольшой стресс. Депрессия также является важной чертой для людей с подобным профилем. Кроме того они имеют сильную потребность в достижении и признании окружающими их заслуг. В то же время многого ожидают от себя и испытывают чувство вины, когда не удается достичь поставленных целей.

В исследовании повышение по этим шкалам было характерно для 178 человек, из них 112 человек – это курящие люди ($\chi^2=13,81$; $p < 0,01$).

При этом одновременное повышение и по Sc шкале (профиль вида D,Pt,Sc') характерно для людей с нарушением сна, неспособностью к концентрации внимания, спутанности мышления и забывчивости. Такое сочетание пиков было отмечено у 110 человек: 72 курящих и 38 некурящих

($\chi^2=12,54$; $p < 0,01$). Также этот профиль отмечался в 11,7 % случаев у курящих, испытывающих трудности при отказе от ТК, и в 4 % случаев среди не имеющих затруднений во время отказа от табака ($\chi^2 = 7,00$; $p < 0,01$).

Шкалы, которые расположены в левой половине профиля (Hs, D, и Ну), часто объединяются термином «невротическая триада», так как повышение профиля на этих шкалах часто отмечается при невротических расстройствах. Невротические реакции связаны с недостаточностью физических и психических ресурсов человека для реализации мотивированного поведения в определенной ситуации. В исследовании профиль Hs,D,Ну' был отмечен в 11,3 % случаев у курящих и в 6,6 % у некурящих ($\chi^2 = 4,97$; $p < 0,05$).

Для людей с повышенными значениями Pd шкалы характерны нетерпеливость, склонность к риску, высокий уровень притязаний. Их поведение отличается раскованностью, непосредственностью в проявлении чувств, в речевой продукции и в манерах. Есть данные, показывающие, что Pd шкала часто повышена у алкоголиков и наркоманов [7].

Сочетание пиков по D и Pd шкале характерно для импульсивных личностей, не способных отсрочить удовлетворение своих импульсов. Подобное сочетание проявляется в противоречивом совмещении высокого уровня притязаний и неуверенности в себе, повышенной активности и быстрой истощаемости. Также люди с подобным профилем зачастую не обращают внимания на социальные нормы и нередко находятся в конфликте с общественными ценностями, при этом для них характерна тревожность, связанная с несоответствием собственного поведения принятым нормам. Двойной пик по D и Pd шкалам наблюдался у 72 человек, 50 из которых были курящими и 22 некурящими ($\chi^2 = 11,62$; $p < 0,01$).

Для лиц с повышением профиля по шкалам Pd и Pa характерно подавление враждебности и гнев. Такие люди кажутся раздражительными, угрюмыми, склонными к спорам. Они довольно часто отрицают свои проблемы, рационализируют и переносят вину на других, не принимая ответственность за свое поведение. Возможно, ввиду того, что они склонны отрицать значимость собственных проблем, в нашем исследовании подобный профиль встретился всего в 8 случаях (6 курящих и 2 некурящих).

Профиль вида Ну,Sc' принадлежит людям, которые выглядят психологически очень беспокоящими. Они часто говорят о чувстве тревоги, напряженности и нервозности. Зачастую у них присутствует чувство угнетенности и безнадежности, им нелегко принять любое, даже незначитель-

ное, решение. Достоверно чаще по сравнению с группой некурящих у лиц, потребляющих табак, определялся профиль с пиками по Ну и Sc шкалам.

Для определения влияния особенностей личности на инициацию ТК был проведен анализ частоты встречаемости различных значений шкал при раннем начале регулярного ТК (до 13 лет). Оказалось, что при раннем начале (n = 40) ТК чаще определялись повышенные значения шкал: Pt (56 %), Sc (42 %), Pd (50 %), Ma (45 %) по сравнению с лицами, которые начали курить позднее (n = 260): Pt = 38 %, Sc = 24 %, Pd = 20 %, Ma = 20 % (рис. 2). Различий при инициации ТК в возрасте 14 лет и старше выявлено не было, что подчеркивает значимость социальной составляющей в приобщении курения в подростковом возрасте.

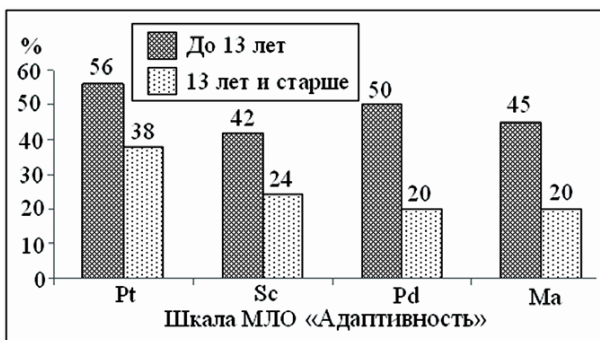


Рис. 2. Возраст начала табакокурения и повышенные значения шкал МЛО «Адаптивность»

Профиль личности с одновременным повышением по Pd и Pt шкалам имели 45 % курящих с ранним началом курения и 23 % курящих, которые начали курить позднее ($\chi^2 = 4,52$; $p < 0,05$). Для таких людей характерно испытывать попеременно то периоды отрицания каких-либо значительных последствий своих поступков, то периоды сильной озабоченности результатами своего поведения. Люди такого типа проявляют себя как зависимые, неуверенно чувствующие себя, склонные требовать подтверждения своей ценности. Часто говорят о напряжении, переутомлении и истощении.

В 35 % случаев курящих с ранним началом курения наблюдалось одновременное повышение профиля по Pd и Sc шкалам. У курящих, которые начали курить позднее 13 лет, такой профиль наблюдался в 2 раза реже ($\chi^2 = 5,3$; $p < 0,05$). Поведение людей с подобным профилем отличается

неустойчивостью и непредсказуемостью, они довольно часто испытывают трудности с контролем своих импульсов, склонны быть сердитыми, раздражительными и обидчивыми, могут совершать асоциальные поступки. Они редко принимают на себя ответственность за свое поведение и склонны обвинять окружающих в своих трудностях.

Профиль с одновременным повышением шкал D и Pd в нашем исследовании принадлежал 30 % курящих с ранним началом курения и 14,6 % курящих, которые начали курить позднее ($\chi^2 = 3,86$; $p < 0,05$).

Таким образом, для людей с ранним началом курения характерны тревожность, напряженность, импульсивность, зависимость, низкая самооценка, неумение планировать будущие поступки, пренебрежение последствиями своих действий, нежелание следовать общепринятым нормам поведения, они зачастую проявляют компульсивность и ритуальность в своем поведении.

Для доказательства связи особенностей личности с прогрессированием ТК было проведено сравнение числа выкуриваемых сигарет в день, а для доказательства взаимосвязи с прогрессированием табачной зависимости – сопоставление со степенью НЗ (табл. 2). При достоверности различий между соответствующими группами и при наличии корреляционной зависимости считали, что соответствующий тип личности связан с повышенным риском прогрессии ТК и/или НЗ.

Таблица 2
Статус курения в группах с повышенными значениями шкал МЛО «Адаптивность», ($M \pm m$) T-балл

Шкала	Число выкуриваемых в день сигарет		Степень НЗ, балл	
	Значения шкалы, T-балл		Значения шкалы, T-балл	
	70 более	менее 70	70 более	менее 70
Hs	18,5 ± 1,4*	12,6 ± 0,5*	5,3 ± 0,3*	4,4 ± 0,2*
D	17,8 ± 0,9*	10,5 ± 0,6*	5,2 ± 0,2*	4,2 ± 0,2*
Hu	18,1 ± 1,5*	12,9 ± 0,5*	5,4 ± 0,4	4,5 ± 0,5
Pd	17,8 ± 1,2*	10,3 ± 0,5*	4,8 ± 0,3	4,6 ± 0,2
Mf	12,4 ± 1,5	11,4 ± 0,5	5,2 ± 0,4	4,5 ± 0,6
Pa	10,5 ± 1,5	11,4 ± 0,5	3,8 ± 0,6	4,7 ± 0,3
Pt	18,4 ± 0,9*	9,0 ± 0,6*	5,4 ± 0,2*	3,9 ± 0,2*
Sc	16,4 ± 0,9*	9,4 ± 0,5*	5,1 ± 0,3	4,3 ± 0,4
Ma	15,7 ± 1,2*	10,5 ± 0,5*	5,2 ± 0,4	4,8 ± 0,4
Si	12,9 ± 1,2	11,1 ± 1,2	5,1 ± 0,2	4,5 ± 0,2

* $p < 0,05$ по сравнению с группой курящих лиц.

Результаты показали, что лица с повышенными значениями шкал Hs, D, Hy, Pd, Pt, Sc и Ma достоверно больше употребляли сигарет в день по сравнению с теми, у кого значения шкал не превышали 70 баллов (см. табл. 2). При этом наибольшее число выкуриваемых в день сигарет отмечалось при высоких значениях шкал невротической триады, Pd и Pt. Достоверно чаще у людей, выкуривающих более 15 сигарет в день, наблюдался профиль тревожно-депрессивного типа личности (одновременное повышение по D и Pt шкалам). По данным исследований [11], лица с повышенной тревожностью выкуривают большее число сигарет, чем курящие без признаков тревоги и депрессии. Выявлена достоверная корреляционная взаимосвязь низкой величины между числом выкуриваемых в день сигарет и значениями шкал Hs ($r = 0,12$; $p = 0,034$), D ($r = 0,14$; $p = 0,017$), Pd ($r = 0,16$; $p = 0,006$), Pt ($r = 0,20$; $p = 0,001$) и Sc ($r = 0,23$; $p < 0,001$).

Степень НЗ была достоверно выше у лиц с повышенными значениями шкал Hs, D и Pt (рис. 3). Наиболее часто высокая степень НЗ определялась у курящих с повышенными значениями шкалы Hy (35,8 %), реже – Pa (17,2 %). Достоверно чаще у курящих с высокой степенью НЗ наблюдался невротический профиль ($\chi^2 = 4,14$; $p < 0,05$). Также в 51,7 % случаев курящие с высокой степенью НЗ имели тревожно-депрессивный тип личности, при низкой степени такой тип определялся в 31,3 % случаев ($p > 0,05$). При отсутствии повышения шкал частота встречаемости высокой степени НЗ составила от 12,6 % (по шкале Pt) до 19,6 % (по шкале Pa). В группе без каких-либо повышенных значений шкал высокая степень НЗ определялась в 8,4 % случаев ($p < 0,05$). Степень НЗ значимо коррелировала с показателями большинства шкал опросника МЛЮ «Адаптивность»: Hs ($r = 0,15$; $p = 0,012$), D ($r = 0,19$; $p = 0,002$), Hy ($r = 0,14$; $p = 0,024$), Pt ($r = 0,23$; $p = 0,001$), Sc ($r = 0,20$; $p = 0,001$), Ma ($r = 0,15$; $p = 0,013$).

Таким образом, люди с высокой степенью НЗ чаще проявляют невротические реакции при реализации мотивированного поведения, для них характерны повышенная тревожность, напряженность, пессимистичность, довольно часто отмечается наличие конституциональных черт, которые обуславливают легкость возникновения и выраженность вегетативного компонента тревожных реакций.

Достоверных изменений по длительности ТК в зависимости от значений шкал выявлено не было.



Рис. 3. Степень никотиновой зависимости при различных значениях шкал
* $p < 0,05$ по сравнению с курящими, у которых значения шкал не превышали 70 Т-баллов

Выраженность синдрома отмены измерялась по 3 категориям – сильно выражен, практически не выражен и средняя степень выраженности. Сильная выраженность синдрома отмены (непреодолимое желание курить, раздражительность, снижение концентрации внимания и др.) отмечалась при повышенных значениях шкал в 24,1 % (по шкале Pa) до 45,3 % случаев (по шкале Hy), а при отсутствии – в 10 % случаев ($p < 0,05$).

Чаще всего трудности при отказе от ТК испытывали лица с повышением шкалы Hy (45,3 %), Hs (36,9 %), D (35,5 %), Pt (33,5 %). Так, курильщики с сильно выраженным синдромом отмены имели невротический профиль в 1,8 раз чаще, чем курящие с практически не выраженным синдромом отмены. Также в 2,6 раза чаще наблюдался у них профиль с одновременным повышением Hy и Pt шкал – это достаточно редкий тип профиля, проявляющийся в выраженной дисгармоничности в силу сочетания элементов полярных личностных структур. Для людей с подобным типом профиля характерно частое возникновение реакции тревоги, а также наличие фиксированных страхов. Не было отличий в частоте определения выраженного синдрома отмены между курящими в зависимости от значений шкалы Pa.

Таким образом, исследование особенностей типов личности показало, что среди курящих отмечалось увеличение значений шкал D, Pt, Sc и Si, определяемых по опроснику МЛО «Адаптивность». Достоверно чаще

среди курящих лиц определялись тревожно-депрессивные, тревожно-мнительные, импульсивные и невротические черты личности. По данным литературы, у курящих выявляются синдром тревожной ипохондричности, тревожно-фобический симптомокомплекс, деперсонализационный синдром, тревожно-депрессивный синдром, смешанный аффективный синдром [3]. Повышение показателей по ипохондрии, а также высокий уровень гипоманиакальных черт были выявлены у курящих девушек [4]. При других аддиктивных состояниях, в частности при наркотической зависимости, показано обязательное повышение значения шкал невротической триады, увеличение показателей шкал Pd, Pa, Sc при снижении Mf и Ma шкал. При переходе на алкогольную зависимость наблюдается увеличение показателей по шкале Pt [7].

Раннее начало (до 13 лет включительно) ТК было характерно для лиц с гипертимными чертами личности, с повышенной импульсивностью, для них свойственны поиск новизны, агрессивность и конфликтность, они склонны к социальной дезадаптации и аффективному поведению. При этом психологические особенности обуславливали большее число выкуриваемых в день сигарет, высокую степень никотиновой зависимости, выраженный синдром отмены.

Выводы

1. У курящих выявлено увеличение значений шкал депрессии, психастении, шизоидности и социальной интроверсии, определяемых по опроснику МЛЮ «Адаптивность». Достоверно чаще среди курящих лиц определялись тревожно-депрессивные, тревожно-мнительные, импульсивные и невротические черты личности.

2. Раннее начало (до 13 лет включительно) табакокурения было характерно для лиц с гипертимными чертами личности, с повышенной импульсивностью, для них свойственны поиск новизны, агрессивность и конфликтность, они склонны к социальной дезадаптации и аффективному поведению.

3. Наибольшее число выкуриваемых в день сигарет отмечалось при высоких значениях шкал невротической триады, психопатии и психастении. Невротический профиль личности характерен для людей с более высокой степенью никотиновой зависимости.

4. Ассоциированными с прогрессированием табакокурения являются психологические особенности, выявляемые по шкалам ипохондричности, депрессии, психастении, психопатии, шизоидности, с прогрессированием табачной зависимости – по шкалам ипохондричности, депрессии, психастении.

5. Выраженность синдрома отмены была больше при наличии в профиле личности повышенных значений (70 Т-баллов и более) шкал МЛЮ «Адаптивность», кроме шкалы паранойяльности.

Литература

1. Акчурин О.М, Мостовой Ю.М., Мостовая О.П. Влияние характерологических особенностей личности на формирование привычки курения // *Український вісник психоневрології*. – 2002. – Т. 10, № 4 (33). – С. 96–99.
2. Кобзев Е.А. Исследование клинико-психологических особенностей юношей и девушек, зависимых от никотина // *Учен. зап. ун-та им. Лесгафта*. – 2012. – № 5 (87). – С. 46–50.
3. Никотиновая зависимость (табакокурение) / под ред. Е.Е. Ясникова. – Иркутск : ИГМУ, 2013. – 24 с.
4. Попов В.И., Брянцева Е.В. Личностные особенности людей с выраженной игровой зависимостью // *Омск. науч. вестн.* – 2007. – Т. 51, № 1. – С. 113–114.
5. Практическая психодиагностика: методики и тесты : учеб. пособие / под ред. Д.Я. Райгородского. – Самара : Бахрах-М, 2006. – 672 с.
6. Психологическая диагностика : учеб. пособие / под ред. М.К. Акимовой. – СПб. [и др.] : Питер, 2005. – 304 с.
7. Сиафетдинова Ф.З. Преодоление болезни психологическими методами : наркозависимость. – Казань : Казан. гос. ун-т, 2008. – 180 с.
8. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ) : практ. руководство к традицион. и компьютер. вариантам теста. – М. : Боргес, 2009. – 256 с.
9. Соловьева С.Л. Тревога и тревожность: теория и практика [Электронный ресурс] // *Мед. психология в России : электрон. науч. журн.* – 2012. – № 6 (17). – URL: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2012_6_17/nomer/nomer14.php.
10. Gizer I.R., Ficks C., Waldman I.D. Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review // *Hum. Genet.* – 2009. – Vol. 126, N 1. – P. 51–90.
11. Guillot C.R., Zvolensky M.J., Leventhal A.M. Differential associations between components of anxiety sensitivity and smoking-related characteristics // *Addict. Behav.* – 2015. – Vol. 40. – P. 39–44.
12. Weinberger A.H., Pilver C.E., Desai R.A. [et al.]. The relationship of dysthymia, minor depression, and gender to changes in smoking for current and former smokers: longitudinal evaluation in the U.S. population // *Drug Alcohol Depend.* – 2013. – Vol. 127, N 1/3. – P. 170–176.

Sukhovskaya O.A., Ivanova S.S., Smirnova M.A. Psikhologicheskie osobennosti lichnosti pri razlichnom statuse kureniya [Accentuation depending on the smoking status]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2016. N 57. P. 100–112.

St. Petersburg Research Institute of Phthisiopulmonology
(Russia, St. Petersburg, Ligovsky Ave., 2/4)

Sukhovskaya Olga Anatolevna – Dr. Biol. Sci., head of Advisory telephone centre for smoking cessation, St. Petersburg Research Institute of Phthisiopulmonology, Russian Federation (Russia, 191036, St. Petersburg, Ligovsky Ave., 2/4); e-mail: sukhovskaia@mail.ru;

Ivanova Svetlana Sergeevna – psychologist of Advisory telephone centre for smoking cessation, St. Petersburg Research Institute of Phthisiopulmonology, Russian Federation (Russia, 191036, St. Petersburg, Ligovsky Ave., 2/4); e-mail: ktc_psycholog@mail.ru;

Smirnova Mariya Aleksandrovna – physician of Advisory telephone centre for smoking cessation, St. Petersburg Research Institute of Phthisiopulmonology, Russian Federation (Russia, 191036, St. Petersburg, Ligovsky Ave., 2/4); e-mail: ktcniiif_smirnova@mail.ru.

Abstract. The article studied the psychological characteristics by the Multilevel Personal Questionnaire (MPQ) "Adaptability" depending on the smoking status (636 people, including 300 smokers and 336 non-smokers aged 18 to 70 years). Smokers and non-smokers had dominating personality profile of mental characteristic (within the normal range) with the severity of anxio-depressive features. Smokers showed increased of scales values: "Depression", "Psychasthenia", "Schizoid" and "Social introversion", anxious-depressive, anxious-hypochondriac, impulsive and neurotic personality traits often defined. The early start (13 years) of regular smoking was typical for people with hypertemic personality traits, with increased impulsivity. These people often were characterized as having search of novelty, aggressiveness and propensity towards conflicts, they are prone to social exclusion and affective behavior. Persons with high (over 70 points) the values of the scales smoked more cigarettes, had higher values for nicotine addiction (test Fagerstrom). Increase the profile of the scales of hypochondria, depression, psychasthenia, psychopathy, schizoid were associated with the progression of smoking, increase the scale of hypochondria, depression, psychasthenia - with progression of tobacco dependence. Intensity of withdrawal symptoms was higher at high values of the scales, except for the paranoid scale.

Key words: medical (clinical) psychology, smoking, peculiarities of character, adaptability.

References

1. Akchurin O.M, Mostovoi Yu.M., Mostovaya O.P. Vliyanie kharakterologicheskikh osobennosti lichnosti na formirovanie privyчки kureniya [The influence of personality traits of personality on the formation the smoking habit]. *Ukrainskii vestnik psikhonevrologii* [Ukrainian Journal psychoneurology]. 2002. Vol. 10, N 4. Pp. 96–99. (In Russ.)

2. Kobzev E.A. Issledovanie kliniko-psikhologicheskikh osobennosti yunoshei i devushek, zavisimykh ot nikotina [Study of the clinical and psychological characteristics of young men and women who are dependent on nicotine]. *Uchenye zapiski Universiteta im. Lesgafta* [Proceedings of University of PF Lesgafta]. 2012. N 5. Pp. 46–50. (In Russ.)

3. Nikotinovaya zavisimost' (tabakokurenie) [Nicotine addiction (smoking)]. Ed. E.E. Yasinikov. Irkutsk. 2013. 24 p. (In Russ.)

4. Popov V.I., Brjanceva E.V. Lichnostnye osobennosti ljudej s vyrazhennoj igrovoj zavisimost'ju [Personality characteristics of people with marked gambling addiction]. *Omskii nauchnyi vestnik* [Omsk Scientific bulletin]. 2007. Vol. 51, N 1. Pp. 113–114 (In Russ.)
5. Prakticheskaya psikhodiagnostika: metodiki i testy [Practical psychological testing. Methods and tests]. Ed. D.Ya. Raigorodskii. Samara. 2006. 672 p.
6. Psikhologicheskaya diagnostika [Psychological diagnostics]. Ed. M.K. Aki-mova. Sankt-Peterburg. 2005. 304 p. (In Russ.)
7. Siefertdinova F.Z. Preodolenie bolezni psikhologicheskimi metodami: narkozavisimost' [Coping with illness psychological methods: drug addiction]. Kazan'. 2008. 180 p. (In Russ.)
8. Sobchik L.N. Standartizirovannyi mnogofaktorny metod issledovaniya lichnosti (SMIL) [A standardized method of multivariate study of personality (SMIL)]. Moskva. 2009. 256 p. (In Russ.)
9. Solov'eva S.L. Trevoga i trevozhnost': teoriya i praktika [Anxiety and uneasiness: Theory and Practice]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii* [Medical psychology in Russia]. – 2012. – N 6. – URL: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2012_6_17/nomer/nomer14.php. (In Russ.)
10. Gizer I.R., Ficks C., Waldman I.D. Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. *Hum. Genet.* 2009. Vol. 126. N 1. Pp. 51–90.
11. Guillot C.R., Zvolensky M.J., Leventhal A.M. Differential associations between components of anxiety sensitivity and smoking-related characteristics. *Addict. Behav.* 2015. Vol. 40. Pp. 39–44.
12. Weinberger A.H., Pilver C.E., Desai R.A. [et al.]. The relationship of dysthymia, minor depression, and gender to changes in smoking for current and former smokers: longitudinal evaluation in the U.S. population. *Drug Alcohol Depend.* 2013. Vol. 127. N 1/3. Pp. 170–176.

Received 20.05.2015

СТРУКТУРНО-ДИНАМИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ ИНВАЛИДНОСТИ В КОНТЕКСТЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова МЧС России
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 4/2);
Федеральное государственное бюджетное учреждение Федеральное бюро
медико-социальной экспертизы Министерства труда и социальной защиты
Российской Федерации (Россия, Москва, ул. Ивана Сусанина, д. 3)

Рассмотрены концептуальные основы новой клинико-психологической категории «Внутренняя картина инвалидности» (ВКИ), обоснована структурно-динамическая модель конструкта ВКИ, в контексте психологической реабилитации и необходимость ранней коррекции ВКИ больных с целью повышения приверженности к реабилитации и формирования готовности к преодолению адаптационных барьеров для достижения положительного реабилитационного исхода, обозначены основные реабилитационные диспозиции, влияя на которые, возможно достичь положительной реабилитационной динамики, что подтверждают эмпирически полученные данные исследования структурных компонентов ВКИ у больных нозологических категорий, формирующих основную структуру инвалидности в России с фактически установленной инвалидностью, и больных тех же нозологических категорий, не причисляющих себя к категории «инвалид», адаптация которых протекает вне зоны инвалидности.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, психодиагностика, внутренняя картина инвалидности, реабилитация, реабилитационная готовность, приверженность к реабилитации, социально-психологическая адаптация.

Введение

Широко используемое в медицинской психологии понятие «внутренняя картина болезни» (ВКБ) устоялось как объяснительная модель адаптационного поведения человека с хроническим соматическим заболе-

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

Морозова Елена Валерьевна – канд. психол. наук, руководитель Центра соц., проф. и психол. экспертно-реабилитаци. диагностики и реабилитации Федер. бюро мед.-соц. экспертизы Минтруда России (Россия, 127486, Москва, ул. Ивана Сусанина, д. 3); e-mail: elvamorozova@yandex.ru.

ванием [1, 6]. ВКБ как клиничко-психологическая категория общепризнана в среде специалистов и широко используется врачами и клиническими психологами в рассмотрении спектра различных психологических проблем у больных в процессе их адаптации к заболеванию и лечению, возникающих как естественная реакции личности на болезнь [3,12,18,17].

Успешно разрабатываются исследователями понятия «внутренняя картина здоровья» (ВКЗ)[4, 19] и «внутренняя картина лечения» (ВКЛ) [13,20, 21].

Вместе с тем претендующий на инвалидность человек или больной, утративший данный социальный статус, с проявлениями в той или иной степени и ВКБ, и ВКЗ, и, возможно, ВКЛ не всегда реально оценивает сложившуюся социальную ситуацию и свои возможности в отношении изменения жизненной программы, связанной с необходимостью включиться в реабилитационный процесс [9,10].

Как правило, начальный период инвалидизации либо период ее утраты становится для больного чрезвычайно кризисным, затрудняющим его социально-психологическую адаптацию. В частности, психологическая дезадаптация формируется в результате намерения больного официально оформить инвалидность и получения от соответствующей службы медико-социальной экспертизы отказа признать больного инвалидом. В подобных случаях факт официального «непризнания инвалидом» расценивается человеком как несправедливость и потеря, фрустрирующая его ожидания и притязания на данный социальный статус [10].

Подобное состояние испытывают больные и в случае их полной реабилитации в результате функционального восстановления. В данной ситуации фактически происходит снятие инвалидности, а следовательно, и смена социального статуса: «был инвалид, а теперь кто я?», фактически характеризующая утрату личностной идентичности. При этом возможность вернуться в ряды полноценных членов общества (т. е. из социальной категории инвалид, перейти в другую социальную категорию), чувствует далеко не каждый.

Эмоциональный дискомфорт, сопровождающий снятие инвалидности, описывается людьми как страх перед будущим, тревога за себя и свое существования (в нестабильной экономической и социальной обстановке), многие больные теряются, переживают отчаяние, потерю надежды и неспособны к продуктивным шагам по преодолению возникшей социально-психологической дезадаптации.

Нередко отсутствие психологической готовности к реабилитации приводит данную группу больных к многократным действиям по восстановлению утраченного статуса (возврату инвалидности). Однако медико-социальная необоснованность подобных притязаний не позволяет службам медико-социальной экспертизы обоснованно сформулировать экспертное решение в пользу установления инвалидности, что далее образует «замкнутый круг», формируя еще большую психологическую дезадаптацию больного.

Стремление лиц, ранее признававшихся инвалидами, восстановить свой прежний социальный статус и связанную с ним структуру интересов (получение различных льгот, пенсии) приводит к внутренним и внешним конфликтам, протекание которых, безусловно, нуждается в коррекции.

Более ранняя коррекция искаженных, необоснованных притязаний больного на установление (или возврат, утяжеление) статуса будет способствовать переориентации больного с дезадаптивных стратегий адаптации – «пассивного иждивенческого приспособления» – на восстановительные стратегии «преодоления, активности и участия» в формировании ответственной позиции к реабилитационной готовности, повышая приверженность к реабилитации, а значит, и вероятность ее положительного исхода.

Наиболее частые примеры стереотипов и заблуждений в отношении инвалидности, преобладающих на уровне массового сознания людей, таковы: «болею – значит, инвалид», «если я инвалид – значит, не должен работать», «если у меня заболевание, то государство обязано дать инвалидность и платить пенсию», «я знаю человека, которому дали инвалидность с такой болезнью – значит, и мне положено», «у Ивана Ивановича с язвой желудка II группа инвалидности, значит, и мне положена II группа».

При этом воспринять то, что у каждого человека, несмотря на один и тот же диагноз, возможна различная степень функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности, больной, нацеленный лишь на жизнь в условиях инвалидности, как правило, неспособен.

Чтобы понять причины подобного дезадаптивного поведения, необходимо разобраться в самом феномене субъективного отношения людей к статусу «инвалид». Также данная проблема актуальна с точки зрения повышения приверженности к реабилитации больных, утративших статус инвалида либо необоснованно претендующих на его установление. Для этого представляется важным выделить новую диагностическую клинко-психологическую категорию – субъективное отношение к инвалидности, или ВКИ, структурные элементы которой представлены на рис. 1.

**СТРУКТУРНЫЕ КОМПОНЕНТЫ (УРОВНИ)
ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ ИНВАЛИДНОСТИ**

Эмоциональный уровень	
Активность эмоциональных совладающих копингов (агрессивность, протест, самообвинение, негативизм)	Активность адаптивных совладающих копингов (оптимизм), отсутствие негативных личностных и социальных самооценок, положительная оценка самооэффективности собственных возможностей
Когнитивный уровень	
Активность дезадаптивных совладающих копингов (диссимиляция, растерянность). Редуцированная социальная и личностная идентичность. Активность защитной системы личностных механизмов. Негативная оценка самооэффективности собственных возможностей	Дифференцированная социальная и личностная идентичность, свидетельствующая о широкой включенности в социальные взаимодействия. Пассивность защитной системы личностных механизмов. Адекватная оценка самооэффективности собственных возможностей, личностных качеств
Мотивационный уровень	
Сужение ценностно-смысловой сферы, отсутствие целей, отсутствие планов по решению адаптационных задач, обусловленных динамикой инвалидизирующего заболевания	Наличие целей, мотивов планов, направленных на самореализацию жизнедеятельности в условиях заболевания (в трудовой, межличностной, творческой сфере)
Социально-поведенческий уровень	
Непринятие актуального статуса, обусловленного динамикой инвалидизирующего заболевания, оспаривание экспертных решений, нереализованность в трудовой и социальной сфере.	Принятие актуального статуса, обусловленного динамикой инвалидизирующего заболевания, трудовая направленность, реализация трудовых установок, социальная активность и участие
Признаки «маркеры» неблагоприятного реабилитационного прогноза	Признаки «маркеры» благоприятного реабилитационного прогноза

Рис. 1. Структурные компоненты (уровни) психологического конструкта ВКИ с учетом нарастающего кумулятивного эффекта, реализации тех или иных стратегий социальной адаптации («маркеры» реабилитационного прогноза)

Под ВКИ понимается возникающий комплекс представлений, чувств и установок по отношению к себе как к социально недостаточному субъекту, сформировавшихся в условиях потенциально инвалидизирующего заболевания, на основании которых у человека трансформируется самосознание, планируется дальнейшая перспектива и социальное поведение в соответствии с возникшими изменениями. В этом понятии проявляется преобразование общей конфигурации эмоциональной, когнитивной и потребностно-мотивационной сферы в результате того, что инвалидность, имеющая для человека особое значение и личностный смысл, иерархически

встраивается в личностную структуру, формируя и влияя на социальное поведение больного [6, 8].

Принципиальным своеобразием ВКИ является именно ее «встроенность» в социальное бытие субъекта. Отсюда в полном объеме специфика и концепция ВКИ могут быть раскрыты только через анализ максимально широкого социального контекста изменений жизнедеятельности субъекта в переживании болезни, утраты социальных возможностей, а также психологической нестабильности в связи с неопределенностью и изменением статуса.

Исходной точкой структурирования актуальной социальной ситуации является личностное самоопределение субъекта. От его выбора во многом зависят:

- особенности (структура и специфика) ВКИ (см. рис. 1) и, в частности, маркеры того или иного реабилитационного прогноза;

- приверженность адаптивным реабилитационным стратегиям, связанным прежде всего с активным участием в восстановлении;

- преодоление социальной фрустрированности, неизбежно сопровождающей проживание инвалидизирующего заболевания, различной степени выраженности;

- отношение к динамике статуса «инвалид», изменение которого в соответствии с медико-социальными показателями может качественно влиять на осуществление жизнедеятельности в различных социальных сферах;

- критическое отношение к дезадаптивным реабилитационным стратегиям, объективно существующим (распространенным) в социуме.

На рис. 2 представлена структурно-динамическая модель ВКИ как психологического феномена в широком социальном реабилитационном контексте. С целью проверки выдвинутых концептуальных положений нами было проведено эмпирическое исследование.

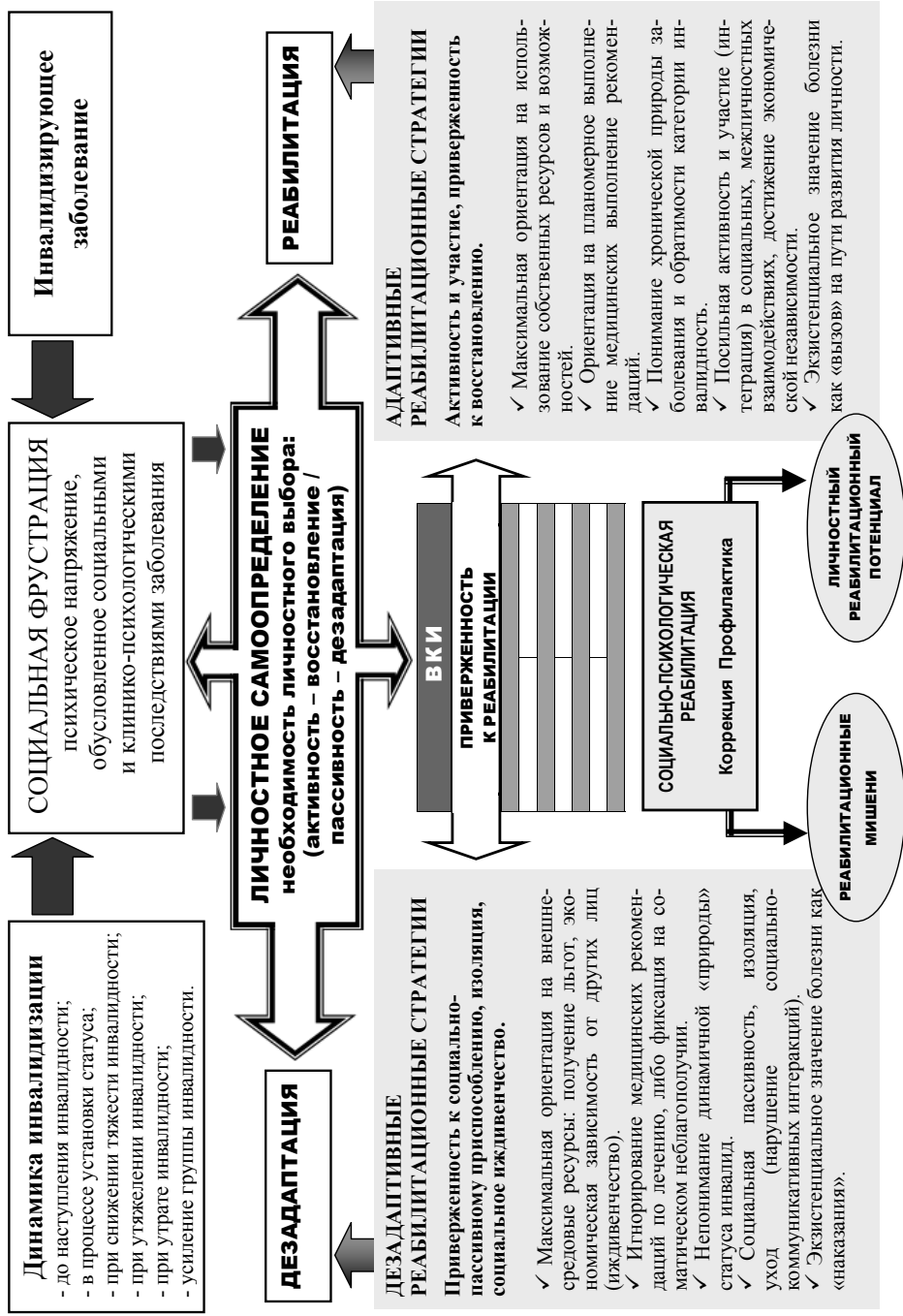


Рис. 2. Структурно-динамическая модель и феноменология ВКИ в контексте социально-психологической реабилитации

Материалы и методы

Обследовали 510 больных нозологических категорий, формирующих основную структуру инвалидности в России.

1-я группа (n = 420) была представлена больными на стадии оценки инвалидности в учреждении медико-социальной экспертизы, среди них:

– больные, утратившие группу инвалидности (n = 140) в результате полной реабилитации и претендующие на восстановление прежнего статуса;

– больные с инвалидностью (n = 140), неоднократно претендующие (вопреки отрицательному решению экспертной комиссии учреждения медико-социальной экспертизы) на усиление степени;

– больные, претендующие на инвалидность первично (n = 140), которым по результатам медико-социальной экспертизы инвалидность не установлена сначала в первичном бюро медико-социальной экспертизы, затем (в порядке обжалования больным решения первичного бюро) в Главном бюро медико-социальной экспертизы (на региональном уровне) и далее (в порядке обжалования) на федеральном уровне в Федеральном бюро медико-социальной экспертизы.

1-ю группу больных отнесли к лицам, у которых сформировалась ВКИ, причем «дезадаптивной» направленности.

2-я группа (n = 90) представлена больными вне ситуации медико-социальной экспертизы, которые находятся в процессе реабилитационно-восстановительного лечения. В данную группу вошли больные, объективно имеющие достаточные тяжелые формы заболеваний (вследствие чего они не выпадают из поля зрения специалистов: врачей и психологов), «до последнего» избегая и психологической идентификации со статусом «инвалид», и ее фактического (юридического, социального, статусного) оформления, т. е. обращения в государственное учреждение медико-социальной экспертизы по поводу фактического установления инвалидности. Другими словами, 2-я группа испытуемых имеет высокую психологическую готовность и приверженность к социальной реабилитации, которая мобилизует их усилия в части эффективной социальной адаптации.

В исследовании применялся комплекс психологических диагностических методов, оценивающих как показатели социальной фрустрированности, так и индивидуально-психологические особенности реакции человека на складывающуюся социальную ситуацию:

– степень социальной фрустрации, обусловленной инвалидизирующим заболеванием, оценивалась методикой «Медико-социологический опросник диагностики уровня социальной фрустрированности (УСФ)», раз-

работанной в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева) [7];

– специфика совладающих механизмов личности оценивалась шкалой Э. Хайма (E. Heim), адаптированной в Санкт-Петербургском научно-исследовательском институте им. В.М. Бехтерева [11];

– специфика личностных защитных механизмов оценивалась методикой «Индекс жизненного стиля» (life stile index), адаптированной в Санкт-Петербургском научно-исследовательском институте им. В.М. Бехтерева [14];

– специфика структуры идентичности оценивалась методикой «Двадцать утверждений» М. Куна и Т. Макпартлэнда по классификации Н.Л. Ивановой – Т.В. Румянцевой [5,16];

– структура ценностно-мотивационной сферы оценивалась по классификации ценностно-смысловых ориентаций С.С. Бубновой (Институт психологии Российской академии наук (ИПРАН) [2];

– структура самооценки личности оценивалась методикой «Шкаль» (основной вариант Т. Дембо и С.Я. Рубинштейна, в которую были добавлены шкалы с показателями, по которым производится оценка инвалидности) [15];

– степень влияния социальной значимости последствий болезни на жизнь больного оценивалась клинико-диагностическим опросником Сердюка [8].

Цель публикации – проанализировать обобщенные данные, характеризующие различный уровень реабилитационной готовности больных, адаптирующихся к инвалидизирующему заболеванию в различных жизненных ситуациях (при фактическом наличии инвалидности и вне данного статуса).

Статистическую обработку результатов исследования проводили с применением непараметрического критерия Манна–Уитни и факторного анализа.

Результаты и их анализ

По клинико-диагностическому опроснику Сердюка (рис. 3) у пациентов 1-й группы показатели степени переживания последствий, обусловленных заболеванием, значительно выше, чем у 2-й группы, по 7 показателям из 10 (на уровне статистически значимых различий) в следующих жизненных сферах: «ограничение силы и энергии в организме», «ухудшение отношений в семье», «ухудшение отношений на работе», «ограниче-

ние свободного времени», «ограничение карьерного роста», «формирование страхов, ущербности» и «ограничение общения».

Мнения респондентов значительно не различаются по следующим показателям: «материальный ущерб», «снижение физической привлекательности» и «ограничение удовольствий».

Таким образом, можно констатировать, что реакции на различные стороны инвалидизирующего заболевания у двух групп больных совпадают лишь отчасти – только в 3 позициях, касающихся сугубо внешней стороны вопроса, что непосредственно обусловлено достаточно тяжелыми соматическими заболеваниями (болезнями системы кровообращения, болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани, злокачественными новообразованиями), формирующими ведущие позиции в структуре инвалидности в Российской Федерации, при которых одинаково проявляется негативное отношение к сфере материальных затрат, снижению физической привлекательности и неспособности получать удовольствие от жизни в силу возникающих ограничений (в питании, режиме физической нагрузки, досуговой деятельности и т.д.).



Рис. 3. Степень влияния социальной значимости болезни по опроснику Сердюка

В остальных сферах, где возможна «психологическая переработка» ситуации, различия между показателями групп существенно различаются.

Первым этапом такого рода психической переработки специалистами признается включение механизмов психологической защиты (рис. 4). Оказалось, что только в одной позиции практически совпадают реакции двух групп испытуемых – в части использования защитного механизма «интеллектуализация». Во всех остальных группах, причисляющих себя к инвалидам, значительно интенсивнее (статистически значимо) используются защитные стратегии – в 7 случаях из 8.

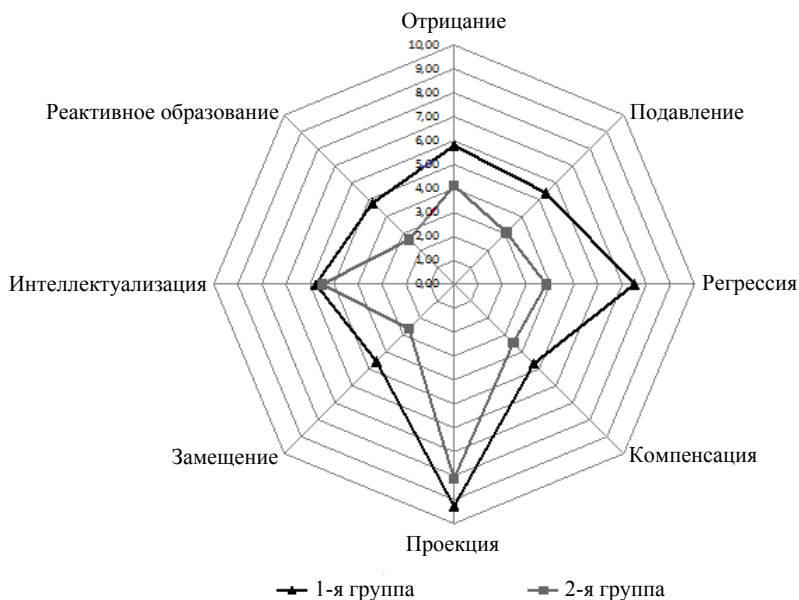


Рис. 4. Выраженность видов психологической защиты личности (методика «Индекс жизненного стиля»)

Известно, что психологическая защита – это психологический механизм скорее защиты инстанции «Я» в структуре личности, чем подготовки планов того или иного разрешения ситуации [18]. С этой точки зрения, массивный объем различных видов психологической защиты у группы претендующих на статус инвалида (по таким видам защит, как «регрессия» и «замещение», почти двойное преобладание) свидетельствует в пользу преимущественно пассивного адаптивного поведения либо вовсе личност-

ного ухода и избегания во фрустрирующей ситуации инвалидизирующего заболевания.

В данном исследовании важнейшим направлением было изучение способов и качества совладания больными исследуемых групп с фрустрирующей ситуацией инвалидизирующего заболевания, требующей активизации внутренних интрапсихических личностных ресурсов, достигаемой за счет уровня сформированности копинг-компетенций (совладающих стратегий) личности (рис. 5).

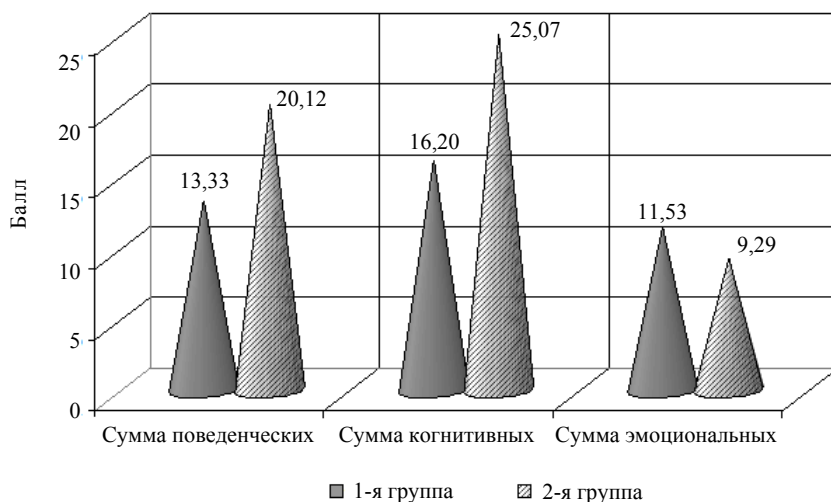


Рис. 5. Суммарные показатели выраженности трех групп копинг-стратегий у испытуемых двух экспериментальных групп

К активным видам реагирования на фрустрирующие ситуации в процессе совладания с ними относятся разнообразные виды «копинг-стратегий».

Если в показателях реакций психологической защиты, безусловно, доминируют «инвалиды», то при анализе копинг-стратегий, лидируют лица, не причисляющие себя к инвалидному сообществу (за исключением группы эмоциональных копинг-стратегий).

Обобщенные показатели методики, исследующей копинг-стратегию (шкала Хайма) (см. рис. 5), подтверждают обозначенное выше на уровне статистически значимых различий (по критерию Манна-Уитни): выяв-

ляющих «поведенческие» ($p < 0,001$), «когнитивные» ($p < 0,001$), «эмоциональные» ($p < 0,05$) стратегии.

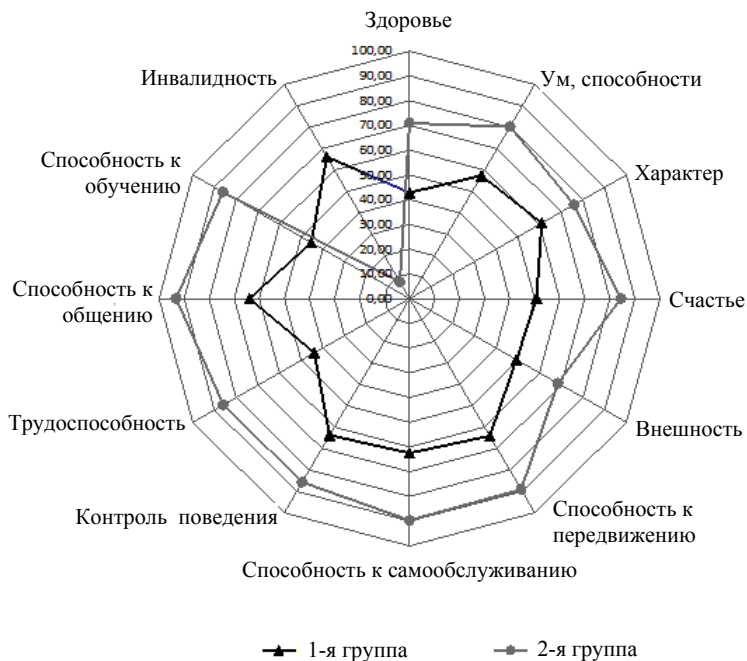


Рис. 6. Показатели (в процентах) методики «Самооценка» (по Дембо–Рубинштейн) двух групп испытуемых

В ситуации выбора между «психологической защитой» и «копинг-стратегиями» исключительную роль играют показатели самооценки человека. Люди с высокой самооценкой предпочитают копинг-стратегии, при понижении самооценки «чаша весов» склоняется к доминированию защитных механизмов адаптивного поведения. Испытуемые, не относящие себя к инвалидам (см. рис. 6), по всем параметрам самооценки (статистически значимо, при $p < 0,001$) превосходят показатели группы относящих себя к инвалидам (за исключением собственно самооценки себя «как инвалида» – и здесь различия статистически значимы, при $p < 0,001$).

Факторизация полученных результатов обнаруживает существенные различия между структурой факторов в двух группах испытуемых. Приведены только показатели со степенью достоверности при $p < 0,001$.

Таблица 1

Факторный анализ результатов 1-й группы больных

Психометрический показатель	Фактор						
	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
Социальная фрустрация, сумма (1)	0,96						
Переживание материального ущерба (1)	0,92						
Переживание ограничения силы и энергии в организме (1)	0,90						
Переживание ограничения свободного времени (1)	0,90						
Переживание страхов (1)	0,89						
Переживание ограничения общения (1)	0,87						
Ограничение привлекательности (1)	0,87						
Самооценка способности к контролю за поведением (2)		0,72					
Самооценка способности к общению (2)		0,71					
Активность эмоциональных копинг-стратегий (3)			0,86				
Копинг-стратегия отчаяние (3)			0,74				
Копинг-стратегия безнадежность (3)			0,70				
Суммарный показатель ценностно-мотивационных параметров (4)				0,88			
Суммарный показатель идентификационных параметров (5)				0,77			
Поведенческие копинг-стратегии (6)					0,88		
Копинг-стратегия конструктивная деятельность (6)					0,72		
Копинг-стратегия обращение за помощью (6)					0,70		
Когнитивные копинг-стратегии (7)						0,79	
Копинг-стратегия игнорирование действительности (7)							0,53
Копинг-стратегия отрицание (8)							0,43
Доля дисперсии, %	15	9	8	5	5	5	3

Принадлежность показателей к психодиагностической методике: (1) – опросник значимости последствий заболевания Сердюка; (2) – самооценка по Дембо-Рубинштейн; (3) – эмоциональные копинг-стратегии (по шкале Хайма); (4) – оценка ценностно-мотивационной сферы; (5) – оценка структуры идентичности; (6) – поведенческие копинг-стратегии (по шкале Хайма); (7) – когнитивные копинг-стратегии (по шкале Хайма); (8) – оценка профиля психологической защиты.

В 1-й группе выделяются 7 факторов, в сумме объясняющих 50 % полученных результатов:

F1 – «социальная значимость болезни», включает в себя полностью опросник Сердюка, выявляющий степень значимости индивидуальных

психофизиологических и социальных последствий, влияющих на жизнь больного;

F2 – «самооценка» – рефлексия своих личностных особенностей;

F3 – «эмоциональные копинг-стратегии» – попытки социальной адаптации с использованием переживаний;

F4 – «запрос на самоидентификацию» – включает в себя прежде всего сумму ответов при диагностике ценностей и мотивов личности, характеризующих потребностно-мотивационные (ценностные) установки и сумму ответов по диагностике социальной и личностной идентичности;

F5 – «поведенческие копинг-стратегии» (сумма) и две из них с наиболее высокими значениями;

F6 – «когнитивные копинг-стратегии»;

F7 – «апатия» – копинг-стратегия «игнорирование действительно-сти» и один из первичных, примитивных механизмов психологической защиты «отрицание».

Факторный анализ показателей 2-й группы представлен меньшим числом факторов, объясняющих половину связей, и при этом качественно они другие:

F1 – «когнитивные копинг-стратегии»;

F2 – «социальная фрустрированность» – в фактор вошло большинство показателей субшкал «уровня социальной фрустрированности» (с положительными значениями корреляций);

F3 – «преодоление социальной фрустрированности» – представлены одноименной группой копинг-стратегий;

F4 – «эмоциональные копинг-стратегии»;

F5 – «социальная значимость болезни» – представлены результаты опросника Сердюка и механизмы психологической защиты;

F6 – «мотивация самоопределения» – суммарный показатель опросника «мотивационные характеристики», субшкала из этого же опросника – ценность «открытия нового» и идентификационный показатель, также свидетельствующий о способности к осмыслению и осознанию происходящих событий – «рефлексивное Я».

Таблица 2

Факторный анализ результатов 2-й группы больных

Психометрический показатель	Фактор					
	F1	F2	F3	F4	F5	F6
Когнитивные копинг-стратегии, сумма (1)	0,92					
Копинг-стратегия сохранение самообладания (1)	0,87					
Копинг-стратегия проблемный анализ (1)	0,86					
Копинг-стратегия осознание собственной ценности (1)	0,86					
Копинг-стратегия сравнение (1)	0,72					
Копинг-стратегия придача смысла (1)	0,70					
Фрустрация в сфере неудовлетворенность бытом (2)		0,85				
Фрустрация в сфере неудовлетворенность образом жизни (2)		0,82				
Фрустрация в сфере неудовлетворенность положением в обществе (2)		0,78				
Фрустрация в сфере неудовлетворенности здоровьем (2)		0,77				
Удовлетворенность работой (2)			0,86			
Удовлетворенность отношениями с руководством (2)			0,79			
Удовлетворенность отношениями с партнерами (2)			0,79			
Удовлетворенность содержанием работы (2)			0,77			
Удовлетворенность отношениями с коллегами (2)			0,70			
Эмоциональные копинг-стратегии, сумма (3)				0,82		
Копинг-стратегия агрессивность (3)				0,77		
Копинг-стратегия пессимизм (3)				0,72		
Копинг-стратегия подавление чувств (3)				0,71		
Социальная фрустрация, сумма (4)					0,73	
Суммарный показатель ценностно-мотивационных параметров (5)						0,75
Суммарный показатель идентификационных параметров (6)						0,71
Доля дисперсии, %	15	11	8	8	7	6

Принадлежность показателей к психодиагностической методике: (1) – когнитивные копинг-стратегии (по шкале Хайма); (2) – опросник уровня социальной фрустрированности Вассермана; (3)– эмоциональные копинг-стратегии (по шкале Хайма); (4) – опросник значимости последствий заболевания Сердюка; (5) – оценка ценностно-мотивационной сферы; (6) – оценка структуры личностной и социальной идентичности.

Сопоставление результатов факторного анализа двух экспериментальных групп свидетельствует о существенных различиях в личностных реакциях на адаптацию в условиях инвалидизирующего заболевания:

1) самое важное различие заключается в том, что ведущий фактор у 1-й группы – растерянность и фрустрация, у 2-й группы – спектр разнообразных стратегий, направленных на понимание того, как справиться с ситуацией;

2) конструктивное отношение 2-й группы к социальной адаптации – факторы F2 и F3 сконцентрированы на социальных отношениях (и негативных, и позитивных). Для 1-й группы факторы F2 и F3 – сугубо внутриличностные (что в известной мере затрудняет социально-психологическую адаптацию);

3) больных 1-й группы можно квалифицировать как растерявшихся (негативную окрашенность имеют 4 из 7 факторов, в сумме это 19 % из 50 % дисперсии показателей), в то же время во 2-й группе «адаптивных» вариантов поведения уже более 29 %.

Полученные данные свидетельствуют о том, что 2-я группа, не отрицая проблем, обусловленных инвалидизирующим заболеванием, психологически не погружается в инвалидизацию, а мобилизует личностный реабилитационный потенциал для преодоления возникающих психофизиологических и социальных последствий болезни.

Заключение

Обобщив полученные результаты, можно сформулировать выводы.

1. Внутренняя картина инвалидности лиц, относящихся к различным экспериментальным группам, имеет характеристики, отражающие специфику социально-психологических переживаний в процессе адаптации личности к инвалидизирующему заболеванию и может быть охарактеризована как различная степень «психологической готовности» к реабилитации.

2. Группа лиц, не причисляющих себя к статусу «инвалид» (при наличии объективных предпосылок для этого), обнаруживает выраженное предпочтение когнитивных и поведенческих копинг-стратегий. Другими словами, безусловным приоритетом для них становится реалистичный активный проблемный анализ ситуации и соответствующее активное совладающее поведение. При этом важно подчеркнуть, что ситуация воспринимается (структурируется) сквозь призму социально-психологических отношений (гибко, объемно, разносторонне), т. е. творчески.

3. Лица, имеющие инвалидность (взятые в целом), в большей степени фиксированы на безусловной необходимости лишь социальной поддержки в виде той или иной группы инвалидности (касательно льгот, пенсионирования и др.) без вовлеченности личностных (интрапсихических)

ресурсов, что может спровоцировать и часто провоцирует «иждивенческий» тип реакции на жизненные трудности в процессе адаптации к болезням и инвалидности.

4. Психологическая коррекционная работа с лицами, оказавшимися в конфликтной ситуации из-за отсутствия готовности приспособиться к новым реалиям (в широком смысле этого слова), должна проводиться адресно, индивидуально с учетом: а) характера самой конфликтной ситуации; б) с учетом нозологической специфики, а также с учетом реабилитационного потенциала личности, характеризующегося структурой и спецификой внутренней картины инвалидности больных и имеющих личностных реабилитационных ресурсов для психологической переработки адаптационной ситуации.

5. Вовлеченность в процессы организации адаптивной активности лиц, находящихся в условиях инвалидизирующего заболевания, по формированию копинг-компетентности (адаптивных копинг-стратегий, различных механизмов психологических защит личности и расширения мотивационно-ценностной сферы, коррекции самооценки и др.) требует от специалистов-психологов уже на первичном этапе инвалидизации (в лечебных учреждениях) активного вмешательства с целью профилактики необоснованных обращений больных в службы медико-социальной экспертизы.

6. На этапе медико-экспертных освидетельствований необходима диагностика структуры «внутренней картины инвалидности» для оценки реабилитационного потенциала, определения реабилитационного прогноза по реализации реабилитационного процесса, а также для формирования адекватных рекомендаций в Индивидуальную программу реабилитации инвалида по коррекционным мероприятиям, реализация и выполнение которых возлагается на специалистов сферы социальной защиты населения и организации, оказывающие лечебно-профилактическую реабилитационную помощь больным и инвалидам.

Литература

1. Арина Г.А., Николаева В.В. Внутренняя картина болезни и образ мира // Психосоматика: телесность и культура : учеб. пособие / под ред. В.В. Николаевой. – М. : Акад. проект, 2009. – С. 115–123.

2. Бубнова С.С. Диагностика индивидуальной структуры ценностных ориентаций. – М. : Ин-т психологии, 1994. – 60 с.

3. Зинченко Ю.П., Евдокимов В.И., Рыбников В.Ю. Анализ отечественных и зарубежных диссертаций в сфере медицинской (клинической) психологии (1990–2011). // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. – 2014. – № 2. – С. 3–15.

4. Каган В.Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? // Вопросы психологии. – 1993. – № 1. – С. 86–88.
5. Кун М., Макпартлэнд Т. Эмпирическое исследование установок личности на себя // Современная зарубежная социальная психология : тексты / под ред. Г.М. Андреевой, Н.Н. Богомоловой, Л.А. Петровской – М.: МГУ, 1984. – 187 с.
6. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. – М. : Медицина, 1977. – 111 с.
7. Методика для психологической диагностики уровня социальной фрустрированности и ее практическое применение. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2004. – 28 с.
8. Михайлов Б.В., Сердюк А.И., Федосеев В.А. Психотерапия в общесоматической медицине : клинич. руководство / под общ. ред. Б. В. Михайлова. – Харьков: Прапор, 2002. — 128 с.
9. Морозова Е.В. Внутренняя картина инвалидности (генез, структура, функции, свойства) // Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. – 2008. – № 1. – С. 42–46.
10. Морозова Е.В. Субъективное отношение к инвалидности как основной фактор социально-психологической адаптации личности // Вестн. Всерос. о-ва специалистов по мед.-соц. экспертизе, реабилитации и реабилитац. индустрии. – 2009. – № 2. – С. 144–150.
11. Набибуллина Р.Р., Тухтарова И.В. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция) : учеб. пособие. – Казань: КГМА, 2003. – 98 с.
12. Николаева В.В. Социальная ситуация развития при хронических соматических заболеваниях : учеб. пособие / под ред. В.В. Николаевой. – М. : Акад. проект, 2009. – 311 с.
13. Орлов А.Б. Возникновение новой психодиагностики: некоторые симптомы и тенденции // Вопросы психологии. – 1991. – № 5. – С. 129–130.
14. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля (пособие для врачей и психологов). – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1998. – 48 с.
15. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии (практ. руководство). – М. : Апрель-Пресс, 2004. – 224 с.
16. Румянцева Т.В. Трансформация идентичности студентов медицинского вуза в меняющихся социальных условиях : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Ярославль, 2005. – 28 с.
17. Соколова Е.Т. Клиническая психология утраты Я. – М. : Смысл, 2015. – 895 с.
18. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. – М.: SvR-Аргус, 1995. – 360 с.
19. Творогова Н.Д. Внутренняя картина здоровья // Клиническая психология: словарь / под ред. Н.Д. Твороговой. – М.: ПЕР СЭ, 2006. С. 163–164.
20. Урываев В.А. «Внутренняя картина лечения» как клинико-психологический феномен [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 5 (22). – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 06.01.2016).

21. Урываев В.А. К проблеме «внутренней картины лечения» // XIII съезд психиатров России: материалы съезда. – М., 2000. – С. 306.

Rybnikov V.Y., Morozova E.V. Strukturno-dinamicheskaja model' vnutrennej kartiny invalidnosti v kontekste psihologicheskoy reabilitacii [Structural-dynamic model of the internal picture of disability in the context of psychological rehabilitation]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2016. N 57. P. 113–133.

The Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (Russia, Saint-Petersburg, Academica Lebedeva Str., 4/2); Federal state budgetary establishment Federal Bureau of medico-social examination of the Ministry of labour and social protection of the Russian Federation (Russia, Moscow, Ivan Susanin Str., 3).

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

Morozova Elena Valer'evna. – PhD Psychol. Sci., Head of the Center for social, professional and psychological expert-rehabilitation diagnostics and rehabilitation of Federal state budgetary establishment Federal Bureau of medico-social examination of the Ministry of labour and social protection of the Russian Federation (Russia, 127486, Moscow, Ivan Susanin Str., 3); e-mail: elvamorozova@yandex.ru

Abstract. Conceptual basis of a new clinical-psychological categories of "Internal picture of disability" (VCI) and substantiates structural-dynamic model of the VCI construct, in the context of psychological rehabilitation, and of early correction of VCI patients with the aim of improving adherence to rehabilitation and development of readiness to overcome adaptation barriers in order to achieve a positive rehabilitation outcome, the basic rehabilitation disposition affecting that it is possible to achieve positive rehabilitation dynamics, which is confirmed by empirical data of the study of the structural components of VCI in patients with nosological categories that form the basic structure of disability in Russia is actually with established disabilities and patients with the same nosological categories, not claiming to be the category of "invalid", whose adaptation occurs outside the area of disability.

Keywords: clinical (medical) psychology, psychological testing, perception of disability, rehabilitation, rehabilitation readiness, commitment to rehabilitation, socio-psychological adaptation.

References

1. Arina G.A., Nikolaeva V.V. Vnutrennjaja kartina bolezni i obraz mira [Internal picture of the disease and the way of the world]. *Psihosomatika: telesnost' i kul'tura* [Psychosomatics physicality and culture]. Moskva. 2009. Pp. 115–123. (In Russ.)

2. Bubnova S.S. Diagnostika individual'noj struktury cennostnyh orientacij [Diagnostics invalid structure of value orientations]. Moskva. 1994. 60 p. (In Russ.)
3. Zinchenko Ju.P., Evdokimov V.I., Rybnikov V.Ju. Analiz otechestvennyh i zarubezhnyh dissertacij v sfere medicinskoj (klinicheskoj) psihologii (1990–2011) [The analysis of domestic and foreign dissertations in the field of medical (clinical) psychology(1990–2011)]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Serija: 14. Psihologija* [Moscowstateuniversitybulletin. Series 14: Psychology]. 2014. N 2. Pp. 3–15. (In Russ.)
4. Kagan V.E. Vnutrennjaja kartina zdorov'ja – termin ili koncepcija? [Internal picture of health – a term or concept?]. *Voprosy psihologii* [Questions of psychology]. 1993. N 1. Pp. 86–88. (In Russ.)
5. Kun M., Makpartljend T. Jempiricheskoe issledovanie ustanovok lichnosti na sebja [Genericism study of the personality on yourself]. *Sovremennaja zarubezhnaja social'naja psihologija* [Modern foreign social psychology] : Collection of scientificworks. Eds.: G.M. Andreeva, N.N. Bogomolova, L.A. Petrovskaja. Moskva. 1984. 187 p. (In Russ.)
6. Lurija R.A. Vnutrennjaja kartina boleznj i iatrogennye zabelevanija [Internal picture of illness and disease iatrogenia]. Moskva. 1977. 111 p. (In Russ.)
7. Metodika dlja psihologičeskoj diagnostiki urovnja social'noj frustrirovanosti i ee praktičeskoe primenenie [The methodology for psychological diagnosis of the level of social frustrirovanosti praktičeskoe and its application]. Sankt-Peterburg. 2004. 28 p. (In Russ.)
8. Mihajlov B.V., Serdjuk A.I., Fedoseev V.A. Psihoterapija v obshhesomaticheskoj medicine [Psychotherapy in somatic medicine]. Har'kov. 2002. 128 p. (In Russ.)
9. Morozova E.V. Vnutrennjaja kartina invalidnosti (genez, struktura, funkcii, svojstva) [Internal picture of disability (the Genesis , structure,functions, properties)]. *Mediko-social'naja jekspertiza i reabilitacija* [Medico-social expert evaluation and rehabilitation]. 2008. N 1. Pp. 42–46.
10. Morozova E.V. Sub#ektivnoe otnoshenie k invalidnosti kak osnovnoj faktor social'no-psihologičeskoj adaptacii lichnosti [Subjective attitude to disability as a major factor of socio-psychological adaptation of personality]. *Vestnik Vserossijskogo obshhestva specialistov po mediko-social'noj jekspertize, reabilitacii i reabilitacionnoj industrii* [Bulletin ofthe Russian Societyof Specialists inmedical and socialexpertise, rehabilitation andrehabilitation industry]. 2009. N 2. Pp. 144–150. (In Russ.)
11. Nabibullina R.R., Tuhtarova I.V. Mehanizmy psihologičeskoj zashhity i sovladanija so stressom (opredelenie, struktura, funkcii, vidy, psihoterapevtičeskaja korekcija) [Mechanisms of psychological protection and coping with stress (definition, structure, functions, types, psychotherapeutic correction)]. Kazan'. 2003. 98 p. (In Russ.)
12. Nikolaeva V.V. Social'naja situacija razvitija pri hroničeskikh somaticheskikh zabelevanijah [The social structure of the development of chronic somatic diseases]. Moskva. 2009. 311 p.
13. Orlov A.B. Vozniknovenie novoj psihodiagnostiki: nekotorye simptomny i tendencii [The emergence of a new psycho-diagnostics:some symptoms and tendencies]. *Voprosy psihologii* [Questions of psychology]. 1991. N 5. Pp. 129–130. (In Russ.)

14. Psihologičeskaja diagnostika indeksa žiznennogo stilja (posobie dlja vrachej i psihologov) [Psychological diagnostics of lifestyle (the manual for doctors and psychologists)]. Sankt-Peterburg. 1998. 48 p. (In Russ.)
15. Rubinshtejn S.Ja. Jeksperimental'nye metodiki patopsihologii [Experimental methods of pathopsychology]. Moskva. 2004. 224 p. (In Russ.)
16. Rumjanceva T.V. Transformacija identičnosti studentov medicinskogo vuza v menjajushhijsja social'nyh uslovijah [The transformation of the identity of medical students in the changing social conditions] : Abstract dissertation PhD Psychol. Sci. Jaroslavl', 2005. 28 p. (In Russ.)
17. Sokolova E.T. Kliničeskaja psihologija utraty Ja [Clinical psychology of loss I]. Moskva. 2015. 895 p. (In Russ.)
18. Sokolova E.T., Nikolaeva V.V. Osobennosti ličnosti pri pogranichnyh rasstrojstva i somatičeskijh zaboľevanijah [Especially in borderline personality disorders and somatic diseases]. Moskva. 1995. 360 p. (In Russ.)
19. Tvorogova N.D. Vnutrennjaja kartina zdorov'ja. Kliničeskaja psihologija [Internal picture of health. Clinical psychology]. Moskva. 2006. Pp. 163–164. (In Russ.)
20. Uryvaev V.A. «Vnutrennjaja kartina lečenija» kak kliniko-psihologičeskij fenomen [Internal Treatment Pattern as Clinical-Psychological Phenomen] [Electronic resource]. *Medicinskaja psihologija v Rossii* [Medical psychology in Russia]. 2013. N 5. URL: <http://mprj.ru/>. (In Russ.)
21. Uryvaev V.A. K probleme «vnutrennej kartiny lečenija» [The Issue of Internal Treatment Pattern]. *XIII s#ezd psichiatrov Rossii* [To the problem of "internal picture of treatment"] : Scientific. Conf. Proceedings. Moskva. 2000. P. 306. (In Russ.)

Received 04.02.2016

МНОГОМЕРНЫЙ ФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ В ДИНАМИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2)

Известно, что заболеваемость патологией, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией), во всем мире и в России имеет тенденцию к росту, особенно среди лиц молодого возраста, которых болезнь в течение нескольких лет приводит к инвалидности. Несмотря на предпринимаемые мировым сообществом меры, эта эпидемия еще не взята под контроль. Методом многомерного факторного анализа показателей психологического статуса больных ВИЧ-инфекцией в зависимости от получения ими антиретровирусной терапии был изучен риск психосоциальной дезадаптации пациентов в динамике заболевания и определены «мишеней» психологического воздействия при естественном течении заболевания и на фоне антиретровирусной терапии. Обработке подвергнуты три матрицы исходных данных (условно названные «Дезадаптация», «Коммуникативность», «Личностные изменения»), включавших в различных сочетаниях значения показателей психологического статуса больных (тревога, депрессия, одиночество, нервно-психическая устойчивость, общая психическая ригидность, самоэффективность, черты личности (интроверсия/экстраверсия), индекс жизненного стиля) на разных стадиях и при различной длительности заболевания. Применение полученных данных на практике способствует выработке более эффективной персонализированной психотерапевтической стратегии.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, ВИЧ-инфекция, динамика заболевания, антиретровирусная терапия, психологический статус, психодиагностика, факторный анализ.

Введение

Известно, что заболеваемость патологией, вызванной вирусом иммунодефицита (ВИЧ) человека, во всем мире и в России имеет тенденцию к росту, особенно среди лиц молодого возраста, которых болезнь в течение нескольких лет приводит к инвалидности. Несмотря на предпринимаемые мировым сообществом меры, эта эпидемия еще не взята под контроль [7, 13], хотя данной проблеме уделяется постоянное внимание. Отмечено, что в поликлинических условиях наиболее часто пациенты обследовались на

Улюкин Игорь Михайлович – канд. мед. наук, Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6), e_mail: igor_ulyukin@mail.ru;

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

ВИЧ-инфекцию по клиническим показаниям (30,6 %) [3]. Считается, что реальные потери в нашей стране в виде смерти пациентов на фоне ВИЧ-инфекции не в полной мере ясны в связи с особенностями регистрации всех случаев смерти.

В связи с неуклонным увеличением количества выявленных больных ВИЧ-инфекцией с длительным стажем заболевания наблюдается закономерный рост числа пациентов со специфическими поражениями нервной системы. Так, известно о развитии деменции вследствие длительного течения ВИЧ-инфекции, однако более тонкие нарушения встречаются у 50 % больных и в первый год заболевания до начала терапии при малой вирусной нагрузке (ВН – количество копий РНК ВИЧ в 1 мл плазмы крови), сохранном иммунитете, и даже в период применения антиретровирусной терапии (АРВТ) [15]: общая распространенность всех ВИЧ-ассоциированных нейрокогнитивных расстройств (ВАНР) с неопределяемой ВН составила 69 %, в том числе асимптомных расстройств было 50 %, легких – 17 %, тяжелых – 2 %.

В настоящее время проблема ранней диагностики ВАНР, выбора наиболее эффективных систем тестов в клинической практике не нашла своего окончательного решения, как и вопрос по специфической терапии больных с развившимися неврологическими нарушениями. Существующие диагностические методики не в состоянии с одинаковой эффективностью и точностью определить все клинические и нейропсихологические нарушения, которые возникают у больных в динамике ВИЧ-инфекции, поэтому вопрос о возможности прогнозирования вероятности развития ВАНР и других скрытых или явных клинических проявлений повреждения ЦНС остается открытым [14]. Определен ряд биомаркеров ВАНР (вирусологических, иммунных, нейрональных) в спинно-мозговой жидкости, однако ни один из них не предложен для широкого применения в клинической практике, так как информативность и критерии интерпретации результатов определения этих субстратов в спинно-мозговой жидкости точно не установлены [5].

Сформировавшаяся на сегодняшний день в мировой и отечественной науке биопсихосоциальная модель психического здоровья доказывает необходимость целостного изучения организма и личности больного человека в непрерывном единстве его биологических, психических и социальных компонентов. Поэтому, если говорить о реабилитации больных, в частности пациентов с ВИЧ-инфекцией, которая представляет собой систему последовательных и преемственных медицинских и социально-экономичес-

ких мероприятий, направленных на скорейшее и полное восстановление нарушенной болезнью адаптированности больного, т. е. установление между ним и окружающей средой динамического равновесия, определяющего оптимальную жизнедеятельность (в том числе трудоспособность) в данных условиях, то она должна строиться на основе психологических характеристик, в динамике заболевания определяющих, в зависимости от получения АРВТ, качество жизни больных и их нервно-психическую устойчивость. Однако на сегодняшний день многие аспекты медико-психологического сопровождения в должной мере не разработаны.

Цель исследования – определение психологических факторов риска психосоциальной дезадаптации в динамике ВИЧ-инфекции для осуществления психореабилитационных мероприятий и, тем самым, выделение психологических «мишеней» конструктивных влияний на состояние здоровья для проведения превентивных психологических мероприятий по снижению риска негативной клинической динамики заболевания.

Материал и методы

Для достижения поставленной цели обследовали 242 больных ВИЧ-инфекцией обоего пола на разных стадиях и при различной длительности заболевания, в возрасте 18–45 лет, средний возраст – $(28,5 \pm 2,1)$ года, выявленных по контакту с зараженными ВИЧ или по клиническим показаниям (мужчин и женщин было 49 и 51 %, соответственно), инфицированных различными путями. Специальные методы эпидемиологического исследования в отношении обследованных больных ВИЧ-инфекцией не входили в задачи настоящего исследования. Критерии исключения – возраст моложе 18 и старше 45 лет, тяжелая соматическая, психическая патология, наркомания.

Основным методом оценки текущего состояния пациентов был клинический метод. Для обоснования диагностического заключения всем больным проводили комплекс современных лабораторных, инструментальных и других методов обследования. Окончательное распределение обследованных больных в исследовании было приведено в соответствии с наиболее распространенной в мире классификацией CDC [11], предусматривающей выделение клинко-иммунологической категории (стадии) «А» (стадия начальных клинических проявлений), стадии «В» (наличие клинических проявлений заболеваний, не включенных в категорию «С», но свидетельствующих о нарушении клеточного иммунного ответа) и стадии «С»

(заболевания, включенные в диагностические критерии синдрома приобретенного иммунодефицита – СПИДа).

АРВТ больным проводили согласно отечественным и международным рекомендациям [4], а лечение оппортунистических и сопутствующих заболеваний – по общепринятым схемам.

В процессе экспериментально-психологического обследования пациентов в стандартных интерпретациях изучили показатели степени удовлетворенности социальными достижениями по методике диагностики уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана и соавт., нервно-психической устойчивости и риска дезадаптации в стрессе по методике «Прогноз» (Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова), характерологические особенности / черты (экстраверсия / интроверсия) по типологии К. Юнга, уровень алекситимии по Торонтской алекситимической шкале (TAS), уровня личностной тревожности по опроснику Д. Тейлор, депрессии по методике В. Зунга, субъективного чувства одиночества по методике Д. Рассела и М. Фергюсона, а также общей ригидности как свойства личности [8]. Определение показателей психологической защиты у пациентов выполнено по методике «Индекс жизненного стиля» [2].

Дизайн работы осуществляли в соответствии с принципами доказательной медицины. Исследование было проверяющим гипотезу, рандомизированным, открытым, контролируемым. У всех пациентов получили добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Работу выполнили в соответствии с положениями «Конвенции о защите личности в связи с автоматической обработкой персональных данных» [10]. У всех респондентов получили добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Исследование проводили групповым методом при его длительности 40 мин.

Для изучения механизмов действия антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекции применяли возможности факторного анализа с использованием пакета прикладных программ «Statistica for Windows» [12]. В обсуждение вошли данные, полученные в крайних точках исследования – на стадиях «А» и «С» — и при длительности заболевания до 3 лет и более 7 лет.

Результаты и их анализ

В результате факторного анализа матрицы наблюдений были выделены 3 фактора, определяющие значения признаков, характеризующих психологический статус больных ВИЧ-инфекцией при естественном тече-

нии болезни и на фоне проводимой АРВТ. Общая структура факторов представлена в таблице.

Естественное течение заболевания. 1-й фактор, который может быть определен как «Дезадаптация», в дебюте заболевания, т. е. на начальных его стадиях и при малой длительности, при естественном течении ВИЧ-инфекции образован преимущественно сочетанием переменных тревоги (0,73 / -0,84), депрессии (0,61 / -0,58), индекса жизненного стиля (0,78 / -0,51) и – при малой длительности заболевания – самооффективности (0,18 / 0,70) Переживание больным напряжения или страха в каких-либо жизненных ситуациях в дебюте заболевания (т. е. при отсутствии у пациента ВИЧ-ассоциированной патологии) приводит к возникновению социальной дезадаптации, что влечет за собой и изменение поведения; а это уже означает нарушение взаимодействия больного с окружающей средой и характеризуется затруднениями осуществления им в конкретных социальных условиях своей позитивной социальной роли, соответствующей его возможностям.

Для пациентов в данном случае пусковым механизмом, приводящим к дезадаптации, является информация о тяжелом инвалидизирующем (даже на фоне получения в дальнейшем АРВТ) заболевании, которое еще не имеет клинических проявлений либо они транзиторны или минимально выражены, но это уже ограничивает привычный образ жизни для человека, а то и существенно меняет его (например, смена профессии). Участие в деятельности, связанной с самовыражением, демонстративностью, развлечениями, теперь ограничено поставленным диагнозом. А попытки вести прежний образ жизни (как до ВИЧ-инфицирования) при обнаружении факта заболевания приводят к общественному осуждению больного в тех или иных формах, в ряде случаев – к его стигматизации, способствуют повышению напряжения, страха и дезадаптации.

Факторы психологического статуса больных ВИЧ-инфекцией на разных стадиях и при разной длительности заболевания в зависимости от получения антиретровирусной терапии

Параметр	Стадия / длительность заболевания / фактор											
	А / 0–3 года						С / более 7 лет					
	без АРВТ			на фоне АРВТ			без АРВТ			на фоне АРВТ		
	F1	F2	F3	F1	F2	F3	F1	F2	F3	F1	F2	F3
Тревога	0,73 / -0,84	-0,14 / 0,0	-0,05 / 0,01	-0,96 / -0,99	0,09 / -0,13	0,2 / 0,01	0,83 / -0,51	-0,16 / 0,59	0,48 / 0,54	-0,07 / 0,87	0,91 / 0,11	0,17 / 0,23
Депрессия	0,61 / -0,58	0,19 / -0,38	-0,10 / 0,41	-0,04 / -0,18	-0,04 / 0,10	0,93 / 0,90	0,93 / -0,84	-0,05 / 0,37	-0,12 / 0,08	-0,7 / 0,86	0,65 / 0,04	-0,06 / 0,16
Нервно-психическая устойчивость	0,06 / 0,27	-0,27 / 0,19	0,73 / 0,64	0,66 / 0,70	0,32 / 0,57	-0,55 / 0,37	0,95 / 0,91	0,12 / 0,07	0,14 / 0,12	-0,40 / -0,02	-0,28 / 0,0	0,72 / 0,46
Общая психическая ригидность	0,08 / -0,30	0,14 / 0,26	-0,45 / 0,05	0,79 / 0,81	0,03 / -0,25	-0,2 / 0,27	0,36 / -0,03	0,78 / 0,97	-0,10 / 0,09	0,84 / -0,04	0,03 / 0,88	-0,01 / 0,08
Самоеффективность	-0,18 / 0,70	0,43 / -0,40	0,66 / 0,03	0,14 / 0,16	-0,74 / -0,77	0,34 / -0,44	-0,94 / 0,25	0,23 / 0,46	0,06 / 0,65	0,27 / -0,77	-0,79 / 0,24	0,14 / 0,03
Черты личности (интроверсия / экстраверсия)	0,06 / 0,22	-0,76 / 0,18	0,08 / -0,69	0,87 / 0,79	0,13 / -0,07	0,41 / -0,32	-0,37 / -0,87	0,84 / 0,14	-0,06 / 0,21	0,01 / -0,47	-0,52 / -0,40	-0,51 / -0,62
Индекс жизненного стиля	0,78 / -0,51	0,04 / -0,44	-0,01 / -0,31	-0,42 / 0,07	-0,88 / 0,95	-0,14 / -0,27	0,8 / 0,76	0,27 / 0,26	0,33 / -0,56	0,21 / 0,13	0,19 / -0,17	0,86 / 0,91
Одиночество	0,40 / 0,07	0,58 / -0,84	0,02 / 0,05	-0,53 / -0,56	0,73 / 2,2	-0,17 / 0,61	0,06 / 0,17	-0,07 / -0,13	0,97 / -0,89	-0,94 / 0,57	0,22 / -0,37	0,01 / 0,12
Собственное значение фактора, %	1,83 / 2,03	1,22 / 1,34	1,13 / 1,14	3,29 / 3,14	2,2 / 2,08	1,32 / 1,60	4,41 / 3,87	1,53 / 1,98	1,13 / 1,04	3,14 / 3,08	1,68 / 1,73	1,44 / 1,10
Доля суммарной дисперсии, %	22,85 / 25,35	15,21 / 16,76	14,18 / 14,23	41,17 / 39,22	27,51 / 25,98	16,49 / 20,06	55,17 / 48,43	19,12 / 24,77	14,17 / 13,03	39,22 / 38,5	20,98 / 21,65	17,96 / 13,78
Накопленные собственные значения, %	1,83 / 3,03	3,04 / 3,37	4,18 / 4,51	3,29 / 3,14	5,49 / 5,21	6,81 / 6,82	4,41 / 3,87	5,94 / 5,85	7,08 / 6,90	3,14 / 3,08	4,82 / 4,81	6,25 / 5,91
Накопленные доли суммарных дисперсий, %	22,85 / 25,35	38,06 / 42,12	52,24 / 56,35	41,17 / 39,22	68,68 / 65,2	85,17 / 85,26	55,17 / 48,43	74,29 / 73,20	88,46 / 86,23	39,22 / 38,5	60,21 / 60,15	78,17 / 73,93

F1 – Дезадаптация, F2 – Коммуникативность, F3 – Личностные изменения.

На стадии «С» (СПИД) / при длительности заболевания более 7 лет в случае естественного течения заболевания этот фактор также был образован преимущественно сочетанием переменных тревоги (0,83 / -0,51), депрессии (0,93 / -0,84), индекса жизненного стиля (0,8 / 0,76), на стадии СПИДа – самооффективности (-0,94 / 0,25), но к ним уже присоединились параметры нервно-психической устойчивости (0,95 / 0,91) и черт личности (-0,37 / -0,87), так как происходит углубление интроверсии, что свидетельствует об углублении личной и социальной дезадаптации на фоне развивающейся биологической дезадаптации (проявляющейся, в частности, продолжением разрушения клеточного звена иммунной системы и развитием на этом фоне СПИД-индикаторной патологии). Важно подчеркнуть, здесь и далее, что у больных стадия ВИЧ-инфекции от длительности заболевания не зависит, это очень индивидуальный процесс.

Суммарная дисперсия, характеризующая полноту и достоверность общности анализируемых показателей, для 1-го фактора на стадии «А» и при длительности заболевания «0–3 года» составила соответственно 22,9 и 25,4 %, на стадии СПИДа и при длительности заболевания более 7 лет – 55,2 и 48,4 % соответственно.

2-й фактор, который может быть определен как «Коммуникативность», характеризует тот факт, что изменение привычного образа и жизни и необходимость адаптироваться в болезни закономерно приводят к изменению восприятия окружающей реальности и в ряде случаев к уходу от нее в болезнь. Поэтому на фоне естественного течения ВИЧ-инфекции в дебюте заболевания важное значение имеют черты личности (интроверсия / экстраверсия) (-0,76 / 0,18) и чувство одиночества (0,58 / -0,84) в первую очередь по причине имеющейся либо предполагаемой стигматизации (и однозначно в той или иной степени имеющейся самостигматизации).

На стадии «С» (СПИД) и при длительности заболевания более 7 лет в случае естественного течения заболевания психологический статус больных определяет общая психическая ригидность (0,78 / 0,97), на стадии СПИДа – черты личности (интроверсия / экстраверсия) (0,84 / 0,14), при длительности заболевания более 7 лет – тревога (-0,16 / 0,59), что происходит вследствие развития психоорганического синдрома с мнестико-интеллектуальным снижением личности.

Суммарная дисперсия 2-го фактора в дебюте заболевания составила 15,2 и 16,8 % соответственно, на стадии СПИДа и при длительности заболевания более 7 лет – 19,1 и 24,8 % соответственно.

В структуре 3-го фактора, который может быть определен как «Личностные изменения», в дебюте заболевания при его естественном течении основными психологическими параметрами являются нервно-психическая неустойчивость (0,73 / 0,64), на стадии «А» – самооффективность (0,66 / 0,03), а при малой длительности заболевания – черты личности (0,08 / 0,69), что отражает в первую очередь социальную дезадаптацию больных.

На стадии «С» (СПИД) заболеванием преобладающим является чувство одиночества (0,97 / -0,89), а при значительной длительности заболевания – самооффективность (0,06 / 0,65), индекс жизненного стиля (0,33 / -0,56), тревога (0,48 / 0,54), что является следствием развития психоорганического синдрома на фоне продолжающейся дезадаптации, как биологической, так и социальной.

Суммарная дисперсия 3-го фактора на стадии «А» и при длительности заболевания «0–3 года» составила 14,2 и 14,2 % соответственно, на стадии СПИДа и при длительности заболевания более 7 лет – 14,2 и 13 % соответственно.

Течение заболевания при проводимой АРВТ. На фоне же АРВТ, если говорить о 1-м факторе «Дезадаптация», в дебюте заболевания к тревоге (-0,96 / -0,99) как к состоянию, устремленному в будущее, присоединяются нервно-психическая устойчивость (0,66 / 0,7), общая психическая ригидность (0,79 / 0,81), черты личности (0,87 / 0,79) и чувство одиночества (-0,53 / -0,56). Это обусловлено не только тем, что прогрессирование заболевания происходит у всех по-разному, но и тем фактом, что по результатам магнито-резонансной томографии показано, что прием АРВТ приводил к более частому поражению субтенториальных структур; при этом в группе естественного течения заболевания шансы выявить поражения в задней черепной ямке были в 4 раза ниже, чем в группе на фоне приема АРВТ, независимо от длительности и приверженности к ней [1].

На стадии СПИДа в динамике проводимой специфической терапии основную роль играют чувство одиночества (-0,94 / 0,57), чувство депрессии как состояние, оценивающее прошедшее (-0,7 / 0,86), и – на стадии «С» – общая психическая ригидность (0,84 / -0,04); при значительной длительности заболевания страдала самооффективность (0,27 / -0,77). Важно подчеркнуть, что к этому времени почти все пациенты находились на инвалидности (так как, в соответствии с требованиями руководящих документов, даже при улучшении состояния / исчезновении клинической симптоматики на фоне проводимой АРВТ стадия ВИЧ-инфекции не пересматривается).

Суммарная дисперсия 1-го фактора на стадии «А» и при длительно-сти заболевания «0–3 года» составила 41,2 и 39,2 % соответственно, на стадии СПИДа и при длительности заболевания более 7 лет – 39,2 и 38,5 % соответственно.

2-й фактор «Коммуникативность» на фоне АРВТ в дебюте заболевания характеризуется в основном индексом жизненного стиля ($-0,88 / 0,95$), самоэффективностью ($-0,74 / -0,77$) и при малой длительности заболевания – ухудшением нервно-психической устойчивости ($0,32 / 0,57$); в этот период больные психически и соматически сохранены, социально активны, продолжают работать, зачастую на прежних должностях, но сам факт заболевания и начало специфического лечения вносит дезадаптирующий момент («...многие пациенты боятся СПИДа, но иногда не меньше боятся начала АРВТ («Таблетки – это начало конца!»)» [11]).

На стадии СПИДа в структуре 2-го фактора основную роль играют чувства тревоги ($0,91 / 0,11$), на стадии «С» – депрессии ($0,65 / 0,04$), страдают самоэффективность ($-0,79 / 0,24$), черты личности ($-0,52 / -0,4$), при значительной длительности – общая психическая ригидность ($0,03 / 0,88$).

Суммарная дисперсия 2-го фактора на стадии «А» и при длительно-сти заболевания «0–3 года» составила 27,5 и 26 % соответственно, на ста-дии СПИДа и при длительности заболевания более 7 лет – 21 и 21,7 % соответственно.

3-й фактор «Личностные изменения» на фоне специфической тера-пии в дебюте заболевания представлен параметрами депрессии ($0,93 / 0,9$), на стадии «А» – нервно-психической устойчивости ($-0,55 / 0,37$), при ма-лой длительности заболевания – чувством одиночества ($-0,17 / 0,61$).

На стадии СПИДа в 3-м факторе ведущую роль играет индекс жиз-ненного стиля ($0,86 / 0,91$), на стадии СПИДа – нервно-психическая устой-чивость ($0,72 / 0,46$).

Суммарная дисперсия 3-го фактора на стадии «А» и при длительно-сти заболевания «0–3 года» составила 16,5 и 20,1 % соответственно, на стадии СПИДа и при длительности заболевания более 7 лет – 18 и 13,8 % соответственно.

Таким образом, методом факторного анализа были выявлены основ-ные факторы психологического статуса больных ВИЧ-инфекцией в дина-мике заболевания в зависимости от получения АРВТ и подтверждена пра-вомерность разработанной нами модели психической «СПИД-травмы» для объяснения общих, частных и специфических закономерностей изменения качества жизни больных ВИЧ-инфекцией, которая предполагает, что на

начальных стадиях заболевания для лечебно-диагностических мероприятий наиболее значим психологический и социальный ее компоненты, а на стадии СПИДа / при значительной длительности заболевания – соматопсихический (проявляющийся органической патологией центральной нервной системы, который клинически находит свое отражение, в частности, в психоорганическом синдроме на фоне повреждения клеточного звена иммунной системы). Своевременное и адекватное назначение АРВТ способствует стабилизации клинического и психологического статуса пациентов.

На сегодняшний день установлено, что в результате роста числа случаев передачи ВИЧ половым путем в эпидемию вошли социально благополучные слои населения с высоким цензом образования, поэтому любое изменение в терапии вызывает широкое обсуждение не только с лечащим врачом, но и в Интернете, что уже само по себе имеет как позитивную, так и негативную направленность, вплоть до психологической и социальной напряженности. Поэтому применение факторного анализа позволило определить ведущие психологические факторы, негативно влияющие на психическую и социальную адаптацию больных ВИЧ-инфекцией в динамике заболевания.

Результаты настоящего исследования могут быть применены для прогнозирования психосоциальной адаптации пациентов в динамике заболевания, что является необходимым условием для проведения превентивных психологических мероприятий по снижению риска негативной клинической динамики заболевания, исходя из известного положения, что больной – не просто сложное сочетание различных патологических и патофизиологических процессов, а прежде всего человек – личность, нуждающаяся в возврате к полноценной биологической и социальной деятельности.

Заключение

Таким образом, комплексное медико-психологическое сопровождение больных ВИЧ-инфекцией должно основываться, в том числе, и на принципе мониторинга их психологического состояния и включать превентивные психокоррекционные мероприятия, реализуемые с учетом как стадии заболевания, так и его длительности.

В частности, в комплексной терапии больных с ВИЧ-инфекцией на начальных стадиях заболевания психотерапевтические мероприятия должны быть направлены на деактуализацию психотравматических обстоятельств, изменение неадекватного уровня притязаний личности больного и создание широкой временной перспективы положительного прогноза. На

клинически выраженных стадиях заболевания дополнительно может быть использовано также психофармакологическое воздействие.

С другой стороны, диспансерное наблюдение и лечение при этом заболевании проводится на основе добровольности, и других законных способов мотивации обследуемых на выполнение рекомендаций, кроме правильно проведенного консультирования, у специалистов не имеется [6], ибо «и проблема, и способ ее решения всегда принадлежат пациенту, а наша задача – только помочь осознать первое и найти второе» [9].

Литература

1. Бакулина Е.Г., Трофимова Т.Н., Рассохин В.В. Поражение головного мозга у ВИЧ-инфицированных пациентов. Данные клинического и нейровизуализационного обследования // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2015. – Т. 7, № 4. – С. 98.
2. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. – СПб. : СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1999. – 49 с.
3. Вехова Е.В., Садыкова Г.Б., Мальшина И.В., Никитин А.Б. Выявление ВИЧ-инфекции среди жителей в городской поликлинике // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2015. – Т. 7, № 4. – С. 99.
4. ВИЧ-инфекция и СПИД : нац. руководство / ред. В.В. Покровский. – М. : ГЭОТАР-Мед, 2013. – 608 с.
5. Гайсина А.В., Рассохин В.В., Дементьева Н.Е., Беляков Н.А. Патопфизиология ВИЧ-ассоциированных нейрокогнитивных расстройств // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. – 2014. – Т. 6, № 2. – С. 25–40.
6. До- и послетестовое консультирование как профилактика передачи ВИЧ : метод. рекомендации МР 3.1.5.0076/1-13. – М. : Роспотребнадзор, 2013. – 23 с.
7. Покровский В.В., Ладная Н.Н., Тушина О.И., Буравцова Е.В. ВИЧ-инфекция : информ. бюл. № 40. – М. : Федер. науч.-метод. центр по профилактике и борьбе со СПИДом, 2015. – 56 с.
8. Практическая психодиагностика : методики и тесты / ред. В.Я. Райгородский. – Самара : БАХРАХ, 1998. – 472 с.
9. Решетников М.М. Несовременная философия психотерапии: размышления // Вестник психотерапии. – 2008. – № 25. – С. 47–55.
10. Совет Европы: Конвенция о защите личности в связи с автоматической обработкой персональных данных. – 2-е изд., доп. – СПб., 2002. – 36 с.
11. Хоффман К., Рокштро Ю.К. Лечение ВИЧ-инфекции 2011. – М. : Р. Валент, 2012. – 736 с.
12. Юнкеров В.И., Григорьев С.Г., Резванцев М.В. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. – СПб. : ВМедА, 2011. – 318 с.
13. AIDS by the numbers 2015. – Geneva : WHO, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2016. – 12 p.

14. Letendre S.L. Central nervous system complication in HIV disease: HIV-associated neurocognitive disorder // *Top Antivir. Med.* – 2011. – Vol. 19, N 4. – P. 137–142.

15. Simioni S., Cavassini M., Annoni J.-M. [et al.]. Cognitive dysfunction in HIV patients despite long-standing suppression of viremia // *AIDS.* – 2010. – Vol. 24, N 9. – P. 1243–1250.

Uliukin I.M., Grigorjev S.G. Mnogomernyi faktorny analiz psikhologicheskogo statusa bol'nykh v dinamike VICH-infektsii [Multivariate factor analysis of the psychological status of patients in the dynamics of HIV infection]. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2016. N 57. P. 134–146.

Kirov Military Medical Academy
(Russia, St. Petersburg, Academica Lebedeva Str., 6)

Uliukin Igor Mikhailovich – PhD Med. Sci., Kirov Military Medical Academy (Russia, 194044, St. Petersburg, Academica Lebedeva Str., 6); e-mail: igor_ulyukin@mail.ru;

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

Abstract. It is known that the incidence of disorders caused by the human immunodeficiency virus (HIV) throughout the world and in Russia is on the rise, especially among young persons, whom the disease leads to disability for several years. Despite the efforts of the international community, the epidemic is still not under control. By the method of multivariate factor analysis of indicators of psychological status of patients with HIV infection, depending on the receipt of antiretroviral therapy, we studied the risk of psycho-social maladjustment of patients in the course of the disease and identified a "targets" of psychological impact in the natural course of the disease and on antiretroviral therapy. We analyzed a three matrices of the initial data (conventionally called "Disadaptation", "Communication", "Personality Change"), that includes a various combinations of values of the psychological status of patients (anxiety, depression, loneliness, nervous and mental stability, general mental rigidity, self-efficacy, personality traits (introversion / extraversion), the index of life-style) at different stages and at different duration of the disease. Use of the data obtained in practice promotes the development of more effective personalized psychotherapeutic strategy.

Keywords: clinical (medical) psychology, HIV-infection, course of disease, antiretroviral therapy, psychological status, psychognosis, factor analysis.

References

1. Bakulina E.G., Trofimova T.N., Rassokhin V.V. Porazhenie golovnogo mozga u VICH inficirovannykh pacientov. Dannye kliniceskogo I neyrovizualizacionogo obsledovania [Brain lesions in HIV-infected patients. These clinical and neuroi-

maging examinations]. *VICH infekcia i immunosupressii* [HIV infection and immunosuppressions]. 2015. Vol. 7, N 4. P. 98. (In Russ.)

2. Wasserman L.I., Yerychev O.F., Klubova E.B. Psihologicheskaya diagnostika indeksa zhiznennogo stilya [Psychological diagnostics of lifestyle index]. Sankt-Peterburg. 1999. 49 p. (In Russ.)

3. Vekhova E.V., Sadykova G.B., Mal'shina I.V., Nikitin A.B. Vyavlenie VICH-infecii sredi zhitel'ev v gorodskoy poliklinike [Detection of HIV infection among residents in the city polyclinic]. *ViCH infekcia i immunosupressii* [HIV infection and immunosuppressions]. 2015. Vol. 7, N 4. P. 99. (In Russ.)

4. VICH infekcia i SPID [HIV infection and AIDS]. Ed. V.V. Pokrovskiy. Moskva. 2013. 608 p. (In Russ.)

5. Gaysina A.V., Rassokhin V.V., Dementjeva N.E., Belyakov N.A. Patofiziologiya VICH-associrovannykh neyrokognitivnykh rasstroystv [The pathophysiology of HIV-associated neurocognitive disorders]. *ViCH infekcia i immunosupressii* [HIV infection and immunosuppressions]. 2014. Vol. 6, N 2. Pp. 25–40. (In Russ.)

6. Do- i posletestovoe konsultirovanie kak profilaktika peredachu VICH : Metodicheskie rekomendacii MR 3.1.5.0076/1-13. [Pre- and post-test counseling as prevention of HIV transmission : Guidelines MR 3.1.5.0076/1-13]. Moskva. 2013. 23 p. (In Russ.)

7. Pokrovskiy V.V., Ladnaya N.N., Tushina O.I., Buravtsova E.B. VICH infekcia. Informacionnyi bul'ten' N 40 [HIV infection. Newsletter N 40]. Moskva. 2015. 56 p. (In Russ.)

8. Prakticheskaya psihodiagnostika. Metodiki i testy [Practical psychodiagnostics. Techniques and tests]. Ed. V.Ya. Raygorodskiy. Samara, 1998. 472 p. (In Russ.)

9. Rechetnikov M.M. Nesovremennaya filosofiya psihoterapii: razmyshleniya [Unmodernly philosophy of psychotherapy: reflections]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2008. N 25. Pp. 47–55. (In Russ.)

10. Sovet Evropy: Konvencija o zashite lichnosti v svyazi s avtomaticheskoy obraborkoy personal'nykh dannykh [The Council of Europe Convention on the Protection of Individuals with regard to Automatic Processing of Personal Data]. Sankt-Peterburg. 2002. 36 p. (In Russ.)

11. Hoffmann Ch., Rockstroh J.K. Lechenie VICH infekcii 2011 [Treatment of HIV infection 2011]. Moskva. 2012. 736 p. (In Russ.)

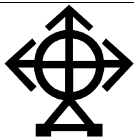
12. Yunkerov V.I., Grigorjev S.G., Rezvantsev M.B. Matematiko-statisticheskaya obrabotka dannykh medicinskih issledovaniy [Mathematical and statistical processing of medical research data]. Sankt-Peterburg. 2011. 318 p. (In Russ.)

13. AIDS by the numbers 2015. Geneva: WHO, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 2016. 12 p.

14. Letendre S.L. Central nervous system complication in HIV disease: HIV-associated neurocognitive disorder. *Top Antivir. Med.* 2011. Vol. 19, N 4. Pp. 137–142.

15. Simioni S., Cavassini M., Annoni J.-M. [et al.]. Cognitive dysfunction in HIV patients despite long-standing suppression of viremia. *AIDS.* 2010. Vol. 24, N 9. – Pp. 1243–1250.

Received 05.02.2016



Уважаемые коллеги!

Учредителем журнала «Вестник психотерапии» является Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (Санкт-Петербург). Международный институт резервных возможностей человека (МИРВЧ, Санкт-Петербург), ранее являвшийся учредителем журнала, оказывает содействие в развитии, издании и обеспечении функционирования журнала.

Журнал издается с 1991 г. и является научным рецензируемым изданием, имеет **свидетельство о перерегистрации средства массовой информации** ПИ № ФС77-34066 от 07 ноября 2008 г., выданное Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций РФ. С 2002 г. **журнал включен в каталог Роспечати РФ (индекс–15399)** и на всей территории РФ и СНГ проводится его подписка через почтовые отделения. Журнал выпускается 4 раза в год.

Решением Президиума ВАК Минобрнауки России «Вестник психотерапии» с 1 декабря 2015 г. включен в новый Перечень научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы результаты диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук (www.vak.ed.gov.ru/87) **по группам специальностей: 14.01.00- клиническая медицина, 14.02.00- профилактическая медицина и 19.00.00- психологические науки**. Ранее с 2003 г. по 2006 г. и с 2010 г. по 2015 г. журнал «Вестник психотерапии» также входил в данный Перечень научных журналов и изданий.

Желающие опубликовать свои научные материалы (статьи, обзоры, краткие информационные сообщения) **должны** представить их в редакцию журнала в текстовом редакторе WORD (не старше 2003 г.), шрифт Times New Roman, 14-й шрифт, межстрочный интервал полуторный, поля по 2,5 см с каждой стороны. Должны быть указаны фамилия, имя, отчество (полностью), ученая степень, ученое звание, должность и место работы автора (авторов), адрес (почтовый и e-mail) и телефон (телефоны). Статья должна быть подписана автором (авторами).

Материал статьи представляется по ГОСТу 7.89-2005 «Оригиналы текстовые авторские и издательские». Рекомендуемый объем статьи 10–20 стр. (28–30 строк на стр., до 70 знаков в строке). К статье должно быть приложено резюме (реферат), отражающее основное содержание работы, размером не менее ½ стр. Название статьи, реферат, ключевые слова, сведения об авторах, переводятся на английский язык. Англоязычное название места работы приводится в точном соответствии с Уставом учреждения. Диагнозы заболеваний и формы расстройств поведения следует соотносить с МКБ-10. Единицы измерений приводятся по ГОСТу 8.471-2002 «Государственная система обеспечения единства измерений. Единицы величин». Список литературы оформляется по ГОСТу 7.05.2008 «Библиографическая ссылка ...». Независимо от количества авторов все они выносятся в заголовки библиографической записи.

Рукописи рецензируются членами редакционного совета или редакционной коллегии и ведущими специалистами данных областей медицины и психо-

логии. При положительной рецензии поступившие материалы будут опубликованы. Представленные материалы должны быть актуальными, соответствовать профилю журнала, отличаться новизной и научно-практической или теоретической значимостью. Фактический материал должен быть тщательно проверен и подтвержден статистическими данными или ссылками на источники, которые приводятся в конце статьи. При несоответствии статьи указанным требованиям тексты рукописей не возвращаются.

Направление статьи в журнал является согласием автора (авторов) на размещение статьи или ее материалов (реферата, цитатных баз и др.) в отечественных и зарубежных реферативно-библиографических базах данных.

Телефон (812) 592-35-79, 923-98-01 – заместитель главного редактора – кандидат психологических наук доцент Мильчакова Валентина Александровна (e-mail: vestnik-pst@yandex.ru).

Полнотекстовые версии журнала размещены на официальных сайтах ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России: www.arcerm.spb.ru и МИРВЧ: www.mirvch.com, а также сайте научной электронной библиотеки.

Главный редактор журнала – доктор медицинских наук, доктор психологических наук профессор Рыбников Виктор Юрьевич (e-mail: rvikirina@rambler.ru)

Научный редактор журнала – доктор медицинских наук профессор Евдокимов Владимир Иванович (e-mail: 9334616@mail.ru)

Журнал «Вестник психотерапии» зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 г.

Свидетельство о перерегистрации – ПИ № ФС77-34066 от 7 ноября 2008 г. выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций.

Учредитель:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России).

Главный редактор – Рыбников Виктор Юрьевич.

Научный редактор – Евдокимов Владимир Иванович.

Корректор – Устинов Михаил Евграфович.

Индекс в каталоге Роспечать РФ «Газеты. Журналы» – 15399.

Адрес редакции: 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д.11.

Адрес издательства и типографии: ООО «Политехника-сервис».

190005, г. Санкт-Петербург, Измайловский пр., д. 18-д.

тираж 1000 экз. цена – свободная

Отпечатано в типографии «Политехника-сервис»
с оригинала-макета заказчика.
190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 18-д.
Подписано в печать 21.03.2016. Печать – ризография.
Бумага офсетная. Формат 60/84¹/₁₆. Тираж 1000 экз.
Объем 9,13 п. л. Заказ 10233.